

MUSICOTERAPIA: CULTO AL CUERPO Y LA MENTE

PILAR CAMACHO SANCHEZ

*Utilizar la música para mejorar el cuerpo,
reforzar la mente y desatar el espíritu creativo
no tiene edad, ni sexo, ni raza...
y tampoco presenta fecha de caducidad*

INTRODUCCIÓN. UNA PERSPECTIVA ACTUAL

Mucho se ha escrito acerca de la musicoterapia y mucho tiempo ha pasado desde el momento en el cual las primeras relaciones entre *la música y la terapia* se remontaban a la utilización *del sonido y el movimiento* con fines curativos y mágicos en las culturas primitivas a través de la figura del médico-brujo, el shamán, el curandero o el sacerdote-doctor. Existe una gran diferencia entre estas prácticas primitivas de curación y las aplicaciones profesionales y científicas de la música que se realizan en la actualidad.

A lo largo de los años las aportaciones realizadas por distintos autores en temas centrados sobre la identidad, definición y conceptualización de la musicoterapia han permitido que ésta desarrollara un cuerpo teórico propio definiendo sus objetivos (Alvin, 1978; Thayer & Gastón, 1971; Bruscia, 1987; Wheeler, 1983; 1987), y modelos de trabajo adaptándolos a las necesidades específicas de su práctica profesional (Alvin, 1978; Benenzon, 1989, 1991; 1998, Nordoff y Robbins, 1977, 1982; Bruscia, 1987, 1995; Bright, 1993; Heal y Wigram, 1993; Ruud, 1993; Di Franco y De Michele, 1995; Wigram y col. 1995).

A este proceso de construcción teórica ha contribuido el trabajo conjunto entre investigadores y musicoterapeutas. La investigación sobre la práctica profesional como modelo de conceptualización teórica ha sido implementada en el campo de la musicoterapia a través de diseños de investigación de carácter cuantitativo o cualitativo en función de los objetivos y necesidades de los temas específicos de investigación (Wheeler, 1995; Aldridge, 1996; Langenberg y col. 1996; Smeijsters, 1998). Los resultados obtenidos han aportado nuevos conocimientos al contenido teórico-metodológico de la disciplina acelerando su proceso de difusión mundial.

La musicoterapia es hoy una profesión oficialmente reconocida con estudios de grado universitario en Argentina, Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Gran Bretaña, Holanda, Noruega, Finlandia, Portugal y Uruguay.

En este artículo se analiza la contribución de la musicoterapia al ámbito gerontológico, introduciendo previamente al lector con las nociones elementales de una práctica que tiene sus orígenes en el antiguo Egipto, aun cuando el uso racional de la música para prevenir y curar enfermedades haya que ubicarlo en la Grecia de Platón y Aristóteles, precursores, por tanto, de lo que con el paso del tiempo se convertiría en la musicoterapia actual, un *subsistema del conjunto de las ciencias y tecnologías de la salud, que concibe al hombre como unidad biopsicosocial, y que emplea el discurso sonoro-corporal como herramienta terapéutica.*

En este sentido, he creído conveniente partir de la definición de musicoterapia, y examinar después otras cuestiones esenciales a la comprensión del ámbito aplicado, reducido aquí por dilatado que resulta la esfera geriátrica y gerontopsiquiátrica; cuestiones como los objetivos, principios, función y metodología de la musicoterapia, o los efectos de la música sobre el organismo, que sirven de preámbulo a lo que constituye en sí la primera finalidad de esta ponencia: mostrar los beneficios que la música reporta a las personas en general y, en particular, a las personas de avanzada edad.

Hay que resaltar, que la musicoterapia, entendida como la utilización de música y sonidos con fines terapéuticos, contempla y favorece el desarrollo integral de la persona, y se encamina hacia la salud en términos de un completo equilibrio o bienestar: físico, mental, social e incluso espiritual.

Por sus repercusiones psicofisiológicas, la música puede concebirse como *instrumento terapéutico*, sin dejar de ser por ello, expresión íntima de todo cuanto conforma al individuo (sentimientos, emociones, estados y pensamientos). La música permite la *identidad emisor-receptor*, es un lenguaje universal que ambos contemplan y entienden con independencia de la educación. Y esto es así, porque habita *el plano no verbal*, permitiendo un acceso inmediato a todos los niveles de funcionamiento humano: físico, intelectual y afectivo-emocional. En efecto, la música comparte con otras manifestaciones artísticas, un sentido universal que garantiza y permite su acceso a todos los individuos, aspecto éste esencial desde la perspectiva terapéutica. La música es un lenguaje de emociones, un íntimo diálogo entre músico y público; un sentimiento que se transmite y genera a su vez equiparable sentimiento en el oyente.

Ni qué decir tiene, que la interconexión de la música con el psiquismo humano, contribuye a su liberación, una liberación de naturaleza catártica que prevalece en el entorno terapéutico. Pero además, la importancia de la música en la génesis de determinados estados de ánimo, preside su incorporación al mundo de los medios audiovisuales (por ejemplo en la publicidad). Y es que la música es una variable que puede ser manipulada con vistas a crear sentimientos y emociones diversas (alegría, tristeza, etc.). La música relaja o inhibe, excita o

activa el organismo; todo ello, conforme a sus características y objetivos. La incorporación de la música al marco terapéutico, ha supuesto también un gran avance en el tratamiento de problemáticas diversas (discapacidades sensoriales y físicas, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, autismo, esquizofrenia, distintas adicciones, deficiencias del lenguaje, etc.). Incluso David Albrigde (1996), habla de su eficacia en una enfermedad tan grave como la enfermedad de Alzheimer.

Muchos de estos problemas, conviven en la etapa de vejez del individuo. Y por eso, esta ponencia se dedica a analizar las ventajas de la musicoterapia en el grupo población formado por personas prejubiladas y/o mayores de sesenta y cinco años. Es en ese momento en que la persona inicia un manifiesto deterioro, cuando la musicoterapia muestra una de sus facetas más interesantes. En palabras del doctor Benenzon, "la Musicoterapia es la primera técnica de acercamiento al ser humano, y también la última en acompañarlo", reflexión oportuna cuando por ley natural la vejez es la etapa que precede al final de las personas. Lejos de todo dramatismo, centremos el discurso en esta consecuencia del discurrir vital y personal de cada uno: *¿cuál es la contribución de la musicoterapia a tan delicado momento de la vida? y, ¿cómo la musicoterapia actúa de herramienta preventiva y efectiva para el cuerpo y la mente?*

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA

La musicoterapia no constituye ninguna innovación, aunque el desarrollo de sus fundamentos científicos se encuentra en pleno desarrollo. El uso de los sonidos y la música como elementos fundamentales del desarrollo global del individuo se han utilizado en culturas anteriores a la nuestra.

Esta rápida expansión se comprueba fácilmente revisando los acontecimientos que se suceden alrededor del mundo. En los últimos años ha crecido en número la organización de *Encuentros Científicos* (Congresos Mundiales, Europeos, Latinoamericanos, Nacionales, Jornadas, Seminarios y Foros) y se ha potenciado su *Desarrollo Académico* a través de la organización de Programas Reglados y No Reglados de Formación (Licenciaturas, Doctorados, Masters y Cursos), organizados en distintos países por diferentes instituciones (Universidades, Conservatorios, Asociaciones Profesionales y Escuelas de Formación).

En nuestro país ha sido en estas dos últimas décadas cuando se ha comenzado a desarrollar estudios, trabajos, investigaciones y divulgaciones de esta nueva disciplina, llegando en 1993 a organizarse en Vitoria-Gasteiz el VII Congreso Mundial de Musicoterapia, al que, evidentemente, han seguido y siguen celebrándose diferentes eventos nacionales e internacionales al respecto.

Hasta la fecha, la Musicoterapia en España no es una titulación oficial dentro del Catálogo de Titulaciones ofertado por el Ministerio de Educación ni una profesión legalmente reconocida por el Ministerio de Trabajo. La formación en Musicoterapia solamente se oferta hasta el momento, como estudios de Post Grado Universitario con diferente carga lectiva y duración. Dentro de los

estudios oficiales reconocidos por el Consejo de Universidades son, hasta el momento, las Diplomaturas de Maestro Especialista en Educación Especial, en Trastornos de Audición y Lenguaje y en Educación Musical, Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, las que ofertan asignaturas obligatorias u optativas de Musicoterapia en función del plan de estudio diseñado por cada Universidad.

En mi opinión, esta posibilidad de inclusión de la Musicoterapia como asignatura optativa en diferentes planes de estudio permite no solo la difusión de esta disciplina entre los estudiantes de diferentes carreras universitarias. Además, avala la importancia de incluir este conocimiento en las especialidades citadas favoreciendo el intercambio profesional a través de la integración de sus técnicas específicas con otras profesiones resaltando el carácter interdisciplinar de la musicoterapia.

¿QUÉ ES LA MUSICOTERAPIA? DEFINICIÓN CAMBIANTE

Existen numerosas definiciones de la musicoterapia. Así, mientras Rolando Benenzon (1998) dice que es “esa parte de la medicina que estudia el complejo *sonido / ser humano / sonido*, utilizando el movimiento, el sonido y la música, para abrir canales de comunicación en el ser humano, con el objetivo de obtener los efectos terapéuticos, psicoprofilácticos, así como una mejora para él y su entorno”, Alice Berthomieu (1994) nos habla de “una intervención que está centrada sobre el sujeto en su relación con la comunicación”, Bruscia (1987) de “un proceso dirigido a un fin, en el que el terapeuta ayuda al cliente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar utilizando experiencias musicales, y las relaciones se desarrollan a través de ellas, como fuerzas dinámicas de cambio”, y Poch (1981) de “la aplicación científica del arte de la música y la danza, con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta”.

Muchas son, en efecto, las definiciones que se han hecho de la musicoterapia, pero vamos a quedarnos con la que ofrece una de las instituciones más importantes en el tema, la National Association for Music Therapy (NAMT), en el folleto *A Career in Music Therapy* editado por ella: musicoterapia es “el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir, a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo, para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad”.

La musicoterapia no es sino una *disciplina paramédica* que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos positivos en la/s persona/s, que elabora y desarrolla un vínculo entre musicoterapeuta e individuo (o grupo de individuos), con el objetivo de mejorar su salud y calidad de vida; *una terapia* fundada en la interacción personal y un acuerdo

terapéutico, más o menos implícito, con la que se persigue modificar la conducta y la experiencia psíquica de las personas, maximizando así su integración al medio.

En definitiva, la musicoterapia es *un arte hecho ciencia y una ciencia con arte*; una ciencia emergente pero, sobre todo, un camino aún por descubrir; un camino, que a lo largo del proceso musicoterapéutico, explora la dimensión humana en toda su complejidad, para abrir canales de comunicación, y cuya paulatina ramificación ha posibilitado nuevas y sólidas perspectivas de intervención.

