



Universidad Austral de Chile

Facultad de Ciencias de la Ingeniería

Escuela de Ingeniería Acústica

Profesor Patrocinante:
Sra. Susanne Bauer.
Musicoterapeuta
Escuela de Postgrado
Universidad de Chile

**“MUSICOTERAPIA: INFLUENCIA
PSICOLOGICA DE LA MÚSICA EN EL SER
HUMANO Y SU APLICACIÓN COMO
TERAPIA”**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al Grado
Académico de Licenciado en Acústica,
y al Título Profesional de Ingeniero Acústico.

VIVIANA YILLALET ARIAS TORRES
VALDIVIA - CHILE
2008

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a toda mi familia y amigos por su apoyo, ánimo y preocupación.

Agradezco en especial a mi madre por su apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida.

A Don Víctor Poblete, Director de Escuela Ingeniería Acústica, quien siempre me animo a culminar ésta etapa como estudiante.

A la Sra. Susanne Bauer, Musicoterapeuta y Coordinadora del Postitulo de Artes mención Musicoterapia de la Universidad de Chile, quien muy amablemente acogió mi petición de guiar este proyecto en su realización.

RESUMEN

Este trabajo investiga un área de aplicación del sonido y la música, que es relativamente nueva y poco conocida en nuestro país, pero ampliamente desarrollada y constituida en países de Europa, como España e Inglaterra, y en países de América como Estados Unidos y Argentina: La Musicoterapia.

La Musicoterapia es una ciencia multidisciplinaria que utiliza el sonido y la música como medio terapéutico, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas, satisfaciendo tanto sus necesidades físicas, psíquicas, cognitivas y sociales.

La aplicación de esta disciplina abarca diversas áreas de la salud y puede ser implementada en diversas instituciones como centros de educación especial, centros de rehabilitación, centros de estimulación e integración infantil, educación, geriatría, centros de salud mental, etc.

En cada área de aplicación la Musicoterapia plantea objetivos, métodos y técnicas que son específicos para cada caso, los cuales son evaluados por el musicoterapeuta en un análisis previo del paciente y de la patología que lo aqueja.

En Musicoterapia es de suma importancia la correcta elección de las herramientas musicales que se utilizarán dentro de una sesión, como por ejemplo, los instrumentos sonoros, la música grabada y las diversas actividades complementarias como la danza, el dibujo, etc., ya que de ellas depende, en gran medida, el logro de los objetivos terapéuticos.

La elección del espacio físico para la realización de las sesiones también cumple un rol importante, siendo las características acústicas más importantes, a la hora de implementar una sala de musicoterapia, el aislamiento acústico de sonoridades tanto externas como internas y la posibilidad de experimentar las vibraciones mediante el sentido del tacto.

En Chile el estudio y aplicación de la Musicoterapia ha ido avanzando con el tiempo, lo que se refleja por ejemplo, en la creación del Postítulo de Artes mención Musicoterapia de la Universidad de Chile, debido al creciente interés que profesionales de diversas áreas han manifestado por esta disciplina.

SUMMARY

This Work investigate an area of application of sound and music, which is relatively new and little-known at our country, but largely developed and constituted at countries of Europe, like Spain an England, and some countries of America like United States an Argentina: The Music Therapy.

Music Therapy is a multidisciplinary science that utilizes the sound and the music like therapeutic midway, with the aim of improve the people's life, satisfying his physical, psychic, cognitive and social necessities.

The application of this discipline include diverse areas of the health and can be implemented in diverse institutions like in centers of special education, centers of rehabilitation, centers of stimulations and infantile integration, education, geriatrics, centers of mental health, etc.

In each area of applications the Music Therapy raises aims, methods and techniques that are specifics for every case, which are evaluates by the musictherapist in a previous analysis of the patients and the pathology that afflicts it.

In Music Therapy, is very important the correct choice of the musical tools that will be in use inside a session, like example, the sonorous instrument, the recorded music and the diverse complementary activities like dance, drawing, etc., since on them there depends, to a great extent, the achievement of the therapeutic aims.

The choice of the physical space for the accomplishment of the meetings also plays an important role, being the most important acoustics characteristics to considering at the moment of implementing Music Therapy room, the acoustic isolation of both external and internal sonorities and the possibility of experiencing the vibrations by means of the sense of the tact.

In Chile the study and applications of Music Therapy has been advancing, which is reflected for example in the creations of the Postítulo de Artes mención Musicoterapia of the Universidad de Chile, due to the increasing interest that professionals of diverse areas have demonstrated for this discipline.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	2
1. <u>INTRODUCCIÓN.....</u>	7
2. <u>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</u>	9
2.1 GENERALES.....	9
2.2 ESPECÍFICOS	9
3. <u>INTRODUCCIÓN A LA MUSICOTERAPIA.....</u>	10
3.1 TERAPIA	10
3.2 MÚSICA	10
3.3 DEFINICIÓN DE MUSICOTERAPIA	13
3.4 OBJETIVOS GENERALES DE LA MUSICOTERAPIA.....	16
4. <u>SONIDO, MÚSICA Y SU INFLUENCIA EN EL HOMBRE.</u>	18
4.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA MÚSICA COMO TERAPIA.....	18
4.2 EFECTOS DE LOS ELEMENTOS DEL SONIDO EN EL HOMBRE	22
4.2.1 ALTURA.....	23
4.2.2 INTENSIDAD	23
4.2.3 TIMBRE.....	24
4.3 ELEMENTOS DE LA MÚSICA Y SUS EFECTOS EN EL HOMBRE	25
4.3.1 RITMO	25
4.3.2 MELODÍA.....	27
4.3.3 ARMONÍA	27
4.4 RESPUESTAS PSICOLÓGICAS A LA MÚSICA	28
4.5 RESPUESTAS FISIOLÓGICAS A LA MÚSICA.....	31
5. <u>ASPECTOS TEORICOS DE LA MUSICOTERAPIA</u>	34
5.1 MUSICOTERAPIA ACTIVA	34

5.2	MUSICOTERAPIA RECEPTIVA O PASIVA	35
5.3	MUSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL	36
5.4	MODELOS DE MUSICOTERAPIA	37
5.4.1	MODELO MUSICOTERAPIA ANALÍTICA	37
5.4.2	MODELO NORDOFF -ROBBINS	38
5.4.3	MODELO BENENZON	39
5.4.4	MODELO GIM (GUIDED IMAGINERY AND MUSIC)	40
5.5	ALA DE MUSICOTERAPIA (GABINETE)	42
5.6	CONSIDERACIONES ELECTROACÚSTICAS	48
5.7	CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS MUSICALES	50
5.8	EL MUSICOTERAPEUTA.....	53
6.	<u>ALGUNAS APLICACIONES DE LA MUSICOTERAPIA.....</u>	<u>56</u>
6.1	MUSICOTERAPIA EN PATOLOGÍAS FÍSICAS.....	57
6.1.1	CEGUERA	57
6.1.2	SORDERA.....	59
6.1.3	PARÁLISIS CEREBRAL	62
6.2	MUSICOTERAPIA EN PATOLOGÍAS PSÍQUICAS.....	67
6.2.1	AUTISMO INFANTIL	67
6.2.2	ESQUIZOFRENIA	70
6.2.3	SÍNDROME DOWN INFANTIL.....	75
6.2.4	DEPRESIÓN	78
6.3	MUSICOTERAPIA EN PATOLOGÍAS LINGÜÍSTICAS.....	82
6.3.1	AFASIA	82
6.4	MUSICOTERAPIA EN DIVERSAS APLICACIONES.....	84
6.4.1	GERIATRÍA	84
7.	<u>CONCLUSIONES</u>	<u>88</u>
8.	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>91</u>

1. INTRODUCCIÓN

El sonido es la materia prima de la música, y la música es en breves palabras, el arte de organizar los sonidos en el tiempo.

La música siempre ha formado parte importante en la vida del ser humano, estableciéndose a través del tiempo como una de las artes más sociales, ya que facilita la expresión de emociones y sentimientos en mayor grado que las otras artes.

La música es un medio artístico que proporciona satisfacción tanto para el que la escucha como para el que la ejecuta. Actualmente la música es utilizada principalmente como un medio de entretención y de expresión artística, lo cual ha proporcionado el desarrollo de una amplia industria musical. La masificación y comercialización de la música han permitido la creación de múltiples áreas de desarrollo tecnológico y laboral, como por ejemplo, casas discográficas, estudios de grabación sonora, construcción de espacios físicos especiales para la difusión de la música (teatros), desarrollo de equipos electrónicos, etc. Sin embargo este fin estético de la música no ha sido siempre su única finalidad a través de los tiempos. La capacidad de la música de evocar emociones y sensaciones, influenciando no solo en lo social y espiritual, sino que también en lo psicológico, fisiológico e intelectual, le ha permitido ser utilizada a lo largo del tiempo como un medio terapéutico para aliviar ciertas dolencias físicas y especialmente psicológicas del ser humano.

Hoy en día existen diversas áreas de estudio y aplicación que investigan la influencia de la música en el hombre, como por ejemplo: en neurología, donde se estudia la influencia de la música en el desarrollo cerebral, como es procesada y los efectos que produce en el hombre; en educación temprana, donde se utiliza la música como estimuladora en el desarrollo cognitivo de los niños; en medicina, donde se utiliza la música y el sonido como acompañante en tratamientos médicos en hospitales, ya que es un agente reductor del dolor y la ansiedad, etc.

En este trabajo, sin embargo, se investigará específicamente la influencia psicológica que ejerce la música, y como al ser utilizada como una herramienta terapéutica puede influenciar y cambiar ciertos comportamientos de conducta del ser humano, permitiendo desarrollar potenciales y funciones con las cuales se pueda atender ciertas

necesidades, ya sean físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas, con el fin de obtener una mejor calidad de vida. Esto es lo que se conoce con el nombre de Musicoterapia.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Generales

- Obtención de un texto de introducción de un área de aplicación del sonido y la música como terapia para diversas patologías, que permita visualizar la influencia y los beneficios que posee el sonido y la música sobre el ser humano, cuando es utilizada como un medio terapéutico.

2.2 Específicos

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la Musicoterapia y conocer los diversos aspectos que participan en ella, como métodos y técnicas, instrumentos musicales, sala de musicoterapia, musicoterapeuta, etc.
- Evidenciar cómo el uso dosificado del sonido a nivel musical tiene aplicaciones terapéuticas que ayudan a mejorar el estado de salud del ser humano
- Conocer la forma en que se aplica la Musicoterapia en diversas patologías, y los resultados que con ella se obtienen.
- Investigar y conocer la importancia del acondicionamiento acústico de las salas especiales en las que se realizan las terapias musicoterapéuticas.
- Investigar el estado en que se encuentra la aplicación de la Musicoterapia en Chile.

3. INTRODUCCIÓN A LA MUSICOTERAPIA

3.1 *Terapia*

Terapia en palabras simples significa atender, ayudar o tratar, y particularmente en medicina la terapia se ocupa de combatir las enfermedades. En el ámbito musicoterapéutico, la terapia debe considerar diversos aspectos como el paciente o cliente, el terapeuta, los objetivos (los cuales dependen del área en que se practique) y la forma en que esta es ejecutada (métodos y técnicas).

Según Bruscia (1997), la condición de paciente estaría dada para aquellas personas que se encuentran internadas en un hospital, donde el tratamiento que se les proporciona es médico. En cambio el cliente es aquella persona “que necesita o pide ayuda a otra persona por una amenaza presente, imaginada o potencial a su salud, bien sea física, emocional, mental, conductual, social o espiritual por naturaleza”. (Pág.52)

En cuanto al *terapeuta*, podemos decir que es la persona que está encargada de establecer una relación con el cliente. En musicoterapia esta relación se da por medio de las experiencias musicales, para cuyo desarrollo el terapeuta debe poseer una formación profesional específica. La importancia del rol del terapeuta queda de manifiesto en las múltiples definiciones que se han dado para la Musicoterapia, en las cuales se establece que sin terapeuta no hay terapia.

Además del paciente y el terapeuta, otro aspecto importante a considerar es la forma en que se desarrolla la terapia, es decir, el proceso. El *proceso* define las etapas que la terapia debe seguir para el logro de los objetivos terapéuticos. Este proceso, según Poch (1999), debe ser creativo e interpersonal, el cual mediante el uso creativo de la música, permite facilitar y hacer posible los cambios que necesita experimentar el paciente

3.2 *Música*

La música se puede definir de forma estricta como el arte de combinar los sonidos y los silencios, a lo largo de un tiempo, produciendo una secuencia sonora que transmite sensaciones agradables al oído, mediante las cuales se pretende expresar o comunicar un

estado del espíritu (1). Dicho arte de combinar sonidos se basa en los principios fundamentales de la armonía, el ritmo y la melodía.

La música es una expresión artística que se ve influenciada por su entorno cultural y una de sus principales características es su carácter emotivo, es decir, su capacidad de evocar sentimientos y emociones en las personas, lo cual es fundamental en su uso terapéutico. Según Poch (1999), la música puede ser abordada desde diferentes puntos de vista, lo que hace que su definición varíe, por ejemplo, un físico desde el punto de vista de la física podría definir la música de acuerdo a sus atributos objetivos y a las relaciones estructurales y temporales de los sonidos, en cambio un psicólogo se fija en como estos atributos físicos de los sonidos son experimentados por las personas que los escuchan.

Considerando los diversos puntos de vista que se tienen para la música, ésta se puede definir de la siguiente forma: la música es “el arte de organizar los sonidos en el tiempo y sus variados componentes físicos y experienciales, para el propósito de crear e interpretar las formas expresivas que elaboran o dan significado a la experiencia de la vida humana”. (Cfr. Poch; 1999: 22)

La música posee varias funciones a nivel psicológico que estimulan el desarrollo de diversas cualidades en las personas, lo que la hace una herramienta positiva en el ámbito terapéutico. Algunas de las funciones de la música son:

- Ayudar a estimular la imaginación y la capacidad creativa,
- Ayudar a organizar y sincronizar el movimiento,
- Ayudar a desarrollar y enriquecer la capacidad de atención,
- Estimular y favorecer la comunicación y expresión de sentimientos, etc.

La música posee entonces la capacidad de influir en los distintos niveles de la vida del ser humano, ya sea en lo social, espiritual, intelectual, psicológico y fisiológico. Esta influencia no se produce de forma individual en cada nivel, ya que cuando la música afecta uno de estos niveles los otros consecuentemente también se ven influenciados. Por ejemplo, si una persona experimenta cambios por medio de la música en la expresión de sus emociones y sentimientos, esto le ayuda a mejorar la relación con el medio que lo rodea, es decir también experimenta cambios en su experiencia social.

Este concepto queda plasmado en el siguiente esquema de Fröhlich:

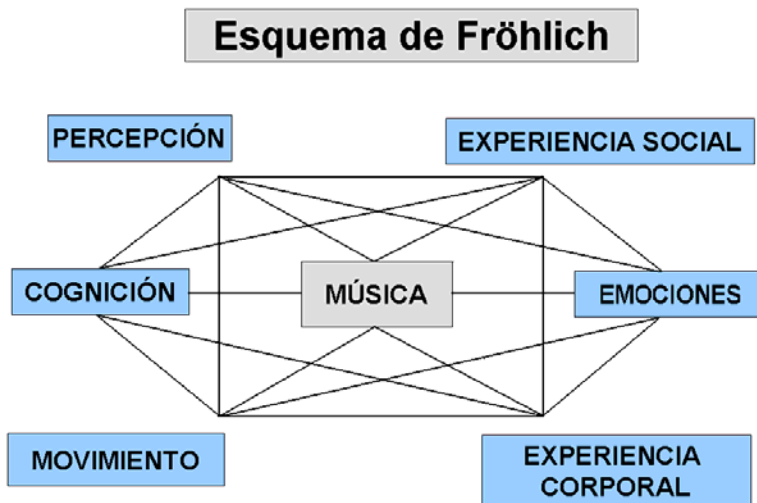


Fig.1: Esquema de Fröhlich A.: Kommunikation und Sprachentwicklung bei Körperbehinderten Kindern. Ref.:En Fröhlich A. (Ed.): Kommunikation und Sprache Körperbehinderter Kinder. Ed. Modernes Lernen, Borgmann KG, Dortmund 1989.

En Musicoterapia es por medio de la música que se busca lograr cambios que permitan mejorar la situación actual del paciente, que lo ha llevado a buscar ayuda terapéutica. Sin embargo en el caso de la Musicoterapia no se trata de aplicar música como si fuera una receta, antes de utilizar cualquier clase o tipo de música (o instrumentos musicales) el musicoterapeuta debe realizar un análisis del origen del problema que afecta al paciente, así como de sus preferencias musicales o historial sonoro, lo cual es fundamental en el logro de los objetivos terapéuticos.

Según Poch (1999), la Musicoterapia no se limita solamente a la aplicación de la música ni a la ejecución por parte del terapeuta, lo más importante es que el paciente también debe ser un creador activo de la música.

Las principales actividades que se realizan dentro del contexto de una sesión musicoterapéutica son la audición musical, creación musical y recreación musical (mediante la improvisación), las cuales no sólo permiten una estimulación auditiva en el paciente, sino que también producen estimulaciones en otros sentidos, como el visual, el táctil y el cenestésico.

Es por ésta característica multisensorial de la música que la Musicoterapia puede incluir también otras artes como la danza, el dibujo y el teatro, pero siempre teniendo en cuenta que en Musicoterapia es la música el principal medio por el cual se pretenden lograr los objetivos terapéuticos.

Es importante destacar que no solo la utilización de la música como tal permite ser un medio terapéutico, sino que también sus elementos como el ritmo, la melodía, la armonía y hasta las vibraciones, pueden ser utilizadas como elementos musicales individuales dentro de la terapia.

Podemos decir entonces que la música forma parte importante en el desarrollo del hombre, ya que es una forma de comportamiento, por lo que ejerce una gran influencia en él y en sus actos. Según Gaston (1971), por medio de la música “los enfermos y deficientes pueden modificar su conducta sea adquiriendo nuevas pautas o mejorando las que ya tienen. En algunos casos es la música misma la que provoca esos cambios, pero con mayor frecuencia, existe la persuasión intencionada del terapeuta que, directa o indirectamente, influye para que se realicen modificaciones. Ya sea mediante la música o la persuasión la meta última es siempre producir cambios deseables”. (Pág.27)

3.3 Definición de Musicoterapia

Existen múltiples definiciones para explicar el concepto de Musicoterapia, las cuales han sido elaboradas por diferentes autores que han dedicado su vida al estudio de esta disciplina.

Uno de estos autores es Rolando O. Benenzon, un musicoterapeuta argentino que a medida que pasa el tiempo y va desarrollando sus investigaciones en este campo, ha ido modificando su propia definición de Musicoterapia. Una de estas últimas definiciones que ha elaborado es la siguiente:

“La musicoterapia es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos corporo-sonoro musicales, para desarrollar, elaborar y reflexionar un vínculo o una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad”. (Cfr. Benenzon; 1998:141)

Para la musicoterapeuta inglesa Juliette Alvin, la Musicoterapia es “el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de niños y adultos que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales.” (Cfr. Alvin; s.f.:11)

Otra definición que abarca de forma más amplia la intencionalidad de los diversos autores que definen Musicoterapia, es la dada por la *Federación Mundial de Musicoterapia* en López (2004), la cual dice lo siguiente:

La Musicoterapia “es el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar y promover la comunicación, la interpretación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o establecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal o interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento”. (Pág.16)

En otras palabras, según Bruscia (1997), la Musicoterapia es un proceso de intervención donde el terapeuta utiliza experiencias musicales que estimulan cambios en los pacientes. Este proceso musicoterapéutico es sistemático, ya que va dirigido hacia un objetivo o meta de manera organizada mediante tres procedimientos principales, que son, la valoración (donde se establecen los objetivos), el tratamiento (donde el terapeuta emplea diversos métodos y técnicas) y la evaluación.

Tanto para Alvin como para la mayoría de los musicoterapeutas, en Musicoterapia la música no es el fin, es decir no se pretende una educación musical de tipo instrumental o teórica, si no más bien que por medio de ésta se abran canales de comunicación entre paciente y terapeuta, favoreciendo principalmente el desarrollo emocional del paciente, tanto en el ámbito personal como en su postura frente a la sociedad. Este desarrollo emocional del paciente le permite experimentar cambios positivos en su conducta, tanto a nivel psicológico como fisiológico.

Una característica importante de la Musicoterapia es que es una ciencia multidisciplinaria, ya que esta formada por un conjunto de disciplinas que interactúan entre sí alrededor de dos temas principales: la música y la terapia.

