

LIBRO DE ACTAS



Valencia, 6-7 febrero 2016



en colaboración con



I JORNADAS HISPANO-LUSAS DE ACTUALIZACIÓN EN INVESTIGACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA

LIBRO DE ACTAS

Editor: Associació Valenciana de Musicoteràpia AVMT



Primera edición: 2016

Reservados todos los derechos.
Queda hecho el depósito que marca la ley.
Quedan rigurosamente prohibidas,
sin la autorización escrita de los titulares del copyright,
bajo las sanciones establecidas en las leyes,
la reproducción total o parcial de esta obra
por cualquier medio o procedimiento,
comprendidos la reprografía y el tratamiento informático,
y la distribución de ejemplares
mediante alquiler o préstamo públicos.

ISBN: **978-84-617-4825-9**

Edita: Associació Valenciana de Musicoteràpia AVMT, www.musicoterapiavalencia.org

Alojamiento web de las Jornadas:
<http://jornadasinvestigacion.musicoterapiavalencia.org/>

Dirección editorial: Dr. Ignacio Calle Albert y Vicente Alejandro March Luján

Diseño y maquetación: Vicente Alejandro March Luján

El libro de actas de las I JORNADAS HISPANO-LUSAS DE ACTUALIZACIÓN EN INVESTIGACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA se ha preparado con la información que los ponentes han facilitado al comité organizador. Dado que la preparación de este libro estaba sujeta a determinados plazos determinados por el comité mencionado y para evitar una demora excesiva en su publicación, el presente documento puede presentar errores u omisiones, por lo que el comité pide disculpas a los lectores.

I JORNADAS HISPANO-LUSAS DE ACTUALIZACIÓN EN INVESTIGACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA

COMITÉ ORGANIZADOR

D^a ANA M^a ALEGRE SOLER

D^a ISABEL BELLVER VERCHER

D^a MIGUELINA CABRAL DOMÍNGUEZ

Dr. IGNACIO CALLE ALBERT

D^a REIS CAMPS CLAVEL

D. V. ALEJANDRO MARCH LUJÁN

D^a MARINA ROMERO GARCÍA

PRESENTACIÓN

La Associació Valenciana de Musicoteràpia (AVMT) en colaboración con el Máster Universitario en Musicoterapia de la Universidad Católica “San Vicente Mártir” UCV, han organizado las *I Jornadas Hispano-Lusas de actualización en investigación musicoterapéutica*.

La Universidad Católica de Valencia, en su sede Santa Úrsula, acogió durante los días 6 y 7 de febrero de 2016 este evento, en el que se reunieron ponentes procedentes de toda España y Portugal, creando con ello un acercamiento de profesionales responsabilizados con el fomento de la Investigación en la disciplina de la Musicoterapia.

Valencia, una de las ciudades españolas donde se realiza la formación académica de numerosos musicoterapeutas, fue el lugar escogido para albergar este encuentro donde la investigación fue el eje central. El entorno universitario donde se realizaron estas Jornadas dio el marco oportuno para la difusión de la labor investigadora de musicoterapeutas con trayectoria contrastada.

Durante los dos días que duraron las Jornadas, se vieron representadas las nuevas líneas de investigación en Musicoterapia desarrolladas actualmente en España y Portugal, presentando los últimos estudios realizados en ambos países.

Esperamos que la lectura de este libro de actas sea de su agrado, y les invitamos a compartirlo.

Atentamente, el comité organizador

ÍNDICE

1. REM: ENTRE EL CONFLICTO Y LA NECESIDAD. Ana Alegre Soler e Isabel BellverVercher (Valencia).....	1
2. LA FIGURA DE LA MUJER EN LA HISTORIA DE LA MUSICOTERAPIA. DESDE LA ANTIGÜEDAD HASTA EL BARROCO. Dr. Ignacio Calle Albert (Valencia).....	12
3. INVESTIGACIÓN EN MUSICOTERAPIA: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA Y PROPUESTAS DE MEJORA. Dra. M ^a Teresa del Moral Marcos (Salamanca).....	24
4. ESTUDIO INTERNACIONAL DE MUSICOTERAPIA Y AUTISMO TIME-A: ALGUNAS CONSTATAACIONES. Dr. Gustavo Schulz Gattino (Brasil).....	26
5. MUSICOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA FAMILIA Y DE LOS TÉCNICOS. Dra. Susana Aurora Gutiérrez Jiménez (Portugal).....	27
6. CONTRIBUCIONES DE LA MUSICOTERAPIA EN LAS DIFERENTES FASES DE LA DEMENCIA. Dra. Melissa Mercadal-Brotos (Barcelona).....	37
7. EFECTOS POSITIVOS DEL TRATAMIENTO MÚSICA E IMAGEN GRUPAL CON MUJERES CON FIBROMIALGIA. Dra. Esperanza Torres Serna (Vitoria).....	48
8. LA INVESTIGACIÓN BASADA EN LA PRÁCTICA DE MUSICOTERAPIA PARA EVALUAR SU USO EN CUIDADOS PALIATIVOS. ESCUCHAR PARA LLEGAR AL SER. Dra. Mireia Serra Vila (Barcelona).....	59



1. REM: ENTRE EL CONFLICTO Y LA NECESIDAD

Ana Alegre Soler e Isabel Bellver Vercher (Valencia)

Resumen

Este capítulo presenta un caso práctico que relata el desarrollo de una sesión, así como las reflexiones que surgen en cuanto a la recogida de información sobre la misma, cuyo desarrollo origina la creación del sistema de "Registro esencial de musicoterapia (REM Alegre-Bellver)". El REM permite aportar información de carácter tanto focal como procesal y puede aplicarse en diferentes poblaciones convirtiéndose en un recurso versátil y que permite el análisis de los datos de forma intra e interpersonal. Tiene como finalidad contribuir a la sistematización del trabajo y aportar una herramienta de evaluación musicoterapéutica que permita celeridad en su relleno, sencillez en su interpretación y claridad en la transmisión de la información al equipo multidisciplinar, completando así la atención integral ofrecida al paciente.

Palabras clave: musicoterapia, registro, evaluación, sistematización, eficiencia

Abstract

This chapter describes a practical case that chronicles the ongoing development of a working session, as well as the remarks (reflections) arising regarding its information collection. Its development originates the creation of the "Essential Music Therapy Register (REM Alegre-Bellver)" system.

This REM model enables to provide information from both local and process character, moreover it can be applied to a wide range of user communities and thus become a versatile resource to collect and analyse data in both intra- and interpersonal ways.

It's meant to be a contribution to the systematization of the working programme and to provide a music-therapeutic assessment (evaluation) tool that allows a swift completion, an easy interpretation and a clear transmission of the information to the multidisciplinary working team, completing thereby the integral attention offered to the patient.

Keywords: music therapy, register, evaluation, systematization, efficiency



Estudio

Como musicoterapeutas, es necesario disponer de herramientas que aseguren la sistematización de la práctica clínica facilitando que todos los profesionales, independientemente de su experiencia, línea teórica de base o características individuales, actúen de la mejor manera para ofertar cuidados musicoterapéuticos de calidad y que puedan revelar todo aquello por cuya relevancia merezca ser registrado.

En un protocolo de actuación de un servicio de Musicoterapia dentro de cualquier unidad hospitalaria siempre debe contemplarse como primer procedimiento la recogida de información de los pacientes que van a ser atendidos en las sesiones. La persona de referencia será la encargada de transmitirnos el estado del paciente en ese momento, los sucesos relevantes que hayan ocurrido desde la última sesión y toda aquella información que se considere oportuna para poder adaptar nuestro trabajo a las necesidades específicas de cada persona en cada momento. Tras este primer trámite comienza la sesión.

Entrar al hospital y ponerse la bata de trabajo significa reencontrarse cada semana con los pacientes y con su proceso personal acompañado por música. Surgen improvisaciones, sensaciones, canciones, recuerdos, comentarios, sonrisas, lágrimas, suspiros, miradas,... la intimidad de una vida a través de la música.

Sesión de musicoterapia en una habitación de una unidad de cuidados paliativos. Paciente de 71 años con enfermedad oncológica terminal con conocimiento de diagnóstico y pronóstico. Tiene hemiplejía y enlentecimiento en el procesamiento de la información y el lenguaje.

Nos ponemos las batas de protección necesarias cuando se interviene con pacientes que presentan aislamiento de contacto.

9:30 de la mañana. Entramos en la habitación, saludamos a Álvaro y su pareja y nos ofrecemos a acompañarles como hacemos todas las semanas.

A partir de este momento, un violoncello y un teclado serán nuestro mejor lenguaje en el espacio compartido de emoción y vida. Y la música, la que mejor encarna las sensaciones y emociones que desprenden cada gesto y palabra que surja.

Hoy el paciente se encuentra en la cama, su voz es áfona, como cuando pronunciamos la h con los labios y junto al resto de letras conforman una palabra. Pero Álvaro se hace entender con pocas palabras, su ironía está presente entre esos sonidos sigilosos.

