

MUSICOTERAPIA

Tema I: CONCEPTO DE MUSICOTERAPIA

- 1.– Definición
- 2.– Ámbitos de aplicación
- 3.– Metodología
- 4.– El musicoterapeuta

Tema II: FUNDAMENTOS DE LA MUSICOTERAPIA

- 1.– La música es una conducta humana
- 2.– Historia de la musicoterapia
- 3.– Ritmo, organizador e impulsor de energía
- 4.– Música como realidad estructurada
- 5.– Música como auto–organización
- 6.– Relación con los demás

Tema III: MODELOS TEÓRICOS

- 1.– Método conductista
- 2.– Modelo psicoanalista
- 3.– Modelo Benenzon
- 4.– Modelo humanista–transpersonal: Nordoff Robins

Tema IV: TRATAMIENTO DE DISCAPACIDAD SENSORIAL: Visual.

- 1.– Definición y etiología
- 2.– Características de las personas deficientes visuales
- 3.– Objetivos de la musicoterapia

Tema V: TRATAMIENTO DE AUTISMO

- 1.– Musicoterapia para niños autistas
- 2.– Procesos de musicoterapia con autistas

Tema I: CONCEPTO DE MUSICOTERAPIA

1.- DEFINICIÓN:

La musicoterapia es el uso de la música y/o elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta especializado (calificado) con un cliente (o grupo de clientes) en un proceso diseñado (con una metodología y objetivos a desarrollar), para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas, desarrollando su potencial y/o reparando funciones del individuo, con el fin de alcanzar su integración inter e intrapersonal.

2.- ÁMBITOS DE APLICACIÓN:

- EDUCATIVO: Centro de Integr de niños con NEE, Ed Esp, Esc Inf, etc.
- SANITARIO: hospitales, para trastornos mentales, geriatría, psiquiatría...
- SOCIAL: centros de menores, de acogida, etc.

3.- METODOLOGÍA:

Determinada por el ámbito de aplicación y el modelo que se utilice:

- NORDOFF ROBINS: musicoterapia creativa
- MODELO ALVIN: terapia de libre improvisación
- MODELO PRIESTLY: musicoterapia analítica
- MODELO BRUSCIA: musicoterapia de improvisación experimental
- G.I.M.: imágenes guiadas por música
- MODELO BENENZON: psicoanalista

Las características de cada modelo vienen determinadas por aquello a lo que se presta más atención en una situación clínica. Cada modelo determina sus criterios para exponer al paciente a la terapia más apropiada, después se realiza una valoración para llegar a un tratamiento eficaz. Por último se evalúa, para observar el progreso que ha realizado el paciente.

4.- EL MUSICOTERAPEUTA:

Debe ser un profesional, teniendo en cuenta dos factores:

- Formación específica en musicoterapia (psicología, musicoterapia, módulo artístico, prácticum, etc)
- Personalidad y cualidades: conocer el uso de la voz, un instrumento polifónico y todos los estilos musicales y ser una persona creativa que muestre confianza, sinceridad y ética.

Tema II: FUNDAMENTOS DE MUSICOTERAPIA

1.- LA MÚSICA ES UNA CONDUCTA HUMANA:

Para construir la estructura formal y teórica de la musicoterapia, son necesarias unas bases psicológicas, biológicas y emocionales, por lo que está relacionada con las ciencias de la conducta.

Los impulsos de ver, oír, tocar y gustar son naturales y evidentes en los niños, siendo necesarios para un desarrollo normal.

Dado que la música es un arte, la explicación de su significado y función pertenece a la estética. El hombre, organiza los estímulos que le informan sobre el medio y crea nuevos diseños para emplear estos estímulos, derivándose de éstos su sentido estético, al desarrollarse modos de enriquecer su relación con los sentidos. El papel de la música es enriquecer.