Bruscia (1997) dice que al ser la Musicoterapia una fusión entre música y terapia, el proceso que se desarrolla dentro de ésta se puede describir como artístico, creativo y científico. Es artístico, ya que el paciente puede expresarse mediante la improvisación musical; es creativo en el sentido que el terapeuta debe encontrar siempre la forma de incentivar al paciente a participar dentro del proceso terapéutico; y es un proceso científico ya que dentro de la terapia, el terapeuta controla variables y recoge y analiza información que posteriormente es interpretada.

La variedad de disciplinas que convergen en la formación de la Musicoterapia es bastante amplia, estando principalmente relacionadas con la música, la terapia, la pedagogía y la medicina, entre otras. Algunas de las disciplinas que participan en la musicoterapia son: Psicología de la música, Acústica y psicoacústica, Educación musical, Educación diferencial, Psicología, Psicoterapia, Psiquiatría, Trabajo social, Neurología, Fonoaudiología, Kinesiología, etc.

Es por ésta característica multidisciplinaria de la Musicoterapia, que se puede aplicar en diversas áreas de la salud, ya sea tanto en la recuperación de patologías físicas como psíquicas, así como también en áreas de educación y reeducación.

Para Bruscia (1997) la música debe ser aplicada de forma hábil por un terapeuta, y expresa que cualquier uso de la música para un beneficio terapéutico que no implique un terapeuta no se considera Musicoterapia.

Musicoterapia

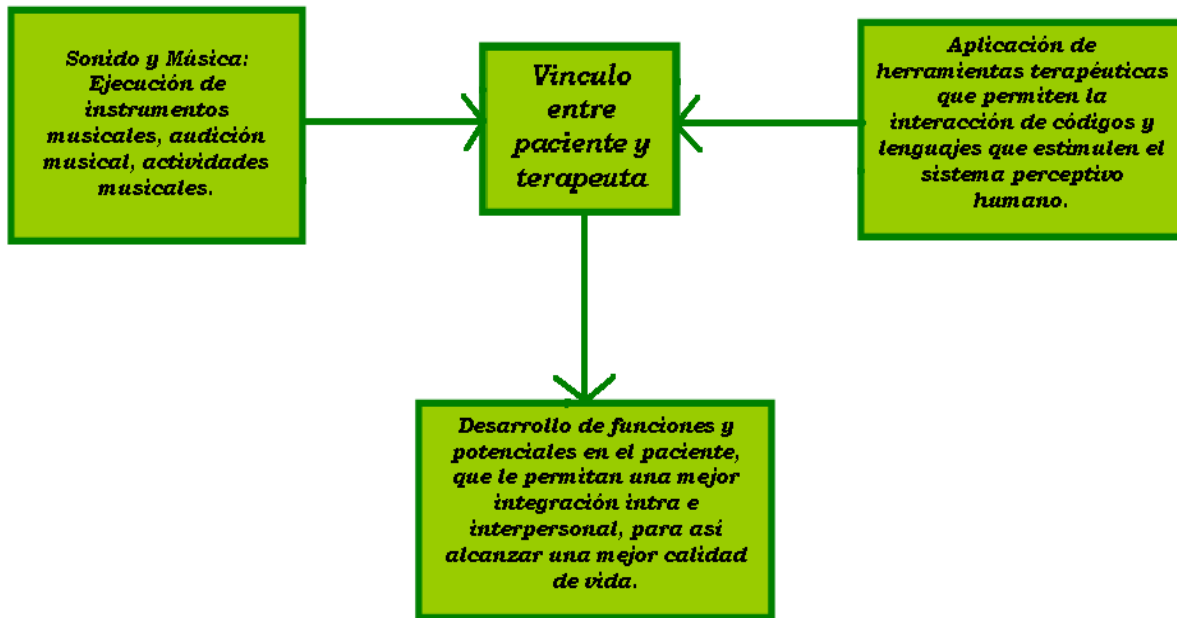


Fig.2: Concepto de Musicoterapia. Ref.: Viviana Arias Torres.

3.4 Objetivos generales de la Musicoterapia

“La Musicoterapia se distingue de otras terapias por su confianza y dependencia en la música como método principal o modalidad de tratamiento mas que por los problemas clínicos que esté preparada para tratar”. (Cfr. Bruscia; 1997:36)

Debido a que en la Musicoterapia participan muchas disciplinas, como se dijo anteriormente, que su utilización o practica abarca una gran variedad de pacientes y patologías. Estas patologías pueden ser tanto físicas como psíquicas, por lo que su aplicación puede darse por ejemplo en personas que padecen sordera, ceguera, parálisis cerebral, deficiencia mental, autismo, ansiedad, problemas seniles, etc.

Esta condición multidisciplinaria hace que los objetivos musicoterapeuticos sean muy diversos y que dependan del tipo de patología en la cual se quiere aplicar la terapia, así

como también de las necesidades de cada paciente, las cuales pueden ser físicas, emocionales, intelectuales o sensoriales.

Por lo tanto dependiendo del tipo de paciente y del encuadre musicoterapéutico, los objetivos pueden ser educativos, médicos, psicoterapéuticos, etc., sin embargo el propósito principal de la Musicoterapia como lo expresa Bruscia (1997), es ayudar a los pacientes a alcanzar un mejor estado de salud, es decir, recuperar mediante la musicoterapia aquellas funciones orgánicas (físicas o psicológicas) que se han visto alteradas por diversos motivos.

Según Bruscia (1997), existen dos objetivos principales que se entremezclan en el tratamiento de un paciente con Musicoterapia. El primer objetivo es ayudar al paciente a tratar una amenaza específica a su salud para lo cual el terapeuta se centra en las causas, síntomas y efectos que esta condición genera en el paciente, para así corregir y erradicar dicha amenaza. Mientras que el segundo objetivo se refiere a que una vez que el paciente ha logrado obtener un buen estado de salud, se deben establecer las condiciones necesarias para que el paciente permanezca en ese estado de rehabilitación o mejoría.

Algunos de los principales objetivos que se logran identificar de la mayoría de las aplicaciones musicoterapéuticas, enunciados y establecidos por diversos autores e instituciones, son:

- Promover el bienestar general mediante la restauración, mantenimiento y mejora de la salud física y mental.
- Desarrollar habilidades sociales y mejorar la comunicación con el entorno y la sociedad, para que así exista una integración o reintegración al entorno social normal.
- Realzar y desarrollar las capacidades cognitivas, de la memoria, atención e imaginación.
- Estimular la expresión de emociones y sentimientos en los pacientes, cualidad que se ve generalmente muy disminuida en los pacientes debido al problema de salud que los aqueja.

4. SONIDO, MÚSICA Y SU INFLUENCIA EN EL HOMBRE.

4.1 Evolución histórica de la música como terapia.

El sonido y la música desde tiempos inmemoriales han formado parte en la vida del hombre. En cada una de las civilizaciones que se han desarrollado en el tiempo, la música ha tenido un lugar y cumplido funciones importantes dentro de la sociedad. Esto se debe a que la música es una de las artes más sociales que existen, ya que permite al hombre comunicar emociones y vivencias.

En las civilizaciones antiguas el hombre daba a la música y al sonido, debido a su naturaleza inmaterial, un origen divino y sobrenatural, es decir, que no era producto de su creación. En el antiguo Egipto, por ejemplo, los egipcios creían que el dios Thot había creado el mundo con el sonido de su voz y que de los sonidos que producía habían nacido cuatro dioses, los cuales dotados de igual poder poblaron y organizaron el mundo.

Los efectos curativos de la música, como producto de la combinación de sonidos, también son conocidos desde tiempos inmemoriales. Existe una gran cantidad de datos y registros históricos que establecen el nexo entre salud y música. Sin embargo la utilización de la música como un medio para sanar al hombre, ha pasado por diferentes etapas en la cultura occidental. Estas etapas se pueden clasificar como mágica- religiosa, pre-científica y científica.

En las antiguas tribus primitivas, el hombre sentía la necesidad de comunicarse con su mundo espiritual, ya que pensaba que la enfermedad era producida por un espíritu maligno que debía ser expulsado, y uno de los medios por lo cuales el hombre primitivo logró comunicarse con su mundo espiritual fue mediante el sonido, y por lo tanto por medio de la música.

En estas tribus primitivas la cura de los enfermos era realizada por un brujo o mago, mediante ritos que contenían cantos, danzas y ritmos. El brujo o mago con estos ritos debía producir en el enfermo ciertos estados psicológicos de catarsis que le permitieran llegar a un estado de sanación de la enfermedad que le aquejaba.

Aunque con el paso de los años el concepto de enfermedad ha ido cambiando en la cultura occidental, y con esto la forma de tratarla, aun existen en la actualidad lugares en donde las costumbres primitivas para curar las enfermedades siguen arraigadas. Esto se da sobre todo en las culturas autóctonas de cada lugar, donde la cultura occidental no ha influenciado del todo sus costumbres, por lo que en estos lugares la cura de los enfermos aún sigue en manos de hechiceros o chamanes. En nuestro país esto se da, por ejemplo, en la cultura mapuche, donde la cura de los enfermos es realizada por la machi, mediante rituales medicinales, utilizando cánticos e instrumentos musicales (como el Kultrún) como medio para lograr una comunicación con el mundo sobrenatural y así sanar al enfermo.

En el antiguo Egipto los egipcios creían que la música influía fuertemente sobre las emociones, por lo que era utilizada ampliamente en diferentes actividades, como por ejemplo, en ritos religiosos y en trabajos forzados como la construcción de pirámides, actividad última que realizaban al son de sus propios cantos.

En la antigua Grecia, en cambio, la enfermedad comenzó a ser contemplada desde un punto de vista más racional, ya que era considerada como un trastorno entre cuerpo y alma, para cuyo tratamiento se debía encontrar una cura racional. En este sentido, los griegos “aplicaron la música como un medio preventivo y curativo que debía ser dosificado, pues sus efectos sobre el estado físico y mental eran predecibles”. (2)

Además de utilizar la música como medio para sanar enfermedades, los antiguos griegos también “relacionaban el sonido con el cosmos, a través de una concepción matemática de las vibraciones acústicas vinculadas con los números y la astrología”. Por su parte “los filósofos pitagóricos concebían las escalas musicales como un elemento estructural del cosmos”. (Cfr. Alvin; s.f.:14)

En Roma, la música siguió siendo utilizada para combatir las enfermedades al igual que lo hacían los griegos, pero de una forma más directa, ya que consideraban a la música como algo más que un arte. Los romanos por ejemplo, utilizaban la música armoniosa para curar el insomnio y algunas enfermedades mentales.

A partir del año 1200, el hombre, con un nuevo concepto de la medicina y con los descubrimientos que se realizaron en la anatomía, comienza a tener un concepto más racional sobre el cuerpo humano, por lo que el concepto de la música en la medicina también cambia. En esta época es muy difícil encontrar escritos sobre los efectos de la

música en ciertas enfermedades. Una de los pocos autores que escribieron sobre la musicoterapia como tal, fue el español Arnau de Vilanova (1240-1311), quien decía que el mayor valor de la musicoterapia era actuar como fuerza modificadora del estado de ánimo, lo cual era la mejor ayuda para sanar las enfermedades junto con las sustancias farmacológicas.

A partir del siglo XV, con Fescino (1433-1499), para quien cuerpo y alma están mutuamente en armonía, se comienza a dar una explicación física de los efectos de la musicoterapia, uniendo los conceptos de la filosofía, medicina, música, magia y astrología.

Ya en el siglo XVII se encuentra material de investigación sobre los efectos fisiológicos de la música, como por ejemplo, estudios realizados sobre los efectos de la música en las fibras del organismo, atribuyéndole a ésta un efecto triple: calmante, incitante y armonizante.

“En el siglo XIX, Esquirol, psiquiatra francés, ensayó la música para curar pacientes con enfermedades mentales. Tissot, médico suizo, diferenciaba la música incitativa y calmante y estimaba que en el caso de epilepsia estaba contraindicada la música.” (3)

En tiempos modernos, a partir del siglo XX, la música es comenzada a utilizar de forma más directa sobre el tratamiento de diferentes enfermedades, las cuales eran preferentemente psicológicas, es decir se comienza a utilizar la música como una terapia aplicada científicamente, y es a partir de ésta época donde aparecen los primeros profesionales musicoterapeutas.

Emile Jacques Dalcroze (1900-1950) fue uno de los precursores de la musicoterapia y sostenía “que el organismo humano es susceptible de ser educado eficazmente conforme al impulso de la música. Unió los ritmos musicales y corporales, y sus discípulos fueron pioneros de la Terapia Educativa Rítmica”. (4)

Con la invención del fonógrafo, se incrementa el interés del uso de la música en los hospitales, “como diversión de día y como ayuda para dormir de noche, para mitigar la preocupación durante las operaciones y como coayudante en las anestесias”. (5)

Para Karl Orff “la creatividad unida al placer de la ejecución musical permite una mejor socialización y establecimiento de una buena relación con el terapeuta, así como un aumento de la confianza y autoestima.”

A partir de esta época se comienzan a establecer diferentes entidades relacionadas con la musicoterapia, así como también se comienzan a dictar los primeros cursos para la formación de profesionales:

- En 1919 se dicta un curso de Musicoterapia en la Columbia University de Nueva York, dictado por la enfermera Margaret Anderton, quien participó durante la I Guerra Mundial. Este curso distinguía entre las necesidades de los pacientes psiquiátricos y los que tenían problemas físicos.
- En 1944 la Michigan State University creó el primer plan de estudios destinado a la formación de musicoterapeutas.
- En 1950 se funda la National Association for Music Therapy (*NAMT*), la cual edita una revista, realiza un congreso anual e inicia la formación de terapeutas musicales. Sus “egresados prestan servicios en todos los centros importantes de enfermedades mentales, hospitales, institutos, escuelas diferenciales y universidades.” (6)
- En 1958 Juliette Alvin participa en la creación de la British Society for Music Therapy and Remedial Music (*BSMT*).
- En 1959 se crea en Austria, en la Universidad de Viena for Music Performing Arts, el primer programa de Musicoterapia de Europa.
- En 1966 el Dr. Rolando O. Benezon, psiquiatra infantil y con estudios de composición musical, funda la *ASAM* (Asociación Argentina de Musicoterapia).
- En 1970 Barbara Wheeler, funda la *AAMT* (American Association for Music Therapy).
- En 1976 con motivo del II Congreso Mundial de Psiquiatría de Buenos Aires, con la ayuda de la Dra. Serafina Poch, se funda la Asociación Española de Musicoterapia en la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona.
- En 1985 en Genova, en el 5º Congreso Mundial de Musicoterapia se redacta el documento de constitución de la Federación Mundial de Musicoterapia, siendo elegido como primer presidente el Dr. Rolando Benezon.

- 1998 la NAMT y la AAMT se unen para constituir la AMTA (American Music Therapy Association), única asociación americana de profesionales musicoterapeutas que existe en la actualidad.

La aplicación y el estudio de la Musicoterapia han evolucionado con el tiempo, y hoy en día se encuentra establecida como una ciencia reconocida. Su aplicación se realiza en diversas instituciones, como hospitales, centros de rehabilitación, colegios y centros especializados en Musicoterapia. El uso de la Musicoterapia abarca en la actualidad un gran número de patologías, entre las que se encuentran, síndrome de Down, parálisis cerebral, trastornos conductuales, trastornos en el lenguaje y comunicación, retrasos en el desarrollo motor, pacientes geriátricos, ciegos, etc.

En este sentido el papel que cumplen las diversas organizaciones musicoterapéuticas existentes es de suma importancia, ya que mediante ellas y los diversos congresos que se realizan, se difunden todos aquellos estudios y avances realizados en la materia, lo que permite que la musicoterapia esta siendo ampliamente reconocida y aceptada en todo el mundo.

Actualmente en Chile la Musicoterapia ha tenido un desarrollo gradual y sostenido, lo que se manifiesta, por ejemplo, en la creación del Postítulo de Terapias de Artes mención Musicoterapia de la Universidad de Chile en el año 1999, y con la creación de la Asociación Chilena de Musicoterapia (ACHIM) en el año 2005, lo que refleja un creciente desarrollo y aceptación de la Musicoterapia en nuestro país.

4.2 Efectos de los elementos del sonido en el hombre

El sonido posee tres características físicas que le permiten al ser humano catalogar y distinguir los diferentes estímulos que le llegan al oído. Estas características son, altura, intensidad y timbre.

Para Alvin (s.f), los elementos del sonido como la altura, la intensidad y el timbre, son partes inherentes de éste como sustancia acústica y no necesitan ser interpretados por las funciones superiores del cerebro, es decir no tienen significado simbólico e intelectual.

Sin embargo cada uno de estos elementos es un factor vital en el poder emocional de la música.

4.2.1 Altura

La altura es una magnitud subjetiva del sonido, y se puede definir como “el aspecto de la sensación auditiva por el cual podemos ordenar los sonidos en una escala que va de los ‘bajos’ a los ‘altos’, como por ejemplo, en la escala musical”. (Cfr. Recuero; 1993:421)

La Altura depende principalmente de la frecuencia del sonido, ya que es producida por el número de vibraciones que lo componen, así como también de la presión sonora de éste.

Según Alvin (s.f), desde un punto de vista musical, la altura de un sonido actúa sobre el hombre a un nivel puramente físico, y de una manera racional, donde las vibraciones rápidas, es decir de alta frecuencia, producen un estímulo nervioso intenso, mientras que las vibraciones muy lentas o de baja frecuencia, producen un efecto relajador. Por ejemplo, “las personas tensas o nerviosas pueden experimentar efectos indeseables por las frecuencias muy altas, especialmente si duran mucho tiempo; en la música estos efectos pueden ser mitigados por la presencia de otros elementos de tipo relajador, tales como la suavidad o el timbre”. (Cfr. Alvin; s.f.: 87)

4.2.2 Intensidad

La intensidad de un sonido esta determinada por la amplitud de las vibraciones del sonido, y en términos físicos se define como la cantidad de energía sonora que atraviesa una superficie (perpendicular al sentido de propagación del sonido) en una unidad de tiempo.

El oído humano, por ejemplo, esta capacitado para tolerar y captar intensidades que van desde los 0dB (sonido apenas perceptible) hasta los 130dB (sonido insoportable y que causa dolor). El nivel de conversación se centra entre los 20dB y 65dB, mientras que los sonidos que se ubican con un nivel de intensidad por sobre los 90dB, se consideran molestos y traumáticos para el oído humano.

La variación de la intensidad de un sonido se manifiesta en la potencia o volumen de este. Para Alvin (s.f.) la intensidad sonora es un elemento muy importante, ya que una gran parte del efecto de la música dependería de la intensidad, y sería ésta la que aportaría en muchos de los casos una forma de satisfacción.

Alvin (s.f.) considera que cuando una persona escucha un sonido de alta intensidad de forma continua, puede producir en él un efecto satisfactorio de plenitud, otorgándole quizás un sentimiento de protección contra las interferencias físicas o psicológicas. En cambio un sonido de bajo nivel de intensidad o débil, puede producir en el oyente una sensación de quietud o serenidad, lo que en algunos casos puede resultar irritante para una persona que necesita sensaciones auditivas fuertes. Sin embargo, un sonido suave o de baja intensidad si se acompaña de ritmo puede dar también la impresión de fuerza.

“Todas las formas del volumen o de la intensidad provocan, por si mismas, emociones simples. Tocar fuerte o débil es el primer medio expresivo que usa el músico principiante, cuando una emoción provoca un impulso físico en el ejecutante”. (Cfr. Alvin; s.f.: 88)

4.2.3 Timbre

Un sonido puede ser de la forma de un *tono puro* (solo un componente de frecuencia) o como un *sonido complejo* (varios componentes de frecuencias). Un sonido complejo es la forma en que generalmente se encuentran los sonidos, ya sean sonidos expresados por el habla, sonidos musicales o sonidos en la naturaleza (animales, aves, etc.). Según el número de armónicos (o componentes de frecuencia) que acompañan a la frecuencia fundamental de un sonido complejo y la amplitud de éstos, será la variación del timbre o calidad del sonido y estos componentes de frecuencia son los que dan un sentido de “profundidad” a la música. “El timbre determina en música el colorido tonal que proporcionan los distintos instrumentos y los diferentes tipos de voces humanas. El timbre o *color* de una nota permite distinguir entre varios instrumentos tocando una misma melodía”. (Cfr. Montilla López; 1999: 34)

Según Alvin (s.f.), el timbre es uno de los elementos más sugestivos de la música, es decir suscita la emoción en el ser humano, lo cual le da una significación psicológica profunda por su poder de asociación. “El timbre es un elemento no rítmico, produce en el

oyente una impresión agradable y no intelectual, y no estimula mecanismos defensivos.” (Pág.89)

Esta cualidad de la música que proporciona el timbre se ve potenciada cuando los instrumentos musicales son de buena calidad y las condiciones acústicas son las mejores.