Comienza la música a sonar, acompaña, invade la sala...despierta la emoción del paciente. Su familiar, que hasta este momento está sentada hojeando algunas



cartas esparcidas sobre una mesa, le busca con la mirada y se levanta para compartir con él este momento.

La música sigue sonando, ahora acompaña su abrazo e infinitas caricias, acompaña su amor.

Tras un intervalo de tiempo donde la emoción se puede sentir en el aire, comenzamos a sonorizar improvisando sobre lo que vamos observando en la escena, las respiraciones, las palabras susurradas, las miradas y...aparece un pequeño movimiento acompasado con un dedo del paciente, que rápidamente se incorpora a la música. Parece ser que el paciente vuelve a conectar con nosotras pero esta vez, desde su cuerpo. Poco a poco la música se torna más rítmica, más animada, más enérgica y sugiere a la familiar otro modo de acercamiento, aparecen movimientos de cadera, sonrisas, una palmada y la frase "Vamos a aprovechar esta suerte que tenemos hoy y a realizar los estiramientos con música".

Aparece la frágil pierna del paciente entre las sábanas, imposible moverla él solo. Su pareja no duda ni un segundo, la masajea, la flexiona, la levanta, la estira....todo esto al ritmo de la música improvisada que va dibujando con sus notas todos estos movimientos. El entusiasmo que desprenden sus cuidados contagia la música que se va desarrollando conjuntamente con sus ejercicios.

La improvisación de música en vivo permite adaptarse a la evolución de la sesión y las necesidades del paciente en cada momento (Purdon, 2002). Menciona varias funciones que tiene la música en musicoterapia y, concretando en el caso que relatamos, se pone de manifiesto que la música actúa como puente, que establece conexiones diversas a nivel interpersonal e intrapersonal (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Hugo, 2007).

Tras esta experiencia donde el paciente permanece despierto y conectado, se le propone una inducción evocativa consciente, es decir, se le invita a proponer una canción especial para ese momento. El paciente con un hilo de voz emocionada, es capaz de escoger una canción de su historia sonoro-musical, sus palabras nos revelan parte de su letra, "piensa en mi...". Con estas 3 palabras deduciremos qué canción ha escogido...La canción se inicia suavemente, se reconoce, se reafirma y la voz de su acompañante surge espontáneamente en la canción y se transforma en un nuevo modo de expresión de sus sentimientos "para nada me sirve sin ti". La letra toma importancia y se convierte en protagonista del instante, mediante la canción en musicoterapia, se sostiene la emoción y se ofrece el encuadre con el que se dice "estas emociones pueden ser expresadas, compartidas y ser contenidas" (Priestley, 1978).

Esta canción, sus palabras y su mensaje enlazan con otra propuesta del paciente, y de este modo, otra melodía surge conscientemente para esta ocasión...



QUE TINGUEM SORT

Si em dius adéu,
vull que el dia sigui net i clar
que cap ocell
trenqui l'harmonia del seu cant.

Que tinguis sort
i que trobis el que t'ha mancat en mi.

Si em dius et vull,
que el sol faci el dia molt més llarg
i així robar
temps al temps d'un rellotge aturat.

Que tinguem sort,
que trobem
tot el que ens va mancar ahir.

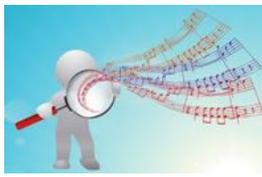
I així pren tot el fruit que et pugui donar
el camí que poc a poc escrius per demà
que demà mancarà el fruit de cada pas
per això malgrat la boira, cal caminar.

Si vens amb mi,
no demanis un camí planer
ni estels d'argent
ni un demà ple de promeses sols
un poc de sort
i que la vida ens doni un camí ben llarg.

I així pren tot el fruit que et pugui donar
el camí que poc a poc escrius per demà
Que demà mancarà el fruit de cada pas
per això malgrat la boira, cal caminar.

QUE TENGAMOS SUERTE

Si me dices adiós
quiero que el día sea limpio y claro,
que ningún pájaro



rompa la armonía de su canto.

Que tengas suerte
y que encuentres
lo que te ha faltado en mí.

Si me dices te quiero,
que el sol haga el día mucho más largo,
y así, robar
tiempo al tiempo de un reloj parado.

Que tengamos suerte,
que encontremos
todo lo que nos faltó ayer.

Y así tomatodo el fruto que pueda dar
el camino que, poco a poco, escribes para mañana,
que mañanafaltará el fruto de cada paso;
por eso, a pesar de la niebla, debes caminar.

Si vienes conmigo
no pidas un camino llano
ni estrellas de plata
ni una mañana llena de promesas,
solamente un poco de suerte,
y que la vida nos dé un camino
bien largo.

Y así toma todo el fruto que pueda dar
el camino que, poco a poco, escribes para mañana.
Que mañana faltará el fruto de cada paso;
por eso, a pesar de la niebla, debes caminar.

“Que tinguem sort” Lluís Llach

El paciente dibuja con sus labios algunos de los versos de esta canción e instantáneamente comienzan a sonar algunos de sus acordes, conformando nuestra versión más personal.

Frecuentemente, reflexionamos sobre el trabajo con canciones en musicoterapia, y nos gusta recrearnos imaginando lo que Lluís Llach pensaría si llegara a conocer hasta qué profundidad y sentido puede alcanzar su composición. En su momento, cuando la



compuso, tendría un significado concreto, pero en este momento, esta canción es para Álvaro y su pareja mucho más de lo que pueden decir las propias palabras.

Bruscia (1998) habla así del potencial de las canciones afirmando que las canciones son los caminos por los que el ser humano explora las emociones. A través de ellas expresamos quiénes somos, cómo nos sentimos, nos acercan a los demás o nos mantienen unidos cuando estamos solos. En ellas se articulan nuestras creencias y valores y, conforme pasan los años, las canciones son testigos de nuestras vidas. Ellas forman parte de nuestra música e historias diarias.

Y Hogan (1999) afirma que los pacientes suelen elegir canciones que expresan lo que sienten o quieren sentir posibilitando así la expresión a los familiares de lo que no son capaces de expresar verbalmente y produciendo relajación las reminiscencias que surgen con las canciones.

Su familiar canta con nosotras parte de la letra de la canción. La música sigue acompañando instrumentalmente este momento de intimidad y siguen apareciendo palabras, frases, deseos, caricias y besos dedicados al paciente, “*y caminaremos... y llegará un día que estaremos juntos de nuevo*”...la música sostiene las palabras de amor y los sentimientos de su mujer, y el silencio al terminar la música, le da un nuevo significado, resignifica el presente.

Aldridge (1996) profundiza en este tema diciendo que cuando la esperanza de tener una vida larga se ha ido, puede llegar la esperanza a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales del paciente, y así, reconciliarse con familiares, decirles algo que no se atrevía, disfrutar intensamente de lo que le rodea y reconciliarse consigo mismo y con los actos pasados. Es decir, darle un nuevo significado a lo que ha vivido el paciente en el pasado, pero a través de la música que se da en el presente.

Salmon (2001) habla de la música en musicoterapia como el regalo que el musicoterapeuta ofrece al paciente, y que tiene la función de ser el objeto intermediario que permite que las emociones difíciles y el camino por el que transitan los enfermos al final de su vida, puedan ocupar un lugar seguro y protegido.

10:08 Termina la sesión de musicoterapia. Nos despedimos con un gesto y una sonrisa, no hacen falta palabras. Nos quitamos las batas antes de salir. Cerramos la puerta. El silencio...



Pero un silencio lleno, completo de emociones y sonidos que acabamos de compartir.

Es en este preciso momento cuando comienza el análisis de la sesión, ya desde la visión posterior, cuando el musicoterapeuta debe conectar con su cometido investigador y registrar todo lo significativo surgido durante esos 38 minutos. En ese momento, nos esperan unos 5, 6 o 7 pacientes con los que posiblemente podamos de nuevo compartir momentos significativos envueltos de música. Debemos poder dejar plasmado de forma rápida aquellos acontecimientos que han caracterizado esta sesión y las huellas que resonarán y determinarán las siguientes sesiones con este paciente.

De este modo, es fuera de la habitación, tras la puerta que acabamos de cerrar donde durante 2 o 3 minutos anotaremos aquellos datos, canciones, palabras, frases, gestos o cambios que hemos percibido como expresivos y relevantes.

Este volcado de ideas es sólo el inicio del registro de información sobre la sesión, pero es un paso imprescindible para permitir que el musicoterapeuta pueda dirigirse a otra puerta, otra habitación, otro paciente, a otra persona con plena disponibilidad para implicarse íntegramente en la nueva sesión que comienza.