LA MUSICOTERAPIA COMO DISCIPLINA

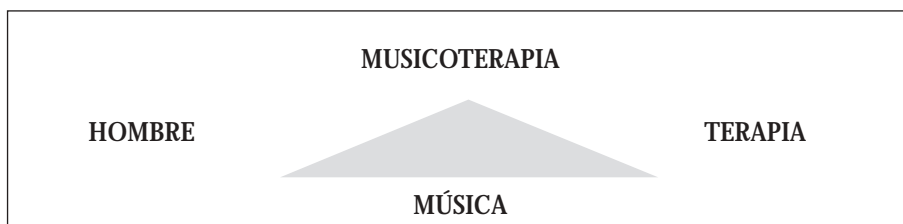
Pensamos que aun sigue vigente, sobre todo en España donde la musicoterapia es una disciplina mal conocida, la idea con la cual Kenneth Bruscia comienza su libro *Defining Music Therapy* en 1989: *...la gente pide explicación sobre qué es la musicoterapia por que esta es relativamente un campo nuevo que aún no se encuentra difundido.*

En este libro, dedicado íntegramente a la problemática teórica de definir la musicoterapia a través del análisis exhaustivo de las definiciones de musicoterapia existentes hasta la fecha de publicación, el autor explica las causas de esta problemática llegando a la conclusión de que parece haber, desde una perspectiva internacional, casi tantas definiciones de musicoterapia como musicoterapeutas y tanta disparidad de criterios al enunciadas como utilidades deba tener esa definición.

Este desacuerdo, si se quiere histórico, viene sustentado por el propio carácter diverso e interdisciplinar de la musicoterapia que determina que tenga varios aspectos que dificultan su definición: *En su intento de definición a lo largo de la historia la musicoterapia ha tratado de afirmarse como disciplina autónoma valiéndose de diferentes justificaciones teóricas que han pasado por la magia o la religión, hasta reconocer como disciplinas que forman parte de sus presupuestos teóricos a la música, filosofía, teología, medicina, física y psicología. Estos conocimientos presupuestos son extraídos de otro campo de la investigación, donde ya han sido contrastados, probados o categorizados.* (Schapira, 1993)

Aceptar la idea de que la musicoterapia es híbrido de muchas disciplinas, es interdisciplinaria por naturaleza y que es resultado de una combinación de muchas disciplinas alrededor de dos temas principales, *la música y la terapia*, permite comprender su esencia, *... como cuerpo de conocimiento es interdisciplinaria, es una combinación de varias disciplinas que interactúan juntas para dar paso a esta nueva disciplina que integra el arte, la ciencia y un proceso interpersonal, que como modalidad de tratamiento es diversa, teniendo una identidad doble como disciplina y profesión en desarrollo* (Bruscia, 1989:14).

Gráfico 1. Terapia y música en el hombre (Bruscia y Sabatella)



La musicoterapia es la unión de *música y terapia* y se nutre de disciplinas relacionadas para construir su cuerpo teórico. Es *arte y ciencia* que se desarrolla dentro de un proceso interpersonal. Siguiendo la línea de conceptualización planteada por Bruscia (1989) citamos como disciplinas relacionadas a la musicoterapia:

Tabla 1: Disciplinas relacionadas con la Musicoterapia (Adaptado de Bruscia, 1989)

RELACIONADAS CON LA MÚSICA	RELACIONADAS CON LA TERAPIA
<ul style="list-style-type: none"> • Psicología de la Música • Sociología de la Música • Filosofía de la Música • Antropología de la Música: <li style="padding-left: 20px;">Etnomusicología • Historia de la Música • Teoría de la Música • Acústica y Psicoacústica • Educación Musical • Pedagogía Musical • Composición y Audición • Danza • Teatro • Poesía 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicología • Psiquiatría • Medicina • Neurología (Neuro-musicología) • Trabajo Social • Fisioterapia • Enfermería • Terapia Ocupacional • Terapias de la Comunicación • Terapias del Lenguaje (Logopedia) • Recreación Terapéutica • Educación Especial

Desde esta *identidad multidisciplinar* el desafío teórico de la musicoterapia es encontrar su unicidad en su *diversidad* y la *doble identidad* que la caracteriza como disciplina y profesión permite entender este hecho.

Como disciplina es un cuerpo organizado de conocimientos y practicas esencialmente relacionado con el proceso por el cual el terapeuta utiliza la música para ayudar al paciente a recuperar la salud. Como profesión la musicoterapia es un grupo organizado de personas que comparten, utilizan y producen adelantos en ese cuerpo de conocimiento y practicas a través de su trabajo como clínicos, supervisores, teóricos, investigadores, educadores. (Bruscia, 1995:18)

Pero la musicoterapia es más que una simple unión de conocimientos de varias disciplinas. En su desarrollo teórico, la musicoterapia tiene superado ya el itinerario de *pre-ciencia* (Kuhn, 1971) caracterizado por un total desacuerdo y un constante debate de conceptos fundamentales, en la que llegan a coexistir tantas teorías como trabajadores en ese campo. Llevado a nuestro campo nos sitúa en los años setenta principios de los ochenta, donde la preocupación de los musicoterapeutas era definir su área de trabajo y los límites de la misma, así como crear sus objetos de estudio.

Después de casi cincuenta años de existencia reconocida de la musicoterapia sí existe un consenso teórico, una *matriz disciplinar* compuesta por todos los elementos, generalizaciones simbólicas y modelos que permiten identificar una comunidad científica y una convergencia de criterios, interpretaciones y métodos que hacen posible un trabajo en común y reconocer una identidad profesional. Aún podemos discutir el estatus de ciencia de la musicoterapia desde el punto de vista epistemológico, pero lo que no podemos discutir hoy a las puertas del nuevo milenio es la actitud científica que debe tener el musicoterapeuta y/o quien se dedique al estudio y práctica de la disciplina.

Otro punto de conflicto en su definición fue diferenciar la *musicoterapia de la Educación Musical Especializada en particular* (Benenzon, 1971:13) y los diversos usos que se hacen de la música con diversos fines como pueden ser la utilización de la música en relajación, en experiencias religiosas, para potenciar el bienestar y el crecimiento personal o la música funcional.

Consideramos que esta confusión pertenece históricamente a un momento pasado que podemos localizar en la década de los setenta y ochenta. En la actualidad, la *Musicoterapia* y la *Educación Musical Especializada* son dos profesiones complementarias cuyos campos de acción están claramente delimitados. Comparten el mismo material de trabajo, el sonido, la música y el movimiento, y algunos recursos metodológicos, pero difieren en sus objetivos y en la forma de trabajar con la música.

La *Educación Musical Especializada* centra sus objetivos en el proceso de musicalización y aprendizaje musical de personas con necesidades educativas especiales, volverlos sensibles y receptivos al fenómeno sonoro para provocar respuestas de índole musical y desarrollar habilidades básicas relacionadas con el hecho estético musical: cantar, marcar el pulso, ejecutar un instrumento...

La *Musicoterapia* utiliza la música para lograr una modificación en algún área en la vida de un individuo, su objetivo es mejorar el estado general del paciente actuando simultáneamente en las áreas sensorio-motriz, afectiva y cognitiva, haciéndole participe de una experiencia estético musical. De esta forma se trabajan objetivos no musicales, terapéuticos, a través de la experiencia musical.

El valor terapéutico de la música no está necesariamente en relación con su calidad ni con la perfección de las ejecuciones. Su efecto obedece, en primer lugar, a la influencia sobre el hombre de los sonidos. origen de la música. y cuyo valor curativo. perjudicial o negativo serán evidentes (Alvin, 1984: 11).

Desde el *punto de vista metodológico* sería poco serio no reconocer que el desarrollo de las corrientes pedagógico-musicales de este siglo ha contribuido al desarrollo meto do lógico de la musicoterapia. Los trabajos realizados a principios de siglo por los pedagogos musicales Jacques Dalcroze, Edgard Willems, Carl Orff y Maurice Martenot, en la enseñanza de la música en niños normales como con niños deficientes han contribuido al desarrollo meto do lógico con sus técnicas de trabajo, así como las nuevas tendencias pedagógicas a partir de la música del S. XX incorporadas por Murray Schafer, John Paynter o Violeta de Gainza.

No hay que olvidar los aportes que realiza la musicoterapia a la educación musical y viceversa, ambas se enriquecen en este proceso. *La musicoterapia brinda a la educación musical* una visión más amplia del fenómeno sonoro musical y su relación con la vida física, psíquica y social del individuo, ayudando a flexibilizar y desarrollar el proceso de musicalización desde una perspectiva mas abierta y dinámica valorando las producciones propias no solo desde el punto de vista estético musical, sino como acto expresivo de ese sujeto. *La educación musical brinda a la musicoterapia* toda una serie de recursos metodológicos específicos y estrategias para desarrollar la musicalidad desde una fundamentación psicopedagógica eminentemente musical, brindando pautas para comprender el proceso musical y evaluarlo. En la actualidad los aportes de la pedagogía musical a la musicoterapia se focalizan en cómo las estrategias didáctico-musicales son útiles a la formación específica del musicoterapeuta (Facchini, 1995; Sabbatella, 1995; Gainza, 1998) y en cómo estas estrategias pueden servir a la musicoterapia para el desarrollo de nuevas técnicas de trabajo.

Planteados los aspectos que llevaron y llevan a confusión en la definición como una disciplina autónoma con carácter propio como consecuencia de la crisis de identidad en la que estuvo sumida la musicoterapia en la década de los setenta/ochenta que se tradujo en las muchas y variadas definiciones existentes de musicoterapia, y reconocida la utilidad del variado número de definiciones que han permitido delimitar la identidad profesional de esta disciplina marcando pautas y límites a la practica clínica, teórica y de investigación y especificando el cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos necesarios para su enseñanza académica, citemos algunas definiciones.

El libro de Bruscia (1989) recoge cuarenta y un definiciones diferentes de musicoterapia enunciadas por diversas asociaciones de musicoterapia y musicoterapeutas del mundo...

La musicoterapia es un proceso, una intervención sistematizada, regular y organizada que se desarrolla en el tiempo, en áreas musicales y no musicales. No es una intervención terapéutica aislada o una única experiencia musical que lleva a una cura espontánea, es un proceso de cambio gradual que conducirá al cliente a un estado deseado, y para el terapeuta una secuencia sistemática de intervenciones que llevaran a cambios específicos al paciente. (Bruscia, 1989:44)

El libro *Los caminos de la Musicoterapia* (Ruud, 1993) analiza esta relación existente entre los diferentes enfoques que tienen las distintas prácticas de la

musicoterapia con las distintas corrientes psicoterapéuticas actuales. Hoy, 22 años después, aún podemos encontrar nuevas definiciones. Como ejemplo, valga la definición de musicoterapia presentada por la *Federación Mundial de Musicoterapia* en el VIII Congreso Mundial de Musicoterapia celebrado en Hamburgo en Julio de 1996, realizada por la comisión de Práctica Clínica:

... La musicoterapia es el uso de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta cualificado con un paciente o un grupo, en un proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, las relaciones interpersonales, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades en el tratamiento de personas con necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. El objetivo de la musicoterapia es desarrollar y/o restaurar funciones en el individuo para que así ella o él puedan actuar e integrarse mejor intra e interpersonalmente y en consecuencia desarrollen una mejor calidad de vida a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento.

Maranto (1993), indica que resulta importante el desarrollo de una definición internacional de musicoterapia que sintetice la divergencia en la práctica a su vez representando todas las prácticas. Desde una perspectiva internacional, las normas para la educación y formación en musicoterapia, su practica profesional y los códigos deontológicos internacionales se deben basar en el conocimiento integro y exhaustivo de la práctica en cada país.

PROCESO MUSICOTERAPEÚTICO

Al ser conjunción de *música y terapia* tendremos que describir y analizar un proceso musicoterapéutico desde tres perspectivas simultáneas: *artístico, creativo y científico*. Estos tres procesos diferentes no son excluyentes y se superponen, lo que determina algunas contradicciones en la práctica profesional, ya que cada proceso en particular se presta a varias orientaciones teóricas (Bruscia 1987).