4.3 Elementos de la música y sus efectos en el hombre

La música esta constituida por tres elementos fundamentales, que son *el ritmo, la melodía y la armonía*. Cada uno de estos elementos esta constituido a su vez por otros elementos, por ejemplo: el ritmo por el tempo; la melodía por las escalas, intervalos melódicos y los modos; y la armonía por los intervalos armónicos, los acordes y las cadencias.

La música se puede definir como “la técnica o el arte de reunir o ejecutar combinaciones inteligibles de tonos en forma organizada y estructurada, con una gama de infinita variedad de ritmo, melodía, volumen y cualidad tonal”. (Cfr. Poch; 1999:522)

Una de las características principales de la música es su capacidad de evocar emociones y sensaciones, lo que produce en el hombre diversos estados de ánimo. Según Alvin (s.f.), esta capacidad de provocar cambios en los estados de ánimo de las personas, es debido a que la música contiene elementos sugestivos, persuasivos y obligantes. “Cuando la música acompaña a una función específica algunos de estos elementos suele dominar. Cualquiera sea el propósito, la música se relaciona siempre con experiencias propias del hombre, pues ha nacido de su mente, habla de sus emociones y expresa su gama perceptual...Las respuestas a una experiencia musical pueden ser tan complejas como la combinación de los elementos presentes en la música”. (Pág.85)

Para Alvin (s.f.), los efectos que produce la música en el ser humano se deben a los elementos del sonido como la frecuencia, altura, intensidad y timbre, y a la interrelación entre ellos mediante el ritmo, melodía y armonía.

4.3.1 Ritmo

El ritmo puede definirse como “el elemento mas dinámico, y por eso el mas evidente de la música. Se combina con la altura o frecuencia, y con el timbre y le da un

significado final. Expresa una alternancia de tensión y relajamiento mediante acentos, pausas, golpes fuertes y débiles.

La duración de cada uno de los sonidos musicales esta explícitamente establecida en la notación musical, y el ritmo se vincula con la relación entre ellos. El ritmo no es mensurable en tiempos de cronometría exacta, pues lleva consigo una emoción humana de esfuerzo y reposo”. (Cfr. Alvin; s.f.:92)

El ritmo es uno de los elementos básicos de la música, que junto a la melodía y a la armonía regula el desarrollo temporal de los sonidos, y junto al *tempo* (lento, largo, adagio, allegretto, etc.) da a la música vitalidad y temperamento, lo que determina el carácter de una composición.

En cuanto a los efectos que produce en el hombre el elemento rítmico de la música, Alvin (s.f.) dice que estos son diversos, fáciles de observar y algunas veces opuestos, ya que puede, por ejemplo, provocar una conducta histérica o inducir sueño, así como también crear una conciencia de movimiento o tener un efecto hipnótico.

“El ritmo repetitivo y obsesivo puede ser deprimente psicológico cuando parece expresar una condición neurótica...también puede se impulsivo, y expresar pensamientos súbitos e inesperados. La sorpresa de un acento sobre un tiempo que parecía ser débil; la ausencia de una acentuación tradicional; la falta de pausas o alientos, todo esto puede proporcionarnos una sensación de malestar, a menos que sea parte de un estilo conocido y aceptado por el oyente o el ejecutante”. (Cfr. Alvin; s.f.: 93-94)

En lo fisiológico, se han observado variadas influencias del ritmo sobre el organismo, como por ejemplo, en la circulación sanguínea, respiración, ritmo cardiaco, etc. Los musicoterapeutas, han observado que los ritmos lentos reducen la frecuencia del pulso, tranquilizan y adormecen, mientras que los ritmos rápidos acompañados de una alta intensidad, elevan la frecuencia del pulso, aumentan la respiración, la tensión muscular, las arterias se contraen, etc.

Un efecto altamente positivo que produce la influencia del ritmo, es el de conferir una sensación de equilibrio físico en el oyente, así como también favorecer a la percepción. Sin embargo el ritmo por si mismo no es suficiente, debe ir además acompañado de la armonía para que así se produzca una empatía con la música.

4.3.2 Melodía

“La melodía proviene del griego “melos” y “ade”. Significa más que una sucesión de notas (como se define a veces); es un ente autónomo que consiste a su vez de elementos más pequeños... La melodía no es solo “melódica”; es también “armónica” (por llevar inherente una armonía propia) y “rítmica” (por tener una organización rítmica)”. (Cfr. Pahlen; 1959:250)

“La melodía es casi infinita en sus variaciones, pudiendo ser gradual y progresiva, a saltos o una mezcla de ambas, pero en las que siempre el compositor ha de buscar el equilibrio, característica que se considera indispensable en cualquier melodía.” (Cfr. Montilla; 1999:37)

En este sentido, el *balance* es una característica importante de la melodía, lo cual significa que la tensión y relajación dentro de una melodía deben ser en las proporciones correctas. Koralyi (1965) destaca del análisis de un gran número de melodías, lo siguiente: “las líneas melódicas ascendentes son tarde o temprano balanceadas por una línea melódica descendente, y vice versa. Este balance es la cosa que hace que una melodía sea suave y natural”. (Pág.59-60)

En cuanto a los efectos de la melodía sobre el ser humano, Poch (1999) dice que la cualidad expresiva de una melodía puede estar constituida por las tensiones tonales, ya sea en la elevación o la caída tonal. Los movimientos ascendentes de la melodía podrían significar serenidad y elevación, en cambio los movimientos descendentes podrían significar por ejemplo, dignidad y solemnidad.

4.3.3 Armonía

“Cualquier combinación simultánea de sonidos es una armonía, aunque en sentido más estricto, la combinación debe ser agradable. La armonía se aplica no solo a la simple formación de sonidos (un acorde), sino a la sucesión de acordes y a la relación entre ellos”. (Cfr. Ximénez; 114)

En cuanto a la influencia psicológica de la armonía sobre el ser humano, son importantes aquí, los conceptos de *disonancia* y *consonancia*. Estos dos conceptos más el concepto de intervalo son la base de la melodía.

Según Poch (1999), un intervalo musical consonante parece simbolizar orden, equilibrio y reposo, mientras que un intervalo disonante representaría inquietud, deseo y tormento. “Los músicos consideran generalmente a los sonidos consonantes como sedantes y pasivos, mientras que los disonantes serían productores de agitación y actividad”. (Pág.529)

Para Poch (1999), si una persona gusta desmesuradamente de la disonancia, podría ser indicativo de que la persona sufra de desequilibrio mental, mientras que en los adolescentes esto podría significar solo el hecho de seguir la moda. Sin embargo para una persona que no este muy familiarizada o acostumbrada a la disonancia, esta puede ser una especie de catarsis que le ayuda a eliminar tensiones.

Aunque la disonancia no tiene el mismo efecto negativo para todas las personas, es la consonancia la que resulta mas preferida por los oyentes, especialmente en los niños.

Otro concepto importante en la armonía, es la *tonalidad*. La tonalidad, “es el fenómeno psicoacústico que permite al oyente organizar los sonidos alrededor de una clave(o llave)” (Cfr. Poch; 1999:530). En términos musicales, dentro de las tonalidades podemos hablar de los modos, los cuales se distinguen entre modos mayores y menores, para Poch (1999), los modos mayores sugieren apertura, alegría y determinación, mientras que los modos menores indican depresión, tristeza y tensión.

4.4 Respuestas psicológicas a la música

Alvin (s.f.) menciona la dificultad de disociar los efectos fisiológicos y psicológicos de la música sobre el ser humano. “A través de los siglos, entre filósofos, médicos y músicos ya ha habido diversas escuelas de pensamiento que trataron de explicar el mecanismo de respuestas a la música. Oscilaron entre dos teorías: algunos creían que la música afectaba primordialmente las emociones y despertaba estados de ánimos que a su vez actuaban sobre el cuerpo; otros pensaban que el proceso era inverso: de lo fisiológico a lo psicológico”. (Pág.101)

Autores como Lagner y Weir, en Alvin (s.f.), opinan que el sonido afecta principalmente al sistema nervioso autónomo, lugar donde se centran y se originan las emociones. Según Alvin (s.f.), las respuestas que muestra el hombre frente a la música, se

ven influidas por factores como: la receptividad física del hombre al sonido, la sensibilidad del hombre hacia la música, ya sea innata o adquirida, y a su estado mental.

“Las respuestas a la música, que llegan primero desde un estímulo perceptual son tanto fisiológicas como psicológicas. Su interacción se traduce en un efecto general relacionado con la combinación de los diversos elementos musicales presentes en una misma pieza; por ejemplo, cuando la melodía y el color, o el ritmo y la agudeza van juntos. La misma melodía ejecutada sobre diferentes instrumentos o a diferente altura- en distintas tonalidad- puede provocar reacciones diferente y aun algunas veces de tipo opuesto”. (Cfr. Alvin; s.f.:106)

Para Alvin (s.f.), las respuestas psicológicas que experimenta una persona ante una experiencia musical, dependen de la capacidad del oyente para *identificarse* con la música, y no de la calidad de la música, por lo que las asociaciones o autoexpresión que realiza el oyente con dicha experiencia musical, dependen de lo que ya existe en su interior.

La música frecuentemente es denominada como un medio de *comunicación*, y es debido a esto que es considerada como terapia efectiva, ya que las enfermedades de tipo psicológicas tienen como consecuencia un deterioro en los medios de comunicación, tanto a nivel individual como interpersonal. Es decir la enfermedad desencadena un aislamiento e inseguridad, perjudicando así los contactos y las relaciones normales con el medio. Para Alvin, “muchos de los procesos perceptivos, mentales y emocionales por los cuales el hombre se comunica con el mundo, son deformados por la enfermedad de la mente o el cuerpo”. (Pág.108)

Otra relación importante que tiene el hombre con la música, en el ámbito psicológico, es con respecto a la *identificación*, es decir la música muchas veces evoca sentimientos y emociones, con las cuales se sienten identificados y que los llevan a experimentar estados anímicos particulares, los cuales pueden ser receptivos o adversos. Por ejemplo, “el ritmo y la melodía proporcionan imitaciones del afecto y la ira, del valor y la templanza...”. (Cfr. Alvin; s.f.; Pág.:108)

La música al ser parte de nuestra vida, es capaz de traer a la memoria hechos del pasado, en este sentido la música esta relacionada con la *asociación*, por lo que no solo esta relacionada con emociones o estados de ánimos actuales, sino que también con hechos ya vivenciados. Así como la música puede evocar emociones del pasado, también puede

evocar sensaciones perceptuales tales como olores y colores. Alvin (s.f) dice que el éxito o fracaso de la Musicoterapia depende en gran parte de la historia musical del paciente, es decir, de toda aquella información musical que ha almacenado durante su vida y que esta relacionada con ciertas experiencias vividas.

La musicoterapeuta chilena Carolina Carrasco, egresada del Postítulo en Terapias de Arte mención Musicoterapia de la Universidad de Chile, quien trabajó durante varios años en la Fundación Aspaut para niños autistas, sostiene (de su experiencia) que a la hora de tratar o intervenir a los pacientes con musicoterapia, el historial sonoro que posee cada uno de ellos es de vital importancia, ya que es mediante aquellos sonidos o música acumulados en la memoria y vida del paciente que se logran abrir los primeros canales de comunicación con el terapeuta, y se entiende el porque de su receptividad o rechazó a ciertos sonidos o música. Dicho conocimiento por parte del terapeuta le permite al paciente avanzar en la consecución de los objetivos terapéuticos. En este sentido es importante destacar la ficha musicoterapeutica elaborada por Rolando O. Benenzon, utilizada a menudo por los terapeutas antes de comenzar la terapia. En esta ficha, algunas de las preguntas realizadas por el terapeuta a los padres del paciente, con respecto al historial sonoro, son:

- ambiente sonoro-musical del paciente durante la gestación,
- ambiente sonoro-musical durante los primeros días de vida,
- sonoridades particulares que emitía,
- influencia sonoro-musical en las diferentes etapas evolutivas (infancia, adolescencia y juventud),
- música que prefería,
- música que rechazaba,
- instrumentos que le interesaban,
- sonidos gratificantes,
- sonidos displacenteros, etc.

Además de lo anterior, el terapeuta también evalúa el historial sonoro actual del paciente, como por ejemplo, cuales son sus gustos musicales actuales, instrumentos y

sonidos que prefiere o rechaza en la actualidad, ambiente sonoro-musical actual del hogar, etc.

Otra característica de la música, además de afectar el estado de ánimo y emociones del individuo, es la influencia social que ejerce sobre el *grupo*. Para Alvin, la salud mental de un individuo depende en gran medida del equilibrio que se tenga entre la subordinación a una comunidad y la libertad individual. En este caso el valor de la música es el de proveer una válvula emocional dentro de un grupo, ya que el grupo reacciona ante la música lo mismo que el individuo. Sin embargo esta influencia de la música en el grupo puede ser tanto negativa como positiva, para Alvin (s.f.), “ciertas músicas provocan en el grupo una conducta armónica y ordenada; y otras inducen a una falta de dominio general y al desorden.” (Pág.:121)

Posteriormente veremos en el capítulo que revisa algunas de las aplicaciones de la musicoterapia, como la música es capaz de incidir en muchos aspectos de la psique del paciente, y como ésta al ser utilizada de forma terapéutica estimula cambios, por ejemplo, en lo emocional, social y cognitivo, siempre teniendo en cuenta que en musicoterapia es el musicoterapeuta quien maneja estas influencias de la música, con el fin de lograr todos los objetivos terapéuticos propuestos.

4.5 Respuestas fisiológicas a la música

Ya se ha visto que las respuestas o efectos que produce la música en el ámbito psicológico, tienen que ver tanto con el desarrollo del paciente a nivel interno como con su desarrollo en el mundo social, es decir, en la experimentación de cambios en las relaciones entre el paciente y su entorno, y también consigo mismo. Estos cambios que se producen en el paciente, si bien no pueden ser medidos de manera tangible, se observan a través de la adquisición de nuevas pautas de comportamiento o en la mejora de las ya existentes, que antes de la musicoterapias estaban disminuidas.

En cambio, las respuestas fisiológicas que se experimentan debido a la exposición musical, pueden ser medidas de manera tangible y en su mayoría consisten en reflejos espontáneos y que no se pueden dominar.

Es común que al escuchar música se comience a marcar el compás de forma inconciente, y que la respiración se haga mas rápida cuando la pieza musical contiene un pasaje muy acelerado. Para Alvin (s.f.) los elementos de la música y el sonido afectan el sistema nervioso de una manera definida, “los sonidos graves o agudos producen un efecto correspondiente sobre la tensión nerviosa o el relajamiento, no siempre vinculados con el carácter general de la música. La percepción de los contrastes abruptos, de ásperas disonancias inesperadas, requieren un ajuste rápido de nuestro aparato auditivo que quizás no reaccione con la rapidez necesaria. La velocidad o el volumen exagerado pueden sobreestimular los nervios y aun producir un estado de dolor físico”. (Pág.125)

En este sentido, el ritmo es un elemento dinámico de la música que esta estrechamente ligado con ciertas funciones físicas, es un medio capaz de generar fuerza física, estimulando la acción muscular e induciendo actos corporales. Esto se debería a que “hay en la música, lo mismo que en cualquier organismo viviente, una alternancia perceptible de tensión y relajamiento, de actividad y descanso, que existen aun en las vibraciones de un sonido simple” (Cfr. Alvin; s.f.:127).

Para Alvin (s.f.), algunas *respuestas fisiológicas involuntarias* ante la música pueden deberse al impacto emocional (por débil que sea) que la música provoca en las personas. Algunas de estas respuestas físicas involuntarias son por ejemplo, cambios en el ritmo cardiaco, cambios en el ritmo o la regularidad de la circulación sanguínea, cambios en el ritmo respiratorio, etc. Alvin (s.f.) expresa también que para experimentar estas respuestas fisiológicas ante la música no es necesario que el oyente reaccione de manera emocional frente a la música, pero que si existe alguna reacción emocional, esto no debiera ser impedimento para medir los efectos fisiológicos que se producen.

La música, con sus diversas características, posee la capacidad de producir cambios en la conducta fisiológica de las personas, por lo que es utilizada en el tratamiento de muchas enfermedades de origen físico o con consecuencias físicas. Algunas de estas enfermedades o trastornos son por ejemplo: lesiones cerebrales, parálisis cerebral, distrofia muscular, o en disminuciones sensoriales como la ceguera y la sordera. Estas enfermedades se presentan en diferentes grados y pueden tener un origen congénito o accidental.

“El tratamiento de estos trastornos, entre otras cosas procura dar al paciente el máximo de contactos preceptuales posibles con el mundo, procura también desarrollar o

rehabilitar la fuerza y la coordinación muscular. La fisioterapia desempeña una parte principal en el tratamiento de estos trastornos, para el cual la música puede ser de verdadero apoyo.” (Cfr. Alvin; s.f.:134)

El elemento musical rítmico es un factor importante en el desempeño de la música como terapia, especialmente en los casos de pacientes que padecen de problemas musculares, ya que el ritmo es un elemento dinámico que provoca reflejos físicos espontáneos. “El paciente...puede ser ayudado por el dinamismo de la música cuando busca o recrea en sí un sentido de ritmo ordenado sin el cual sus movimientos o aun la palabra son quizá desordenados o descontrolados. En tales casos, oír o hacer música son dos procesos complementarios entre sí.” (Cfr. Alvin; s.f.:134)

Para la musicoterapeuta chilena Carolina Carrasco la respuesta física de un paciente ante la música o sus características como el ritmo, la melodía, o la armonía, no se produce simplemente con la exposición del paciente frente a la música. En el caso, por ejemplo, de pacientes con parálisis cerebral, quienes no pueden expresarse verbalmente, se debe estudiar y analizar además de la condición física del paciente, el estado en que se encuentra su sistema sensorial. Puede ser que dos pacientes con parálisis cerebral no reaccionen de la misma forma frente a un estímulo sonoro, esto se puede deber por ejemplo, a que uno de los pacientes no tiene desarrollado de manera normal su sistema Vestibular (control del equilibrio y los movimientos corporales), lo cual implica que ante un estímulo sonoro, por ejemplo rítmico, su cuerpo no reaccione de la forma que se espera.

En general, los musicoterapeutas observan cambios positivos en la condición física de los pacientes que padecen trastornos físicos, logrando en la mayoría de ellos, por ejemplo, una mayor coordinación corporal, y una mejoría en la tensión muscular. Sin embargo observan también que esto no se debe simplemente a la exposición musical del paciente (ya sea improvisando o escuchando), sino que se debe procurar analizar y conocer cual es su relación y reacción frente a la música (sus gustos musicales, de instrumentos, etc.).

No se puede esperar que todas las personas reaccionen de la misma forma frente a un estímulo sonoro, ya que esto depende de muchos factores, propios del estado de salud de cada paciente. Para esto entonces la musicoterapia actúa, primero que todo, logrando un vínculo entre paciente y terapeuta, sean con impedidos físicos o con problemas mentales,

para así estimular cambios en la conducta psicológica, que tienen como consecuencia la estimulación de cambios a nivel fisiológico. Finalmente, todos estos cambios a nivel psicológico y fisiológico se traducen en la obtención de una mejor calidad de vida del paciente.

5. ASPECTOS TEORICOS DE LA MUSICOTERAPIA

5.1 Musicoterapia Activa

Según Poch (1999), la Musicoterapia activa implica una acción externa por parte del paciente, es decir, las actividades musicales que se realizan dentro del contexto de la musicoterapia activa, implican una acción visible como tocar un instrumento, bailar, cantar, etc. Todas estas actividades musicales deben estar, sin embargo, integradas en un proceso terapéutico, ya que solo de esta forma dichas actividades musicales pueden ser terapéuticas.

Para Bruscia (1997), la Musicoterapia activa, “bien provee directamente beneficios terapéuticos como estímulo principal de cambio, o lleva un proceso de respuesta o desencadena un proceso terapéutico de cambio”. (Pág.: 58)

De las actividades que se realizan en la Musicoterapia activa, la más importante es la improvisación musical. La improvisación musical consta de la expresión espontánea, libre y creativa a través de cualquier instrumento musical (o incluso de la voz) sin precisar de conocimientos musicales previos.