Tras todas las sesiones realizadas a lo largo de la jornada laboral, llega el momento de elaborar el registro de las mismas, evaluar qué ha pasado con cada una de las personas a las que hemos atendido. Hartley (2001), comenta que a cualquier musicoterapeuta le puede resultar difícil escribir sobre las experiencias musicales terapéuticas que se dan en las sesiones ya que cada una tiene algo único.

¿Con qué herramienta reflejar entonces la singularidad de cada sesión?

El tener que enfrentarnos día a día a esta circunstancia hizo que nos fuéramos planteando muchos interrogantes a lo largo de los años que llevamos trabajando como musicoterapeutas. De las respuestas a estas cuestiones surgió el REM (*Registro Esencial de Musicoterapia Alegre-Bellver*), asumiendo como base la evidencia y la rigurosidad de la disciplina científica musicoterapéutica.

Nuestro objetivo principal fue desarrollar un sistema de registros que pudiera evaluar el impacto global de los efectos de la musicoterapia en el paciente y su familiar dentro de un proceso musicoterapéutico.



Por un lado, el REM nace del conflicto, nos situamos ante la dicotomía cualitativo-cuantitativo y la importancia de los dos enfoques a reflejar. Nos interesan en gran medida los datos cualitativos - qué cambia, cómo cambia, de qué manera...- y se nos piden datos cuantitativos para reflejar la labor asistencial que realizamos en el hospital.

Del mismo modo, se superpone la celeridad con la que se exige el trabajo como musicoterapeutas, que no permite que podamos rellenar amplios cuestionarios y donde el número de pacientes atendidos es de igual modo importante.

Por otro lado, el REM surge de la necesidad en primer lugar de tener eficiencia, es decir, que se registren los datos que son sustanciales para reflejar los cambios producidos en todos los ámbitos de la persona. En segundo lugar, de la necesidad de versatilidad, que permita ser utilizado con pacientes en diferentes fases de la enfermedad, desde convalecencia o estabilización sintomática a la fase de agonía. En tercer lugar, de la necesidad de transmisión de la información con una herramienta que pueda ser comprendida por otros profesionales del equipo, que sea corta, escueta, para que no lleve mucho tiempo de leer, y por último, que manifieste, refleje, plasme y evidencie lo esencial de lo ocurrido en la sesión.

Estas características permitirán que pueda ser empleado tanto con uso interno (para herramienta de seguimiento del musicoterapeuta) como con uso externo (difusión de resultados o evolución de un paciente) entre el resto de profesionales de la unidad, datos que, de forma semanal, son transmitidos a través del REM a los miembros del equipo multidisciplinar.

Habiendo presentado el REM desde los motivos de su creación, nos adentramos a particularizar sobre sus 3 modalidades: REM-MT, REM-A, REM-F, que conforman un sistema de registros que recolectan un conjunto de datos principales, notables y sustanciales relacionados entre sí, constituyendo una unidad de información clara y contextualizada en una base de datos.

Es necesario remitirse a nuestra concepción del término musicoterapia para entender cómo se fue construyendo este sistema de registros. Definimos la musicoterapia como una disciplina científica facilitadora de cambios físicos, cognitivos,



emocionales, sociales y espirituales, aplicada por un profesional musicoterapeuta que favorece con su música el acompañamiento del proceso personal del usuario/paciente, posibilitando la manifestación de respuestas singulares que revelan la apertura hacia la comunicación y la expresión.

Los ámbitos de la persona que se ven afectados en una sesión de musicoterapia, las respuestas que se dan y la apertura hacia la comunicación y expresión son los pilares de nuestro sistema de registros, que aspiran a reflejar no sólo una dimensión concreta del ser humano, sino una visión global de estos cambios, tal y como afirma Hilliard (2004) que aborda este tema defendiendo que la musicoterapia es, a diferencia de otras disciplinas, la profesión que puede abordar las diferentes necesidades del paciente desde un punto de vista global, y no de manera parcial, apoyando así la visión holística del tratamiento del paciente al final de la vida.

El REM-MT recoge en su primera parte los datos del paciente (sexo, edad, diagnóstico, número de sesión), una breve descripción fenomenológica de lo acontecido, los cambios y respuestas observados por el musicoterapeuta en el paciente a lo largo de la sesión en los ámbitos citados en la definición anterior y en la segunda parte recoge los cambios en la comunicación entre el paciente y familiar si lo hubiera, y por parte de quién de ellos se dan, finalizando con la enumeración de las técnicas musicoterapéuticas utilizadas.

El REM-A es un breve cuestionario de fácil relleno cumplimentado por el paciente donde se plasman sus sensaciones durante la sesión, los cambios percibidos tras la sesión y su consideración respecto a la función de la musicoterapia en su proceso.

Por último, el REM-F se añadió posteriormente, atendiendo a la cuestión a la que se refieren Aldridge y Aasgaard (1999) que defienden que la musicoterapia aplicada en los cuidados paliativos debe ser abordada con un enfoque holístico, es decir, tanto intrapersonalmente (teniendo en cuenta los diferentes aspectos del ser humano: físico, psicológico, social, cognitivo y espiritual), como interpersonalmente, no quedándose sólo en el paciente, sino también en los familiares, cuidadores y personal médico que le trata. De este modo, con el REM-F se tiene en cuenta el efecto que produce la musicoterapia en el familiar que asiste a las sesiones, ya que también transita por su



propio proceso personal como cuidador y es necesario reflejar el impacto propio que ejerce sobre él/ella la musicoterapia.

Este sistema de registros representa un importante esfuerzo de implementación de la evaluación como práctica integrada en la intervención musicoterapéutica hospitalaria facilitando el proceso para la replicación de su impacto en el paciente y el familiar en otros centros y ámbitos. También incorpora aspectos innovadores que refuerzan su validez ya que recoge la visión del musicoterapeuta, del paciente y de su familiar ante una misma sesión, dando la posibilidad de comparar y relacionar las diferentes respuestas subjetivas ante el mismo fenómeno. Asimismo integra las técnicas realizadas y los cambios surgidos en la comunicación entre el paciente y su familiar: interacción física, contacto visual, comunicación verbal y comunicación musical. Se trata pues de un método de evaluación proyectado para enriquecer la práctica clínica musicoterapéutica y su sistematización para, en definitiva, mejorar la calidad asistencial del paciente y su calidad de vida.

Bibliografía

Aldridge, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine: From Out of Silence*. London: Jessica Kingsley Publishers

Aldridge, D. (Ed.) (1999). *Music therapy in Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publishers

Bruscia, K. (Ed.) (1998). *The dynamics of music psychotherapy*. Gilsum, USA: Barcelona Publishers

Hartley, N. A. (2001). On a Personal Note: a Music Therapists Reflections on Working with Those who are Living with a Terminal Illness. *Journal of Palliative Care*, 17 (3), 135-141



- Hilliard, R. E. (2004). A post-hoc analysis of music therapy services for residents in nursing homes receiving hospice care. *Journal of music therapy*, 41 (4), 266-281
- Hogan, B. (1999). Music Therapy at the End of Life. Searching for the Rite of Passage. In Aldridge, D. (Ed.). *Music Therapy in Palliative Care. New Voices* (pp. 68-81) London: Jessica Kingsley Publishers
- Priestley, M. (1978). Countertransference in Analytical Music Therapy. *British Journal of Music Therapy*, 9 (3), 2-5.
- Purdon, C. (2002). *The Role of Music in Analytical Music therapy. Music as a Carrier of Stories*. In Eschen, J. *Analytical Music Therapy* (pp. 104-114). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Salmon, D. (2001). Music Therapy as Psychoespiritual Process in Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 17 (3), 142-146
- Schapira, D., Ferrari, K., Sánchez, V. & Hugo, M. (2007). *Musicoterapia. Abordaje Plurimodal*. Argentina: ADIM Ediciones.



2. LA FIGURA DE LA MUJER EN LA HISTORIA DE LA MUSICOTERAPIA. DESDE LA ANTIGÜEDAD HASTA EL BARROCO

Dr. Ignacio Calle Albert (Valencia)

Resumen

Desde las civilizaciones antiguas, la figura femenina ha jugado un papel secundario a nivel social y político, relegando sus decisiones a los designios de sus progenitores y conyugues. Este compendio pretende sacar a la luz una disciplina, la musicoterapia, conocida desde el 3000 a. C, en la que la mujer fue un exponente esencial en su desarrollo y confirmación como ciencia de la salud.

Desde los sumerios y egipcios, pasando por griegos y romanos, hasta llegar a los albores del siglo XVIII, se muestra claramente la importancia femenina en el acervo musical en todos los niveles: desde la clandestinidad en lo compositivo, el permiso de la sociedad en lo interpretativo, y la realidad y necesidad en el terapéutico.

En este compendio se demuestra como mujeres de todas las épocas y condiciones, han dejado su impronta en una historia desconocida desde el punto de vista terapéutico.

Palabras clave: Musicoterapia, mujer, historia, medicina, civilización.