Como *proceso artístico* se relaciona con los procesos intuitivos y con las capacidades expresivas y artísticas tanto del musicoterapeuta como del paciente. Estos procesos artísticos tienen que ver con la interpretación, composición, improvisación, que para el paciente se convertirán en un medio de expresión de sus necesidades a través de la experiencia musical, y para el musicoterapeuta el proceso artístico será llevar música al paciente y de interactuar musicalmente con él. Es el arte de escuchar la música del paciente y entenderla en su contexto y también hacer que la experiencia resulte estética para el paciente.

Como *proceso creativo* la música en sí misma ejemplifica los principios de proceso creativo. La musicoterapia se preocupa de las etapas que identifican, exploran, prueban y seleccionan alternativas, encontrando formas creativas de tratar con los pacientes y sus problemas, adaptándose a la patología y al paciente, quien cobra vital importancia ya que todas las intervenciones clínicas comienzan desde él.

Como *proceso científico* implica la secuencia de un tratamiento terapéutico, definiendo y controlando variables, recogiendo información, analizando e interpretando los resultados y demostrando la eficacia del trabajo de manera sistemática presentando los resultados obtenidos a la comunidad científica.

Consideramos que la musicoterapia como disciplina debe ser un perfecto equilibrio entre la investigación en las *áreas generales de música, psicología y medicina*. No puede ser música con un poco de psicología o viceversa, tiene que ser una integración real de conocimientos de ambas áreas para delinear su propia identidad. Desde esta perspectiva, queda claro que la *diversidad* se expresa en todos los componentes de esta disciplina: en su fundamentación teórica interdisciplinar, en la variedad de aplicaciones que como técnica se hace de ella, en la variedad de personas que pueden beneficiarse de su utilidad, en la variedad de modelos y técnicas de trabajo existentes, la flexibilidad metodológica que la caracteriza y en las amplias posibilidades temáticas de investigación.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA MUSICOTERAPIA

Por lo que respecta a los principios de la musicoterapia, los distintos autores subrayan diferentes aspectos de la misma. Analizados en su conjunto, podrían resumirse en:

Principio del “ethos” griego: la teoría griega del “ethos” sostiene que la música tiene un “ethos”, y que influye en el estado anímico del hombre. En relación con esto, hay que recordar que Platón atribuía la concordancia de los sonidos (percepción acorde o disacorde) a su concordancia o no con la persona.

Principio holístico: Altshuler (1953) trasladó la teoría de W. WHYTE a la musicoterapia, subrayando su valor holístico; es decir, su acción global sobre el organismo. Desde esta perspectiva, la música repercute en la globalidad o totalidad del organismo, si bien diferencialmente, conforme al fragmento o pieza musical de que se trate. El organismo humano es un todo compacto y unitario (cuerpo y alma se influyen recíprocamente).

Principio homeostático: conforme a este principio, la música y todas las artes, contribuyen de alguna manera a la homeostasis social, intelectual, estética, etc. del individuo, a su equilibrio personal. Así, por ejemplo, el ritmo y la melodía regulan la agresividad de las personas.

Principio de ISO: este término (que significa “igual” en griego), fue acuñado por Benenzon para indicar la idea de que existen sonidos o fenómenos sonoros internos que nos caracterizan e individualizan. El ISO contiene nuestros arquetipos sonoros, nuestras vivencias sonoras, desde el principio hasta nuestros días. Es un elemento dinámico que, perceptualmente hablando, reúne pasado y presente. Conforme a este principio, para producir un canal de comunicación entre terapeuta y paciente, debe coincidir el tiempo mental del paciente con el tiempo sonoro musical ejecutado por el terapeuta o de la música escuchada (Benenzon, 1981). Esta identidad entre música y estado de ánimo / tempo mental de paciente, es algo sobre lo que ya trabajó Altshuler, constatando que

mientras los *sujetos deprimidos* (con un tempo mental lento) eran estimulados o respondían mejor a la música triste (tempo lento, andante), *los maníacos* lo hacían a la alegre (tempo rápido, allegro). Este principio de identidad sonora, es fundamental en musicoterapia. Viene a decir que cada individuo se comunica y manifiesta conforme a un tempo mental, según sus vivencias acústicas, intrauterinas, infantiles, familiares y socioculturales. Así, podríamos matizar respecto al principio del ISO en:

Un *ISO gestáltico*, característico de cada persona (por ej.: las palabras, el canto, el susurro de la voz de la madre, son vitales para el embrión en gestación y forman parte del ISO gestáltico).

Un *ISO cultural*, producto de la configuración global de la que el individuo y su grupo forman parte (por Ej.: Los sonidos del teléfono, la radio o la televisión).

Un *ISO complementario*, vinculado a los cambios que se operan cada día o en cada sesión musicoterapéutica, por efecto de las circunstancias ambientales y dinámicas.

Un *ISO universal*, que identifica a todos los seres humanos con independencia del contexto sociocultural, histórico y psicofisiológico (por Ej.: Los latidos del corazón o los sonidos de la inspiración / expiración).

Un *ISO grupal*, identidad cambiante que se forma por las energías de los ISOS *gestálticos, universales y culturales* de un grupo de individuos que comparten los mismos objetos intermediarios, las mismas circunstancias, y que utilizan canales de comunicación semejantes.

Principio del objeto intermediario: por objeto intermediario, entiende Benenzon (1989) “*un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente, mediante la relación, sin desencadenar estados de alarma intensos*”. En este sentido, el objeto intermediario no es sino aquello a través de lo cual se establece la relación, la comunicación, el vínculo (por Ej.: los instrumentos musicales y sonidos, la voz humana, son objetos intermediarios).

Principio hedonista o del placer: conforme a este principio, el individuo se siente atraído por la experiencia placentera de la música y los sonidos. En este sentido, el placer estético se produce por la proyección del individuo en la música, y su identificación con los sentimientos que de ella emanan.

Principio de compensación: el principio de compensación viene a subrayar el hecho de que, a través de la audición y la práctica instrumental, las personas buscan y eligen aquella música capaz de suplir sus carencias en un momento dado. Por ejemplo, cuando estamos tristes y queremos animarnos, elegimos una música alegre (acorde con el estado que queremos conseguir).

OBJETIVOS EN MUSICOTERAPIA

El carácter *interdisciplinario* y *diverso* de la musicoterapia determina que los musicoterapeutas puedan desarrollar su labor profesional en diferentes áreas de trabajo pudiendo ser empleados en distintos tipos de instituciones (centros

de salud, de educación, hospitales, centros de educación especial, prisiones, centros de salud mental, hospitales de día, comunidades terapéuticas, centros de rehabilitación de drogadictos y alcohólicos, geriátricos públicos y privados) o realizar una práctica privada de la profesión.

También es diverso el tipo de población con las cuales puede aplicarse: personas de todas las edades cronológicas y mentales, discapacitados físicos y psíquicos, problemas de aprendizaje, de audición y lenguaje, trastornos emocionales, autistas, psicosis, drogadicción, SIDA, anorexia, geriatría.

Desde esta diversidad profesional podemos decir que con carácter general la musicoterapia puede aplicarse en los tres ámbitos que Caplan (1964) establece *como prevención primaria, secundaria y terciaria*. Estos ámbitos determinan poblaciones con las que trabajar y objetivos específicos a conseguir en función del contexto en el cual se encuentran y las características que presentan. De esta forma la musicoterapia puede aplicarse *en las áreas de prevención, educación, educación especial, rehabilitación, salud mental y medicina*.

Como consecuencia de esta gran variedad campos específicos en los que un musicoterapeuta puede desarrollar su labor profesional actualmente está comenzando a hablar de especializaciones profesionales, ya que resulta muy diferente la perspectiva de trabajo según los pacientes con los que se trabaja.

Los objetivos naturales en musicoterapia para todas las personas, independientemente de su edad, género, problemas, etc., persiguen el fin de:

Establecer la comunicación: La música, tanto si se escucha como si se ejecuta, favorece y posibilita un intercambio de ideas o sentimientos con otras personas. La comunicación es la expresión creativa y vivencial de nuestros sentimientos, emociones, evocaciones, percepciones y pensamientos a través de los diferentes lenguajes: verbal, no verbal y sonoro.

Mejorar relaciones interpersonales: La música es la más social de todas las artes, ha sido experiencia común en todos los tiempos. En sí misma es una poderosa influencia integradora, aporta un sentimiento de orden, de tiempo y de continuidad. Los sonidos que penetran dentro del grupo son percibidos por todos, creando un clima emocional que permite expresarse y relacionarse con sinceridad, integridad y plenitud. Hacer música es una experiencia compartida que se desarrolla y se disfruta a partir del conocimiento de uno mismo y de su aptitud para comunicarse

Desarrollar el conocimiento de uno mismo: Cuando la persona ejecuta o realiza alguna actividad instrumental, al margen de su capacidad, se desenvuelve en un mundo de acción positiva, adquiere medios técnicos de expresión, desarrolla relaciones personales sanas, se conduce de una forma social adecuada, etc. Las actividades musicales pueden ayudarle a que adquiera o desarrolle conocimiento de sí mismo y de los demás. Y obtener experiencias gratificantes consigo mismo.

Desarrollar la capacidad de autoexpresión: La música que tiene el poder de evocar, asociar, e integrar es un recurso excepcional de auto-expresión y liberación emocional. La emoción es una reacción dinámica a ciertas experiencias y necesita una salida. Ésta se hace consciente sólo cuando ha tomado forma mediante algún recurso de auto-expresión. Como medio de auto-expresión la música trae a la conciencia emociones profundamente asentadas y proporciona la vía de comunicación necesaria.

La posibilidad de *trabajar con diferentes tipos de personas* determina que deban *plantearse objetivos y criterios de aplicación específicos en cada caso*, llevando a organizar el tratamiento desde un enfoque y un modelo de trabajo diferente en las distintas áreas. La musicoterapia es una disciplina con diferentes modalidades de trabajo. Bajo esta perspectiva reafirma su unidad epistemológica en la diversidad teórica y práctica y encuentra su unidad en el estudio de la relación existente entre el hombre y el sonido y las utilidades terapéuticas que de ella pueden derivar.

FUNCIÓN DE LA MÚSICA EN LA MUSICOTERAPIA

En los inicios de la musicoterapia se intentó descubrir y enunciar principios universales en los que se afirmara que ciertos tipos de música eran útiles para el tratamiento de ciertas enfermedades específicas. Este tipo de «Vademecum Musical» carece de rigor científico y académico para la musicoterapia moderna no sólo por lo efímero de su fundamentación, sino por los aportes significativos que brindan a la conceptualización de la musicoterapia los avances en las investigaciones sobre la influencia de la música en el individuo.

La música siempre ha estado vinculada a la vida social del hombre y ocupa un lugar importante. Los estudios acerca de las funciones que cumple la música en el ámbito social, qué uso hacen las personas de ella en diferentes situaciones, cómo modela los gustos e influye en el desarrollo de diferentes capacidades, aportan a la musicoterapia un sistema de conceptos y relaciones que permiten comprender y fundamentar como y por qué la música puede tener una utilidad terapéutica. Las personas estamos influenciadas por la música en el ámbito biológico, psicológico, social y espiritual (Meniam, 1964; Sears, 1968; Fraise 1976; Despins 1986; Homigsheim, 1989; Thaut, 1990; Maranto 1993; Smeijters, 1995; Abeles y Won Chung, 1996; Bartlett, 1996; Hodges, 1996; Hargreaves, 1998). Las conclusiones de estos estudios informan de que la música acompaña al hombre en su desarrollo onto y filogenético en distintas situaciones y cumpliendo diferentes funciones sociales, siendo una de estas la terapéutica. Existe un acuerdo general de cómo se percibe la música (ver Gráfico 1) y las funciones que ésta puede tener para un individuo, pero también existen grandes diferencias individuales y se reconoce que las respuestas a la música son personales. Para responder las cuestiones sobre el significado de la música se debe conocer el contexto biográfico, histórico y cultural tanto de la música como de la persona que la vivencia (Ruud, 1990:155).