Según Poch (1999), quien cita la *improvisación musical de Schmoltz*, existen dos técnicas para la improvisación musical, las cuales son:

1. Que el musicoterapeuta o un paciente dé un ritmo en un instrumento de percusión, para que posteriormente el resto del grupo siga el ritmo dado. En esta actividad también se permiten las variaciones musicales.
2. Dejar toda la iniciativa al paciente. Aquí el paciente elige de un grupo de instrumentos, el instrumento que desee, así el paciente puede tocar lo que quiera y en el momento que lo estime.

Algunos de los objetivos de la *improvisación musical* según Poch (1999), son por ejemplo:

- fomentar la creatividad
- fomentar la autoestima
- fomentar el conocimiento de sí mismo, como de los demás, etc.

En la Musicoterapia activa, hay que tener en cuenta que la sola actividad musical no constituye una terapia. Se debe tener un especial cuidado en la elección de la actividad, y de en que momento de la terapia se va a realizar, además, la realización de esta actividad debe estar siempre acompañada o guiada por un musicoterapeuta, de acuerdo al modelo teórico que sustente la terapia.

5.2 Musicoterapia Receptiva o Pasiva

La principal actividad en la Musicoterapia receptiva es la audición musical, y es mediante esta actividad que se pretende ejercer una acción psicoterapéutica.

“La música que se da a escuchar al paciente (en un ambiente relajado, rodeado de silencio y sentado cómodamente) puede ser música grabada (en discos, casetes o CD) o bien música interpretada por el propio musicoterapeuta (música viva).” (Cfr. Poch Blasco; 1999:131)

Para Bruscia (1997), en la Musicoterapia receptiva, la música puede actuar directamente en el cliente, “bien aportando estímulo que facilita respuestas terapéuticas inmediatas o estimulando un proceso terapéutico para que se de un cambio. El proceso del cambio terapéutico puede tener lugar durante o después de la experiencia de la escucha, y puede implicar respuestas no musicales o musicales a la música”. (Pág.: 58)

Según Poch (1999), los principales objetivos de la Musicoterapia pasiva y en definitiva de la audición musical, son:

- Producir un cambio interno en el paciente, que se expresa principalmente en el estado de ánimo.
- Estimular la creatividad.

- Sugerir imágenes, lo que consiste “en escuchar la música de un modo relajado, con el fin de facilitar la evocación o la creación de imágenes, símbolos y emociones profundas en uno mismo. Con ello se facilita la intervención terapéutica y el autoconocimiento.” (Cfr. Poch; 1999:140)
- Provocar recuerdos y sentimientos.

Todo lo anterior permite facilitar la expresión verbal y el conocimiento de los sentimientos del paciente.

5.3 Musicoterapia Individual y Grupal

Tanto la Musicoterapia activa como la receptiva, pueden usar las técnicas de la terapia grupal o bien individual, lo cual va a depender de los requerimientos de la patología de cada paciente.

En la Musicoterapia grupal, “cuando se integra un paciente en un grupo es importante considerar si está preparado para las experiencias interpersonales que se llevarán a cabo y para cubrir las diferentes demandas que le produce la participación grupal.” (Cfr. Bruscia; 1999: 14)

El tamaño del grupo en el contexto de la Musicoterapia grupal, va a depender de las necesidades y características de los pacientes, lo que va a condicionar el planteamiento de los objetivos y la elección de los modelos teóricos.

Para Alvin (s.f), mediante la Musicoterapia grupal, los pacientes pueden crear afinidades, les brinda la oportunidad de la libertad de expresión, liberar ciertas energías y ayuda a corregir o desarrollar algunas actitudes. Los pacientes que participan de una sesión grupal aprenden a “asumir responsabilidades y les permite tomar decisiones por si mismos o por el grupo.” (Pág.: 162)

La Musicoterapia individual en cambio, según Alvin (s.f) requiere en gran medida de lo que el musicoterapeuta puede ofrecer. En el proceso que se realiza dentro de las sesiones individuales, el terapeuta ayuda al paciente a “evaluarse a si mismo, a acrecentar su propio conocimiento y a adoptar una actitud más saludable hacia sus problemas.” (Pág.: 182)

Para Alvin (s.f.), la relación de uno a uno que se da en el contexto de la musicoterapia individual “está cargada de peligros, especialmente con pacientes absorbentes, celosos y exigentes, cuya relación con el musicoterapeuta puede llegar a ser muy emocional.” (Pág.: 183)

5.4 Modelos de Musicoterapia

Los modelos musicoterapeúticos que se describirán a continuación, fueron reconocidos como tales de manera oficial en 1999, en el IX Congreso Mundial de Musicoterapia realizado en Washington, EE.UU.

Existen muchos modelos teóricos que aun no se han constituido como tales, siendo solo cinco los modelos reconocidos en este congreso: el Modelo de Musicoterapia Analítica, Modelo Nordoff-Robbins, Modelo Benenzon, Modelo GIM y el Modelo Behaviorista, de los cuales solo se expondrán en este capítulo los cuatro primeros.

5.4.1 Modelo Musicoterapia Analítica

La Musicoterapia Analítica es un enfoque de improvisación musical, creado y desarrollado a principios de los años 70 por Mary Priestley.

“La Musicoterapia analítica se define como el uso de palabras y música de manera simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta, con el propósito de explorar la vida interna del paciente y facilitar su desarrollo”. (Cfr. Bruscia; 1999:115)

La Musicoterapia analítica puede darse tanto en el contexto de la Musicoterapia grupal como individual, aunque lo más común son las sesiones individuales. En este modelo, el trabajo terapéutico se realiza activamente entre dos individuos tanto en un nivel de improvisación musical como de diálogo verbal. Aquí la música realiza la labor de puente entre la vida interna y externa del paciente, donde la improvisación se ve estimulada por sentimientos, ideas, imágenes, fantasías, memorias o situaciones que se identifican como tema de la terapia. Todas estas situaciones pueden deberse a sucesos de la infancia que dejan huella en el inconsciente del paciente, lo que condiciona su vida actual.

Los pacientes que mas se benefician con este modelo musicoterapeutico, son aquellos que poseen una capacidad de verbalizar sus pensamientos, sus sentimientos y sus reacciones a la improvisación.

Por lo anterior, la aplicación de este modelo de Musicoterapia es recomendable, según Priestley en Bruscia (1999), preferentemente en adultos que padecen, por ejemplo, de las siguientes patologías:

- Depresión maniaca.
- Esquizofrenia catatónica.
- Neurosis obsesiva
- Desordenes psicósomáticos.

Así como también, es recomendable para adultos normales, niños normales y problemas de pareja.

Priestley destaca que para realizar un uso eficaz del modelo de musicoterapia analítica, el musicoterapeuta debe “tener un entrenamiento avanzado y experiencias en la musicoterapia analítica y la psicoterapia antes de intentar utilizar este método, especialmente con individuos seriamente perturbados.” (Cfr. Bruscia; 1999: 120)

5.4.2 Modelo Nordoff -Robbins

Este modelo también se conoce con el nombre de Musicoterapia Creativa, y se fundamenta según Nordoff y Robbins en la creencia de que “hay una musicalidad innata residiendo en cada ser humano que puede ser activada al servicio del desarrollo y crecimiento personal. Este potencial musical es despertado de forma mas efectiva a través de la improvisación musical en la cual la creatividad innata del individuo se utiliza para superar dificultades emocionales, físicas y cognitivas.”(7)

Según Poch (1999), este método está indicado especialmente para niños, cuya técnica principal es la utilización de la *improvisación musical* dentro de un contexto de terapia individual, aunque también se puede realizar dentro del contexto de la musicoterapia grupal. Los principales instrumentos utilizados en este modelo son el piano y

la voz, aquí el terapeuta es el encargado de realizar la improvisación, contando además con la ayuda de un co-terapeuta.

La improvisación musical debe estar adaptada a las necesidades de cada uno de los pacientes, teniendo en cuenta el tono, ritmo, melodía, armonía, forma y componentes expresivos de la improvisación. Los componentes expresivos dependen de la interpretación musical del terapeuta.

Las sesiones de Musicoterapia son grabadas para luego estudiar lo que ocurrió en cada momento, luego de la evaluación realizada por los terapeutas, se pueden catalogar las respuestas de los pacientes de acuerdo a la forma en que éste respondió a las improvisaciones del terapeuta. En esta técnica algunas de las funciones principales del musicoterapeuta, son encontrar las cualidades de la música que estimulan al paciente, improvisar música que genere en el paciente un sentimiento de seguridad, ayudar al paciente a realizar la autoexpresión musical, etc.

5.4.3 Modelo Benenzon

El Modelo Benenzon como su nombre lo indica, se debe al musicoterapeuta Argentino Rolando O. Benenzon, quien comenzó a formar dicho modelo alrededor del año 1960. Dicho modelo trabaja principalmente con la Musicoterapia activa dentro de un contexto tanto grupal como individual.

El modelo Benenzon se basa en el concepto del ISO, que benenzon (1999) define como “el conjunto de energías sonoras, acústicas y de movimiento que pertenecen a un individuo y que lo caracterizan. Este movimiento energético interno esta formado por la herencia sonora, por las vivencias sonoras gestacionales intrauterinas y por las experiencias sonoras desde el nacimiento hasta la edad adulta.” (Pág.: 64)

El modelo Benenzon se fundamenta también en el concepto de *complejo sonido-ser humano*. Este complejo sonido ser-humano “se extiende desde las fuentes de emisión del sonido, comprendiendo la naturaleza, el cuerpo humano, los instrumentos musicales, los aparatos electrónicos, el medio ambiente, el recorrido de las vibraciones con sus leyes acústicas, los órganos receptores de éstos sonidos, la impresión y percepción en el sistema nervioso y toda la repercusión biológica y psicológica para la elaboración de la respuesta que encierra el complejo, ya que ella es una fuente de estímulo. Este modelo considera

como objetivo fundamental producir estados regresivos y aperturas de canales a esos niveles en los pacientes, emprendiendo por medio de los nuevos canales de comunicación, el proceso de recuperación.” (8)

El vínculo desarrollado entre paciente y terapeuta se realiza principalmente por medio de la *comunicación no verbal* de las expresiones corporo sonoro-musical. Algunas de las aplicaciones de este método son, por ejemplo, en prevención primaria en escuelas, instituciones y salud comunitaria, en aplicaciones clínicas como el autismo, retraso mental, afasias, drogadicción, enfermedades psiquiátricas, etc.

Benenzon (1998) aconseja seguir tres pasos en una sesión de Musicoterapia:

1. Observación: Este paso se da en el primer momento de la sesión, y se aconseja que el musicoterapeuta se abstenga de actuar y de expresarse, debe saber esperar, permitiéndose escuchar, percibir y comprender todas las señales que entregue el paciente.
2. Asociaciones corporo-sonoro-musicales: En este punto el paciente comienza a expresarse libremente, lo que le permite al musicoterapeuta elegir los instrumentos musicales, o las expresiones sonoras vocales que él asocia mediante la observación de los movimientos y conductas del paciente.
3. Aislamiento reflexivo activo: En este momento, “el musicoterapeuta deja de actuar y disocia su atención entre lo que está pasando afuera y lo que está ocurriendo en él mismo...Es el momento de mayor contacto con las sensaciones contra-transferenciales, diferenciando las que llegan del paciente y las propias.” (Cfr. Benenzon; 1998:77)

5.4.4 Modelo GIM (Guided Imagery and Music)

Este Modelo de Musicoterapia es creado por la musicoterapeuta Hellen Bonny, alrededor del año 1970, y “está basado en la audición musical en un estado de relajación para provocar imágenes, símbolos o emociones con finalidad creativa, como base de una acción terapéutica, como ayuda a la introspección y como experiencia religiosa y espiritual” (Cfr. Poch; 1999: 143).

La finalidad de este modelo es tratar de ayudar al paciente a explorar su mundo interior para un mejor conocimiento de si mismo. Esta indicado preferentemente para aquellos pacientes que sean capaces de diferenciar el pensamiento simbólico de la realidad y de comunicar dicha experiencia al terapeuta. “La imaginaria puede incluir cualquier experiencia de imaginación, como las sensaciones, sentimientos, recuerdos y fantasías. A lo largo del proceso, el terapeuta debe apoyar y promover el desarrollo del paciente a través de una meticulosa selección de la música, una hábil intervención y una presencia afectuosa.”

(9)

La audición de las piezas musicales es de música clásica, principalmente porque este tipo de música no posee un significado concreto, favoreciendo así los recuerdos de ciertas experiencias del paciente. Algunas de las etapas de la sesión de GIM, son:

- explicar al paciente en que consiste la sesión,
- relajación del paciente,
- audición de música clásica y
- vuelta a la realidad.

Las personas o pacientes que más se benefician con este modelo musicoterapeutico son pacientes con depresión, ansiedad, cáncer (en sus diversas etapas), dependencia farmacológica, problemas de pareja, etc.

Algunos de los objetivos que se tienen al utilizar este modelo terapéutico son,

- mejorar el estado de ánimo,
- profundizar en la comprensión personal,
- curar heridas emocionales,
- incrementar la autoestima, etc.

5.7 Sala de Musicoterapia (Gabinete)

En Musicoterapia, la sala o gabinete en la cual se realizan las sesiones tiene una gran importancia, ya que el logro de los objetivos terapéuticos depende en gran parte de la confortabilidad y utilidad que da el espacio físico donde se encuentran los pacientes, el terapeuta y todos los elementos que al interior de ésta se deben utilizar.

La sala de Musicoterapia debe ser construida teniendo en cuenta tanto las características acústicas que se requieren, como las características terapéuticas que ayudan a la realización de las sesiones.

En termino generales podemos decir que una sala con fines musicales debe cumplir con ciertas características acústicas de construcción, ya sea por ejemplo, en los tipos de materiales que se utilizan, la forma y dimensiones que se le da a la sala, etc., teniendo en cuenta las necesidades acústicas que se desean cubrir. Estas consideraciones acústicas tienen como fin evitar que se generen algunos fenómenos sonoros que pueden llegar a ser perjudiciales en la audición musical o de la palabra.

Uno de estos fenómenos acústicos es la reverberación, el cual es la persistencia del sonido al interior del recinto con una desaparición del mismo que se va dando en forma gradual. La reverberación que acompaña a un sonido musical dentro de un recinto o sala, “puede ser útil siempre que la duración sea la debida, escuchándose la palabra más clara y la música mas animada, debido al encadenamiento de los sucesivos tonos musicales. Si la reverberación es muy grande, la palabra es menos inteligible, y en la música se produce un solapamiento entre las notas musicales, por lo que la audición se empeora, al tener menos calidad.” (Cfr. Recuero; 1993: 29)

Idealmente, en el interior de los recintos destinados para el desempeño de la música, “es necesario que la difusión del sonido sea algo mayor que los destinados a la palabra y, por lo tanto, deben disponerse las paredes de elementos que permitan la difusión. El tiempo óptimo de reverberación para la música depende del tipo que se ejecute, existiendo tablas y gráficos que nos dan el tiempo optimo de reverberación para cada una de las diferentes frecuencias y tipos de melodías.” (Cfr. Recuero; 1993:746)

“El tiempo mínimo de retardo (reverberación) para la palabra varia entre 40 y 170ms, siendo para la música superior que para la palabra, alcanzando valores de 150 a 250ms.” (Cfr. Recuero; 1993:20-26)

Para la sala de Musicoterapia, y según las necesidades expresadas por los mismos musicoterapeutas, Benenzon (1998) recomienda que en el interior de la sala se evite las reverberaciones y el eco, para lo cual “las paredes deben estar revestidas de madera hasta la mitad de su superficie. Esto permite, por un lado, disminuir la reverberancia y el reflejo de los sonidos, haciendo mas silenciosa la sala por una parte y, por otra, parte del grupo puede percutir con las manos la pared, obteniendo otro medio de percibir las vibraciones con el tacto y con el cuerpo” (Pág. 16).

En cuanto al suelo o piso de la sala, éste debe ser de madera, ya que al igual que las paredes de madera, permite transmitir a través de él las vibraciones de los sonidos, permitiendo así que las personas que se encuentran al interior, por ejemplo descalzas, puedan sentir las vibraciones que se transmiten. Para que lo anterior sea más efectivo Benenzon (1998) recomienda que el piso de madera sea construido a una cierta distancia de la base de cemento, para que de esta forma quede una capa de aire que favorezca aun más la vibración de la madera. También sugiere que en este espacio dejado entre la base de cemento y el piso de madera, se incorpore un sistema de parlantes con el objetivo de que la sonoridad emitida por éstos sea dispersada en forma de vibración por el piso. La vibración transmitida por el suelo de madera permite estimular el sentido del tacto, lo que es fundamental, por ejemplo, en los pacientes sordos y autistas, ya que les permite experimentar del mundo sonoro.

Recuero (1993), aconseja que una sala con fines musicales debe estar precisamente cubierta con grandes áreas de madera, tanto en suelos como **frisos**, ya que esto proporciona relativamente un gran absorción para las frecuencias altas, lo que es beneficioso para la música.

Otro dato aportado por Recuero (1993) con respecto a las salas con fines musicales, es que, para conseguir mejores condiciones acústicas además del tipo de música debe tenerse en cuenta el número de ejecutantes y el tamaño de la audiencia. En el caso de las sesiones de musicoterapia el numero de personas que se encuentran al interior de la sala puede oscilar entre dos personas como mínimo, cuando se trata de la musicoterapia

individual, hasta un grupo de aproximadamente 10 personas como máximo, en el contexto de la musicoterapia grupal.

En el caso de la Musicoterapia hay que considerar que las personas que ejecutaran los instrumentos e interpretaran alguna pieza musical, no son expertos ni profesionales, sino que por lo general serán personas que no tienen conocimiento musical previo, salvo el musicoterapeuta el cual si debe poseer conocimientos de interpretación musical. Por lo tanto lo más importante a considerar en este tipo de salas, es que no sea demasiado reverberante, de tal forma que los instrumentos se escuchen con la mayor claridad posible, sin solapamientos ni ecos que puedan perturbar la óptima realización de las sesiones, considerando que es el sonido el medio por el cual se busca realizar la terapia.

Otra de las características acústicas importantes que debe tener la sala de musicoterapia, es el *aislamiento acústico de sonoridades externas*, es decir, se debe procurar que la sala no este rodeada de sonoridades externas fuertes, ya que esto perjudicaría la comunicación no-verbal que se produce en el interior de las sala.

Además del aislamiento de las sonoridades externas se debe procurar también que las sonoridades emitidas al interior de la sala no interfieran con el exterior. En el interior de la sala de musicoterapia se generan sonoridades mediante la utilización de instrumentos, la escucha de música, y las producidas por los mismos pacientes, por lo que es necesario evitar que el sonido producido al interior salga al exterior y afecte a las actividades de los recintos adyacentes. Para esto, la sala debe poseer un buen aislamiento acústico que permita a los pacientes y musicoterapeuta trabajar “con absoluta libertad, permitiendo expresiones como los gritos, aullidos, gemidos, imitación de animales.” (Cfr. Benenzon; 1998:15)

Una solución para obtener un buen aislamiento acústico, dada por Recuero (1993), con respecto a las salas con fines musicales, es mediante la construcción de “paredes, techos y suelos que tengan unas *perdidas de transmisión* de no menos de 45dB y en las ventanas, si las hay, y puertas, de por lo menos 35dB. En las ventanas debe colocarse doble cristal y, por supuesto, deberán permanecer cerradas, por esto es necesario el uso de ventilación artificial. En cuanto a esto, es muy importante que no exista transmisión de sonido de un local a otro a través de los conductos de ventilación. Las puertas deben ser de madera maciza y encajaran perfectamente en sus marcos, no debiendo estar enfrentadas en

un pasillo las puertas de las diferentes aulas. La totalidad del techo del pasillo y hasta una altura de 1.2 m, de la parte superior se colocaran losetas altamente absorbentes, de modo que el pasillo servirá para mejorar el aislamiento de unos recintos con relación a otros.

El techo puede tener una ligera inclinación de 3° no siendo paralelo con el suelo, así como también las paredes laterales. El techo puede ser de yeso perforado, con paneles de fibra. Las paredes onduladas también cubiertas de yeso. La fibra de vidrio del techo, los libros de las estanterías y demás mobiliario proveen al recinto de la suficiente absorción para el tiempo de reverberación necesario.” (Cfr. Recuero; 1993: 747)

De estas condiciones acústicas dadas por Recuero para una sala con fines musicales, solo debemos extraer las mas aplicables a la sala de Musicoterapia, ya que debemos considerar que ésta no solo esta destinada a la emisión de sonidos musicales, sino que también debe estar acondicionada para generar estímulos visuales y táctiles. En general la finalidad de conseguir un buen acondicionamiento acústico de la sala de musicoterapia es generar una atmósfera adecuada que permita estimular las reacciones del paciente.