Abstract

Since ancient civilizations, the female figure has played a secondary role to social and political level, relegating decisions to the will of their parents and spouses.

This compendium aims to bring to light a discipline, music therapy, known since 3000. C, in which the woman was a key exponent in its development and confirmation as health science.

From the Sumerians and Egyptians, to the Greeks and Romans, up to the beginning of the eighteenth century, clearly shows the female role in the musical heritage at all levels: from the underground in compositional permission to society in interpretive, and reality in the therapeutic need. This compendium is shown as women of all ages and conditions, have left their mark on an unknown story from the therapeutic point of view.

Keywords: Music therapy, women, history, medicine, civilization.



A lo largo de siglos de historia, la importancia de la mujer en la sociedad ha quedado relegada a logros masculinos, y soterrada por sociedades encorsetadas en absurdas creencias, en las que las aportaciones culturales y científicas del sexo femenino, han sido expropiadas o directamente ignoradas por los “grandes pensadores” de cada época.

Como ejemplo de esto significamos que en las ciencias, no encontramos a la primera mujer que se licencia en medicina en Europa hasta bien entrado el siglo XVIII, y en España en el XIX.

En el arte la situación era si cabe, más desagradecida todavía. Salvo rarísimas excepciones, desde la Antigüedad hasta el siglo XIX, fueron muy pocas las artistas reconocidas como tal. A saber, la compositora y abadesa Hildegard von Bingen en el medievo, la pintora italiana Sofonisba Anguissola o la también compositora Francesca Caccini en el Renacimiento; la pianista ciega e inventora del musicógrafo Maria Teresa von Paradise en el Clasicismo, o la excepcional intérprete romántica Clara Schumann.

Sin embargo, si hay un arte en el que la mujer tuvo mayor proyección, fue la música, y dentro de ésta, aquella que fue utilizada para el tratamiento de enfermedades psíquicas y físicas, lo que en la actualidad se conoce con el nombre de musicoterapia. Por extraño que parezca, ambas disciplinas, música y medicina, ligadas a la acción femenina como unión entre ellas, supone un camino en la historia en el que queda mucho por explorar, una deuda secular en la que la mujer tuvo un esencial protagonismo.

Desde tiempos inmemoriales, sumerias y egipcias, a pesar de tener una situación social dependiente de progenitores y esposos, desarrollaron un sentido artístico musical muy significativo, pues danzaban, cantaban y tañían instrumentos con gran destreza y acierto, llevando a las almas que las escuchaban al éxtasis, y despertando en los oyentes sentimientos afectivos y emotivos muy intensos. En los papiros de Lahun del 3000 a.C, se da notificación de que se llegó a utilizar música para propiciar la fertilidad a las mujeres que no quedaban encintas. Este hecho nos lleva a pensar, según la simbología, que para potenciar dicha fecundidad, se tocaba ante la paciente una especie de sonajero (sistro) en forma de fruto o huevo, que al percutirse movía semillas en su interior. Durante el



sonar del sistro, se hacía una imposición de manos o quironimia (arte muy sutil y relevante en Egipto) en el vientre de la mujer, y se invocaba a Hathor, diosa de la música y la fertilidad (aparecía representada con una cabeza de vaca), y a la diosa protectora de las embarazadas y los recién nacidos, con forma enaniforme, llamada Beset, que según la mitología, “utilizaba la música para alegrar la existencia de los mortales y recibir con “cánticos” a los nuevos miembros de este mundo (bebés)”. También la diosa menor Mesjenet (presidía los alumbramientos y hacía de comadrona) tenía este cometido, puesto que era la protectora del lugar donde la mujer daba a luz y festejaba con música y danza el nacimiento del niño.

Sabemos por ilustraciones, que en estos papiros y paredes de los templos y edificios emblemáticos egipcios, casi siempre aparecían mujeres tocando instrumentos musicales, señal inequívoca de un dominio artístico sin parangón. Hasta el Imperio Medio, las agrupaciones orquestales -desempeñadas por mujeres- contaron con directora de orquesta, experta en la ya mencionada quironimia, que hacía modular a sus intérpretes hasta hacerles expresar el más extremo sentimiento. Pero al profundizar más en esta sociedad, y analizando las casas de Jeneret, un curioso antecedente de los harenes musulmanes, caemos en la cuenta de que el ejercicio de la mujer para tañer o interpretar con algún instrumento o voz, no se limitaba solo al simple hecho de su aprendizaje, sino también a un “ethos egipcio” en el que la música que representaban era medicina para la mente y el alma. En estas dependencias, la mujer aprendía a tañer, a declamar y danzar de manera experta. Las casas de Jeneret convirtieron a sus inquilinas en verdaderas terapeutas musicales, pues potenciaban el hecho de enseñar la repercusión y el poder de los sonidos en el organismo humano.



Figura 1. Pintura mural. Tumba de Pethis. III Milenio a.C. Metropolitan Museum. NY.

Como hecho significativo cabe destacar que el gran Imhotep, el sabio médico y astrónomo, pudo utilizar en más de una ocasión a agrupaciones de mujeres músicos para coadyuvarse de las canciones en los tratamientos con pacientes de diversa índole.

Siglos más tarde, concretamente en el siglo IV-V de nuestra era, otra egipcia, Hipatia de Alejandría, con una clara tendencia neoplatónica, demostrará que la música puede disuadir y “afectar” conductualmente aquellos comportamientos enfermizos y disruptivos tal y como ya preconizó Platón en *La República*, potenciando la necesidad de ser educado en la música para llegar a ser el ciudadano perfecto.

Con la entrada de la sabiduría griega, el acervo musical femenino, quedó relegado a la mitología, donde musas, nereidas, ninfas y cártes, hacían las delicias de los dioses en el Olimpo. Sin embargo, lejos de las deidades, en un ámbito telúrico, destacaron también algunas mujeres que acunaron los sentimientos y las emociones con la música y la letra de sus poesías, danzas y declamaciones. Tal fue el caso de la incombustible Safo de Lesbos, cuya poesía era capaz de conmover al más rudo de los temperamentos. Le habló al amor desde una melódica construcción lírica que se acompañó en muchas ocasiones de la lira. Estar en presencia de Safo en los momentos en los que deleitaba a sus acólitos, repercutía en el espíritu de estos, otorgando calma y sosiego.



Figura 2:Safo por Amanda Brewster Sewell, 1896. Columbia Exposition

Por otro lado estaban las pitias o sibilas. Dedicadas a estos menesteres desde la juventud, se convertían en seres extraños que se reclusían en el interior de los oráculos para vaticinar todo aquello que las deidades les transmitían. Lo curioso de esto no radicaba en el contenido del mensaje, sino en la forma de transmitirlo. Siempre que auguraban modulaban sus voces en un rango escalístico tan amplio que se convertían en expertas cantoras, pero a su vez, esa transmisión oral de acontecimientos, les hacía ser verdaderas terapeutas para aquellos que esperaban noticias sobre temas concretos. Estas sacerdotisas utilizaron la música para predecir y “curar” indirectamente la ansiedad con la que acudían sus ávidos clientes.



Figura 3:Esclavas griegas animando un banquete. Murales helenos en el siglo de Pericles.V a.C

Las casas de Jeneret egipcias y sus mujeres, derivaron en las heteraso heteiras. Estas cortesanas se preocuparon por cultivar el arte musical hasta el punto de dominar los afectos de tal forma que los griegos llegaron a temer por sus fortunas y sus posiciones de poder, pues no se fiaban de aquellas que podían “hacerles perder la



cabeza” con las destrezas de su música. Tal fue el caso de Aspasia, que se sentaba en la primera fila, a la izquierda, en el teatro griego, para presenciar las tragedias y comedias en las fiestas Leneas y que encandiló al gran Pericles, que cayó presa de sus encantos. Se cuenta que en muchos atardeceres en los que el político estaba abatido o hastiado de sus quehaceres para con la nación, se regocijaba en los acordes de la lira y los cantos exquisitos de Aspasia, cuyo arte se convirtió en su verdadera medicina física y moral.

Famosas fueron en el Imperio Romano, las cantoras de Gades, y las vestales que oraban en honor a sus dioses por medio del canto. Estas establecieron en los templos un verdadero lugar de terapia hasta el punto de reunir en él a médicos que trataban de diferentes patologías a los asistentes. Si junto a esto, escuchaban mientras eran atendidos por los facultativos, la música de los rituales religiosos de las vestales, el sonido y la medicina se convertían en coadyuvantes.

Tras hacer un recorrido por las grandes culturas de Oriente, India y China, llegamos a la conclusión que la mujer en estas dinastías, tuvo un poder musical muy significativo. Las mujeres indias y chinas se distribuyeron en los harenes reales siendo verdaderas artistas de la contorsión y la expresión a través de gráciles movimientos y escorzos (gopis hindúes). Particularmente en China, *la nota Gong (do)* estaba asociada con el elemento tierra y el bazo. Daba sensación de calma y podía ser utilizada para tratar pacientes que hubieran sufrido sobresalto.