Gráfico 2: Binomio música y hombre (Sabatella)



En ocasiones resulta difícil disociar los efectos fisiológicos de los psicológicos que produce la música, ya que muchas veces su influencia es recíproca. Desde el punto de *vista psicológico* la música puede evocar recuerdos, sensaciones perceptivas de olor, color, puede suprimir la sensación de espacio, deformar o eliminar el sentido del tiempo, puede tender un puente entre lo real y lo irreal estimulando la fantasía, evocar el éxito o el fracaso de una situación a la que este

asociada y permite expresar emociones afectando el estado de ánimo individual y grupal. Perceptivamente el fenómeno de gran utilidad para obtener información acerca del mundo que nos rodea, sirve de vehículo para la expresión de diferentes sentimientos y emociones y acompaña actividades de nuestra vida cotidiana.

La influencia que la música tiene sobre el hombre determina unas características sonoro-musicales diferentes en cada individuo y/o grupo social. Estas características se desarrollan desde el vientre materno y evolucionan a lo largo de la vida al igual que lo hacen otros aspectos del individuo dentro del ambiente cultural y familiar en el que éste se desarrolla.

...la música que cada individuo absorbe y guarda para sí -consciente o inconscientemente- va conformando un fondo, un mundo sonoro interno, peculiar y único que puede considerarse como el reflejo de su propia identidad personal. (Gainza, 1997:110)

Dentro de estas *características musicales que definen a un individuo podemos citar* los elementos sonoro-musicales del lenguaje verbal (musicalidad del lenguaje); las características tímbricas de la voz, las inflexiones y variaciones en el contorno rítmico y melódico del habla, la velocidad y la expresividad al hablar, la forma particular de gritar, reír, llorar, las expresiones onomatopéyicas que se utilizan para acompañar la expresión de estados de ánimo, los sonidos corporales: los sonidos producidos al moverse y/o caminar, los sonidos corporales internos, los sonidos que agradan o desagradan, los gustos musicales, las capacidades musicales particulares que cada individuo desarrolla, conforman una serie de características, que definen al individuo y le ayudan a reconocerse e identificarse como personas.

Este vínculo entre *el hombre y la música* encuentra su aplicación en la práctica metodológica en la musicoterapia. El cuerpo teórico de la musicoterapia reconoce que el vínculo esencial que existe *entre la música y la naturaleza del hombre* es la base y el presupuesto teórico general sobre el que se fundamenta y justifica su práctica. El *objeto de estudio* de la musicoterapia se centra en la relación multifacética del hombre con la música y como de esta pueden obtenerse beneficios (preventivos y/o terapéuticos) para su vida.

El presupuesto teórico de partida en el que se fundamenta el desarrollo de la musicoterapia en este siglo se basa en *la relación existente entre el fenómeno sonoro, el hombre y las relaciones que entre ellos se establecen*, que Benenzon (1998) define como «complejo sonido-ser humano». Otro objeto de estudio que se deriva de esta relación y es de suma importancia para la musicoterapia lo constituyen las respuestas del paciente a la música, o las *producciones corporo-sonoro-musicales* o *discurso corporo-sonoro-musical*.

...El discurso musicoterapéutico o corporo-sonoro-musical es una realidad observable, ocupa un espacio y se desarrolla en el tiempo, y se produce a partir de la interacción de una persona y/o un grupo con el sonido. Este material: movimientos, gestos, sonidos, ritmos corporales, instrumentales, melodías, palabras, que cada individuo y/o grupo organiza de forma particular según sus características de personalidad. De él se desprende información que nos permite conocer a la persona y/o al grupo que lo producen. (Rodríguez Espada, 1989)

Este es un concepto que debemos tener en cuenta en la práctica musicoterapéutica, ya que de él se desprenderá la información necesaria para poder comprender el paciente y/o grupo con el que trabajemos. A su vez guardará estrecha relación con *la identidad sonora de ese individuo o grupo* en cuestión (a su vez influenciado cultural, social y familiarmente). Conocer el desarrollo de las capacidades y características sonoro-musicales del hombre, las diferentes funciones que tiene la música en el ámbito social y específicamente en un tratamiento musicoterapéutico, permiten al musicoterapeuta obtener información en el área específica en la que incide su trabajo: el área corporo-sonoro-musical. Aspecto importante éste, pues nos brinda información acerca de las características sonoro-musicales del paciente. Estos datos nos permiten entender al individuo con quien debemos tratar y en determinadas patologías se convierten en datos relevantes como primer paso para poder establecer la comunicación (coma, post traumáticos, autismo).

A partir de las investigaciones realizadas sobre este objeto de estudio y los objetos de estudio particulares que se desprenden de él, se deducen una serie de conocimientos que llevados a la práctica fundamentan el trabajo musicoterapéutico en sus distintas facetas.

La musicoterapia es una manera diferente de trabajar con la música, donde lo importante es resaltar por un lado la relación entre el *hombre* y la *música*, y por otro entre la *música* y la *terapia*, y a partir de la combinación de ambos binomios establecer los planteamientos teóricos que pertenecen al propio campo de acción de la musicoterapia. Determinar qué papel juega la música en la musicoterapia, cuáles son sus funciones básicas, cuál es el objetivo de utilizar la música y qué se pretende alcanzar a través de su utilización, ayudan a comprender los diferentes modelos de trabajo existentes y su vinculación con líneas teóricas de pensamiento (Ruud, 1993).

Otro aspecto a tener en cuenta para entender la función de la música en la musicoterapia y a su vez entender *esta utilización en las diferentes metodologías de trabajo* es la diferenciación sobre *cómo se puede utilizar la música*.

Cuando la música se utiliza COMO TERAPIA, la música sirve como el estímulo primario o el medio de respuesta para el cambio terapéutico del paciente. La música se utiliza para influir a nivel corporal, sensitivo, afectivo, cognitivo o en la conducta directamente... En la música como terapia, el énfasis se centra en las necesidades del paciente relacionándolas directamente con la música... El terapeuta se convierte en un guía, facilitador o puente que conduce al paciente a un contacto terapéutico con la música. El musicoterapeuta tiene un rol activo de participación o improvisación musical. Las relaciones con la música e interpersonales que se desarrollan entre el musicoterapeuta y el paciente sirven para estimular y dar soporte al desarrollo de la terapia.

Cuando la música se utiliza EN TERAPIA, la música no es el agente primario o el único recurso utilizado para facilitar el cambio terapéutico a través de una relación interpersonal o junto con otra modalidad de tratamiento. Utilizada en terapia la música es una guía, un facilitador o un puente entre el terapeuta y el paciente para conducir la terapia. (Bruscia, 1987:9)

LA CONDUCTA MUSICAL: EL PRINCIPIO Y EL FIN EN LA MUSICOTERAPIA

Por curioso que parezca, la conducta musical tiene sus orígenes en el primer llanto, el llanto del recién nacido. Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que éste constituye la base de la palabra y la futura actividad musical, teniendo como elementos organizadores los *proto-ritmos entonados*.

Violeta H. de Gainza, coautora con Rolando Benenzon y Gabriela Wagner del libro *Sonido, comunicación, terapia* (1997) señala, por su parte, al hablar de la génesis de la conducta sonora, que existen *dos niveles primarios de acción de la música sobre el individuo*: un primer nivel de *Movilización* en el que la *música = energía* (“En tanto energía, la música moviliza integralmente a los seres humanos, a partir de su nacimiento y aún desde la etapa pre-natal”) y un segundo nivel, de *Musicalización* (impregnación-proyección) en el que la *música = alimento*, y sobre el cual dice: “La música proveniente del entorno o de la experiencia sonora del niño que es internalizada, pasa a integrar un fondo o archivo personal, el mundo sonoro interno... Es justamente la presencia, actividad y progresivo desarrollo de este núcleo sonoro individual lo que genera la posibilidad de que la persona produzca una respuesta específica, de carácter sonoro, a los estímulos musicales (proyección)... Si bien en las etapas iniciales del proceso de musicalización pasiva (movilización) también se observan algunas reacciones sonoras a los estímulos musicales, éstas no implican por parte del sujeto la elección voluntaria del canal de comunicación sonora y constituyen más bien formas globales de externalización de la energía generada por el estímulo sonoro-musical. Sólo a partir del momento en el que el niño es capaz de responder con sus propios sonidos al estímulo sonoro, podemos afirmar que ha alcanzado el punto inicial del proceso de musicalización activa”.

Si la música es energía y alimento, *¿qué nos impide establecer, por fin, esta otra igualdad?*, (*Música = Vida*). La música es esencial para el individuo, y es que como bien dice V. H. de Gainza, “tanto la degustación del sonido, como su manipulación interna (procesamiento mental) y externa (producción y

reproducción sonora), promueven procesos de realimentación permanentes que estimulan el desarrollo humano a todo nivel". Y es que, la mayoría de las veces, no somos conscientes de la riqueza que introduce en nuestra vida el fenómeno musical. De hecho, no parecemos darnos cuenta de que la música, como nuestros latidos, acompaña toda nuestra existencia. De ahí, que cobre tanta importancia también en los últimos años, aquellos en los que si bien el organismo se va deteriorando, todavía somos capaces de vibrar y emocionarnos con la misma.

Del mismo modo que el anciano no renuncia a alimentarse, respirar o dormir por el simple hecho de envejecer, tampoco debería hacerlo al placer que produce la música, la experiencia musical. Y es que, precisamente en esos años en que va emergiendo en las personas la conciencia o certeza de una existencia breve, limitada, es cuando la música puede hacer más por ellas. La música llena con amabilidad las lagunas afectivas y mentales de nuestros mayores, les ayuda a superar la soledad y a prevenir problemas emocionales, les devuelve los recuerdos, les motiva y estimula, les distrae y les acompaña... *¿Acaso no son suficientes razones para acercar la música al mundo del anciano?* Imaginémonos, por un momento, cubiertos de canas, prisioneros de un cuerpo ralentizado por el tiempo, aprendices del dolor, conviviendo con la enfermedad. Más aún, imaginemos que su severidad recomienda ya únicamente la terapia paliativa. Es en esos momentos, cuando más se precisan elementos capaces de transmitir *vida y energía*. Y repito, *¿qué es la música sino eso?* Además, la musicoterapia cuenta ahí con una gran ventaja, y es que puede realizarse en un plano carente de palabras (no verbal).

El vínculo con el anciano, moviliza así un sistema *corporo-sonoro-musical* completamente ajeno a su realidad, a su evolución y pronóstico. Y cuando la muerte se anuncia e inicia su conquista de la vida, la musicoterapia se traslada con acierto a una dimensión que el Dr. Benenson ha denominado *dimensión fetal*, una dimensión donde el objeto intermediario tiene, como siempre, una importancia extraordinaria.

En base a esta *conducta sonora* en el hombre se establece una relación directa entre la función de la música y los objetivos de la musicoterapia. Así, podemos diferenciar:

Los *objetivos educacionales* tienen que ver con la ayuda que se le proporciona a la persona para que adquiera conocimientos o actitudes musicales o de otras disciplinas. Los elementos del fenómeno sonoro-musical actúan como estimulantes de las áreas fisiológica, afectiva y mental. Es así como las experiencias musicales inciden sin duda en la formación integral del individuo y contribuyen a desarrollar todas sus facultades en los dominios psicomotriz, afectivo, intelectual y social.