En cuanto a las dimensiones de la sala de Musicoterapia, Benenzon (1998) aconseja que esta no sea demasiado amplia, de unos 5 por 5, ya que si la sala es demasiado grande se pierde la noción de espacio, lo que provocaría dispersión y la disminución de los puntos de referencias permitiendo el aislamiento de algunos pacientes.

El interior de la sala de Musicoterapia debe estar lo mas despejada posible de tal manera que se permita la libre circulación de los pacientes, por lo que los armarios deben estar ubicados de tal forma que no interfieran con la sesión a manera de distracción, por lo que se aconseja que estén empotrados en la pared.

En Chile, existe una sala de Musicoterapia especialmente construida con esta finalidad, en la cual se pueden observar varias de las características de construcción recomendadas anteriormente. Esta sala fue construida en la institución para niños autistas ASPAUT (Asociación de Padres y Amigos de los Autistas), gracias a la gestión de la musicoterapeuta Carolina Carrasco. Esta sala fue acondicionada en una de las salas del segundo piso de la institución, y se baso en los requerimientos dados por Benenzon.

El suelo esta construido de piso flotante, ya que no se pudo implementar la sugerencia, dada por Benenzon, de construir un piso de madera a una cierta distancia de una base de cemento, por el hecho de encontrarse esta sala ya construida en un segundo

piso de la institución. Las paredes en su interior contienen material aislante, y están revestidas hasta la mitad de madera. El cielo es de madera, y en él se encuentra instalado un juego de luces que varía en colores y formas, con el fin de estimular visualmente al niño autista. En dos de las paredes paralelas se instalaron espejos con el mismo objetivo de estimulación visual. Esta sala consta además de un sistema de ventilación que permite tener el ambiente adecuado tanto en verano como en invierno, de esta forma la sala no consta de ventanas que permiten el ingreso de sonoridades externas que puedan influir en el desarrollo de una sesión. También se construyó un cubículo continuo a la sala, el cual se comunica con esta mediante una puerta. En este cubículo se encuentra el equipo de sonido y los estantes donde se guardan zapatos e instrumentos, permitiendo así que la sala de musicoterapia se encuentre lo más despejada posible. Este cubículo consta de una ventana especial que permite observar el desarrollo de la sesiones al interior de la sala de musicoterapia, ya sea por los padres de los niños o los especialistas. Esta ventana de observación es un punto de gran importancia en la Musicoterapia, ya que le permite a los musicoterapeutas y otros profesionales relacionados, observar en directo la realización de las sesiones lo cual les permite analizar y estudiar la práctica musicoterapéutica.

Otro caso observado fue en el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC), donde se realiza musicoterapia. La musicoterapeuta chilena Pamela Mayer, quien trabaja en esta institución, actualmente se encuentra desarrollando las sesiones en una sala de la institución que anteriormente estaba destinada a sala de hospitalización, por lo que las dimensiones no son las adecuadas (demasiado amplia), y su material de construcción no es el óptimo (completamente de cemento). Esta sala consta de ventanas que permiten que las sonoridades exteriores ingresen con mucha facilidad al interior, perturbando el correcto desarrollo de una sesión. Para Pamela Mayer el aislamiento acústico de sonoridades externas es uno de los puntos importantes en el desarrollo de las sesiones que realiza, ya que cuando ingresa sonido del exterior, los pacientes, en su mayoría niños pequeños, pierden la concentración de las actividades que se están realizando en el interior de la sala. También considera importante el acondicionamiento interior de la sala, y en este caso donde la sala ya esta construida tiene como proyecto implementar una puerta corredera que divida la sala en dos, teniendo así la

posibilidad de utilizar una sala más adecuada cuando se trabaja con un número pequeño de pacientes.

Para la musicoterapeuta Carolina Carrasco la construcción de una sala especial para el uso musicoterapéutico es de vital importancia en los resultados obtenidos. En su caso esto fue comprobado con los resultados positivos que obtuvo de trabajar con los niños autistas en una sala especialmente acondicionada para este propósito.

En este sentido, algunos de los factores acústicos más importantes considerados por los musicoterapeutas, son el aislamiento acústico de sonoridades externas, la posibilidad de experimentar las vibraciones sonoras mediante el tacto y una distribución del sonido en el interior de la sala con una reverberación adecuada, que impida el fenómeno del eco y que a la vez no sea tan seco.



(Foto 1)
Espacio dejado en contrapiso para colocar altoparlantes que permitan hacer vibrar el suelo de madera.



(Foto 2)
Gabinete de musicoterapia de Victoria (España).
Obsérvese el piso de madera con altoparlantes incorporados, sin elementos decorativos, y la ventana

Fig.3: Imagen superior: espacio dejado en contrapiso para colocar altoparlantes que permitan hacer vibrar el suelo de madera. Imagen inferior: Gabinete de musicoterapia de Victoria (España) con altoparlantes incorporados, piso de madera y ventana de observación. Ref.: Benenzon, Rolando O. 1998. *La Nueva Musicoterapia*. Editorial Lumen. Buenos aires.

5.8 *Consideraciones electroacústicas*

Además de las consideraciones acústicas de una sala de Musicoterapia, se deben tener en cuenta los equipos de reproducción sonora que se utilizan en el desarrollo de una sesión, ya que existen encuadres terapéuticos donde, además de la utilización de instrumentos por parte de los pacientes y el musicoterapeuta, se utiliza la escucha de música grabada, como por ejemplo en la Musicoterapia pasiva o receptiva.

Dentro del contexto de la Musicoterapia activa, cuya principal actividad es la improvisación musical, la escucha de música grabada es una actividad que también se realiza en algún momento de la sesión. Esta actividad ayuda al paciente en diferentes aspectos, como por ejemplo a mejorar las relaciones interpersonales.

Alvin (s.f.) dice que el goce musical ayuda a estimular la mente, revive viejos recuerdos y activa el cuerpo. Sin embargo se debe tener en cuenta que el tipo de música que se escoge debe ser la adecuada para cada grupo de pacientes, que padecen de una patología determinada.

Para lograr un buen resultado con la escucha de música grabada, es importante que los equipos que se utilizan estén en buen estado, es decir, que no generen ruidos molestos durante la reproducción de la música, y que los formatos en los que se encuentra almacenada la música también se encuentren en buen estado.

El nivel sonoro al cual se emite la música también debe ser el adecuado, para Alvin (s.f.) esto es importante ya que los sonidos y la música actúan sobre el sistema nervioso, por lo que la exposición a sonidos musicales a ciertos niveles, puede resultar ser más o menos sensible para los pacientes bajo ciertos estados de tensión o irritabilidad.

En la sala de Musicoterapia construida en ASPAUT, el equipo de reproducción sonora está ubicado en el cubículo construido para este fin, aquí la musicoterapeuta prepara y dispone todo su material sonoro que utiliza dentro de la sesión (CD, cassettes), para que de esta forma los pacientes no se vean interrumpidos con esta acción. En esta sala también hay instalado un sistema estéreo de parlantes ubicado en las esquinas superiores de la sala. Sin embargo, para la musicoterapeuta lo óptimo habría sido disponer de un mayor número de parlantes que permitieran que el sonido proviniera de diferentes puntos de la

sala, para así obtener una mayor estimulación auditiva de los pacientes que participan de la sesión.

La importancia de la instalación de un buen equipo de reproducción sonora estará dada por el tipo de método musicoterapéutico que se utilice y el tipo de paciente que este participando de las sesiones. Para Pamela Mayer, por ejemplo, este punto no es de vital importancia, ya que en su caso se utiliza con mayor fuerza la Musicoterapia activa, y en menor grado la audición musical, por lo que un sencillo sistema de reproducción musical es suficiente.

Una técnica muy usada en sesiones de Musicoterapia activa, es la grabación de las improvisaciones musicales que están siendo ejecutadas por los pacientes. Estas grabaciones son posteriormente escuchadas por los pacientes y analizadas por el musicoterapeuta. Para la musicoterapeuta Sussanne Bauer esto tiene como fin lograr que los pacientes tengan una percepción objetiva de lo que están realizando dentro de la sesión, ya que muchas veces ocurre que cuando se realiza la actividad de improvisación musical, los pacientes sienten que lo están haciendo mal o que su participación no fue tan notoria, percepción que posteriormente cambia cuando escuchan y analizan la grabación. Esto es muy útil para el terapeuta ya que ayuda al paciente a corregir la percepción distorsionada, ayuda a focalizar la atención, reafirmar la personalidad, realizar ejercicios metafóricos, etc.

La grabación de las actividades musicales que se realizan en las sesiones también resulta útil como una herramienta de investigación por parte de los terapeutas.

Para la musicoterapeuta Susanne Bauer, lo óptimo es obtener una grabación de buena calidad que permita una audición clara por parte del musicoterapeuta y los pacientes, para así poder identificar cada uno de los fenómenos sonoros que ocurrieron durante la actividad. Esto podría lograrse implementando un pequeño sistema de grabación, que conste de un micrófono, un grabador (mini disc) y reproductor, ya que la simple grabación de la actividad en un equipo de audio común y corriente no entrega la calidad sonora requerida.

5.9 Características de los instrumentos musicales

Como vimos anteriormente, existen diversos métodos y técnicas en Musicoterapia que permiten el correcto tratamiento de los pacientes de acuerdo a sus necesidades.

Es en el caso de la Musicoterapia activa donde los instrumentos musicales son la principal herramienta terapéutica utilizada por el musicoterapeuta, para lograr que los pacientes desarrollen una forma de comunicación que les permita conocerse a si mismo y a los demás. En este sentido es importante que el musicoterapeuta posea un conocimiento adecuado de los instrumentos que utilizara, que sepa ejecutarlos, pero más que nada que conozca las sonoridades que emite cada uno y la forma en que estos repercuten en los pacientes.

Una característica musical muy importante que define a cada instrumento sonoro, es el timbre. El timbre de un instrumento musical, como se dijo anteriormente, esta caracterizado por los armónicos y parciales que acompañan a la frecuencia fundamental.

Los diversos instrumentos musicales existentes generan sonido por vibración mediante diferentes mecanismos. Estos son, cuerdas en tensión, columnas de aire dentro de tubos de madera o metal, pieles en tensión, barras, discos y bloques de madera y calabazas.

Benenzon (1998), da al conjunto de instrumentos que se utilizan en una sesión de musicoterapia el nombre de *grupo operativo instrumental* (GOI), y establece que estos instrumentos deben poseer ciertas características para que puedan ser utilizados de una forma óptima por los pacientes. Algunas de las características más importantes que deben tener son:

- Estar contruidos de materiales naturales como cuero, piel y madera.
- Emitir sonoridades diversas.
- Ser de fácil manipulación.
- Permitir el libre desplazamiento.

Estas características deben fomentar y permitir la comunicación dentro del desarrollo de la sesión, ya sea con el musicoterapeuta, como con los demás miembros de la terapia.

Algunos de los instrumentos que reúnen estas condiciones, según Benenzon (1998), son por ejemplo, el bombo, el palo de lluvia, las congas y el bongo, los cuales pueden ser fácilmente manipulados y permiten al paciente desplazarse con ellos.

En cuanto a la sonoridad de los instrumentos musicales, se tiene por ejemplo, que el bombo es un instrumento que al percudirlo produce una *sonoridad* que se asemeja al ritmo cardíaco; las congas poseen una sonoridad potente, grave, que también puede imitar el ritmo cardíaco, el caminar, el galopar y el correr. En general los instrumentos con membranas como el bombo y las congas, sobresalen de los otros instrumentos porque a parte de ser fácilmente manipulables, el paciente al emitir sonoridades puede acariciar la membrana del instrumento, o bien abrazarlo, utilizando así el sentido del tacto para percibir las vibraciones sonoras que este emite, convirtiéndose en otro medio para percibir el sonido aparte del que se produce a través de los oídos.

Otro instrumento que es importante, pero que reúne algunas de las características antes mencionadas es el piano. Según Benenzon (1998) “el piano posee una de las cajas armónicas más grandes y amplias de todos los instrumentos” (Pág. 20), que además es de madera, lo cual permite, por ejemplo, que varios pacientes simultáneamente puedan colocar sus manos y sus cuerpos sobre la caja y sientan las vibraciones a través del sentido del tacto.

Los teclados u órganos electrónicos también son muy utilizados en musicoterapia, sobre todo cuando no se puede contar con un piano, éste es “el más completo de todos los instrumentos y el más rico en armónicos, que hace de él un gran instrumento en terapia. Los órganos electrónicos deben elegirse de la mejor calidad posible, con sonido cuanto menos metálico, mejor. Es muy adecuado para ayudar a crear estados de ánimo...”. (Cfr. Poch; 1999: 527-528)

La guitarra es otro instrumento comúnmente utilizado en las sesiones, su sonoridad es triste y ejerce gran atracción en los niños, tanto por su sonido como por su aparente facilidad de ejecución. Es muy utilizada por el musicoterapeuta para generar instancias de comunicación con el paciente, por ejemplo ejecutando simples canciones de saludo y despedida a las cuales el paciente debe responder.

El xilófono es un instrumento que tiene como característica el permitir la *transición de lo rítmico a lo melódico*, ya que da la posibilidad de instalar sus placas en forma

individual, pasando de una placa hasta la totalidad de ellas en forma sucesiva. Esto posibilita una interacción entretenida del paciente con el instrumento.

En contra ejemplo de estos tipos de instrumentos podemos poner el caso del triángulo, el cual carece de varias de estas características, ya que por ejemplo, “requiere de una forma particular de tomarlo para que emita su sonido característico. Su sonoridad es suave y debe esperar algunos momentos de silencio o de baja intensidad para ser escuchado. Es poco continente por su escaso volumen espacial”. (Cfr. Benenzon; 1998:22)

Los instrumentos, además de estar contruidos principalmente de materiales naturales como madera y cuero, deben ser de fácil ejecución, es decir, que no requieran de estudios previos por parte de los pacientes ya que de lo contrario se generaría un sentimiento de frustración que perjudica la realización de la terapia.

Además de los instrumentos musicales típicos existentes, Benenzon (1998) da una clasificación más amplia de los instrumentos sonoros, dentro del contexto musicoterapéutico, que permite a los pacientes experimentar variadas sonoridades. Esta clasificación es la siguiente:

- *Corporales*: Son aquellos donde el cuerpo mismo puede convertirse en un instrumento. Ej. Las palmas, el canto, el taconeo, etc.
- *Cotidianos*: Son aquellos elementos de uso diario capaces de producir sonoridades por su uso propiamente dicho. Ej. Martillar, colocar un vaso sobre la mesa, etc.
- *Naturales*: Son aquellos que se encuentran espontáneamente en la naturaleza. Ej. El agua de un arroyo, el viento, etc., estos se utilizan mucho en el contexto de la musicoterapia al aire libre.
- *Creados*: Son aquellos instrumentos que son fabricados e improvisados por el paciente o el musicoterapeuta, con el fin de establecer un vínculo a través de los mismos. Estos son los más importantes dentro del contexto musicoterapéutico.
- *Musicales*: Son aquellos convencionales, que tienen una forma determinada de ser ejecutados. Estos deben ser utilizados con

cuidado, porque pueden producir cierta frustración en los pacientes.
Ej. piano, bombo, guitarra, flauta, etc.

- *Electrónicos*: Aquí pertenecen los reproductores de sonido, como por ejemplo, computadores, grabadoras, sintetizadores, etc.



Fig.4: Instrumentos musicales utilizado en una sesión de Musicoterapia.

Ref.:<http://www.sentieridiluce.org/musicoterapia.htm>

5.: *El Musicoterapeuta*

Gabriela Wagner en Benenzon (1998) define al musicoterapeuta como un profesional que es especialista en el uso de la música, el sonido, el silencio y el movimiento, con fines terapéuticos.

“El musicoterapeuta se desempeña teniendo como referencia un cuerpo teórico interdisciplinario, poniendo sus conocimientos específicos en función del logro, objetivos no musicales que surgen de la convergencia de los diversos abordajes que ofrece un equipo de rehabilitación en particular.” (Cfr. Benenzon: 1998:204)

Alvin (s.f.) hace referencia a varios sucesos históricos donde se describe la relación entre una persona (paciente) que padece de alguna patología por lo general psicológica, y otra persona que posee habilidades musicales, ya sea instrumental o en el canto (Musicoterapeuta).

Uno de estos hechos es el del sopranista italiano Farinelli, nacido en 1705, y el rey Felipe V de España. En 1737 Farinelli visita España, donde el rey en esa época sufría de aguda melancolía y llevaba varias semanas sin atender los asuntos del estado. “La reina pidió a Farinelli que eligiera algunas melodías expresivas y patéticas; la clase de música que mejor correspondía al nuevo estilo del cantante y al estado melancólico del paciente” (Pág. 80). El rey oyó la música desde su cuarto, mientras que Farinelli cantaba desde un cuarto contiguo. El rey “quedó tan conmovido por la inesperada experiencia que salió de su estado letárgico... la música había hecho que el rey saliera de su depresión”. (Pág. 80)

Farinelli fue contratado como cantor personal del rey, lo que hizo durante 10 años hasta la muerte del rey. En este lapso de tiempo el músico entono todas las noches las mismas cuatro canciones sin cambios de ninguna clase. No se conoce lo que pensaba Farinelli acerca de este proceso repetitivo. “Como ejecutante de Música hubiera preferido cambios con su vasto repertorio de canciones. Como terapeuta habrá pensado que lo mejor era alcanzar buen éxito.” (Pág. 81)

Según Benenzon (1998), el musicoterapeuta es aquel que maneja hábilmente la escucha y la expresión de los códigos no-verbales. Sin embargo, antes que el musicoterapeuta se embarque en esta tarea es importante que realice un conocimiento de su propia identidad sonora, esto lo puede realizar en el marco de la *Musicoterapia didáctica*, donde el musicoterapeuta se somete a los mismos acontecimientos que enfrentara el paciente. Todo lo anterior debe ir acompañado de una psicoterapia personal, a fin de elaborar sus propias conflictivas.

Una vez realizado este proceso, el musicoterapeuta puede comenzar una relación de transferencia con el paciente, esto es, el musicoterapeuta “desarrolla, otorga y contiene un espacio que le permitirá al paciente descargar sus energías de comunicación,... donde el Musicoterapeuta escucha, observa, y percibe el desarrollo de la transferencia del paciente” (Cfr. Benenzon; 1998: 93-94).

Para Benenzon (1998) es importante que entre musicoterapeuta y paciente exista el uso de instrucciones o consignas, antes y durante la sesión, que permiten al musicoterapeuta producir, estimular y accionar la relación con el paciente.

La consigna es la presentación del musicoterapeuta, y a través de ésta se expone, se muestra y se deja reconocer. Estas consignas pueden ser verbales y no verbales, y el

musicoterapeuta las elige de acuerdo a la característica del grupo de pacientes que esta a su cargo. En definitiva, ambos tipos de instrucciones, invitan al paciente a participar de la sesión.

Sin embargo, el terapeuta para comunicarse con el paciente elige preferentemente como medio de comunicación el del *contexto no verbal*, es decir tratando de no utilizar mayormente la comunicación verbal. “El contexto no verbal es la interacción dinámica de infinitos elementos que configuran códigos, lenguajes, mensajes, que impactan y estimulan el sistema perceptivo global del ser humano, y permiten que éste reconozca el mundo que lo rodea, su entorno, su ambiente y al otro ser humano con el cual tiende a comunicarse.” (Cfr. Benenzon; 1998:)

Algunos de los elementos que configuran el contexto no-verbal, ya sea en forma de códigos, lenguajes o mensajes, pueden ser: el sonoro, el musical, el gestual, el corporal, el de movimientos, el de la mímica, el del color, el vibracional, etc. Sin embargo solo la interacción dinámica entre todos estos códigos permite ejercer una fuerza de impacto en el sistema perceptivo global del paciente, como así también en la comunicación.

El musicoterapeuta, de la comunicación lograda con el paciente, debe producir las sonoridades adecuadas a través de los instrumentos musicales. Esta interacción produce el uso de múltiples tonalidades, lo cual le permite al paciente desarrollar una amplia gama de sentimientos, como por ejemplo el amor, el odio, la agresión, etc.

Una consideración importante en el trabajo del musicoterapeuta, es que todos los análisis o reflexiones que éste realiza respecto de los pacientes que participan de la sesión de musicoterapia, se deben realizar una vez ésta haya terminado, y en ese momento traspasar todos los fenómenos percibidos del contexto no verbal al contexto verbal.