Figura 4: Dibujo de las mujeres de la corte interpretando música. Fue una toma de una edición de la dinastía Ming. 1573-1619 d.C. Beijing, Renmin Yinyue Chubanshe



La nota Shang (re), se relacionaba al elemento metal y los pulmones. Daba sensación de tranquilidad y era la mejor opción para el tratamiento de quienes sufrían ansiedad e irritabilidad. *La nota Jiao* (mi) se asociaba con el elemento madera y el hígado. Era un relajante natural y podía ser utilizada para disipar la ira. *La nota Zhi* (sol) hacía interacción con el elemento fuego y el corazón. Era un tonificante natural y se podía utilizar para tratar a las personas que sufrían de depresión. Por último, *la nota Yu* (la) se relacionaba con el elemento agua y los riñones. Sus efectos sedantes la hacían muy útil para combatir el insomnio. Si todo el acervo musical estaba en manos de las inquilinas del harem, eran por tanto dominadoras de sentimientos y emociones según la idiosincrasia de la musical oriental.

Ya en la Edad Media, el orbe musulmán fue muy atrayente, no sólo por los pensadores y las formas musicales, -que aún continúan siendo poco conocidas para el público medio-, como la *nûba* o *nawba*, *la muwashajao* el *zêjel*-; sino por el papel de las mujeres en la música, como, por ejemplo, las célebres esclavas cantoras en el harén, las *yawáry*, y *lasqiyan*. La figura de Ziryab, denominado “el mirlo negro”, atrajo tras de sí a gran cantidad de cantoras con las que formó las primeras escuelas de canto del califato de Córdoba. Estas alcanzaron la excelencia interpretativa y fueron requeridas por los sultanes para amenizar los momentos de descanso y acompañar las jornadas laborales melódicamente. Muchos de los mandatarios se vieron seducidos por la “magia” de las esclavas cantoras que llegaron a ser un bien indispensable en la producción de las *nûbas*, formas musicales terapéuticas según el momento del día. Declamar y acompañarse de música fue una labor exclusiva de estas esclavas. Según el lugar, las esclavas cantoras no solo fueron educadas en la música, sino también en filosofía y literatura. Formaron una clase social definida y particular, única y culturalmente exquisita.

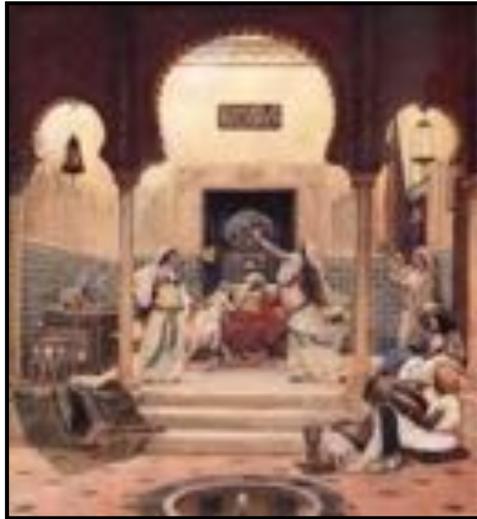


Figura 5: *Les Almees*. Paul Louis Bouchard 1893. Musée Louvre

En el orbe cristiano, el encorsetamiento cultural al que tenía sometido la iglesia al resto de los estamentos sociales, propició que la terapia musical fuera utilizada clandestinamente. Los enfermos recluidos en los monasterios recibían tratamiento médico desde un punto de vista tradicional y conservador. Pero fue en el siglo XIII, cuando una extraordinaria mujer antepuso la curación naturalista y musical por encima de creencias e imposiciones. Su nombre fue Hildegard von Bingen.

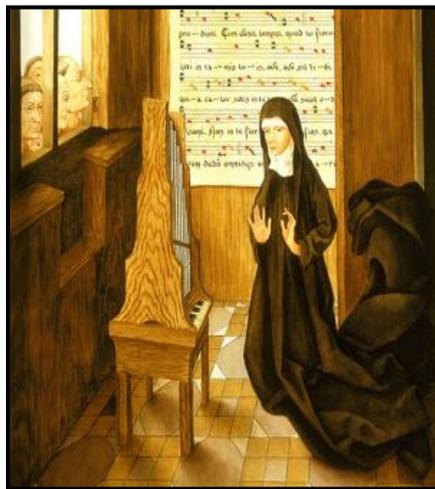


Figura 6: Santa Hildegarda von Bingen. Anónimo siglo XIV

Abadesa del cenobio de Rupertstberg, en Alemania, esta filósofa, compositora, médico y teóloga, aplicó diariamente tratamiento musical para el bienestar de sus enfermos hasta el punto de expresar: “La música cura las heridas y también el alma”,



disponiendo al pie de la cama de sus pacientes a monjas músicos que tocaban la vielle (viola vertical) y entonaban canciones compuestas por ella. Otras mujeres que destacaron en esta época fueron la italiana Tróttula de Rugero, que escribió un tratado de ginecología y obstetricia en el que aconsejaba utilizar música en el momento del nacimiento y durante el alumbramiento, o la también teutona Herrada de Langsberg, que en su obra *Hortus Deliciarum*, detalló la utilización de la música en el curriculum de las universidades desde el *Quadrivium*, pero desde un punto de vista práctico y terapéutico, relacionándolo con los hallazgos de las efemérides griegas al respecto.

Ya en el Renacimiento, las laudistas y cantantes comenzaron a adquirir fama, como Maddalena Casulana o Vittoria Archilei, quienes también cultivaron la composición con gran interés observando como eran capaces de despertar afectos en su público.

En la monarquía hispánica, nos detenemos en la atmósfera musical que se creó alrededor de Juana de Castilla, que se “alimentó” de los sonidos en su encierro en Tordesillas sirviéndole como terapia para su “demencia”. Este amor por la música lo heredó su hijo, el Emperador Carlos I, que siempre se rodeó de las mejores capillas y los mejores intérpretes flamencos y españoles del momento. Además, en sus dos relaciones extramatrimoniales más conocidas, con la alemana Bárbara Blomberg, y la holandesa Johanna María van der Gheynst, la música fue un añadido al amor que pudiera procesarles, pues ambas eran excelentes cantantes, y así se demuestra en un grabado anónimo del siglo XVIII donde aparece un enfermo Carlos I regocijándose en las destrezas corales de Bárbara Blomberg.



Figura 7: Dibujo- litografía. Anónimo. Siglo XVI. Bárbara Blomberg toca para Carlos V.

Finalmente, destaca desde un punto de vista científico, la albaceteña Oliva de Sabuco, natural de Alcaraz, una de las mentes femeninas más preclaras de la España de los Austrias Mayores. Esta estableció que los estímulos musicales afectaban al cerebro activando una serie de “jugos” (neurotransmisores), despertando la atención y la capacidad comunicativa. Fue la primera en aseverar que la música descodificaba en el cerebro y no el corazón. En su obra *Nueva Filosofía de la naturaleza del hombre, no conocida ni alcanzada de los grandes filósofos antiguos, la cual mejora la vida y salud humana*, da buena cuenta de este tema y otros aspectos que ponen acento especial en la utilidad de la música para tratar enfermedades mentales y físicas como las derivadas del tarantismo.

En el Barroco, la persona del terapeuta musical cobró importancia en la figura de los castrati, traídos a España de la mano de inteligentes consortes reales. En primer lugar fue la esposa del maltrecho Carlos II el Hechizado, Mariana de Neoburgo la que, conociendo los poderes de la música, intentó en vano rehabilitar a su marido trayendo a España al castrati Mateuccio, sin obtener el resultado deseado. Con la muerte del último de los Austrias sin descendencia, subió al trono el primer monarca de la casa Borbón, Felipe V de Anjou. Aquejado por una depresión endógena, comenzó a descuidar los asuntos de estado e incluso su higiene personal. Casado en segundas nupcias con una inteligente italiana llamada Isabel de Farnesio, y sobrina de Mariana de Neoburgo, cayó en una profunda desesperación, hasta que su consorte, sabiendo de la “medicina” que



aplicó Mateuccio con el anterior rey, contrató al mejor castrati de la época, el gran Farinelli, para tratar la patología depresiva de su marido. La mejoría del rey fue considerable, aunque si bien nunca abandonó el estado depresivo hasta su muerte. Le sucedió su primogénito, Fernando VI, que heredó su enfermedad. De este modo, por mediación de su esposa, la portuguesa Bárbara de Braganza, mantuvieron a Farinelli en la corte para el mismo cometido, curar la depresión del rey.



Figura 8: Retrato de Isabel de Farnesio. Siglo XVIII. Jan Van Elst. Museo De El Escorial.

La imprescindible aportación de estas mujeres potenció la musicoterapia y gracias a su decisión y actuación, los reyes mencionados dieron ciertos síntomas de mejoría, poniendo de manifiesto la eficacia sonora en la psique humana.