Los sentidos son la base para desarrollar nuestra inteligencia y sentido estético, perjudicando este desarrollo el aislamiento o monotonía de estímulos. El hombre ha producido sonidos y de alguna manera los ha ordenado en alguna organización que, de modo predominante, es rítmica y a veces también melódica y armónica. Por ello, la causa por la que el ser humano necesita la música se ha señalado como la necesidad universal de organización.

A través de este comportamiento musical, las personas con discapacidad física y/o psíquica pueden adquirir nuevas pautas y/o mejorar las que ya tiene. Este cambio puede deberse a la música en sí, pero con mayor frecuencia es el terapeuta quien más influye. Es una terapia complementaria que requiere de trabajo e implicación multidisciplinar.

2.- HISTORIA DE LA MUSICOTERAPIA:

• Culturas preliterarias (sin sistema de escritura):

No es necesaria para la supervivencia, pero ha existido en todas las culturas, por lo que se considera lenguaje universal. Sociedades nómadas, desarrollaron costumbres y rituales, creían en el poder curativo de la música, que influenciaba en el estado físico y mental. Creían que conectaba con seres sobrenaturales y la utilizaban para pedir y suplicar. Es importante la figura del médico–curandero que determinaba la enfermedad y el tratamiento para eliminar al espíritu maligno.

• Antigüedad:

- ◆ EGIPTO: Curanderos musicales disfrutaban de privilegios por su estrecha relación con los líderes. Música como medicina del alma, a menudo incluían terapias de canto.
- ◆ GRECIA: Música como fuerza especial sobre el pensamiento, emoción y salud física, recetándose a personas con trastornos emocionales. La medicina pasó a ser empírica por la teoría de Polybus, por lo que la buena salud era el resultado de un equilibrio entre los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra).
- ◆ EDAD MEDIA: El Cristianismo influencia, conceptualizándose la música como un vehículo para la emoción sagrada, mientras que para los filósofos (Aristóteles) era un tipo potente de catarsis.
- ◆ RENACIMIENTO: Enfoque científico de la medicina. Hay escritos (Zarlino y Vesalius) interrelacionando música y medicina.
- ◆ BARROCO: Se usa para tratar enfermedades mentales y emocionales.
- ◆ SIGLO XVIII: Sólo para tratamientos especiales o multiterapeúticos.
- ◆ SIGLO XIX y XX: Crecimiento en EEUU y desarrollo de la musicoterapia, en centros educativos, sociales y sanitarios.

3.- RITMO, ORGANIZADOR E IMPULSOR DE ENERGÍA:

Es el elemento fundamental de la música de todas las culturas, es necesario, ya que la organiza y le proporciona energía. Un hecho universal es dormir a un bebé cantándole una nana, ya que por su ritmo adormecedor, monótono y con marcada regularidad, simula el ambiente prenatal.

Hace posible la danza, una actividad conjunta y específica, surgiendo una unidad de propósito y actividad en el grupo. Según el ritmo, serán las respuestas del ser humano: música lenta no requiere actividad física,

mientras que la rápida es más energética, así como la monótona provoca un efecto de control.

En personas discapacitadas las actividades rítmicas facilitan la práctica grupal, sin ser necesaria la comunicación verbal.

4.- MÚSICA COMO REALIDAD ESTRUCTURADA:

- La música requiere una conducta cronológica adaptada a la realidad y un modo objetivo, inmediato y continuado.
- Permite una conducta adecuada a capacidades físicas y psicológicas.
- Provoca una conducta orientada a la afectividad.
- Provoca una conducta elaborada de acuerdo a los sentidos, aumentando su uso y discriminación, suscitando ideas extramusicales.

El individuo se compromete a sí mismo momento a momento en las conductas que la música exige, que determinan en primer lugar, su conducta. Este compromiso es temporal, si bien influencia a largo plazo al individuo. La motivación que requiere permite una modificación de conducta, siendo importante que se gobierne y conozca a sí mismo.