Por medio de los *objetivos recreacionales* se intenta mejorar el uso que hace el individuo de su tiempo de ocio. No podemos dejar pasar la importancia de dotar de recursos expresivos y relacionales a las personas, tanto desde *el ámbito rehabilitador* como desde la *óptica preventiva*.

Con los *objetivos terapéuticos* se ayuda al paciente a formarse una idea de sí mismo, trabajando con sus sentimientos, problemas y síntomas, haciendo

cambios básicos en su personalidad y desarrollando métodos específicos de adaptación.

Pese a estas diferencias, la finalidad última siempre tiene un alto contenido terapéutico -búsqueda de cambio- y quizá la característica esencial es, según Bruscia, el *modo en que se utiliza la música*; si ésta debe ser utilizada *como terapia o en terapia*. La diferenciación sobre la utilización de la música *en terapia* y *como terapia* permite a su vez diferenciar el papel que cumple la experiencia musical en el proceso terapéutico.

La función que se le otorgue a la música sirve para clasificar el tipo de experiencia musical que se utilizará en la terapia y determina la orientación y los objetivos del tratamiento. Desde esta perspectiva algunas técnicas de trabajo utilizan la música como la experiencia que conduce la terapia y en otras será un recurso para lograr una interacción terapéutica no musical con el paciente (por ejemplo: escuchar música para evocar recuerdos y facilitar la verbalización de experiencias pasadas). Otros musicoterapeutas han preferido hacer esta distinción en los términos de *musicoterapia pasiva o receptiva* y *musicoterapia activa*

En cualquier caso los *aspectos multisensoriales en la música* la hacen ideal para el uso *terapéutico y reeducativo*, especialmente si se considera cuántas incapacidades se tienen. Este hecho, que otorga a la música la capacidad de actuar en todos los niveles, va a permitir en la musicoterapia alcanzar diferentes objetivos, (Tabla 2):

Tabla 2. Objetivos

Generales	Objetivos Psicofisiológicos
No se pretende formar músicos, sino mejorar la personalidad, la afectividad y la conducta de las personas a todos los niveles. Restablecimiento de los ritmos biológicos a través de la música. Adquisición de un equilibrio psicofisiológico.	Integración y desarrollo del esquema corporal. Desarrollo de la organización espacio-temporal-corporal. Desarrollo psicomotor (equilibrio, marcha, lateralidad, coordinación motriz, tonicidad). Desarrollo sensorio-perceptivo. Desarrollo de la locución y expresión oral. Desarrollo de la comunicación y medios expresivos (corporales, instrumentales, espaciales...) Coordinación pensamiento-lenguaje. Liberación de presiones y energía reprimida. Dotar al sujeto de unas vivencias musicales enriquecedoras, estimulantes, motivadoras.
Cognitivo- emocionales y de personalidad Sensibilización afectivo-emocional. Goce y valores estéticos. Desarrollo intelectual (imaginación, atención, memoria, conceptualización, comprensión, observación, agilidad mental...).	

Dichos objetivos condicionan la elección musical, pues ya se ha demostrado que, efectivamente, diferentes tipos de música ejercen diferentes influencias sobre la persona (Campbell, 1998), (Tabla 3):

Tabla 3. Efectos de la música en la persona

ESTILO MUSICAL	INFLUENCIAS EN LA PERSONA SEGÚN PACIENTE & TERAPIA
<i>Canto Gregoriano</i>	usa los ritmos de la respiración natural para crear una sensación de espacio amplio y relajado: es excelente para el estudio, la meditación y reducir el estrés.
<i>Música Barroca</i> BACH, VIVALDI...	induce una sensación de estabilidad, orden, previsibilidad, y genera un ambiente mentalmente estimulante para el trabajo y el estudio.
<i>Música Clásica</i> HAYDN, MOZART...	mejora la concentración, la memoria y la percepción espacial.
<i>Música Romántica</i> SCHUBER, LISZT CHOPIN...	maximiza la expresión y el sentimiento; en este sentido, favorece aspectos como la compasión, la comprensión y el amor.
<i>Música Impresionista</i> DEBUSSY, FAURÉ, RAVEL...	se basa en estados anímicos e impresiones de libre fluir, evocando imágenes oníricas. Esta música, seguida de unos minutos de ejercicios de estiramiento, consigue desbloquear los impulsos creativos y conectar con el inconsciente.
<i>Música de jazz,</i> <i>blues, soul, reggae</i>	y otras formas de música y baile de raíz africana, eleva el ánimo e inspira; transmite ingenio e ironía, y puede inducir por igual alegría o tristeza.
<i>Salsa, rumba,</i> <i>merengue...</i> <i>Samba</i>	de ritmo vivo y alegre, acelera los ritmos cardíaco y respiratorio y moviliza todo el cuerpo; <i>La samba</i> tiene la rara capacidad de calmar y despertar o excitar al mismo tiempo.
<i>Música big-band,</i> <i>pop y country</i>	favorece un movimiento de leve a moderado y causa sensación de bienestar.
<i>Música rock</i> ELVIS, ROLLING STONES...	excita, activa y agita las pasiones, afloja las tensiones y enmascara el dolor; no obstante, cuando no se está en disposición de escucharla, produce tensión, disonancia, estrés y dolor corporal.
<i>Música ambiental,</i> <i>de actitud o de la</i> <i>Nueva Era</i>	sin ningún ritmo dominante, prolonga la sensación espacio-temporal e induce un cierto estado de alerta relajada.
<i>Música heavy, punk,</i> <i>rap, etc.</i>	excita el sistema nervioso y favorece el dinamismo
<i>Música religiosa y</i> <i>sacra gospel y</i> <i>espirituales, tambores</i> <i>chamánicos...</i>	conduce a sentimientos de paz y espiritualidad: se utiliza para trascender, y aliviar el dolor y el sufrimiento.

EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA

Uno de los aspectos fundamentales de la musicoterapia es que, por su *cualidad no-verbal*, tiene acceso a los diferentes niveles de funcionamiento humano: fisiológico, emocional e intelectual. En efecto, esto es así; la repercusión de la música sobre las personas, se deja sentir con mayor o menor intensidad, sobre los niveles fisiológico, psicológico, intelectual, social e incluso espiritual.

La música actúa sobre la bioquímica de nuestro organismo, y produce variaciones en el ritmo cardíaco y respiratorio, el tamaño pupilar, la respuesta galvánica de la piel, la función endocrina, y como no, también a nivel cortical. Sin embargo, parece que los efectos producidos por la música dependen en gran medida de la interrelación entre sus distintos elementos, es decir: *melodía, armonía, altura, timbre, ritmo y volumen*, siendo por ejemplo la *melodía* probablemente el más cercano a la *afectividad*, y el *ritmo* a lo *físico* (energía, movimiento, excitación-relajación). Por otra parte, hay que decir que las conclusiones a las que llegan los diferentes autores en relación a los efectos concretos de la música sobre los parámetros *psicofisiológicos*, resultan un poco confusas e incluso contradictorias; en general, los resultados no son todo lo homogéneos que cabría esperar. Por ejemplo, en cuanto *al ritmo cardíaco y respiratorio*, la mayoría de los autores coinciden en decir que mientras la música sedante actúa provocando una disminución, la estimulante tiene el efecto contrario. Pero por lo que respecta *al tamaño pupilar*; mientras Slaughter sostiene que la música estimulante produce en todos los casos una dilatación pupilar, lo que Lowenstein encuentra es que el denominado fenómeno de restitución pupilar se produce por efecto de los estímulos sonoros con significación para el oyente. También se tiende a aceptar, en general, que *el nivel de activación muscular* disminuye con música sedante y aumenta con la estimulante; sin embargo, S. Poch ha observado que la música sedante, que en los sujetos normales produce relajación, en los autistas les induce a la actividad. Por último, las investigaciones realizadas en torno a los efectos que la música tiene a *nivel cortical*, también ofrecen resultados dispares. Así, mientras Wagner (1996) observó que los músicos al escuchar pasivamente una pieza musical producían, al menos, un tercio más de ondas alfa que los sujetos no músicos, Furman, en un estudio realizado con niños, encontró que presentaban mayor número de ondas alfa ante el silencio que con música o cualquier otro tipo de estímulo auditivo.

Por otra parte, hay que decir que la música tiene claros efectos sobre el nivel *psicológico del individuo*, efectos relacionados con *la auto-expresión, la identificación, la asociación* y, por supuesto, *la comunicación*. Así, por ejemplo, su poder evocador favorece la auto-expresión y liberación emocional; la música expresa sentimientos (amor, odio, alegría, tristeza...) y refleja la personalidad del individuo, sus características y desórdenes. A *nivel intelectual*, la música actúa en áreas tan diferentes como *la atención, la memoria, la inteligencia, la creatividad y la imaginación*. Y a *nivel social*, constituye un verdadero agente socializante, y un vehículo de *comunicación interpersonal y auto-expresión*.

Con todo, si la música actúa a todos los niveles del individuo, la musicoterapia va a hacer lo propio a nivel *psicofisiológico* (integración y desarrollo del esquema corporal, organización espacio-temporal, desarrollo psicomotor, sensorio-perceptivo, de la locución y la expresión oral, coordinación pensamiento-lenguaje, etc.), *cognitivo-emocional y de personalidad* (sensibilización afectivo-emocional, goce y valores estéticos, desarrollo intelectual, reforzamiento de la autoestima y personalidad, autorrealización e integración del propio yo), *social* (relaciones interpersonales, canales de comunicación, integración social y grupal, aceptación social y cohesión) y *espiritual* (goce espiritual, enriquecimiento interior, trascendencia, sentimiento purificador...).

EL MUSICOTERAPEUTA: PROCESO Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

Como su nombre indica, *música-terapia*, la *música* es el eje sobre el cual se estructura el desarrollo de un tratamiento musicoterapéutico y *la forma o el medio por el cual el musicoterapeuta entenderá y tratará de encauzar los problemas del paciente* (Bruscia, 1987).

La música no es una «cura» eficaz en sí misma, sino que sus efectos son resultado de *un proceso sistemático de intervención* (Bruscia, 1987), de una utilización profesional de experiencias musicales en función de las necesidades del paciente, de unos objetivos a alcanzar y de la relación terapéutica que se establezca entre ellos por parte de un musicoterapeuta entrenado. Los que hacen que la música pueda tener un potencial terapéutico son los musicoterapeutas. *El musicoterapeuta es un especialista que «entiende», «piensa» y «habla» en música. Es decir, conoce profundamente la estructura del material con que trabaja adecuándolo a las características patológicas de los pacientes a quienes esta dirigida su tarea.* (Ferragina, 1981).

El musicoterapeuta observa y a través de su actuación y del tratamiento trata de que se efectúen cambios en el paciente a través de su relación con el sonido y sus producciones sonoras, que serán expresión y reflejo de sus características de personalidad y sus necesidades.

En su práctica, el profesional formado y capacitado para ejercer como musicoterapeuta, debe ceñirse a un código deontológico, elaborado por las distintas asociaciones de musicoterapia (tales como la National Association for Music Therapy americana), y que hace referencia a aspectos como la competencia y calidad profesional, la confidencialidad, los pasos a seguir por el comité de ética ante posibles denuncias de los clientes, las sanciones, etc. Al perfil profesional del musicoterapeuta, se suma el humano, en el que yo destacaría, sobre todo, el deseo de ayudar a los demás, la estabilidad emocional, la capacidad de trabajo en equipo, la empatía y capacidad de improvisar, el optimismo, la delicadeza (sin restarle firmeza de carácter), y una especial sensibilidad, a nivel emocional y artístico-musical.