Sin duda que la persona que ejerce este rol, tan importante dentro de la musicoterapia, debe poseer ciertas cualidades y cumplir ciertos requisitos que lo hagan idóneo para el cumplimiento de esta función. Algunas de estas cualidades y requisitos del musicoterapeuta, dadas por Benenzon (1998), son las siguientes:

- Debe tener vocación de servicio.

- Debe realizar un curso que le proporcione toda la información teórica con respecto a la Musicoterapia
- Debe poseer cierta habilidad para expresarse creativamente en forma corporo-sonoro-musical.
- Debe poseer una salud mental apropiada, que le permita comprender y analizar al paciente.
- Debe estar constantemente observando casos clínicos donde se emplee la musicoterapia.

Como se dijo anteriormente la Musicoterapia es una ciencia multidisciplinaria, por lo que las personas que se especializan en esta terapia son profesionales de diversas áreas, como por ejemplo, músicos, psicólogos, educadores diferenciales, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, etc. La motivación de dichos profesionales por adquirir esta herramienta científica del uso terapéutico de la música, es intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes, aplicando sus conocimientos y habilidades que permitan promover el bienestar de la salud tanto física como mental.

6. ALGUNAS APLICACIONES DE LA MUSICOTERAPIA

Como vimos anteriormente, la aplicación de la Musicoterapia se puede dar en múltiples patologías, las cuales pueden ser de origen físico, psíquico o lingüístico. Dependiendo el tipo de patología y el tipo de pacientes, se elaboraran los objetivos y se eligen los métodos a utilizar en las sesiones.

Cada una de las patologías que se exponen a continuación poseen causas científicas muy claras y definidas desde el punto de vista médico, por lo tanto los tratamientos a seguir que posee cada una de estas patologías también se encuentran claramente definidas. Sin embargo, cuando los resultados de estos tratamientos no son tan positivos como los pacientes esperan, comienzan a buscar otras alternativas complementarias que les permitan alcanzar una mejor calidad de vida.

En este sentido la Musicoterapia se ha instalado fuertemente como una disciplina terapéutica que permite estimular la rehabilitación de las personas mediante el uso de la música.

Los pacientes que se someten a una sesión de Musicoterapia poseen un historial fisiológico y psicológico que es único para cada individuo, por lo que se debe tener en cuenta cada uno de estos historiales al momento de someter al paciente a una sesión, ya que no todas las personas experimentan de la misma forma las diferentes situaciones acústicas que se manifiestan o vivencian en las sesiones, ya sea en forma de sonidos, música o vibraciones.

6.1 Musicoterapia en patologías Físicas

Las enfermedades físicas se pueden presentar en dos categorías; enfermedades físicas sensoriales y enfermedades físicas motoras. En las enfermedades sensoriales encontramos por ejemplo la sordera y la ceguera, mientras que en las enfermedades de tipo motoras encontramos, por ejemplo, la parálisis cerebral y las de tipo neurológica.

6.1.1 Ceguera

La ceguera es una enfermedad física de tipo sensorial que se puede manifestar desde el nacimiento (ceguera congénita) o bien manifestarse en algún momento de la vida del paciente (ceguera adquirida). La persona que padece esta enfermedad la puede tener en un nivel grave (ceguera total), o bien en un nivel leve (ceguera parcial).

El niño ciego se caracteriza por una inactividad corporal y una organización retrasada de sus facultades físicas. En este sentido, la música tiene varias aplicaciones importantes:

- puede emplearse para proporcionar los estímulos necesarios para el movimiento;
- puede facilitar la acción sin poner énfasis en un acto físico aislado;
- y sus requerimientos de varios niveles de destreza física y coordinación corporal llevan a aumentar la capacidad física del niño ciego.

La música para el niño ciego es un medio de expresión emocional que resulta muy gratificante. Dicha expresión emocional la transmite, por ejemplo, a través de los gestos y la expresión facial.

Antes de someter al paciente ciego a una sesión de Musicoterapia, se deben establecer los objetivos específicos que se quieren lograr. Para Gaston (1971), la rehabilitación de las personas con ceguera congénita, tiene como fin restaurar la seguridad psicológica, las aptitudes básicas, la comunicación, la apreciación y la ocupación.

Gaston (1971) enuncia 4 etapas o fases principales que son necesarias para el desarrollo de la rehabilitación del paciente con ceguera congénita. Estas son:

- Entrenamiento de otros sentidos para desempeñar la función de la vista.
- Formación de aptitudes y empleo de dispositivos.
- Restauración de la seguridad psicológica e influencia de la actitud del medio sobre el ciego.
- Asistencia para satisfacer la actitud prevaleciente.

En el caso del paciente con ceguera adquirida los objetivos o etapas de la rehabilitación son la aceptación de la ceguera como realidad emocional y la reconstrucción del concepto de si mismo.

Una vez que se establecen los objetivos, es posible orientar la forma en que se realizara la sesión de Musicoterapia, es decir, en este momento se designan los métodos y técnicas que se utilizaran.

Las actividades musicales realizadas en una sesión de Musicoterapia con pacientes ciegos se pueden clasificar en cuatro categorías: *Cantar, escuchar, ejecutar y bailar*. También se habla de un programa que incluye cursos de *teoría musical, instrucción y clases de ejercitación instrumental*.

Gaston (1971) menciona que la utilización del piano puede tener valores específicos para los niños ciegos como medio de integración de las formas de aprendizaje auditiva, cenestésica (conjunto de sensaciones internas) y táctil. Otra actividad que destaca este

autor, es la eurítmica o movimiento rítmico, la cual le confiere al niño ciego una seguridad física, que se demuestra en una mejora en el equilibrio, lo que le permite experimentar una sensación de libertad.

Gaston (1971) destaca un estudio hecho por Haldimann del cual se extraen tres puntos principales de los *programas de educación musical* para el niño ciego:

- El empleo de la *música vocal* para relajar los músculos de la garganta, pecho y diafragma, lo cual es importante, ya que los niños ciegos tienden a ser muy tensos.
- El aprendizaje de *historia de la música* y la *apreciación musical* como sustituto de la asistencia a conciertos y operas.
- El estudio de *armonía* para una comprensión adecuada de la música en sistema Braille.

6.1.2 Sordera

La sordera es una patología que cae dentro de la clasificación de las patologías físicas sensoriales. Existen diferentes tipos o niveles de sordera como por ejemplo: hipoacusia moderada, hipoacusia severa, hipoacusia profunda y sordera total. La hipoacusia es en términos simples, una disminución en la sensibilidad auditiva.

“La terapia de personas con deficiencias auditivas está orientada generalmente hacia un tratamiento basado en el mejoramiento de la locución debido a la estrecha relación existente entre el habla y la audición.” (Cfr. Gaston; 1971:122)

Gaston (1971) destaca tres etapas principales en la terapia de este trastorno:

- corrección y conservación del habla;
- entrenamiento auditivo y
- lectura del habla.

Según Gaston (1971), en la primera etapa, de conservación y corrección del habla, la musicoterapia tiene como objetivo mejorar la articulación, la cualidad de la voz, el fraseo, las variaciones de tono, volumen y nivel de intensidad. La segunda etapa, del

entrenamiento auditivo, tiene como objetivo lograr discriminaciones de sonidos muy fuertes (como tambores cuernos y campanas), discriminación de sonidos vocales y discriminación del habla dificultosa. Otro entrenamiento que incluye la terapia para deficientes auditivos es el entrenamiento en el empleo de audífonos.

Hoy en día existe en Chile un centro especializado en la atención de niños sordos, llamado COMUNICA. En este centro se emplea la Musicoterapia junto con otras terapias, que permiten trabajar en la rehabilitación y reinserción del niño sordo en la sociedad.

En este centro se trabaja principalmente con instrumentos de percusión, ya que son fáciles de manipular y no necesita afinación, por lo que su sonido siempre es perfecto, lo cual le confiere seguridad al niño sordo. Otro instrumento importante en el desarrollo de la musicoterapia con niños sordos, es el piano, el cual permite que los niños perciban mediante el tacto, las vibraciones sonoras que de él se emiten.

En el niño sordo el *tacto* es un sentido fundamental, ya que mediante éste sentido puede percibir algunas vibraciones de los sonidos. Lane en Gaston (1971) describe un programa en el cual los niños sordos aprendieron a distinguir diferencias de tonos notables mediante el sentido del tacto. Esta actividad la realizaban los niños colocando la punta de sus dedos en la parte sonora del piano y con los ojos cerrados debían responder si el acorde tocado era “alto” o “bajo”. Dichos acordes eran ejecutados por el profesor en los extremos del piano.

En el centro COMUNICA se ha observado que aun los niños con problemas auditivos severos logran de cierta forma oír y sentir las vibraciones de los instrumentos de percusión. De un artículo, publicado por Valeska Sigren del centro COMUNICA, podemos extraer las siguientes observaciones con respecto a la capacidad del niño sordo para discriminar sonidos: “Los niños con hipoacusia severa pueden discriminar sin audífono. Aquellos con hipoacusia profunda lo pueden hacer con audífono, y los que padecen de bipoacusia total, deberían de sentir las vibraciones a través de sus audífonos, teniendo en cuenta, sí, de que al tocarlos se haga especialmente fuerte. Sabemos además que, los oídos que han sido dañados por alguna dolencia, tienen dificultad para diferenciar distintos sonidos. A mayor deficiencia auditiva, menor es la discriminación. Pero curiosamente, la discriminación de patrones rítmicos es posible en todos los niños hipoacúsicos, cualquiera sea ella su intensidad.” (10)

De las experiencias realizadas con niños sordos, se puede observar que al ser sometidos a estímulos sonoros, estos son capaces de percibir la información rítmica del sonido, no así la melódica. Para Lane en Gaston (1971) el ritmo es un elemento básico de la música que permite el logro de los objetivos terapéuticos, como por ejemplo, lograr mejor coordinación corporal y mejorar la locución mediante el ritmo verbal.

Dattilo en Gaston (1971) también destaca el uso de la música con los niños sordos como un medio para desarrollar el sentido rítmico, lo cual permite posteriormente mejorar la postura, gracia y equilibrio, así como también para mejorar la locución.

En el centro COMUNICA algunas de las actividades musicales que se realizan con el niño sordo, son: cantos simples y conectados a actividades del diario vivir, juegos musicales y la improvisación musical de instrumentos de percusión.

Algunos de los logros que se obtienen mediante el uso de la Musicoterapia con el niño sordo, según Gaston (1978), son:

- Los niños sordos son capaces de responder al ritmo
- Los niños sordos son capaces de discriminar y comparar sonidos.
- La participación en Musicoterapia ayuda al niño sordo a elevar la autoestima, desarrollar mejores relaciones interpersonales y un más profundo conocimiento del mundo que los rodea.
- Los niños sordos pueden llegar a tener cierta apreciación de la música mediante la cual llegan a expresarse de modo aproximado al de los niños normales.
- Existe una relación positiva entre la organización motora y la capacidad para leer el movimiento de los labios.



Fig.5: Musicoterapia con pacientes ciegos.

Ref.: <http://www.apmt.org/MusicTherapy/Images/tabid/72/Default.aspx>

6.1.3 Parálisis Cerebral

La parálisis cerebral es una patología física motora y como estado de invalidez se caracteriza por la anormalidad de una o mas funciones motoras.

La parálisis cerebral se caracteriza por movimientos anormales del cuerpo, déficit en la percepción, en lo sensorial por el déficit en el aprendizaje, problemas de personalidad y retraso mental.

Existen diferentes tipos de parálisis cerebral, los cuales están clasificados por el tipo de movimiento anormal que se produce en el cuerpo del paciente. Los tipos de parálisis cerebral, dependiendo de su diagnostico, pueden ser: espasticidad, atetosis, ataxia, rigidez y temblor.

Se debe tener en cuenta que los niños que padecen parálisis cerebral en sus distintas diagnosis, también presentan otros problemas asociados a esta enfermedad, como por ejemplo, retraso mental, epilepsia, visión y audición limitadas, sensibilidad y percepción anormales (como en el sentido del tacto), etc.

“Los niños que sufren de parálisis cerebral, generalmente presentan un deterioro neuromotor, perturbaciones del funcionamiento psicológico y del control emocional. Además presentan un débil control motor, distracción, hiperactividad, irritabilidad y desinhibición. (Cfr. Gaston; 1971:154)

La terapia específica indicada para el paciente que padece esta patología consiste en:

- El perfeccionamiento de la locomoción.
- Distensión de las partes contraídas.
- Re-educación y fortalecimiento muscular.
- Mejoramiento del equilibrio.

Los beneficios que aporta la Musicoterapia, mediante la escucha de música y las actividades musicales, son variados, como por ejemplo: produce “una influencia beneficiosa sobre el nivel de tensión, perturbación, hipersensibilidad y tono afectivo...” (Cfr. Gaston; 1971:154)

Las actividades musicales como la escucha de música son beneficiosas para fomentar las actividades físicas sin necesidad de participación verbal alguna. La danza es una actividad que permite por ejemplo, a los pacientes espásticos, obtener resultados positivos en el mejoramiento de sus pautas de movimientos y ayuda a complementar los logros de la fisioterapia.

López (2004), destaca el canto y los ejercicios de expresión vocal como otra de las actividades positivas en la terapia del lenguaje con los pacientes que padecen parálisis cerebral, ya que son un medio para relajar los músculos y miembros que participan en la emisión de sonidos.

Weigl en Gaston (1971) indica que “a través del canto puede lograrse una mejor respiración y control vocal, fonación más fluida y prolongación del tono” (Pág. 155).

Gaston (1971) hace referencia a varios autores que realizaron experimentos con niños y adultos que padecían de parálisis cerebral en sus diferentes diagnósticos. Uno de los objetivos principales de estos experimentos era constatar el valor real que la música tiene sobre este tipo de pacientes, ya sea en el mejoramiento del control motor de sus extremidades y la consecuente mejoría psicológica que esto produce.

Uno de estos autores es Lathom, citado en Gaston (1971), quien investigó los efectos de un ambiente musical sobre el control muscular voluntario. Este experimento consistía en montar una bicicleta fija para determinar el grado de control de las extremidades inferiores, y en una polea atada a la pared para determinar el grado de control muscular de las extremidades superiores. Esta experiencia se realizó con 10 sujetos, los

cuales fueron sometidos a diferentes condiciones musicales: primero sin música, luego con música sedante y finalmente con música estimulante.

El objetivo de dicho experimento era demostrar si bajo las distintas condiciones los sujetos experimentaban cambios en el grado de control muscular de sus miembros.

Algunas de las conclusiones obtenidas de este experimento son las siguientes:

- Las condiciones experimentales no influyeron en todos los sujetos del mismo modo o en el mismo grado.
- Los niños atetoides, el cual es un tipo de parálisis cerebral que se caracteriza por movimientos retorcidos, lentos e incontrolables, principalmente en manos, pies, brazos, y piernas, mostraron un mejor control de sus extremidades como respuesta a la *música sedante*.
- La mayoría de los niños diagnosticados como espásticos, el cual se caracteriza por una hipertonía permanente, parecían beneficiarse con la *música estimulante*.

Junto con el tipo de música (estimulante o sedante) que se debe escoger en la aplicación de la terapia, también se deben considerar otros aspectos como la calidad de la música, el nivel de la enfermedad, y la edad del paciente. Estas consideraciones son realizadas con el objetivo de establecer el ambiente más propicio para la realización de la terapia, y así favorecer el tratamiento terapéutico y las actividades de aprendizaje que ahí se realizan.

Al principio de las sesiones de Musicoterapia es importante enseñar a los niños a reconocer los distintos instrumentos que se utilizan y el tipo de sonidos que emiten, antes de que comiencen a manipularlos. Según López (2004), los instrumentos más adecuados para trabajar con estos pacientes son los de percusión, como el pandero, bombo, tambores, platillos, etc., ya que permiten una fácil manipulación. El teclado y el piano también son instrumentos recomendados ya que permiten el movimiento de dedos y muñecas.

Para López (2004), el trabajo musicoterapéutico mediante el ritmo y el movimiento le permite al niño con parálisis cerebral tomar conciencia de sus propias posibilidades

corporales. Expresa también que el trabajo con el ritmo y el movimiento permite estimular las emociones del paciente, lo cual es muy importante ya que el ser humano no es simplemente cuerpo sino que también emociones y sentimientos y que estos aspectos no están ajenos en la vida del paciente con parálisis cerebral.

Además de las actividades musicales, existen otras actividades artísticas que se pueden integrar dentro del contexto de una sesión musicoterapéutica, que sirven como apoyo a las actividades musicales realizadas. En este sentido, “el teatro puede ser un instrumento útil en manos del musicoterapeuta para ayudar al niño con parálisis cerebral a mejorar sus pautas de conducta. A veces el musicoterapeuta, combinando el teatro y la música en forma de comedia, puede ayudar al niño a iniciar cambios en la personalidad que pueden reforzar los éxitos en música.” (Cfr. Gaston; 1971:166)

López (2004), para optar al Postítulo de Terapias de Arte mención Musicoterapia de la Universidad de Chile, realizó un trabajo musicoterapéutico en el Centro de Rehabilitación Manantial, con un paciente de 18 años llamado Esteban, quien sufría de parálisis cerebral. Este paciente poseía un tono muscular fluctuante con espasmos tónicos, control de la cabeza muy inestable, y no contaba de ningún sistema de comunicación que le permitiera expresar sus ideas, sin embargo, ante preguntas concretas podía responder sí, sacando la lengua, y no, cerrando la boca.

El paciente fue sometido a sesiones individuales de musicoterapia de una hora 15 minutos, dos veces por semanas, con un total de 22 sesiones. Algunas de las actividades musicales desarrolladas en esta experiencia, fueron:

- Desarrollo de movimiento corporal por medio de la música rítmica, danzante y tranquila.
- Trabajo con elementos como globos, pelotas y pañuelos de diferentes colores, texturas y consistencias que permitieran estimular otros sentidos del paciente.
- Vocalización y canto, que fueron grabadas y posteriormente escuchadas.
- Grabación y audición de producciones sonoras con piano.
- Audición de piezas musicales grabadas (Música de Ameliè, Turka, Kusturica, Vivaldi, Tous les matins du monde.)
- Lluvia sonora, que consiste en tapar la vista del paciente y hacer sonar diferentes instrumentos musicales en distintas partes del cuerpo.

El trabajo musicoterapéutico fue un proceso bien estructurado de tres etapas, contando cada etapa con sus propios objetivos. Algunas de las observaciones obtenidas por López (2004) al final de este caso práctico de aplicación musicoterapéutica, fueron las siguientes:

- Se debe trabajar con la música, los movimientos corporales y los instrumentos para abarcar la integridad de la persona.
- El tipo de música que se utilice con el paciente que padece parálisis cerebral, también depende de los gustos personales que exprese y no solamente de lo estipulado teóricamente.
- Se observó que la música rítmica y divertida tenía un buen efecto en el sentido del humor del paciente, y en su movimiento corporal.
- La relación que se logra establecer entre paciente y terapeuta debe ser cercana y de confianza para que de esta forma la música y el movimiento logren penetrar en el paciente, y el paciente también se abra a ellas.
- El piano resultó ser un instrumento muy apropiado para trabajar con este paciente, ya que permite ser utilizado por el paciente y el terapeuta a la vez, es fácil de hacer sonar, por lo que estimula al paciente a tocarlo, permitiendo ejercitar el movimiento de dedos, manos y muñecas. Además, brinda una gran gama de sonidos en lo melódico, rítmico y tonal.



Fig.6: Musicoterapia en niños con Parálisis Cerebral.

Ref.: <http://www.metromusictherapy.com/internships.asp>

6.2 Musicoterapia en patologías Psíquicas

6.2.1 Autismo infantil

Poch (1999) cita una definición de autismo dada por la Organización Mundial de la Salud, la cual dice lo siguiente: el autismo “es un trastorno generalizado del desarrollo, definido por la presencia de un desarrollo anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas.” (Pág.:252)

Algunos de los síntomas que caracterizan esta patología, son por ejemplo:

- Extremo aislamiento.
- Insistencia obsesiva en el mantenimiento de su identidad, en si mismo y en su entorno.
- Estancamiento en el desarrollo mental.
- Suelen evitar toda forma de contacto con los demás.