Cuando el niño adquiere este compromiso, la conducta se adapta a la realidad, dándose de diversas formas: respuesta a los estímulos auditivos de la música, las palabras, los instrumentos, y/o las indicaciones del terapeuta. Las conductas musicales van de lo simple a lo complejo, permitiendo adecuar la conducta, a las pautas de respuesta psicológica, según su modo (triste–feliz/tonalidad), motivación (débil–fuerte/intensidad) e intelecto (capacidad de respuesta).

5.- MÚSICA COMO AUTO-ORGANIZACIÓN:

- Posibilita la autoexpresión. La autoorganización se refiere a respuestas muy profundas que parten de la conducta en relación con actividades individuales. En su compromiso musical está reflejándose su necesidad de expresión de su personalidad y sus emociones, dando lugar a valoraciones y apreciaciones personales. Aunque ya es un disfrute la propia ejecución musical.
- Permite recibir premios y castigos de forma socialmente aceptable. Por ejemplo, un castigo sería un silencio, y una recompensa un solo.
- Eleva la autoestima, al sentirse necesario, tener expectativas de éxito, formar parte de un grupo... Observándose inmediatamente el resultado. El aprendizaje positivo eleva la autoestima, pudiendo crear estas situaciones.
- En discapacitados, permite el desarrollo de conductas compensatorias. Pueden adaptarse las actividades musicales a fin de que se integre y vea que es un déficit que no implica a toda su persona.

6.- RELACIÓN CON LOS DEMÁS:

La música permite elegir la respuesta ante el grupo y expresarse de modo socialmente aceptable. Da oportunidades de asumir responsabilidad, en conductas autoorientadas o dirigidas a los demás. Aumenta la interacción social, la cooperación grupal y la recreación.

Tema III: MODELOS TEÓRICOS

1.- MÉTODO CONDUCTISTA:

Se desarrolla a partir de la descripción de fenómenos ocurridos. El psicólogo conductista se pregunta *qué pasa* y *por qué*. La ciencia de la conducta está formada por dos componentes principales: el conductismo (base filosófico–teórica) y el análisis aplicado de la conducta.

En el conductismo, la musicoterapia:

- Es aplicada sólo en conductas socialmente significativas o de importancia inmediata.
- Sigue el conductismo si puede medir de forma precisa la conducta.
- Es analítica si muestra una relación funcional entre música y conducta.
- Es tecnológica si describe los procedimientos clara y detalladamente.
- Es eficaz si mejora suficientemente las conductas de los pacientes.
- Se generaliza si produce cambios duraderos y/o se expanden a otras conductas o entornos.

Según como se diseñen las actividades y el uso de la música, se pueden distinguir tres funciones en la musicoterapia:

- **ESTÍMULO** (señal auditiva): las actividades rítmicas son usadas para alterar conductas motrices y verbales, por ejemplo, la marcha.
- **ESTRUCTURA**: se estructura la música como actividad continuada y estructurada, por lo que es un buen estímulo de aprendizaje. Mejora la discriminación auditiva y habilidades sociales en niños con distintos tipos de discapacidades.
- **REFUERZO**: música como refuerzo para llevar a cabo objetivos, en personas con discapacidad.

2.- MODELO PSICOANALISTA:

Surge de la relación personal, con el objetivo de establecer comunicación donde la palabra no vale, aumentar ésta entre el mundo interno y externo y aprender un instrumento expresivo que amplíe el estado de conciencia. Cada ser humano tiene su energía y la posibilidad de echarla fuera. El paciente estructura una relación a través del sonido:

Dato sonoro ð conocimiento del código ð interiorización ð respuesta ð ðtoma de contacto con la realidad potencial y psicótica de cada uno.