Por lo que respecta al proceso de trabajo, habría que distinguir cuatro etapas fundamentales, tras las cuales, alcanzados los objetivos, finalizaría la intervención: en primer lugar, una *etapa de recogida y análisis de la*

información sobre el paciente/cliente; en segundo lugar, una etapa de planificación del tratamiento y establecimiento de objetivos generales y específicos; en tercer lugar, la etapa de aplicación del tratamiento, ya sea éste individual y/o grupal; y en cuarto y último lugar, una etapa de evaluación y seguimiento. Hecha la evaluación, se elaboraría un informe final, indicando la situación pre y post tratamiento del sujeto, las técnicas empleadas con él (las que han tenido éxito y las que no), una serie de recomendaciones para las personas de su entorno próximo, y el seguimiento que se va a realizar. Éstas cuatro etapas se desarrollan teniendo en cuenta los siguientes factores:

Encuadre terapéutico: Para que se produzca un proceso musicoterapéutico tiene que haber como mínimo dos personas que vayan a vincularse.

Tiempo: En una sesión de musicoterapia debemos tener en cuenta 3 tipos de tiempos diferentes:

Cronológico

Biológico. Cada uno tiene un tiempo que lo particulariza dependiendo de su sistema de percepción, de elaboración y de respuesta.

Terapéutico. Se produce en el momento que equilibramos el tiempo biológico del musicoterapeuta y el paciente.

Metodología:

Ficha Musicoterapéutica: Es el primer contacto del musicoterapeuta con el paciente. Nos permite conocer su historia sonoro-musical y la de su ambiente.

Historia Sonoro corporal: La posibilidad de expresar la historia personal de vida en el no-verbal es una de las experiencias más importantes por la que debe pasar un Musicoterapeuta. Esta es la verdadera memoria, pues es la que produce las modificaciones dinámicas estructurales de los ISOS.

Protocolos: Suele ser muy importante tener un registro de las sesiones que se realizan aunque nos damos cuenta de la dificultad de transcribir el no verbal. Aún así debemos tener protocolos para poder estudiar, reflexionar e investigar lo acontecido en las sesiones de musicoterapia. Deben permitir una descripción rápida de los acontecimientos y poder reflexionar sobre los múltiples aspectos.

Construcción de instrumentos: Instrumentos fabricados o improvisados por los pacientes o por el musicoterapeuta en función de la situación vincular. Su importancia deriva en que éste se liga íntimamente con el ISO de quien lo construye y por ello se convierte en un buen *objeto intermedio*.

Podemos afirmar que la *Musicoterapia Didáctica*, posee dos aspectos: *el terapéutico*, porque en ella se van a desarrollar las mismas alternativas que en cualquier aplicación musicoterapéutica pero, a la vez, es reflexivo, y por lo tanto *didáctico*, de la misma experiencia realizada. La *Musicoterapia Didáctica* muestra, enseña y capacita en la metodología y técnica de la musicoterapia. En

esta experiencia se corrobora que en el *contexto no-verbal* el contenido manifiesto es el contenido latente. No se necesita ningún tipo de interpretación de las conductas o de las expresiones, y menos aún si esta interpretación utiliza la palabra como medio de comunicación. La palabra es utilizada muchas veces como una defensa o escaramuza de verdaderas expresiones e intentos comunicacionales. El lenguaje del contexto no-verbal es directo, y lo latente aparece en lo manifiesto.

En toda *psicoterapia verbal*, la fuerza de la transferencia y de la contra transferencia la brinda el contexto no-verbal, o sea la comunicación analógica. Es más importante percibir en un paciente el timbre, la intencionalidad, el volumen, la interválica, de una palabra, que el simbolismo que esa palabra representa. A través de esta técnica se desbloquean las expresiones corporo-sonoro-musicales y el sujeto logrará encontrar sus sonidos interiores y mostrarlos.

Solamente a través de esta técnica el grupo puede representar escenas que estarían prohibidas a nivel de la palabra, como sería la comida totémica o los rituales de la escena primaria. *El contexto no-verbal* sitúa al individuo y al grupo de forma inmediata tras el impacto surgido con escenas repetidas de los primeros años de vida no concienciadas y muchas veces negadas en el contexto verbal. El solo hecho de observar y observarse demuestra la expresión del inconsciente.

Los mecanismos de defensa no tienen vigencia en este contexto. Por eso uno de los máximos objetivos de la *Musicoterapia Didáctica* es comprender que se puede trabajar en musicoterapia desde el principio hasta el final, sin usar la palabra como medio de hacer consciente el inconsciente.

Por último, decir que en musicoterapia los métodos se dividen en: *activos o creativos*, y *pasivos o receptivos*. *Los activos o creativos* son aquellos que implican una acción externa por parte del sujeto (por ej., el canto, la danzaterapia, la práctica instrumental, etc.). Métodos activos serían por ej. la improvisación musical de Schmolz, el diálogo musical, la técnica proyectiva de Crocker, el método Nordoff-Robbins, etc. De otra parte, *los métodos pasivos o receptivos* serían todos aquellos en los que no hay una acción externa por parte del sujeto, sino interna (no visible). Por ej. todas las audiciones musicales, la relajación psicomusical, los viajes musicales, la técnica GIM, los métodos isomórficos, etc.

MUSICOTERAPIA Y GERIATRÍA

En disposición ya de una mínima base teórica, quiero dedicar esta segunda parte del capítulo a hablar de la aplicación de la musicoterapia en la tercera edad y los beneficios que reporta la música a las personas mayores, cuestiones que creo necesario tratar porque, en una sociedad como la nuestra, donde la tasa de natalidad ha descendido considerablemente, al tiempo que la esperanza y calidad de vida se han visto incrementadas por el desarrollo tecnológico y médico, los ancianos ocupan desde luego un lugar muy importante. De ahí, que en la actualidad, la atención a este grupo de población constituya uno de los

campos más florecientes de la musicoterapia. Por otra parte, hay que decir que una sociedad que no respeta ni valora a sus mayores, que no les hace partícipes de sus progresos y mejoras, es un conjunto de personas abocadas a sufrir en el futuro sus errores. Por eso, la musicoterapia, que tiene tanto que ofrecer al bienestar de las personas, puede hacer también mucho bien a las personas de avanzada edad.

Pero antes de pasar a hablar de actuaciones concretas, conviene dejar claro algunas cosas. El proceso de envejecimiento comporta cambios a diferentes niveles: físico-biológico, psicológico, social y espiritual. De especial importancia son los factores psicociológicos de la vejez así como los procesos de adaptación de la persona anciana, y que quedan bien recogidos en múltiples estudios realizados por diferentes expertos de distintas disciplinas (Torres, 1996).

Así, hay que decir que el envejecimiento es un proceso psicobiológico de deterioro que afecta a todas las personas, pero que no todas las personas envejecen igual. Obviamente, tener unos hábitos de vida sanos contribuye, no sólo a prolongarla, también a mejorarla cualitativamente hablando. Con todo, como decía Terencio: “Senectus ipsa morbus” (La vejez es, en sí misma, una enfermedad), lo que nos lleva a pensar que, efectivamente, vejez y enfermedad son conceptos muy ligados. Por una parte, *existe una mayor probabilidad de enfermar o morir cuando se dan situaciones conflictivas o traumáticas*, y de otra, *que la existencia de vínculos o lazos sociales relativamente fuertes correlaciona inversamente con la enfermedad y muerte*.

Por lo que respecta a las personas mayores, dos cuestiones resultan particularmente críticas: una de ellas, es la muerte del cónyuge, tras la cual muchos se abandonan y pierden completamente la salud; y la otra, la llegada de la jubilación. En estos dos casos descritos, la musicoterapia tiene resultados muy positivos, a nivel físico y psíquico, mejorando la motricidad, reforzando la memoria, disminuyendo la ansiedad y la tristeza, incrementando la comunicación interpersonal, fortaleciendo los vínculos afectivos, previniendo la aparición de muchos trastornos, o simplemente, sirviendo de elemento de recreo y pasatiempo.

La aplicación de la musicoterapia en el campo de la geriatría ofrece amplias posibilidades de intervención. La música es utilizada por el musicoterapeuta para ayudar a la persona mayor a conseguir una recuperación, mantenimiento o mejora de sus funciones. El objetivo es ayudar a estas personas a conseguir y /o mantener los máximos niveles de funcionamiento en cualquiera de las dimensiones de la persona (NAMT, 1992). Específicas actividades musicales pueden lograr la participación de la persona mayor en distintas tareas musicales, que previamente planificadas y estructuradas por el musicoterapeuta permitirá trabajar unos objetivos terapéuticos específicos. A un nivel general, Davis, Gfeller & Thaut (2000) destacan los siguientes objetivos terapéuticos:

- Aumentar o mantener la fuerza muscular, movilidad articular y resistencia física de las extremidades superiores e inferiores.

- Promover un estado de relajación y de disminución de la agitación.
- Mejorar la autoestima.
- Estimular la expresión emocional.
- Estimular la memoria a largo y corto plazo.
- Mejorar o mantener los niveles de atención en la tarea.
- Ayudar en la orientación en la realidad.
- Mantener y / o mejorar la comunicación verbal y no verbal.
- Aumentar la interacción y comunicación social.

Paralelamente, otra aportación importante de la música y objetivo de la intervención musicoterapeuta es la mejora de la calidad de vida.

Debido al alcance multidimensional de la música, ésta podrá ser utilizada por el musicoterapeuta para realizar un trabajo en cada una de la siguientes áreas:

- Cognitiva
- Social – emocional – espiritual
- Motriz
- Conductual

Existen diferentes programas de intervención diseñados a trabajar especialmente un área determinada. Tal es el caso de los programas de *Musicoterapia y Expresión...* entre otros. El trabajo en geriatría puede ir orientado a un nivel PREVENTIVO, a fin de prevenir o paliar las pérdidas asociadas a la edad, y evitar que deriven en una situación o condición más problemática para la persona. Por otro lado, se llevan a cabo intervenciones de carácter TERAPÉUTICO, donde la musicoterapia es vista como un tratamiento complementario, y que permite estimular o trabajar unos objetivos terapéuticos funcionales con adaptados a cada persona mayor. Al fin de lograr intervenciones terapéuticas eficaces, es importante tener en cuenta cuáles son los efectos de la música en las personas mayores así como realizar adaptaciones musicales en el momento de utilizar la música.

Actualmente se están implementando programas de Musicoterapia, tanto a nivel nacional e internacional que van dirigidos a los siguientes campos y colectivos:

- Personas mayores sanas.
- Personas con problemas neurológicos (Demencia, Alzheimer, Parkinson, ACV...).
- Enfermos terminales y Cuidados Paliativos.
- Personas Mayores con problemas de: insomnio, depresión, dolor, ansiedad y estrés.
- Familiares y cuidadores de las personas mayores.

El proceso de intervención, según establecen Davis & Thaut (2000), el proceso de intervención en Musicoterapia consta de las siguientes fases:

Derivación: El musicoterapeuta trabaja en equipo interdisciplinar y suele recibir a sus pacientes derivados del neurólogo, neuropsicólogo, psicólogo, enfermera, fisioterapeuta, etc.

Evaluación inicial o Assessment: Antes de diseñar el tratamiento, el musicoterapeuta debe recoger información de cada uno de los pacientes con los que trabajará, de modo que es importante, por un lado, consultar los datos que aportan otros profesionales de su equipo y por otro, conocer las preferencias musicales de cada persona así como sus respuestas ante la música.