Hemos podido observar como la conexión entre la terapia musical y la mujer, ha venido marcada desde la antigüedad por la imposibilidad de crecer en un mundo eminentemente dominado por los hombres. Lo que más puede sorprendernos es la cantidad de apariciones femeninas en este campo, pues aunque directa o indirectamente, desde el mundo egipcio hasta el Barroco, las aportaciones de mujeres médicos, músicos, intérpretes, filósofas o consortes reales, ha sido vital para fundamentar la idiosincrasia de la terapia musical actual.

El objetivo principal de este trabajo es contar como desde la antigüedad, la mujer ha sido parte fundamental del desarrollo de la terapia musical, pues por su sensibilidad, por sus conocimientos o por sus acciones, ha aportado imprescindibles ideas que hoy son empleadas en hospitales y centros específicos con más éxitos que fracasos.



Bibliografía

Calle, I. (2014). La figura de la mujer en la historia de la musicoterapia. Desde la Antigüedad hasta el Barroco. *Cuadernos de Bellas Artes nº38. Cuadernos de Bellas Artes nº20. Colección Música*. La Laguna, Tenerife: Andocopias S.L.
Recuperado de www.cuadernosartesanos.org/2014/cba38.pdf



3. INVESTIGACIÓN EN MUSICOTERAPIA: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA Y PROPUESTAS DE MEJORA

Dra. M^a Teresa del Moral Marcos (Salamanca)

Resumen

Siguiendo la línea de la Dra. Poch (2006, 2008, 2011), este trabajo pretende conocer el estado actual de la Musicoterapia en España, especialmente en el área de investigación. El presente trabajo parte de un estudio descriptivo en el que se han contemplado diferentes parámetros de búsqueda y de análisis y cuyo objetivo era conocer el panorama de las publicaciones en musicoterapia en España y su evolución. Hasta el año 2014 se han encontrado 672 publicaciones sobre musicoterapia, principalmente artículos y comunicaciones. La evolución de las publicaciones en musicoterapia en España por año ha ido aumentando especialmente en los últimos dos lustros con la celebración de congresos nacionales e internacionales de musicoterapia.

Posteriormente, se ha realizado un estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo y basado en la metodología investigación-acción, a través de grupos de discusión, para conocer la opinión de los musicoterapeutas sobre la situación de la Musicoterapia en España, especialmente en investigación. Se ha realizado una categorización de temas y contenidos siguiendo el procedimiento de la Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967). En el análisis de los grupos de discusión se observa la dificultad, especialmente en estudiantes y profesionales, para abordar en profundidad el tema de investigación en musicoterapia. Los temas principales mencionados fueron: profesionalización (52%), seguido de formación (20%), de investigación (19%) y de práctica clínica (9%) en musicoterapia en España. También se ha llevado a cabo un análisis DAFO y de las posibles estrategias para consolidar la musicoterapia como profesión y disciplina científica.

Palabras clave: musicoterapia, investigación, profesionalización, España, publicaciones, tesis doctorales, estudio descriptivo, literatura científica.

Abstract

Following the line of Dr. Poch (2006, 2008, 2011), this paper aims to know the current state of music therapy in Spain, especially in the area of research. This work is based on a descriptive study in which they have contemplated different search parameters and analysis and aimed to meet the panorama of publications in music therapy in Spain and its evolution. Until 2014 we found 672 publications about music therapy, mainly articles and communications. The evolution of publications in music therapy in Spain per year has increased especially in the last two decades with the holding of national and international congresses of music therapy.



Subsequently, we conducted an exploratory descriptive study with qualitative approach based on action research methodology, through focus groups, to know the opinion of the music therapists on the situation of music therapy in Spain, especially in research. It has made a categorization of subjects and contents by following the procedure of Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967). In the analysis of discussion groups observed the difficulty, especially students and professionals to address in depth the topic of research in music therapy. The main topics mentioned were: professional (52%), followed by education (20%), research (19%) and clinical practice (9%) in music therapy in Spain. We have also carried out a SWOT analysis and possible strategies to consolidate music therapy as a profession and scientific discipline.

Keywords: music therapy, research, professionalism, Spain, publications, doctoral theses, descriptive study, scientific literature.



4. ESTUDIO INTERNACIONAL DE MUSICOTERAPIA Y AUTISMO TIME-A: ALGUNAS CONSTATAACIONES

Dr. Gustavo Schulz Gattino (Brasil)

Resumen

Esta conferencia trata de presentar y reflexionar a respecto del estudio internacional "Trial of Improvisational Music Therapy's Effectiveness for children with autism spectrum disorders Autism Children" (TIME-A). Este ensayo controlado aleatorizado involucra 9 distintos países para verificar los efectos de la intervención musicoterapéutica en la comunicación social de niños con autismo (con edad entre 4 y 6 años) un contexto pragmático (cercano de la realidad). Los participantes fueron alocados en tres grupos de tratamiento a largo de 5 meses: musicoterapia de gran intensidad (3 veces por semana), musicoterapia de baja intensidad (1 vez por semana) y grupo control. El efecto de la musicoterapia fue verificado por medio de las escalas *Social Responsiveness Scale (SRS)* y *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*.

Palabra clave: musicoterapia, autismo, estudio internacional, comunicación social

Abstract

This conference aims to present and reflect about the international study "Trial of Improvisational Music Therapy's Effectiveness for Children with autism spectrum disorders Autism Children" (TIME-A). This randomized controlled trial involving 9 different countries to verify the effects of music therapy intervention in social communication of children with autism (aged between 4 and 6 years) in a pragmatic context (close to reality). Participants were randomly allocated into three treatment groups over 5 months: music therapy intensive (3 times per week), music therapy low intensity (1 time per week) and control group. The effect of music therapy was verified through the *Social Responsiveness Scale (SRS)* and *Autism Diagnostic observation Schedule (ADOS)*.

Keyword: music therapy, autism, international study, social communication



5. MUSICOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA FAMILIA Y DE LOS TÉCNICOS.

Dra. Susana Aurora Gutiérrez Jiménez (Portugal)

Resumen

Presentación de 2 estudios que hicieron parte de una Investigación mayor “Musicoterapia en Atención Temprana” realizada en la Universidad de Évora, Portugal, de naturaleza cualitativa en la que se utilizó la metodología constructivista de Grounded Theory. El propósito de esta investigación fue identificar cuál es el lugar de la Musicoterapia en un programa de Atención Temprana desde dos estudios: 1) sobre las representaciones y opiniones de las familias que fueron acompañadas en Musicoterapia; y 2) Sobre la perspectiva de los técnicos que trabajan en de manera transdisciplinar con un Musicoterapeuta.

Los resultados encontrados en ambos estudios nos permiten profundizar los en los conceptos actuales de la Musicoterapia en Atención Temprana, desde el valor que le es asignada por las familias y los técnicos en la relación primaria desde el lenguaje no verbal, que resulta favorable especialmente en las patologías más graves cuando la comunicación es no convencional.

Palabras Clave: Musicoterapia, Atención Temprana, Discapacidad, Familia

Abstract

The presentation of the study 2 is part of a longer research about Music Therapy in Early Intervention, of qualitative nature, since the constructivist's methodology Grounded Theory. The purpose of this research was to identify what is the place of Music Therapy in Early Intervention program from two studies: 1. representations and views of families which were accompanied in music therapy, and 2. the perspective of transdisciplinary technicians working with a music therapist.

The findings of both studies allows us to contribute to understand the current concepts of Music Therapy in Early Intervention. Since the families and technicians value's the primary relationship with the non-verbal language that favors, especially, the most major disabilities where the communication is not conventional.

Keywords: Music Therapy, Early Intervention, Disability, Family.



Fundamentos teóricos de la Musicoterapia.

Ruud (1993) indica que la práctica de la Musicoterapia está implementada en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud física, mental, emocional y social de personas, grupos y comunidades.

En sus estudios sobre disturbios y perturbaciones, Koelsch (2009) señala la importancia de un tratamiento precoz, para la prevención, coincidiendo con la perspectiva de la Atención Temprana. Así fueron los resultados de sus investigaciones sobre las respuestas sensorio-motoras de procesamiento emocional de la música

Del Olmo (2005) refiere que la música tiene la función de mediador semiótico entre los niños en la primera infancia y los adultos. La música puede ayudar a entender lo que sucede en ese estado emocional de las expresiones básicas como ira, alegría, miedo, disgusto sorpresa etc. Los efectos de la música están ligados a los estados de motivación, emoción y perceptivos del oyente.

Fundamentos teóricos de la Atención Temprana.

Franco & Apolonio (2008) señalan el concepto de Atención Temprana se fundamenta en algunos grandes principios psicológicos y del desarrollo:

- Plasticidad Cerebral, por lo que la atención temprana es importante en el tiempo oportuno.
- Relación madre-bebé para el fortalecimiento del vínculo en la primera etapa de la vida.
- Perspectiva ecológica y sistémica, que enfatiza la importancia de los factores del medio ambiente en el que se desarrolla el niño, así como los aspectos transaccionales de la vida familiar.