Representación musical = Música /Relación con los demás = Musicoterapia

3.- MODELO BENENZON:

Basado en el concepto Identidad Sonoro Musical, la cual nos caracteriza a cada uno y forma parte de nuestra personalidad. Tipos:

- **ISO UNIVERSAL**: energías sonoras y de movimiento propias de todos los individuos. El ritmo binario del latido cardíaco, el movimiento de la respiración, etc, con fenómenos universales, formando parte del inconsciente.
- **ISO GESTÁLTICO**: las sonoridades propias de cada uno, que caracterizan nuestra personalidad. Son heredadas (genes) y aparecen en nuestras experiencias no verbales. Se reconocen tres fuentes: sonoridades del cuerpo de la madre y las del exterior que se oyen a través del líquido amniótico y las que pasan del inconsciente de la madre al del niño.
- **ISO CULTURAL**: aparecen a partir del nacimiento, provenientes del medio natural y social. Se da más en el preconscious, como, por ejemplo, el folklore.
- **ISO COMPLEMENTARIO**: se estructura de forma constante, a partir de hechos circunstanciales, como son las situaciones de comunicación en un determinado momento, lugar y persona.

Es utilizado un objeto intermediario como instrumento para el trabajo de la comunicación no verbal, que permita dar fluidez a los canales de comunicación, con el fin de que aflore el inconsciente, consciente y preconscious. No es necesario que sea musical, pero ha de ser:

- Previsible: de reconocimiento rápido.
- Cotidiano y relacionado con su ISO cultural.
- De fácil manipulación y desplazamiento.
- Que favorezca las relaciones con otros instrumentos.

Para determinar el encuadre musicoterapéutico, es necesario analizar:

- Relación musicoterapeuta–paciente: tienen que ser personas con intención comunicativa en un contexto no verbal y estableciendo un vínculo entre ambos.

Musicoterapeuta: con formación, vocación y reconocimiento de sus ISO, deseo de modificar y experiencia terapéutica personal.

Paciente: trastorno que le aísla que desea modificar, aplicando la musicoterapia en su beneficio.

- Sala de musicoterapia aislada acústicamente, debe garantizar la comunicación no verbal. El suelo es de madera elevado de la base, para que exista una capa de aire en medio y favorezca la vibración. Debe garantizar la libertad de movimiento.

4.– MODELO NORDOFF–ROBINS:

La psicología humanista es una orientación psicológica, adhiriendo a ésta el valor de las personas. El enfoque comportamental y experimental son muy limitados para comprender al ser humano.

Observe que el hombre:

- Suplanta la suma de sus partes y funciones parciales.
- Tiene su existencia en un contexto humano, expresando su naturaleza en la interrelación con sus semejantes, condicionando sus actos.
- Es consciente de forma continua, pero no todos los niveles de su conciencia son accesibles.
- Tiene capacidad de elección, por lo que no es un espectador, sino un participante de su vivencia.
- Tiene intenciones, sobre las que construye su identidad.

El método NORDOFF–ROBINS se basa en la improvisación para buscar contactos y comunicación individualizada que emplea para reflejar el aquí y ahora de una persona, generando intercambios musicales.

Requiere la intervención de un pianista y un asistente. La primera sesión es siempre una toma de contacto para valorar las respuestas, reflejando y apoyando todas sus intervenciones de forma musical. Es necesario que el musicoterapeuta domine el lenguaje musical y distintos instrumentos y recursos.

La técnica es:

- EXPLORATIVA: descubrir las posibilidades y limitaciones del niño.
- CONSISTENTE: mantener el contacto creado, así sentirá el apoyo.
- FLEXIBLE: dar cabida a todas las posibilidades de respuesta y potenciar y desarrollar las nuevas que puedan surgir.

Fases del proceso, cada cual tiene sus objetivos concretos:

- CONTACTO EXPLORATORIO: conocerle y observar cómo se manifiesta la patología. Determinar

las habilidades de comunicación y capacidades potenciales. Establecer el enfoque y música adecuados.

- **DESARROLLO INTEGRATIVO:** la música se personaliza y se elabora la capacidad de respuesta, al intensificar la relación, desarrollar la comunicación y paliar sus carencias.
- **COMUNICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERSONAL:** mayor nivel de comunicación, relación, autoorganización, conciencia, confianza...