Plan de tratamiento: Una vez detectadas las limitaciones, necesidades y capacidades del paciente, se deben establecer los objetivos de intervención, formulándolos a nivel general y específico. Es en base a estos objetivos que se seleccionan las técnicas musicoterapéuticas más apropiadas para trabajar cada objetivo y se diseñan las actividades musicales.

Seguimiento y Evaluación: Después de cada sesión, el musicoterapeuta debe recoger las respuestas de cada participante. A partir de esta recogida de datos de manera continuada, se realizará el seguimiento de cada persona, a fin de valorar si el tratamiento está siendo eficaz en tanto que está logrando los objetivos pre-establecidos, o si se hace necesario un cambio de estrategia de intervención o bien una reformulación de los objetivos planteados.

TERAPIAS DE INTERVENCIÓN EN MUSICOTERAPIA

Ya a finales de los cincuenta, el psiquiatra Altshuler, advirtiendo una longevidad creciente, reflexionó sobre la necesidad de aplicar la musicoterapia al paciente geriátrico, defendiendo la tesis de una *activación vigorosa*, y la combinación de música con movimientos suaves. Para activar a los pacientes, Altshuler utilizó una música rítmica conforme al *ISO-Tempic* de cada persona, es decir, equiparando música y ritmo biológico. Conclusiones importantes de su estudio fueron las siguientes:

- Las actividades de canto tenían efectos muy positivos en estas personas, sobre todo, cuando las canciones eran sencillas, suaves, melodiosas.
- Los varones preferían escuchar voces femeninas (mezzosoprano); las mujeres a la inversa (barítono, tenor).
- Importancia de la melodía y armonía, que se refuerzan en su acción.
- Utilización preferente de sonidos de baja intensidad (relax).
- Cierta intolerancia a los instrumentos de percusión o metal (pacientes con trastornos nerviosos, etc.).

Altshuler nos ofrece ya así unas primeras pautas de intervención, aun cuando debemos comprender que las peculiaridades de cada paciente impiden la reproducción mimética de las sesiones de musicoterapia.

De cualquier forma, hay suficiente evidencia del beneficio que la musicoterapia reporta a las personas de la tercera edad, un núcleo de población bastante maltratado por la enfermedad, aun cuando por fortuna cada día son más las personas mayores que disfrutan de esta etapa de la vida, con unos hábitos sanos, participando activamente en sociedad (centros de reunión, asociaciones y fiestas vecinales, programas de voluntariado, conferencias, viajes, etc.).

En general, la musicoterapia actúa sobre estas personas mejorando su estado físico y psíquico, ejercitando su memoria a corto y largo plazo, combatiendo problemas emocionales, ofreciéndoles una alternativa de recreo y distracción, motivándoles a vivir y compartir sus experiencias con otras personas (comunicación), preservando su contacto con la realidad, y ayudándoles a prevenir un buen número de trastornos (afectivos, músculo-esqueléticos, etc.).

La frecuencia y duración de las sesiones musicoterapéuticas vendrán determinadas por la situación, lo mismo que las técnicas a utilizar. No obstante, en términos generales, resultarán muy efectivas: el *canto*, la *danzaterapia* (de libre expresión y dirigida), los *diálogos musicales*, la *improvisación musical* y los *viajes musicales*. En muchos casos, se observará en las sesiones un predominio de *las Audiciones Musicales*, que como ya dije antes, forman parte de la metodología pasivo-receptiva de la musicoterapia. Esto, debido a que muchas personas de avanza a edad, temen involucrarse en actividades que les supongan demasiado esfuerzo (ejercicios activos, como los que entraña la *danzaterapia*). Es responsabilidad del musicoterapeuta, incentivar de forma progresiva la participación activa de los miembros (siempre y cuando no estén incapacitados para ello), con vistas a lograr cambios positivos a nivel de motricidad, autoestima, autorrealización, etc. Así:

- Por lo que respecta a *las audiciones*, las preferencias musicales de estas personas recomiendan utilizar temas de su pasado, de su infancia y juventud, música melódica, con ritmos adaptados a su tempo mental, música popular y folclórica (pasodobles, villancicos, etc.).
- Las *actividades de canto*, son también muy positivas por sus cualidades terapéuticas (auto-expresión, autorrealización, memoria, razonamiento, relaciones interpersonales, etc.).
- Lo mismo hay que decir de la *danzaterapia: de libre expresión* (reducción de ansiedad, estimulación / liberación emocional, comunicación y contacto interpersonal, etc.) o *dirigida* (donde predominarán los vales, los bailes folclóricos, pasodobles, etc.).
- También resultarán muy útiles los *diálogos musicales*, que entrañan un intercambio musical improvisado entre dos o más individuos, a modo de diálogo, tal como indica su nombre, expresando sentimientos emociones (duda, amor, odio, etc.).
- La *improvisación musical*, que como los anteriores, forma parte de la metodología activa de la musicoterapia, y en la que el sujeto se expresa libre y espontáneamente a través de la voz y los instrumentos musicales.

- Y por último, los *viajes musicales* preconizados por el Dr. F.J. Cid a finales del siglo XVIII, y que consisten en viajar con la imaginación a diversos lugares del mundo, ayudándose de pósters, postales, diapositivas, montajes audio-visuales en el Power-Point, etc.
- En cuanto a *los instrumentos musicales* utilizados en las sesiones, conviene tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
 - 1) Predominio de instrumentos con resonancia natural, en detrimento de los electrónicos. La razón de ello estriba en que la vibración que producen se percibe mejor.
 - 2) Combinar instrumentos de cierto impacto en el recuerdo con otros de naturaleza novedosa. Los primeros, producen una rápida identificación y aceptación; los segundos, estimulan la creatividad, la curiosidad, la exploración, etc.
 - 3) Utilización de instrumentos que favorezcan la interacción y comunicación.
 - 4) Utilización de instrumentos reveladores / canalizadores de emociones.
 - 5) Utilización de instrumentos sencillos.
 - 6) Utilización de instrumentos que permitan introducir una gran variedad de juegos.

Para concluir, es importante trabajar las áreas más afectadas de la persona, ya sea a nivel motor, afectivo-emocional, etc. Así, *con individuos* que estén atravesando *una depresión* (algo muy frecuente en las personas mayores tras la muerte del cónyuge, por distanciamiento o abandono de los hijos, etc.) se precisará modificar ese estado anímico mediante *métodos isomórficos* (basados en *el principio de ISO*); por ej. en este caso *las audiciones musicales*, emplearán inicialmente el tempo lento (andante), para contactar con la persona, y se irán encaminando paulatinamente hacia músicas alegres (tempo rápido, allegro) con objeto de producir el cambio. Cuando la *problemática predominante sea de tipo sensorial* (por ej. pérdida de visión o audición) será muy adecuado, en el primer caso, introducir ejercicios de orientación espacial, desplazamientos simples, euritmia, etc.; y en el segundo, utilizar sobre todo instrumentos de resonancia grave, instrumentos como el xilofón bajo o el piano (por su gran caja de resonancia y la posibilidad que ofrece de contrastar alturas), etc. Con *otro tipo de problemas*, interesará trabajar más el contacto con la realidad, la forma y contenido del pensamiento, la orientación espacio-temporal, etc. En fin, dependiendo de las necesidades y limitaciones de cada persona, el musicoterapeuta diseñará el tratamiento más adecuado y se fijará unos u otros objetivos.

El breve panorama de la actualidad de la musicoterapia contemporánea presentado nos brinda una idea de la evolución que ha sufrido en el aspecto académico y profesional la musicoterapia en estos últimos años. Si consideramos la historia de la musicoterapia como algo más que un depósito de anécdotas o una simple cronología de hechos, podemos observar una transformación decisiva en la imagen que actualmente tenemos de ella como disciplina.

La musicoterapia es la combinación de muchas disciplinas, alrededor de dos temas principales (música y terapia), que interactúan en *el proceso creativo y en el proceso terapéutico*. La música, dentro del proceso educativo y terapéutico, es una herramienta que posibilita integrar y globalizar, desde el acto creativo, el mundo vital, emocional, y mental de la persona.

La música se puede oír, ver y sentir; se puede transmitir por medio de sonidos, formas visuales y sensaciones y puede ser verbal y no verbal. La música no siempre es solo música, a menudo se entremezcla con otras formas de arte. Muchas de estas formas de arte interrelacionadas y experiencias se utilizan en musicoterapia: escribir canciones, contar una historia musical, una dramatización musical, movimientos con música, dibujar la música, etc., ofrezca, bien sea en formas sonoras o música y sin tener en cuenta sus méritos artísticos o estéticos. La música engloba todos los sentidos. Aunque típicamente pensamos en la música como en una forma de arte auditiva, también provee una estimulación visual, táctil y cinestésica y nos ofrece oportunidades para responder a través de estos canales sensoriales. Sus aspectos multisensoriales la hacen ideal para el uso terapéutico y reeducativo, especialmente si uno considera cuántas incapacidades se tienen.

En musicoterapia las experiencias musicales y las relaciones que se desarrollen a través de ellas, sirven como fuerzas dinámicas de cambio. El musicoterapeuta tiene que estar atento a estas fuerzas y estas relaciones que se establecen, observando y analizando los distintos planos: corporal, verbal, sonoro, social de cada individuo participante e identificar en el grupo a cada elemento, su estructura, las formas de interactuar en el mismo, así como la observación de los cambios y reacciones que se producen.

En musicoterapia, la prioridad primordial es encaminar las necesidades y problemas del individuo y/o grupo a través de la música. El ejercicio de la creatividad, la creación, está al alcance de todos los individuos, de todos los grupos, siempre que se les permita relacionar las variadas experiencias sonoro-musicales y de expresión, analizar y reorganizar estas experiencias y extrapolarlas. Lo que cuenta en este ejercicio es el clima, el ambiente en que se desarrolla la actividad y no el producto final.

Para desarrollar una teoría de la musicoterapia se deben tomar en consideración la relación entre el *hombre* y la *música* y por otro entre la *música* y la *terapia* y establecer los planteamientos teóricos que pertenecen al propio campo de acción de la musicoterapia.

El desarrollo teórico tiene una implicación sobre la práctica clínica y la investigación. El desafío de desarrollar una teoría de la musicoterapia consiste en estudiar su unicidad y comprender su diversidad.

En definitiva, ser mayor, porque haber mayores haylos, es algo por descubrir. Ejerzamos de mayores y aclaremos qué y quiénes somos. No permitamos que los otros definan nuestra identidad: definámosla entre todos. La aplicación de la Musicoterapia en esta etapa de la vida ofrece nuevas herramientas para que los *adultos mayores* puedan adaptarse así a su situación de vida actual. *Los años arrugan la piel, pero perder el entusiasmo arruga el alma.* (Abert Schweitzer).