Una observación de Poch (1999) con respecto a los niños autistas, es que cuando éstos son sometidos a la escucha de una composición musical que no es de su agrado,

“reaccionan de forma adversa, actuando los niños más afectados, con inhibición como si no escucharan nada. En cambio los niños menos afectados, actuaban con agresividad hacia si mismos”. (Pág.:257)

Poch (1999) relata un experimento realizado por ella, con un grupo de niños de diversas patologías, como autismo, esquizofrenia, retraso mental, síndrome de Down, entre otros. Este experimento consistió en la observación de los niños bajo ciertas situaciones, como la observación directa del comportamiento de los niños ante el hecho musical, y la influencia que la música tenía sobre la realización de sus dibujos. Algunas de las observaciones obtenidas por Poch son que, los niños autistas:

- Prefieren la música de contenido melódico y emocional.
- Poseen un gusto por la música de buena calidad y emotiva.
- Prefieren la música sedante, de tempo mas bien lento, armónica y que sugiera sentimientos afectivos.
- Prefieren los instrumentos como el arpa, el órgano, la guitarra y el piano.
- Al escuchar música, esta los incita a dibujar y los dibujos bajo la influencia de la música son más creativos.
- Son muy sensibles al elemento armónico de la música.
- Pueden experimentar un aumento en la ansiedad, debido al elemento musical rítmico, sobre todo en los niños autistas graves.

En las sesiones de musicoterapia con niños autistas, se realizan diversas actividades musicales, como el canto, la ejecución de instrumentos y el movimiento a través de la música. El canto proporciona al paciente autista una vía de comunicación verbal y es una fuente de seguridad emocional y estabilidad. La ejecución de instrumentos musicales proporciona al autista un sentimiento de logro y un medio de liberar las emociones. La audición musical, como la expresión musical libre en un instrumento, son herramientas muy importantes en las sesiones de musicoterapia para los niños autistas, ya que les permite iniciarse en la expresión verbal, lo cual es uno de los principales objetivos de la musicoterapia con estos pacientes

Para la musicoterapeuta chilena Carolina Carrasco, quien ha trabajado durante varios años con niños autistas (de diversas edades), el trabajo terapéutico que se realiza es un proceso largo y lento que implica diversas etapas, como el autoconocimiento, la interacción con el medio que los rodea, y la interacción con los demás, debido a que el niño autista posee un gran número de deficiencias en su sistema sensorial. Es por esto, que para Carolina Carrasco la realización de la terapia en una sala especialmente adecuada es de vital importancia, en ella se le deben proporcionar al niño autista diversos estímulos sensoriales, ya sean auditivos, táctiles o visuales, mediante la implementación de diversos elementos como espejos, juegos de luces, telas, instrumentos musicales y equipo de reproducción sonora.

Sin embargo, toda esta implementación por sí sola no basta. El musicoterapeuta, con este material de apoyo y sus herramientas terapéuticas, debe tratar de ingresar en el mundo del niño autista para así entender la problemática de cada uno de ellos y de esta forma lograr sacarlos de su autismo. El valor más importante que posee la musicoterapia con los pacientes autistas es que, mediante la música y los sonidos, posee la capacidad de romper la barrera que impide la comunicación entre paciente y terapeuta, generando la posibilidad de una nueva interrelación.

Para esta musicoterapeuta chilena, los resultados obtenidos después de un largo proceso terapéutico son muy positivos y reales. Algunos resultados son los siguientes:

- El niño autista logra reconocer y controlar su cuerpo, mejorando la coordinación motora.
- Incrementa la atención.
- El niño autista se reconoce como parte de un grupo, mejorando así la comunicación y la participación con el mundo que lo rodea.
- En general el niño autista mejora la percepción auditiva, visual y táctil.



Fig.7: Musicoterapia con niño autista.

Ref.: <http://www.apmt.org/MusicTherapy/Images/tabid/72/Default.aspx>

6.2.2 Esquizofrenia

Según Eugen Bleuler en Olivos (2002), se puede definir la esquizofrenia como un “grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico y a veces esta marcado por ataques intermitentes, que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa ‘restitutio ad integrum’.” (Pág.:6)

Según el Sistema de diagnóstico DSM IV, formulado por la Asociación Americana de Psiquiatría (ASPA), “la esquizofrenia se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características:

- ideas delirantes
- alucinaciones
- lenguaje desorganizado
- comportamiento catatónico
- y síntomas negativos como aplanamiento afectivo y abulia” (12).

Según Bleuler en Olivos (2002), algunas de las funciones principales que se ven afectadas debido a la esquizofrenia, son las denominadas *funciones simples*, como por ejemplo:

- Asociación: El pensamiento del paciente opera con conceptos e ideas que no tienen relación evidente con una idea principal. El pensar se vuelve confuso, extravagante e incorrecto.
- Afectividad: Al comienzo de la enfermedad el paciente comienza a aislarse de su entorno para evitar los estímulos del ambiente, produciéndose una hipersensibilidad. En cambio en la etapa más grave de la enfermedad, el paciente no manifiesta afecto alguno, apareciendo indiferentes y sin capacidad de reacción.

Otras funciones que se ven afectadas son las llamadas *funciones compuestas*, las cuales se ven afectadas a medida que se afectan las simples. Algunas de estas son:

- La relación con la realidad: los pacientes esquizofrénicos más graves viven en un mundo propio y prácticamente no establecen contacto con el mundo exterior.
- La atención: esta es una función que se ve afectada producto de la alteración de la afectividad.
- La voluntad: Debido a la postración emocional, los pacientes esquizofrénicos parecen negligentes y perezosos, pudiendo pasar años en cama. También se produce una pérdida de la voluntad que se manifiesta en la incapacidad de resistir sus impulsos internos y externos, por lo que se vuelven tercos.

En cuanto a la esquizofrenia infantil, algunos de los síntomas que se presentan, citados por Poch (1999), son:

- Extrema ansiedad
- Pérdida de interés por cuanto lo rodea
- Periodos de hiperactividad y de hipoactividad que se alternan.

- Respuesta emocional alterada.
- Evidencia de alucinaciones.

Poch (1999), de las observaciones obtenidas del experimento citado anteriormente con niños autistas, esquizofrénicos y Down, pudo concluir respecto a las preferencias musicales de los niños esquizofrénicos (bajo las mismas situaciones), lo siguiente:

- Los niños esquizofrénicos, al igual que los autistas, también prefieren la música de contenido melódico y emocional.
- La música que prefieren los niños esquizofrénicos es más vital que la preferida por los niños autistas, y manifiestan una preferencia en que la interpretación de esta música sea mediante instrumentos de cuerda.

Se cita aquí el trabajo realizado por Olivos (2002), en la Comunidad terapéutica diurna de Peñalolen, experiencia que realizó con el fin de optar al título de Psicólogo de la Universidad de Chile. Este trabajo, plasmado en su tesis “*Esquizofrenia, Música y Terapia de Grupo*”, tenía como objetivo principal diseñar un dispositivo terapéutico grupal mediante la utilización de la música para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos.

Algunos de los objetivos que Olivos (2002) planteó al inicio de su trabajo con pacientes esquizofrénicos, fueron:

- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Reforzar la autoestima y la autovaloración en los pacientes.
- Facilitar la expresión de emociones en los pacientes, a través del trabajo con instrumentos musicales.
- Desarrollar la comunicación no verbal, a través de la mirada, el oído, los gestos y la sincronización en las actividades musicales.

Para la consecución de estos objetivos, Olivos (2002) realizó primero un taller llamado *Experiencia piloto*, el cual comprendía una serie de actividades musicales, como la improvisación libre y el diálogo musical.

En la *improvisación libre*, los pacientes tenían la libertad de tocar el instrumento que querían, o bien guardar silencio. Luego esta improvisación pasaba a una segunda etapa, en la cual cada paciente esperaba su turno para ejecutar un instrumento, de acuerdo a una instrucción dada por el terapeuta. Por último, se pide a un paciente que haga las veces de director de orquesta dirigiendo la ejecución musical de los demás pacientes, determinando mediante ciertas órdenes la variación de parámetros musicales, como el ritmo, la intensidad, y la altura.

En la actividad del *diálogo musical* se simula una conversación entre dos pacientes o participantes. Primero uno de los pacientes ejecuta libremente hasta que decide terminar, y luego su compañero le responde, y así sucesivamente. Aquí también se utiliza la variación de los parámetros musicales, como la duración de la nota, altura tonal y la velocidad de la ejecución. Para esto se utilizan diferentes instrumentos como la flauta, la armónica, xilófono, instrumentos de percusión, etc.

Otra actividad realizada en este taller piloto es la musicalización de las emociones. Aquí un paciente elige una emoción de relevancia para él y la expresa mediante un instrumento, para luego fomentar una discusión entre los pacientes acerca de las percepciones que generó la actividad en cada uno de los pacientes.

Algunas de las conclusiones obtenidas, por Olivos (2002), de la experiencia en este taller piloto, fueron:

- La música en esta primera modalidad cumple la función de fomentar y facilitar la transición desde la comunicación no verbal hacia la simbolización y verbalización de la propia experiencia.
- La música cumple la función de disminuir la angustia y ansiedad que surge al discutir la conflictiva psicótica. En este taller la angustia es manejada volviendo a las actividades musicales, las cuales actúan como un ansiolítico, para retomar posteriormente la temática psicótica.

De la *Experiencia piloto*, Olivos (2002) pasó a la realización de un *Taller experimental*. En el taller experimental, la modalidad de verbalización de las experiencias musicales se encuentra separada de la experiencia musical como tal, a diferencia de lo que

ocurría en el taller piloto, donde la experiencia musical y la verbalización eran realizadas en la misma sesión.

En el *taller experimental* la primera modalidad de actividades musicales, tiene una duración de treinta minutos y es realizada por un musicoterapeuta. En esta modalidad de actividades musicales, el objetivo es fomentar una *comunicación no verbal* entre los pacientes. Tras la primera modalidad se pasa a la segunda modalidad, de la *verbalización de la experiencia emocional de los pacientes mediante las actividades musicales*, con una duración de cuarenta y cinco minutos y que era guiada por un coordinador, sin la participación del musicoterapeuta. Esta etapa consistía en una conversación cuyo tema era lo vivenciado durante la primera parte, donde el rol del terapeuta es más activo, proponiendo los temas relacionados con lo sicótico y estimulando a los pacientes a compartir con el grupo sus propias experiencias. Sin embargo en esta etapa no se podía volver a lo musical, como lo ocurrido en la experiencia piloto.

Algunas de las conclusiones obtenidas por Olivos (2002), al final de este proyecto, fueron:

- Las relaciones interpersonales mejoraron considerablemente, “los pacientes que participaron en los talleres fueron desarrollando, a través del proceso terapéutico, la capacidad de trabajar en equipo de manera eficiente, tanto para llevar a cabo con éxito las actividades musicales, como para abordar en grupo los problemas propios de su enfermedad.” (Pág.:138)
- Los pacientes evidenciaron una mejoría considerable de los trastornos de la comunicación, “desarrollando la capacidad de expresar verbalmente sus opiniones, y de compartir con sus compañeros sus experiencias, inquietudes y ansiedades.” (Pág.:138)
- La comunicación no verbal también mejoró de manera significativa, “lo que se vio reflejado en las actividades musicales, las cuales fueron dando cuenta paulatinamente de un grupo cada vez más cohesionado, el cual, a través de la mirada y los gestos, era capaz de sincronizarse para producir melodías coherentes y armoniosas. (Pág.: 138)

6.2.3 Síndrome Down infantil

“El síndrome de Down es una alteración genética ocasionada por la presencia de un cromosoma extra en el par 21...y constituye la causa mas común de retraso mental en todo el mundo.”(13)

Las principales alteraciones que se producen en el desarrollo de las personas que padecen Síndrome de Down, se presentan en las áreas cognitivas, motoras y del lenguaje. Sin embargo “cada persona con Síndrome de Down tiene sus propias capacidades y personalidades que los hacen diferentes unos de otros, por lo tanto cada persona desarrollara sus capacidades de diferente manera y obtendrá diferentes logros.” (14)

Algunas de las características más comunes presentes en las personas que padecen Síndrome de Down, son las siguientes:

- “Características físicas particulares como inclinación de los ojos, cuello corto, pelo fino y liso, etc.
- Retraso mental.
- Hipotonía muscular generalizada.
- Crecimiento retardado.
- Cardiopatía congénita (40-50%).
- Anomalías intestinales.
- Leucemia.
- Anomalías del sistema inmunológico.” (15)

En cuanto a la Musicoterapia en el niño con Síndrome de Down, esta “emplea la creación musical como canal expresivo de las emociones y las fantasía que permiten explorar los modos de expresión y comunicación de forma personal e íntima”. Aquí el terapeuta es el encargado de interpretar el proceso musical desarrollado por el niño, y su respuesta permite “el crecimiento y desarrollo del paciente, potenciando las capacidades estructurantes del propio sujeto.” (Cfr. Lagos; 2004)

Esto quiere decir que la musicoterapia con el niño Down, esta destinada a proveerle de un espacio en el cual pueda desarrollar sus capacidades y potenciales, superando la

diversas dificultades que se le presentan, como el estigma de poseer la enfermedad. La terapia con el paciente que padece Síndrome de Down ayuda a complementar y optimizar los tratamientos de otros especialistas como fonoaudiólogos, kinesiólogos y educadores.

La Musicoterapia en el paciente con Síndrome de Down, ayuda a realzar las siguientes funciones:

- “Coordinación motora
- Habla/lenguaje
- Cognición
- Escucha/atención
- Interacción Social”(16)

Citaremos aquí el trabajo realizado por Elisa Lagos Neumann (2004), en su Monografía para optar al Postítulo de Terapias de Arte mención Musicoterapia de la Universidad de Chile, titulada “*Musicoterapia en niños con síndrome de Down: La importancia del vínculo en la creatividad y desarrollo emocional*”.

Esta intervención musicoterapéutica fue realizada en la Escuela Especial Nuevo Mundo, con un grupo de ocho niños Down. Para la selección de los niños, primero se les realizó a las madres un test de evaluación musicoterapéutico, donde se exploraba “el medio musical durante el embarazo, la lactancia y en la actualidad, las presencias musicales y sonoras de los niños, así como aspectos importantes del desarrollo social, emocional y musical del niño.” (Cfr. Lagos; 2004)

Según el Test de Vineland, realizado por Lagos (2004) en su trabajo, el desarrollo intelectual de estos niños variaba entre los 1.6 y 2.4 años.

Algunos de los objetivos musicoterapéuticos planteados por Lagos (2004) en su trabajo, fueron:

- Estimular la expresión emocional de los niños con Síndrome Down.
- Desarrolla un vínculo afectivo que les devolviera la imagen positiva de si mismos.
- Desarrollar las capacidades expresivas y artísticas a través del uso de instrumentos y melodías, estimulando el desarrollo de sus capacidades y potencialidades.

- Estimular el desarrollo cognitivo a través de la música, que favorece el pensamiento pre-lógico, el desarrollo de las nociones espacio temporales, e incrementar la capacidad de atención sostenida y la memoria.

Al principio de las sesiones se podía observar que los niños mostraban interés por los instrumentos musicales, así como por los sonidos que éstos producían, también disfrutaban de las melodías y ponían atención a las canciones. Algunos de los instrumentos que se utilizaron en las sesiones fueron, metalófonos, pandero, bongó y tambores.

Lagos (2004), expresa la dificultad que se les presento en un principio debido a que la sala que se les facilito era muy grande, trasladándose posteriormente a una sala mas pequeña, en la cual sí pudieron trabajar de manera mas optima, ya que ésta no coartaba las expresiones y necesidades de los niños, lo que viene a corresponder con la descripción hecha anteriormente para la sala de Musicoterapia.

Algunas de las técnicas musicoterapeuticas realizadas en esta experiencia fueron:

- *Improvisación libre*: la cual consiste en la expresión espontánea y creativa mediante un instrumento.
- *Improvisación musical de Schmolz*: esta improvisación consiste, por ejemplo, en dar un ritmo con un instrumento de percusión, para que gradualmente los niños se incorporaran, salieran y variaran el ritmo a su voluntad.
- *Danza improvisada*: con música grabada se motivaba la libre expresión corporal.

Al final del proceso musicoterapeutico, Lagos (2004) pudo obtener de su trabajo con los niños que padecen Síndrome Down, las siguientes conclusiones:

- Al final del proceso musicoterapeutico, los niños fueron capaces de reconocerse como una entidad particular en el grupo, sin perderse en su totalidad.
- Se incremento la capacidad de atención y se logro que los niños respetaran órdenes y turnos que favoreció el trabajo grupal.
- El uso de la música y la expresión artística favoreció fuertemente la creación de un vínculo afectivo en el grupo de niños que participaban de la terapia.

- La musicoterapia crea un ambiente afectivo, ayuda a la socialización y a la adquisición de conocimientos básicos para el posterior desarrollo.



Fig.8: Musicoterapia en niños con Síndrome de Down.
Ref.: <http://www.ceid.pi.gov.br/noticia.php?id=125>

6.2.4 Depresión

“En el fondo de toda depresión, y desde el punto de vista de la persona depresiva, el denominador común es la falta de amor y la pérdida del sentido de la vida.” (Cfr. Poch; 1999:328)

Existen diferentes clases de depresión, como por ejemplo, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar.

Algunos de los síntomas del trastorno depresivo mayor, según Poch (1999), son:

- Estado de ánimo deprimido.
- Disminución notable del interés por diversas actividades.
- Pérdida o aumento de peso.
- Alteraciones del sueño.
- Pensamientos recurrentes de muerte.

Los métodos psicoterapéuticos que se eligen para el tratamiento de los pacientes depresivos dependen principalmente de los síntomas de cada paciente.

La musicoterapia puede ayudar a los pacientes que padecen depresión, según Poch (1999), en los siguientes aspectos:

- Como medio para averiguar las causas de la depresión: En este sentido las sesiones de musicoterapia ayudan al paciente a proyectar sus problemas, mediante la elección de temas musicales hechas por ellos.
- Como ayuda al cambio del estado de ánimo: En este sentido la audición musical es el método recomendado. Los pacientes depresivos en un principio manifiestan preferencias por la música de tono más depresivo, pero a medida que pasa el tiempo esto va cambiando, y las elecciones musicales del paciente se vuelven menos depresivas.
- Como ayuda a la socialización: Los pacientes depresivos al formar parte de un grupo musicoterapéutico tienen la oportunidad de expresarse por medio de la audición musical, la improvisación con instrumentos musicales, el canto, y la danza, lo que les permite salir de su estado de inactividad y soledad.
- Como ayuda a la movilización externa e interna del paciente: Con este propósito es utilizado el método de audición musical GIM (Guided Imagery Music), el cual permite al paciente evocar o sugerir imágenes positivas que le permiten mejorar el estado de ánimo. En cuanto a la movilización externa del paciente, ésta se logra mediante la danza y los viajes musicales.

Citaremos aquí una experiencia realizada en el Centro Diurno del Instituto Psiquiátrico, Doctor José Horwitz Barak, realizada por Roció Sarmiento (2005) para optar al Postítulo de Terapias de Arte mención Musicoterapia de la Universidad de Chile, titulada *“Musicoterapia en un trastorno del ánimo: depresión, neurosis severa”*.

Este trabajo consiste en la intervención musicoterapéutica de un joven que padecía de depresión, específicamente síndrome depresivo, con algunos síntomas de psicosis. Con este paciente se utilizaron algunas técnicas del método de Musicoterapia analítica de Mary Priestley, en el contexto de la terapia individual, como la improvisación temática y la

asociación libre durante la escucha de música. Estas técnicas fueron elegidas porque el paciente poseía una buena capacidad de verbalización.

Algunos de los objetivos musicoterapeúticos que plantea Sarmiento (2005) en su trabajo con este paciente, son:

- Utilizar la música como medio de comunicación no verbal.
- Reconocer aspectos negativos y positivos de su vida, en la producción sonora e integrarlos a su personalidad.
- Emplear la música como fuente generadora de sentimientos de bienestar.
- Mejorar la autoestima, confianza y seguridad a través del proceso de improvisación musical.
- Generar nuevas formas de reacción para enfrentar situaciones conflictivas.

Este proceso musicoterapéutico consistió principalmente en la utilización de la técnica de improvisación musical, ya que “sirve como una forma de valoración, de tratamiento y de evaluación, es decir, es la técnica principal dentro de un método amplio.” (Cfr. Sarmiento; 2005)

En la técnica de improvisación musical, los medios de la música son los instrumentos y el cuerpo, mientras que los medios de la verbalización son las historias, los cuentos y la exposición oral de lo que ocurre en la sesión.

Otra técnica utilizada fue la audición musical, mediante la escucha de música con sonidos de la naturaleza, música new age y música clásica.