Cada niño responde a nivel musical y personal, siendo sus respuestas únicas. Tipos:

- **COMPLETA LIBERTAD RÍTMICA:**

Es sensible al tiempo, a los cambios y esquemas rítmicos.

- **LIBERTAD RÍTMICA INESTABLE:**

La respuesta se dificulta por una excesiva reacción y pérdida de control.

- **LIBERTAD RÍTMICA LIMITADA:**

La respuesta está determinada por un deterioro en el desarrollo, tanto en la escucha, como en la expresión.

- **GOLPEAR COMPULSIVO:**

Toca de forma inflexible y continua un mismo ritmo, que no se corresponde con el de la música.

- **GOLPEAR DESORDENADO:**

Total inconsciencia de que las respuestas no conectan con el ritmo de la canción. Respuestas distantes y desordenadas.

- **INTERPRETACIÓN EVASIVA:**

Evita tocar a tiempo con la música, debido a dificultades emocionales, como la relación con el terapeuta o el miedo a vivir esa experiencia.

- **FUERZA EMOCIONAL EN LA INTERPRETACIÓN:**

Tocar sin sentido para demostrar su fuerza y capacidad para hacer ruido.

- **INTERPRETACIÓN CAÓTICA-CREATIVA:**

Forma hiperactiva de tocar nada estable, es imprevisible.

Tema IV: TTO DE DISCAPACIDAD VISUAL

1.- DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA:

Existen dos grupos: ciegos y personas con baja visión. Ceguera: precisión visual hasta 6,1m y, visión parcial, de 6,1 a 21m. Las causas pueden ser muy variadas, como la herencia, enfermedad, traumatismos, etc.

2.- CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL:

- **COGNICIÓN:** si no existen deficiencias añadidas, el deficiente visual presenta un desarrollo normal, con ciertos retrasos en aspectos abstractos, espaciales y visuales.
- **LENGUAJE:** no es deficiente, si excluimos los conceptos visuales.
- **PERCEPCIÓN SENSORIAL:** no presentan mayor desarrollo en los demás sentidos, como el oído, se trata de educación y práctica.
- **DSLLO SOCIOEMOCIONAL:** los principales problemas son la sobreprotección y la mala adaptación de las relaciones con iguales, siendo consecuencia, por tanto, de la actitud de las personas videntes.
- **DSLLO MOTOR:** sus habilidades y coordinación motora es menor, relacionándose éstas y las oportunidades de movimiento.

3.- OBJETIVOS DE LA MUSICOTERAPIA:

Buscan una resolución al impacto negativo de los déficits visuales.

- **Desarrollar la orientación y locomoción:** esquema corporal y términos espaciales (arriba, al lado...) Se usan actividades que incluyan este tipo de consignas, instrumentos que ayuden a identificar la localización del espacio y el ritmo, como señal de tiempo y movimiento.
- **Promover habilidades sociales y comunicación interpersonal:** participar en grupos musicales y cooperar con los demás, implica habilidades sociales como esperar turnos o seguir instrucciones, etc.
- **Expresar y desarrollar emociones sensoriales:** por sí mismos no se ven afectados, pero las actitudes de los videntes pueden dañar su autoestima, por lo que deben expresarse, en actividades como componer o escribir letras de canciones.

Algunos ciegos buscan estímulos sensoriales adicionales en balancearse o rascarse, que con un estímulo musical atractivo disminuye.

- **Facilitar el aprendizaje de conductas académicas, desarrollar el oído y reforzar la conducta deseada.**

En personas con plurideficiencias se pueden incluir objetivos de autoayuda, mantenimiento de la atención, obediencia, etc. Con sordociegos se trabaja la vibración de instrumentos, como estimulación sensorial.