El concepto de Atención temprana se define, en Portugal, por el decreto ley 281/2009 que refiere “la Intervención precoz en la infancia es un conjunto de medidas de apoyo integradas centradas en el niño y en la familia, incluye acciones de naturaleza



preventivas y de rehabilitación, designada mente en el ámbito de la educación, de la salud y de acción social.....”

Objetivos y preguntas de la Investigación.

Pretendemos profundizar y aumentar el conocimiento de la Musicoterapia en Atención Temprana.

Fueron formuladas en el inicio de este trabajo las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el concepto que los técnicos de Atención Temprana tienen de la Musicoterapia?
- ¿Cuáles son las funciones y la intervención específica de la Musicoterapia en el equipo de Atención Temprana?
- ¿Cuál es el concepto que las familias tienen de la Musicoterapia?
- ¿Cuáles son las áreas en que el Musicoterapeuta interviene y cuál es su objetivo?
- ¿Cuál fue su utilidad en el trabajo con niños con discapacidad en riesgo hasta los 6 años?
- ¿Qué es específico de la Musicoterapia en Atención Temprana?

Sus principales objetivos generales:

Estudio 1: Conocer cuál es el concepto de Musicoterapia que tienen los Padres de los niños que realizaron Musicoterapia cuando fueron acompañados en Atención Temprana.

Estudio 2: Conocer el concepto sobre la Musicoterapia que tiene los técnicos de Atención Temprana, para conseguir una visión global del lugar de la Musicoterapia en Atención Temprana.

Se pretende que estos estudios tengan impacto en el actual concepto de la Musicoterapia en Atención Temprana. Desde aquí, reafirmar el desarrollo de la Musicoterapia en el campo de la Atención Temprana y también frente a la comunidad científica, porque creemos que es necesario su desarrollo, particularmente desde los



procedimientos en la que se realizan y que deben ser factores de cambio en las políticas que legislan los modelos de respuesta de Atención Temprana, en los cuales todavía no se incluye la Musicoterapeuta como una de sus respuestas.

Metodología

La perspectiva constructivista de la Grounded Theory fue la opción elegida por ser un método cualitativo y comparativo constante que nos permitiría estudiar el lugar de la Musicoterapia en el equipo de atención temprana desde la familia de los niños acompañados y los técnicos de los equipos, siendo esta metodología adecuada para comprender el fenómeno en su globalidad desde la especificidad estudiada; también por encontrar escasos estudios centrados en la Musicoterapia dentro de una programa de Atención Temprana específico.

La utilización de la Grounded Theory visa hacer surgir una teoría subyacente directamente de los datos. La metodología Grounded Theory se define como una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área substantiva. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área substantiva que es objeto de estudio. (Glaser, 1992, pp. 14-15)



Figura 1. Análisis de los Datos



Participantes

Estudio 1: Fueron participantes de esta investigación 6 madres con edades comprendidas entre los 29 y los 42 años, y un padre de 43 años de niños con discapacidad que fueron acompañados en Musicoterapia en el período de 2001 a 2010 por el equipo de Atención Temprana de la Asociación de Parálisis Cerebral de Évora Portugal.

Estudio 2: 5 Técnicos de Equipos de Atención Temprana locales de la ciudad de Évora, 2 Logopedas, 2 Psicólogos y 1 Asistente social.

Cada uno de ellos estuvo de acuerdo en participar y responder a una entrevista semi-estructurada creada para la propia investigación.

Resultados Estudio 1 desde la Perspectiva de los Padres

1. Categoría “Qué es Musicoterapia”

Desde el análisis línea a línea conseguimos encontrar como los padres describen el fenómeno en estudio Musicoterapia, se distinguieron tres subcategorías principales.

a. **Terapia** b. **Bienestar** y c. **Desarrollo**

a. Subcategoría **Terapia**. Fueron categorizadas dos dimensiones: a.1. **Terapeuta**—a.

2. De los **Materiales Específicos**—

Subcategoría **Bienestar** tres dimensiones : b.1. La dimensión **Relajación** b.2. **Motivación** b.3. **Predisposición**

c. Subcategoría **Desarrollo** constituida por cinco dimensiones:

c.1. A **Nivel Motor**

c.2. A **Nivel Emocional**

c.3. A **Nivel Cognitivo**

c.4. A **Nivel de la Comunicación**,



c.5. A Nivel de Aprendizaje

2. Categoría “Utilidad de la Musicoterapia en Atención Temprana”

Relativamente a la utilidad que los padres atribuyen a la Musicoterapia, en la intervención que se realizó con sus hijos, fueron identificadas dos subcategorías:

a. **Actividad Placentera** y b. **Objetivos Terapéuticos**

a. Subcategoría **Actividad Placentera**,

a.1. Dimensión **Actividades Lúdicas**,

a.2. Dimensión **Musicales**.

b. La Subcategoría **Objetivos Terapéuticos** alude a la utilidad de la Musicoterapia través de su función, de causalidad y de encuadre. Reconocen en esta subcategoría tres dimensiones:

b.1. **Nivel Emocional** b.2. **Nivel de la Comunicación**

b.3 **Nivel Cognitivo**

3. Categoría “Efectos de la Musicoterapia en Atención Temprana”

En cuanto a esta categoría **Efectos** surge del parecer de los padres en relación a lo que ellos sienten que ha sido resultado del proceso de esta intervención. A) **Corto Plazo** aquellas que consiguieron ver durante el proceso terapéutico con el transcurso de la propia terapia.

a.1. **Motivación** a.2. **Intención** y a. 3. **Comunicación** hallada en ambas subcategorías, que devienen de la categoría principal **Efectos**.

B) **Largo Plazo**, en las que codificamos aquellos resultados o efectos que los padres consideran que se mantuvieron con el tiempo. Fue constituida por tres dimensiones:

b.1. La dimensión **Imagen**, agrupamos aquellas descripciones que hacían referencia al fenómeno de cambio cuando el concepto sobre el niño con discapacidad



cambia y se hace explícito en los espacios de la comunidad como en el Jardín infantil o de su familia alargada.

b.2. Dimensión **Autonomía**

b3. Subcategoría **Comunicación**: En esta subcategoría agrupamos aquellos datos que hacían referencia a la articulación entre servicios. Encontramos dos dimensiones: a. **Jardín infantil**, y b. **La familia**.

Resultados Estudio 2 de la Perspectiva de los Técnicos

1 Categoría “Qué es Musicoterapia”

Esta categoría principal está formada por tres sub categorías: a) Profesional específico, b) Terapia y c) Valor.

a. Subcategoría **Profesional específico**: a.1. Dimensión **Aplicación**, a.2. Dimensión **Conocimiento Musical** y a.3. **Foco**.

b. Subcategoría **Terapia**: b.1. Dimensión **Musical**. b.2. Dimensión **Transformadora**.

b.3. +c.1. De la siguiente categoría el componente **Creatividad** c. Subcategoría **Valor**. Fueron categorizadas tres dimensiones: c.1.**Creatividad**, c.2. **Dominio no verbal** y c.3. **Capacidad Afectiva**.

2. Categoría “Funciones de la Musicoterapia”

En esta categoría fueron agrupadas las consideraciones que hacen los técnicos de Atención de Temprana al describir funciones que son adjudicadas de responsabilidad para el ejercicio de la Musicoterapia en sus equipos, Así fueron encontradas 3 subcategorías: a) **Intervención Directa**, b) **Miembro del Equipo** y c) **Comunidad**.

a. Subcategoría **Intervención Directa**. a.1. Dimensión **Madre/Niño**. a.3. Dimensión **Familia**.



b. La Subcategoría **Miembro del Equipo** es la que describe cuales son las funciones que son responsabilidad del Musicoterapeuta en su trabajo como miembro de un equipo Multidisciplinar, constituido por dos dimensiones:

b.1. **Responsable de Caso.**

b.2. **Reuniones de Equipo.**

c. Subcategoría **Comunidad**, que se encuentra formada por dos dimensiones:

c.1. **Comunicación con los servicios de salud.** y c.2. **Comunicación con los otros**

intervenientes

3. Categoría “Lo Específico de la Musicoterapia en Atención Temprana”

Esta categoría principal surge desde tres claras subcategorías: a) **Aplicación**, b) **Dominio del lenguaje musical** y c) **Trastorno del inicio de la infancia.**

a. Subcategoría **Aplicación**: en las dimensiones **Musical** y **Lúdica**

b.1. **No verbal**-su dimensiones **ritmos musicales**, **ritmo interno** (cardíaco-respiratorio)

b.2. **Pre verbal** (entonaciones)

c. Subcategoría **Trastornos de Inicio de la Infancia**, constituida por 3 dimensiones identificadas como c.1. **Trastornos generalizados del desarrollo**, c.2. **Retraso mental** y c.3. **Trastornos de la comunicación.**

Conclusiones

Los padres entienden la Musicoterapia como un apoyo necesario que se complementa con las otras terapias, considerando su mayor potencialidad la comunicación aspecto, que fue evidente en todas las entrevistas.