Según Sarmiento (2005), cada una de estas técnicas puede aparecer en un momento distinto de la terapia y no obedecen a un estricto orden consecutivo.

En la primera fase de la terapia, que consta de 5 sesiones, el paciente comienza a identificar los sonidos y nombres de los instrumentos. Posteriormente elige un instrumento y establece un primer contacto con éste mediante la improvisación. Luego de esta actividad, viene la etapa de asociar los sonidos de los instrumentos con una sensación o emoción por

parte del paciente para, por ultimo, terminar con una exploración de contrastes sonoros y emotivos.

La segunda fase, la que consta también de varias sesiones, se encarga por ejemplo, de explorar sentimientos contrastantes a través de la música, trabajar los sentimientos ambivalentes de amor y rencor, explorar las emociones y sentimientos con respecto a la familia y amigos del paciente, preparar al paciente para el cierre de la terapia y analizar con el paciente lo negativo y lo positivo de la terapia.

Al final de todo el proceso desarrollado, Sarmiento (2005) pudo concluir lo siguiente:

- “La Musicoterapia se perfila como una gran alternativa de tratamiento, ya que a través de la producción sonora, lo musical y los instrumentos permite el acercamiento afectivo al mundo interno del paciente, afectando directamente las emociones y dejándolas fluir libremente tal cual se experimentan en el instante”. (Cfr. Sarmiento; 2005)
- Lo sonoro actuando como lenguaje no verbal ayuda al paciente a vincularse consigo mismo y con el mundo externo, encontrando mediante la musicoterapia el medio de realizar los cambios necesarios para experimentar estados de bienestar.
- El instrumento con el que mas logró empatía el paciente, fue el piano, con él logro encontrar seguridad en si mismo, para posteriormente atreverse a probar nuevas formas de tocar, pudiendo finalmente realizar aportes musicales significativos.
- El paciente aprendió a controlar su impulsividad e impaciencia, logrando respetar la opinión de sus compañeros.
- Mediante la Musicoterapia el estado anímico del paciente pudo ser estabilizado.

6.3 Musicoterapia en patologías Lingüísticas

“Los defectos del habla se dividen frecuentemente en cuatro categorías: articulación, fonación, ritmo y disfunción del lenguaje. Una sola persona con defectos verbales puede presentar deficiencias en dos o más de estas categorías al mismo tiempo. Por ejemplo, los adultos con lesiones cerebrales con frecuencia manifiestan deficiencias de fonación y articulación del lenguaje, y la mayoría de los niños con paladar hendido tienen defectos tanto de articulación como de voz”. (Cfr. Thayer; 1971:139-140)

6.3.1 Afasia

“Una afasia es una disfunción en los centros o circuitos del lenguaje del cerebro que imposibilita o disminuye la capacidad de comunicarse mediante el lenguaje oral, la escritura o los signos, conservando la inteligencia y los órganos fonatorios”. (17)

La afasia se puede producir por un trauma o infección cerebral, como por ejemplo, accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, tumores cerebrales e infecciones como encefalitis o absceso cerebral.

Existen diferentes tipos de afasia, dependiendo del lugar de la ubicación de la lesión cerebral, por ejemplo: afasias de Broca, afasia de Wernicke, afasia de conducción y afasia global.

La Afasia de Broca se caracteriza por la imposibilidad de articular, llamado tartamudeo. Las personas que padecen Afasia de Wernicke poseen dificultades para comprender y entender el habla. En la Afasia de Conducción la lectura en voz alta y la escritura se ven alteradas, sin embargo las personas que padecen de este tipo de afasia, conservan su capacidad de comprensión de la lectura. Por último la Afasia Global, se caracteriza por un mutismo total, pasando luego a un grado de verbalización las cuales pueden presentarse como sílabas sueltas.

Para Gaston (1999), en este tipo de patología la música se vuelve de un gran valor terapéutico, ayudando en los siguientes aspectos:

- Como un medio para entrar en comunicación;

- Como un medio para aumentar el lenguaje intencional;
- Como una influencia indirecta en el mejoramiento del habla; y
- Como una descarga emocional y un medio de experimentar relaciones afectivas con otras personas.

Palmer en Gaston (1999), da un ejemplo de un niño prematuro de 18 meses que había sufrido de graves encefalitis y que no podía comprender ni hablar. Sin embargo éste niño era capaz de recordar y cantar melodías que le cantaban los padres antes de haber sufrido la enfermedad. Esta capacidad verbal que el niño manifestaba, sin duda era producida mediante la influencia de la música.

Goodglass en Gaston (1971), afirma que en casos de afasias en que se halla dañado una parte del cerebro que es esencial para la expresión verbal, es muy común encontrar cierta preservación de la capacidad para apreciar la música y, en cierto grado para cantar. Sostiene que hay muchos pacientes que habían perdido por completo la capacidad de hablar de modo efectivo, pero sin embargo podían cantar”. (Pág. 144)

Kingler y Peter en Gaston (1971) describen un programa en el que se utiliza el canto como elemento asociado a la terapia del afásico. Estas técnicas pueden resumirse de la siguiente manera:

- empleo de un tempo mas lento que el normal, pero bastante ligero como para incitar a la acción;
- presentación de pautas sonoras correctas por medio de una clara enunciación de las palabras por parte del terapeuta,
- empleo de canciones con pocas palabras en un ritmo bastante regular, y
- cierto repaso de las palabras por medio de recursos visuales.

La música es una influencia positiva tanto en el tratamiento del niño afásico, como en la rehabilitación para el adulto afásico. En general, en ambos casos la música posee valores para mejorar la comunicación verbal.

Según Gaston (1971), en el adulto afásico se han utilizado modelos melódicos para aumentar las unidades elementales del habla intencional, especialmente en aquellos que no

tienen una completa pérdida del lenguaje, si no más bien que poseen una limitación para entender los significados del lenguaje.

Algunas de las actividades que se utilizan en el tratamiento del paciente afásico son, el canto, la cual es la principal actividad utilizada, ejercicios de silbido, ejercicios de identificación de tonos, ejercicio de inflexión de la voz y control del volumen y ejercicios con los labios y la lengua.

Finalmente, la musicoterapia “puede emplearse para ayudar a los afásicos a lograr una función óptima dentro de los límites de su capacidad física e intelectual. Utilizando la música como medio, el terapeuta puede elevar el ánimo y proporcionar nuevos intereses al paciente.” (Cfr. Gaston; 1971:145)

6.4 Musicoterapia en diversas Aplicaciones

6.4.1 Geriatría

La Geriatría se define como la rama de la medicina que se encarga de los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación de las enfermedades del adulto mayor.

El cambio social que afecta la vida de los ancianos, los hace sentir prescindibles, inútiles y resentidos. Esto repercute en que sus problemas, en muchos casos, parece ser más bien de orden psicológico que fisiológico.

Para Gaston (1971), “la verdadera ancianidad tiene lugar cuando el individuo pierde los recursos de mantenimiento propio dentro de la sociedad y la habilidad para ejercer sus funciones socioeconómicas...La opinión de que la ancianidad es un periodo de inactividad hasta la muerte, debido a trastornos orgánicos, es considerado actualmente no válido” (Pág. 286)

El natural deterioro orgánico que conlleva la ancianidad, altera el comportamiento físico y verbal del paciente geriátrico, apareciendo enfermedades como la arteriosclerosis y las enfermedades seniles del cerebro. Todas estas enfermedades, para Gaston (1971), juegan un rol importante en la aparición de los síntomas del paciente geriátrico, como por ejemplo:

- Desorientación en uno o más aspectos como el tiempo, persona y lugar.

- Pérdida de memoria de acontecimientos recientes.
- Defectos visuales y auditivos.
- Discernimiento deficiente.
- Poca eficiencia en la actuación.

En cuanto a la rehabilitación de estos pacientes, la terapia que se utiliza es de apoyo, la cual requiere de un planeamiento integral que debe estar basado, según Gaston (1971), en los factores somáticos y motivacionales dinámicos. Las técnicas terapéuticas utilizadas con este tipo de pacientes son muy distintas a las del resto de las patologías.

Algunos de los objetivos de la terapia con el paciente geriátrico son:

- Reeducación para reforzar los conocimientos y habilidades con que cuenta el paciente.
- Logro de un mejor concepto de sí mismo mediante el incremento de la memoria y de la capacidad de concentración.
- Aumento de la autoestima y la dignidad personal.

En este sentido, según Gaston (1971), se ha comprobado que la música es sumamente útil en el tratamiento del paciente geriátrico. Aquí el ritmo es un elemento esencial, ya que es capaz de estimular los movimientos corporales, con lo que ayuda al paciente a solucionar los problemas óseo-musculares presentes de la ancianidad, así como también las funciones motoras.

Se debe tener en cuenta que para las actividades que implican el uso del ritmo, los pacientes están condicionados de acuerdo a su edad y su estado físico, por lo que no todos los pacientes responden igual ante los cambios rítmicos. En general, los pacientes experimentan cambios positivos como en el aumento de la actividad debido a una mayor movilidad.

El baile es una actividad musical que es usada comúnmente con el paciente geriátrico. Para este tipo de pacientes el baile debe ser de un ritmo simple, con suaves balanceos y movimientos de manos, brazos y pies en forma circular. Esta actividad ayuda al paciente geriátrico a mantener una buena circulación y el tono muscular.

Uno de los medios para satisfacer las necesidades de los ancianos de escasa actividad, es hacerlos ejecutar instrumentos rítmicos, actividad que debe ir alternada con otras formas de participación musical grupal. Para estas actividades se pueden utilizar baquetas, campanas rítmicas, tambores etc., pero hay que tener cuidado en que esta actividad no sea de gran complejidad, para que no se transforme en un medio más de frustración para el paciente.

Además de las actividades rítmicas se pueden emplear otras actividades como el canto y las audiciones musicales, con las cuales se anima a los pacientes a expresar sus emociones. En el caso del uso de las audiciones musicales, se ve una tendencia por la utilización de música que sea conocida o familiar para los pacientes, ya que esto invita a la conversación, rompiéndose de este modo el individualismo o apatía que se pudiera generar en algún momento de la sesión.

Los cambios positivos que se observan en las sesiones de musicoterapia con el paciente geriátrico, se deben a que la música es esencialmente un fenómeno de grupo, por lo que invita a la sociabilidad y en consecuencia la hostilidad y el aislamiento no están presentes, y si lo están es en un pequeño grado. Estas cualidades hacen que la música sea un fenómeno de integración social.

Gaston (1971) cita un procedimiento con el paciente geriátrico donde se observaron varias características de la música bajo las cuales este tipo de paciente tenía una respuesta positiva. Por ejemplo: “los tempos mejor recibidos por el paciente Geriátrico eran el largo, adagio, andante y moderato. Preferían el sonido de los instrumentos de cuerda al de los cobres y los de percusión. Una respuesta favorable se advirtió en las audiciones en las que se pasaba música suave, melodiosa y conocida, mientras las audiciones no fueran muy largas” (Pág.: 291).

En estos estudios realizados con el paciente geriátrico, citados por Gaston (1971), utilizando la audición de música grabada y otras actividades musicales, se observaron los siguientes cambios:

- una mejoría en la conducta apropiada,
- agresión reducida,
- una menor respuesta física y mental frente a las alucinaciones,
- reducción frente a los periodos de incontinencia,

- creciente interés por las actividades musicales,
- mejor apariencia externa y
- un nivel mas bajo de ruidos indeseables por parte de los pacientes.

En definitiva, el objetivo general de la musicoterapia con el paciente geriátrico debe ser “ayudarlo a que modifique su conducta, para que pueda asumir un rol definido en la vida en el que pueda emplear toda su capacidad.” (Cfr. Gaston; 1971:292)



Fig.9: Sesión de musicoterapia con pacientes Geriátricos.

Ref.: <http://www.rossisidoli.com/musicoterapia.html>

7. Conclusiones

- La realización de este trabajo permitió obtener un texto de introducción que da a conocer un área de aplicación de la música y los sonidos como medio terapéutico, llamada Musicoterapia. Por lo tanto, este trabajo permite evidenciar todos aquellos aspectos teóricos que participan de esta disciplina y como las personas se ven positivamente influenciadas con su práctica, modificando en ellas patrones de conductas que les permiten alcanzar una buena calidad de vida.
- Como muchas de las definiciones lo expresan, la Musicoterapia es un proceso de intervención terapéutica, mediante el cual, el musicoterapeuta tiene como objetivo principal ayudar al paciente a llegar a un buen estado de salud o bienestar. Dicho estado de bienestar se logra mediante un proceso terapéutico que utiliza diversas experiencias musicales, como la audición musical, la improvisación musical y otras actividades musicales que incluyen el canto, el dibujo y la danza. La inclusión de otras actividades, además de las musicales, permite estimular a los pacientes en otros sentidos, como en el táctil y el visual.
- El paciente y el tipo de patología que lo afecta condicionan la elección de los métodos y técnicas musicoterapéuticas, para lo cual se realiza lo que se conoce como el estudio del historial sonoro del paciente. Las principales técnicas musicoterapéuticas utilizadas son: la Musicoterapia Activa y la Musicoterapia Receptiva, donde la Activa se caracteriza por utilizar principalmente la improvisación musical, y la Receptiva por la audición de piezas musicales grabadas. Entre los modelos musicoterapéuticos utilizados, se encuentran: Modelo Benenzon, Modelo Musicoterapia Analítica, Modelo Musicoterapia Creativa y Modelo Musicoterapia GIM.
- De las aplicaciones de la Musicoterapia en patologías de origen psíquico, se puede observar que la música y el sonido actúan en primera instancia en el ámbito emocional del paciente. Es por esto que el musicoterapeuta, dependiendo de las características de la enfermedad y principalmente de las

características del paciente, debe elegir las herramientas terapéuticas adecuadas (instrumentos musicales, audición musical, actividades musicales), para así ayudar al paciente a promover cambios positivos en su personalidad, mediante la adquisición de nuevos patrones de conducta, de lo contrario, si no se eligen correctamente estas herramientas musicales, los objetivos terapéuticos pueden verse imposibilitados.

- En casos donde el paciente padece de patologías de origen físico, y donde mucho de los objetivos terapéuticos son fisiológicos, se puede decir que la Musicoterapia actúa también en el ámbito emocional del paciente. Aunque los objetivos específicos sean fisiológicos, no se debe olvidar que el paciente no es simplemente lo que su condición física determina, si no que también se debe considerar su condición emocional a la hora de elegir los métodos y técnicas que se utilizarán. Así, al actuar la Musicoterapia también en lo psicológico, permite promover cambios en la condición física del paciente. Los pacientes que padecen de patologías físicas logran realizar actos corporales que antes de la Musicoterapia eran deficientes o no existían, aprenden a conocer su cuerpo, lo que les permite adquirir una mayor coordinación y seguridad física.
- Se puede concluir que la simple aplicación de la música y el sonido no puede ser considerada terapéutica. Si se quieren conseguir objetivos específicos con pacientes que padecen determinadas patologías, la música debe ser aplicada dentro de un contexto terapéutico bien elaborado y estudiado. En este sentido, la Musicoterapia es una disciplina científica que se encuentra respaldada por años de investigación y aplicación, con resultados positivos para la salud de la personas.
- La sala de Musicoterapia, donde se realizan las sesiones con los pacientes, idealmente debe contar con ciertas características de construcción. En cuanto a las condiciones acústicas requeridas, las más importantes para los musicoterapeutas son el aislamiento acústico de las sonoridades externas, y en menor grado de las sonoridades internas. También es importante acondicionar el interior de la sala de tal forma que se puedan transmitir las vibraciones de

los sonidos musicales, para que estas sean experimentadas mediante el tacto, lo cual es un medio de percepción del sonido ampliamente utilizada en la Musicoterapia..

- A pesar de que los musicoterapeutas consideran que un buen acondicionamiento de la sala de musicoterapia ayuda en la realización de las terapias, en Chile existen muy pocos lugares que cuentan con estas condiciones. Por lo general, las sesiones son realizadas en salas que fueron construidas para otros fines, y su re-acondicionamiento se ve limitado por un problema de presupuesto de las instituciones.
- Actualmente en Chile, con la creación del Postítulo de Terapias de Arte, mención Musicoterapia de la Universidad de Chile, diversos profesionales han manifestado un gran interés en el estudio de esta disciplina que es relativamente nueva en nuestro país. Este creciente interés ha ayudado a que en diversas instituciones de rehabilitación de la ciudad de Santiago se integre la aplicación de la Musicoterapia, como por ejemplo, en el Instituto Nacional de Rehabilitación INRPAC, en la Asociación de Padres y Amigos de los Autistas ASPAUT, en el centro COMUNICA para deficientes auditivos y en el Centro de Diagnostico, Estimulación e Integración Infantil CEDESTIM.
- Podemos decir finalmente que una de las principales características de la Musicoterapia es, poseer la capacidad de ser mediante la música y los sonidos, *un fenómeno de integración social*, es decir, que aporta a la diversidad de pacientes que trata, además de la consecución de logros específicos, principalmente una mayor seguridad emocional que les permite integrarse de una forma mas sana en la sociedad.

8. Referencias Bibliográficas

- Alvin, Juliette. S.f. *Musicoterapia*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Benenzon, Rolando O. 1998. *La nueva Musicoterapia*. Editorial Lumen. Buenos Aires.
- Bruscia, Kenneth. 1997. *Definiendo Musicoterapia*. Amarú Ediciones. Salamanca.
- Bruscia, Kenneth. 1999. *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. Agruparte Vitoria-Gasteiz. España.
- Ducorneau, Gerard. 1998. *Musicoterapia: la comunicación musical*. Editorial EDAF. Madrid.
- Gaston, E. Thayer. 1971. *Tratado de Musicoterapia*. Editorial Paidós. Buenos Aires
- Poch Blasco, Serafina. 1999. *Compendio de musicoterapia*. Editorial Herder. Barcelona.
- Koralyi, Otto. 1965. *Introducing Music*. Editorial Penguin Books. Victoria.
- Lagos Neumann, Elisa. 2004. Monografía: *Musicoterapia en niños con Síndrome de Down: La importancia del vínculo en la creatividad desarrollo emocional*. Escuela de Postgrado, Facultad de Artes, Universidad de Chile.
- López Jara, Patricia. 2004. Monografía: *El sonido de la espasticidad: La intervención musicoterapéutica en un joven con parálisis cerebral*. Escuela de Postgrado, Facultad de Artes, Universidad de Chile.
- Montilla López, Pedro. 1999. *El cerebro y la música: un enfoque interdisciplinario*. Córdoba Servicios de Publicaciones. Universidad de Córdoba.
- Namur Apaoblaza, Sonia. 1989. Tesis: *Las funciones del hemisferio cerebral derecho y su relación con la música*. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Austral de Chile.
- Olivos Bravo, Alejandro. 2002. Tesis: *Esquizofrenia, Música y Terapia de Grupo*. Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Phalen, Kart. 1959. *Diccionario Universal de la música*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires.
- Recuero López, Manuel. 1993. *Acústica Arquitectónica*. Editorial Benzal. Madrid.
- Recuero López, Manuel. 1995. *Ingeniería Acústica*. Editorial Paraninfo. Madrid.

- Sarmiento R., Rocío. 2005. Monografía: *Musicoterapia en un caso de trastorno del animo: depresión, neurosis severa*. Escuela de Postgrado, Facultad de Artes, Universidad de Chile.

- Notas bibliográficas de Internet:
 - (1): (<http://www.definicion.org/musica>).
 - (2): <http://www.naturmedicapro.com/beta/Articulos/>
 - (3): <http://www.espinoso.org/biblioteca/musicoterapia.htm>
 - (4): <http://encolombia.com/musicoterapia2.htm>
 - (5): <http://www.naturmedicapro.com/beta/Articulos/>
 - (6): http://www.uclm.es/PROFESORADO/RICARDO/AlumnosEE/Musicot_Prim06.doc
 - (7): <http://www.therebeccacenter.org/amt.html>
 - (8): <http://www.lamusicoterapia.com/>
 - (9): <http://www.therebeccacenter.org/amt.html>
 - (10): http://www.clc.cl/Area_Academica/Revista_Medica_Enero_2003/articulo_012.htm
 - (11): <http://www.clinicapsi.com/esquizofrenia.htm>
 - (12): <http://www.fjldown.org.mx/desarrollo.html>
 - (13): <http://www.fjldown.org.mx/desarrollo.html>
 - (14): http://www.marietan.com/material_psicopatologia/heli_retraso_mental.htm
 - (15): <http://www.metromusictherapy.com/internships.asp>
 - (16): www.wikipedia.org/wiki/Afasia