Tema V: TRATAMIENTO DEL AUTISMO

1.- MUSICOTERAPIA CON NIÑOS AUTISTAS:

Se da en 4 de cada 10.000, 3 veces más en niños. Lo identificó Kanner, es crónico, apareciendo en los 30 primeros meses de vida.

Aparecen déficits graves en cuatro áreas:

- **Lenguaje:** falta de desarrollo o deficiencia.
- **Capacidad para relacionarse con la gente, acontecimientos y objetos.** Existe un distanciamiento social y evitación del contacto visual, así como una cohesión extremada con determinados objetos.
- **Patrones y secuencias de desarrollo.** Conductas obsesivas y repetitivas.
- **Respuestas a estímulos auditivos, visuales y emocionales.**

En general, responden mejor y con más frecuencia a la música que a otros estímulos auditivos, por lo que la musicoterapia adquiere más valor en el tratamiento de estas personas.

Áreas en el tratamiento al autismo:

- **Coordinación motriz gruesa y fina.**

- Atención y aprendizaje de conceptos preacadémicos y académicos básicos.
- Conciencia corporal y autoconcepto.
- Comunicación verbal y no verbal.
- Alterar patrones ritualistas de conducta y reducir la ansiedad.
- Educar una a percepción: auditiva, visual, táctil y kinestésica.

Se utilizan las siguientes técnicas:

- Ejercicios de vocalización (canto de vocales)
- Canto con acompañamiento frecuente de percusión corporal.
- Movimiento: danza, ejercicio rítmico, imitación, etc.
- Audición musical.
- Interpretación instrumental: imitación e improvisación.
- Juegos creativos musicales.

2.- PROCESOS DE MUSICOTERAPIA EN AUTISTAS:

• DESARROLLO DEL LENGUAJE:

- Intento de establecer comunicación: facilitar y apoyar el deseo y necesidad de comunicación.
- Interacción canción–movimiento: una vez ha entendido la respuesta comunicativa que debe dar, integrar ritmo, percusión corporal y voz.
- Ejercicios vocales y bucales: tocar un instrumento produce imitación en los músculos articulatorios y fortalece el uso funcional de la boca.
- Imitación de motricidad gruesa y fina: secuencias de técnicas que se utilizan cuando ha desarrollado habilidades perceptuales e imitación.
- Modular la entonación: improvisación vocal con consonantes y vocales y ejercicios de respiración para mejorar la fuerza vocal.

• DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL:

- ◆ Música como objeto mediador: instrumento musical como contacto entre el terapeuta y el niño.
- ◆ Construir relaciones con intervenciones musicales y contacto físico.
- ◆ Aprendizaje social de ciertas respuestas dentro de un contexto social.
- ◆ Aprendizaje emocional, ya que la música provoca respuestas emotivas.
- ◆ Aprender a ser un miembro del grupo en el canto, la danza, buscando instrumentos para tolerar el contacto físico.

◆ DESARROLLO COGNITIVO:

- ◇ Información no musical en letras y cantos para enseñar habilidades.
- ◇ Alternar aprendizaje institucional con escuchas, reduce la ansiedad.
- ◇ Memoria auditiva: imitar tonos simples hacia secuencias más largas.
- ◇ Aprendizaje de conceptos específicos como etiquetar (reconocer por su nombre objetos musicales señalando, tocando, por su sonido o forma), numerar (escala musical de 7 notas y responder a señales cuantitativas) y asociación (de colores, formas o nombres de instrumentos con señales verbales: vocales y sonoras).

◇ DESARROLLO SENSORIAL:

- Integración sensorial: relacionar estímulos auditivos, visuales y táctiles por la exploración manual de instrumentos.
- Refuerzo sensorial para reducir la conducta de autoestimulación, utilizando la música como refuerzo o sustitutivo.
- Integración motórica: actividades de movimiento que integren la coordinación. Rítmicas, para la diferenciación entre niveles de intensidad, ritmos, melodías y acompañamientos. Tocar instrumentos de precisión

integra la habilidad motórica con el estímulo sensorial.