BIBLIOGRAFÍA

- ABELES, H., y WON CHUNG, J. (1996): "Responses to Music", en HODGES, D.: *Handbook of Music Psychology*. 2ª ed. San Antonio: IMR Press.
- ALDRIDGE, D. (1996): *Music Therapy Research and Practice in Medicine: From Out of the Silence*. London: Jessica Kingsley.
- ALTSHULER, I. (1971): "A Psychiatrist's Experience with Music as a Therapeutic Agent", en SCHULLIAN, D. M. y SCHOEN, M. (ed.): *Music and Medicine*. Frefort, N. J.: Books for Libraries.
- ALVIN, J. (1978): *Musicoterapia*. Buenos Aires: Ricordi.
- BENENZON, R. (1989): *Manual de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- (1991): *Teoría de la Musicoterapia*. Madrid: Mandala.
- (1998): *La Nueva Musicoterapia*. Buenos Aires: Lumen.
- BENENZON, R; GAINZA, V. y WAGNER, G.(1997): *Sonido, Comunicación y Terapia*. Salamanca: Amaru.
- BERTHOMIEU, A. (1994): *Musicoterapia en oncología*. Non Verbal / AMBx.
- BRIGHT, R. (1993): *La musicoterapia en el tratamiento geriátrico*. Buenos Aires: Bonum.
- (1989): *Why does that happen? Discussions on geriatric care*. Australia: Music Therapy Enterprises.
- (1986): "Music Therapy and Staff Stress. The use of musictherapy and activities with demented patients who are deemed "difficult to manage"", *Clinical Gerontologist*, 6 (2), Special: The elderly uncooperative patient, 129-144.
- BROTONS, M. (2000): "An overview of the Music Therapy Literature Relating to Elderly People", en ALDRIDGE, D. (ed.): *Music Therapy in Dementia Care*. London: Jessica Kingsley.
- BRUSCIA, K. (1987): *Improvisational Models of Music Therapy*. USA: Charles Thomas Publisher.
- (1995): "The Boundaries of Music Therapy Research", en WHEELER, B. (ed.): *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. USA: Barcelona Publishers.
- (1997): *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amaru.
- CAPLAN, G. (1964): *Principies of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- CARRETERO, M.; PALACIOS, J. y MARCHESI, A. (1995): *Psicología evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.
- DAVIS, W. B.; GFELLER, K. E. y THAUT, M. H. (2000): *Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica*. Barcelona: Boileau.
- DEL CAMPO VICENTE, P. (1995): "Musicoterapia. Proceso Creativo y Proceso Terapéutico", *Eufonía: Didáctica de la Música*, 1, 97-104

- DI FRANCO, G., y DE MICHELE, R. (ed.) (1995): *Musicoterapia in Italia*. Napoly: Idelson.
- FACCHINI, D. (1995): “Esperienze Creative per una Didattica Musicale orientata alla Musicoterapia”, en DI FRANCO, G. y DE MICHELE, R. (ed.): *Musicoterapia in Italia*. Napoly: Idelson.
- FERNÁNDEZ, O. y OSLÉ, R. (2003): “Musicoterapia de grupo y Musicoterapia didáctica”, *Música, terapia y comunicación: Revista de musicoterapia*, 23, 9-14.
- FERRAGINA, A. (1981): “La Sensorialidad Auditiva en el Débil Mental”, *Compartir*, 29-31.
- FLÓREZ, J. A. (1996): *Enfermedad de Alzheimer. Aspectos psicosociales*. Barcelona: Edikamed.
- FREGTMAN, C. D. (1990): *Cuerpo, música y terapia*. Barcelona: Mirall.
- FRIDMAN, R. (1990): “La música en el ser humano”, *Musicoterapia*, 1, 4.
- GAINZA, V. (1997): “La Música y el Ser Humano”, en BENENZON, R; GAINZA, V. y WAGNER, G.: *Sonido, Comunicación y Terapia*. Salamanca: Amaru.
- (1998): “Algunas Reflexiones sobre la Música, la Educación y la Terapia”, en BENENZON, R.: *La Nueva Musicoterapia*. Buenos Aires: Lumen.
- HEAL, M. y WIGRAM, T. (ed.) (1993): *Music Therapy in Health and Education*. London: Jessica Kingsley.
- JENNINGS, S. y col. (1979): *Terapia Creativa*. Buenos Aires: Kapelusz.
- JUNQUÉ, C. y JURADO, M. A. (1994): *Envejecimiento y Demencias*. Barcelona: Martínez Roca.
- KUHN, T. (1971): *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- LANGEMBERG, M.; AIGEN, K. y FROMMER, I. (1996): *Qualitative Music Therapy Research: Beginning Dialogues*. USA: Barcelona Publishers.
- LECOURT, E. (1993): *Analyse de groupe et musicothérapie*. Paris: ESF Editeur.
- MARANTO, C. (1993): *Music Therapy: International Perspectives*. USA: Jeffrey Books.
- MARTÍ, P. (2003): “Musicoterapia y alzheimer”, *Música, terapia y comunicación*, 23, 63-70.
- McCLOSKEY, L. (1990): “The silent heart sings. Special Issue: Counseling and Therapy for Elders”, *Generations*, 14 (1), 63-65.
- MERRIAM, A. (1964): *The Antropology of Music*. USA. North western University Press.
- NATIONAL ASSOCIATION FOR MUSIC THERAPY (1992): *Older Americans Act of 1992, Music therapy provisions*. [Brochure]. Washington, DC.: The National Association for Music Therapy.

- NORDOFF, P. y ROBBINS, C. (1977): *Creative Music Therapy*. New York: John Day.
- (1982): *Music Therapy in Special Education*. St. Louis: MMB Music.
- ORFF, H. (1980): *The Orff Music Therapy*. New York: Schott Music Corporation.
- PRICKETT, C. A. (1996): “Music Therapy as apart of older people’s lives”, en FURMAN, C. E. (ed.): *Effectiveness of music therapy procedures: Documentation of research and clinical practice*. Washington, Dc: National Associations for Music Therapy, 2ª ed., 144-166.
- POCH, S. (1999): *Compendio de Musicoterapia*, vols. I y II. Barcelona: Herder.
- POMEROY, V. (1993): “The effect of physiotherapy in put on mobility skills of elderly people with severe dementing illness”, *Clinical Rehabilitation*, 7, 163-170.
- PREFONTAINE, J. (1995): “La musicoterapia en un centro de acogida y centro de día para personas de tercera edad”, *Música, Terapia y Comunicación*, 16.
- RODRIGO, Mª. S. (1999): “Musicoterapia en la tercera edad”, *Música y educación: Revista trimestral de pedagogía musical*, 38, 45-64.
- RODRIGUEZ ESPADA, G. (1989): “Hacia un Discurso Sonoro No Verbal Observable”. *Anuario 1988-1989 de la Asociación de Musicoterapeutas Universitarios de la República Argentina (AMURA)*, 21-25.
- RUUD, E. (1993): *Los caminos de la Musicoterapia*. Buenos Aires: Bonum.
- SABBATELLA, P. (1995): “Music Therapy in the Training of Music Teachers”, en *European Music Therapy Conference* (3ª, 17-20 Junio 1995, Aalborg, Dinamarca).
- (2001): *Definición y conceptualización de la musicoterapia*. Actas de las I Jornadas Nacionales de musicoterapia en Melilla. Universidad de Granada
- SACKS, O. y TOMAINO, C. M. (1991): “Music and neurological disorder”, *International Journal of Arts and Medicine*, 1 (1), 10-12.
- SCHAPIRA, D. (1996): “Teoría, Lenguaje y Ética en Musicoterapia”, *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 1, 40-54.
- (1993): “Saber o no Saber. El Problema de la Teoría en Musicoterapia”. Ponencia presentada al VII Congreso Mundial de Musicoterapia (Vitoria-Gasteiz, España).
- SMEIJTERS, H. (1995): “The functions of Music in Music Therapy”, en WIGRAM, T., SAPERSTON, B. y WEST, R. (ed.): *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*. London: Harwood Academic.
- (1998): *Multiple Perspectives: A Guide to Qualitative Research in MusicTherapy*. USA: Barcelona Publishers.
- THAUT, M. (1990): “Physiological and Motor Responses to Music Stimuli”, en UNKEFER, R. (ed.): *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders*. USA: Schirmer Books.
- THAYER GASTON, E. y otros (1971): *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

- TORRES, E. (1996): "Musicoterapia y Tercera Edad", *Música, Arte y Proceso*, 2, 21-36.
- VERDEAU-PAILLES, J. y GUIRAUD-CALADOU, J. M. (1979): *Las técnicas psicomusicales activas de grupo y su aplicación en psiquiatría*. Barcelona: Científico-Médica.
- WAGNER, G. (1996): "Musicoterapia. Aportes para la construcción de un Marco Teórico Referencial", en BENENZON, R; GAINZA, V. y WAGNER, G. (1997): *Sonido, Comunicación y Terapia*. Salamanca: Amaru.
- WHEELER, B. (1983): "A Psychotherapeutic classification of music therapy practices", *Music Therapy Perspectives*, 1 (2), 8-12.
- (1987): "Levels of therapy: the classification of music therapy goals", *Music Therapy*, 6 (2), 39-49.
- (ed) (1995): *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. USA. Barcelona Publishers.
- WIGRAM, T.; SAPERSTON, B. y WEST, R. (ed.) (1995): *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*. London: Harwood Academic.

DIRECCIONES INTERESANTES DE MUSICOTERAPIA EN INTERNET

<http://www.itg-rpg.org/mt1/musterap.htm> - Centro Investigación Musicoterapéutica, Bilbao.

<http://ourworld.compuserve.com/homepages/ambx> - Escuela Musicoterapia de Burdeos, Francia.

<http://www.advance.com.ar/usuariosllowenstein/actlv.htm> - Escuela Argentina de Musicoterapia.

<http://www.musictherapy.org/> - American Music Therapy Association.

<http://members.aol.com/Cht...a/whitnehindex.html> - Music Therapy in de 1\vn Cltes.

<http://www.educa.rcanaria.es/usr/psicoarte/portada.htm> - Psicoarte.

<http://home.mlra.nev-dhslad3.html/> - Alzheimer Web Home Page.

<http://eu.ansp.br/-apemesp/port.html> - Asoc. Profesional de Musicoterapia de Sao Paulo, Brasil.

<http://www.xarxabcn.net/acmt/html/compendi.htm> - Asociación catalana de Musicoterapia.

<http://www.gdifranco.it/napoli2001.html> - Congreso Europeo de Musicoterapia 2001.

- <http://www.musicoterapia.com.ar/> - Musicoterapia en Argentina.
- <http://www.psmusic.com/Confiam/CONFIAM2.htm> - Federación Italiana de Musicoterapia.
- <http://www.psynet.net/adimu> - Ámbito de docencia e Investigación en Musicoterapia Argentina.
- <http://www.musictherapy.ca/> - Asociación Canadiense de Musicoterapia.
- <http://www.musictherapie.de> - Sociedad Alemana de Musicoterapia.
- <http://www.glonet.nl/home/kjk97/mtnleng.htm> - Musicoterapia en Holanda.
- <http://www.nyu.edu/pages/music/music/nrobbins.html> - Centro Musicoterapia Nordoff Robbins
- <http://www.unaerp.br/universidade/universidade.html> - Clínica Musicoterapia, Ribeirao de Brasil
- <http://www.roehampton.ac.uk/artshum/bsmtlj-index.html> - British Journal of Music Therapy
- <http://www.musictherapy.org/pubs.html> - Journals and Publications from AMTA
- <http://www.hisf.no/njm/index.ssi> - Nordic Journal of Music Therapy
- http://www.links2go.com/topic1Music_Therapy - Music Therapy Links
- <http://www.psychotherapie.org/MUTIG/wfmt.html> - Federación Mundial de Musicoterapia.
- <http://otto.cmr.fsu.edu/memt/mhaim/> - Medical Music Therapy.
- <http://users.lorthnet.gr/the/psymeonle/musther1.nhlm> - Selección Bibliográfica de Musicoterapia.
- <http://www.termisti.refer.org/datalautismelindex.htm> - Página Autismo y múltiples síndromes.