La comunicación es considerada una de las potencialidades más importantes de la Musicoterapia; es una de sus características, es uno de sus beneficios y también de sus efectos. Sus hijos no verbalizan, pero desde la Musicoterapia se facilita la comunicación no verbal, en la que se construye un lenguaje propio del niño, que los



padres interpretan y pueden llevar a otros espacios sociales importantes para sus hijos, como sucede en el espacio educativo o en la familia alargada.

Comprender o ser comprendido, o también en la interpretación de las acciones o sonidos que sus hijos realizan, y consideran que desde la Musicoterapia fueron ayudados a interpretarlos.

Es reconocida como una terapia que consigue actuar desde el interior hacia la expresión de las emociones, que luego se ven modificadas.

Un Musicoterapeuta es considerado útil en el equipo porque su formación no está focalizada específicamente en las áreas física o emocional, sino que comprende al niño de forma holística.

Las familias encuentran en la Musicoterapia competencias para desarrollar su práctica clínica en los equipos de Atención Temprana por su capacidad sobre todo en la intervención en la vida. Desde el lenguaje no verbal favorece, sobre todo en los niños con deficiencias graves, la comunicación.

El Musicoterapeuta es reconocido por los padres por su conocimiento y aplicación del medio sonoro y musical en su capacidad terapéutica

Bibliografía

Del Olmo, M. J. (2005). Musicoterapia en Atención Temprana. Música, terapia y comunicación. *Revista de musicoterapia*, 25, 9-18.

Diário da República (2009). Decreto-lei n 281/2009, Diário da República, 1ª Série-Nº193-6 de Outubro de 2009, 7298-7302.

Franco, V. & Apolonio, A. (2008). *A Avaliação do Impacto da Intervenção precoce no Alentejo: criança, família e comunidade*. Portugal: Administração Regional de Saúde do Alentejo, instituto público.

Glaser, B. G. (1992). *Emergence vs forcing: Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley: Sociology Press.



Koelsh, S. (2009). A Neurocientific perspective on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169, 374-384. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x

Ruud, E. (1993). *Los Caminos de la Musicoterapia: la Musicoterapia y su relación con las teorías terapéuticas actuales*. Buenos Aires: Bonum.



6. CONTRIBUCIONES DE LA MUSICOTERAPIA EN LAS DIFERENTES FASES DE LA DEMENCIA

Dra. Melissa Mercadal-Brotos (Barcelona)

Resumen

El número de personas afectadas de demencia crece cada año. El tratamiento farmacológico es importante para tratar las demencias en general, pero no es suficiente. Actualmente, la atención en el cuidado de las demencias se va centrando en ofrecer intervenciones psicosociales eficaces, partiendo de las necesidades de cada individuo, con el fin de enlentecer el progreso de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de estas personas. La musicoterapia es una de ellas. El objetivo de esta comunicación es presentar, a partir de los resultados científicos, las aportaciones de la música y la musicoterapia a personas afectadas de demencia, en las diferentes fases de la enfermedad. Asimismo, se van a especificar las diferentes áreas y metodologías de intervención que han demostrado ser más apropiadas y eficaces en cada etapa de la enfermedad.

Palabras clave: Musicoterapia, demencias, investigación, intervención psicosocial

Abstract

The number of people suffering from dementia is growing each year. Drug treatment is important to treat dementias in general, but not enough. Currently, dementia care focuses on providing effective psychosocial interventions, based on the needs of each individual, in order to slow down the progression of the disease, and improve the quality of life of these people. Music therapy is known as one of them. The purpose of this communication is to present the contributions of evidence-based music and music therapy interventions to persons affected by dementia, at different stages of the disease. Also, the different treatment areas and intervention methodologies, which have demonstrated to be most appropriate and effective at every stage of the disease, are going to be described.

Keywords: Music therapy, dementias, research, psychosocial intervention



Contribuciones de la musicoterapia en diferentes fases de la demencia

El número de personas afectadas de demencia crece cada año. Según informa la Organización Mundial de la Salud, en el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos (OMS 2016). Esta enfermedad es una de las mayores causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores, y tiene un impacto físico, psicológico, social y económico importante tanto en la propia persona afectada, como en sus familias y sociedad en general.

Los retos que este grupo de enfermedades ha planteado, ha llevado a los profesionales de la salud a explorar nuevos recursos de intervención. Además de la farmacología, se ha reconocido la utilidad de otras intervenciones conocidas como terapias no farmacológicas o intervenciones psicosociales, siendo una de ellas la musicoterapia.

La aplicación sistemática de la musicoterapia en el campo de las demencias ya tiene su trayectoria (Brotons, 2000). En la década de los años 80, anécdotas y observaciones en cuanto a los posibles beneficios de la música en pacientes con la Enfermedad de Alzheimer (EA), se publicaron principalmente en boletines y *Newsletters* de Asociaciones de Familiares de Alzheimer (Cooper, 1991). Estos relatos, conjuntamente con los testimonios que se presentaron en el senado de los EEUU (*Special Committee on Aging, United States Senate, 1991*) desencadenaron un aumento en el número de artículos publicados en la década de los 90. Estos estudios evaluaron los diferentes aspectos de la música y de la musicoterapia en el tratamiento de personas mayores con demencia de forma más sistemática. Estos primeros estudios observaron que:

- Personas con la EA, a pesar de manifestar déficits de lenguaje y memoria, continúan **cantando** canciones del pasado y **bailando** con melodías antiguas (Braben, 1992).
- La música puede ser un canal de comunicación para **recordar y repasar eventos importantes de la vida** (Geula, 1986)



- Mientras el lenguaje se va deteriorando, **ciertas habilidades musicales continúan preservándose.** (Swartz, Walton, Crummer, Hantz & Frisina, 1989)
- La participación en musicoterapia ofrece un sentimiento de éxito y de logro, y es capaz de dinamizar y estimular, de evocar palabras, de calmar y dar confort al enfermo y cuidador. (Tappen, 1994)
- La música puede paliar algunas de las reacciones conductuales y/o emocionales, especialmente en las etapas más avanzadas. (Bonder, 1994)
- La música elicitó emociones y asociaciones, dando acceso a la persona a estados anímicos y memorias, pensamientos y contextos que aparentemente se han olvidado. (Sacks y Tomaino, 1991)

Los estudios más recientes –con una profusión cada vez mayor de investigaciones con técnicas de neuroimagen- aportan un mayor conocimiento de cómo la música, utilizada con criterios musicoterapéuticos, puede favorecer el bienestar y mejorar la calidad de vida de la persona con demencia y de sus cuidadores. Algunos de estos estudios muestran:

- Que la memoria musical puede preservarse en la enfermedad de Alzheimer. (Jacobsen, Stelzer, Fritz, Chételat, La Joie, & Turner, 2015)
- Los efectos positivos de la música sobre la agitación de personas con demencia. (Kong y Park, 2015)
- Los efectos de la música en la narración verbal autobiográfica en la enfermedad de Alzheimer. (El Haj, Clément, Fasotti & Allain, 2013)
- Que la música contribuye a mejorar la colaboración en las actividades básicas de la vida diaria, en la motricidad, en las relaciones con el cuidador y en la expresión emocional en demencias en fase avanzada.
- Como la musicoterapia puede producir cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo. (Okada, Kurita, Takase, Otsuka, Kodani,...& Mizuno, 2009)
- La disminución de la presión sistólica en personas con demencia que participan en programas de musicoterapia. (Takahashi & Matsushita, 2006)
- Meta-análisis sobre los efectos de la musicoterapia en personas con demencia.



(Vasionyté, & Madison, 2013; Li, Wang, Chou & Chen, 2015)

Musicoterapia con Demencias: Intervenciones Clínicas

La musicoterapia se ha aplicado en el área de las demencias desde una variedad de entornos y perspectivas teóricas, siempre con el objetivo de mejorar o mantener habilidades específicas en las diferentes áreas funcionales y en las diferentes fases de la demencia. En todas las fases de la demencia, es muy importante satisfacer las diversas necesidades, teniendo presente que la persona tiene la capacidad de aprender, de pensar, de experimentar sensaciones y de sentirse amada y cuidada (Olazarán, Reisberg, Clare, Cruz, Peña-Casanova, del Ser... & Muñiz, 2010). Este enfoque está alineado con el modelo de Atención Centrada en la Persona (Rogers, 1961; Kitwood, 1997). En este marco, la musicoterapia juega un doble papel: en primer lugar ofrece un acercamiento único a cada persona, favoreciendo su valoración, respetando su singularidad y fomentando sus relaciones en un entorno social que promueve su crecimiento; por otro lado la musicoterapia es una herramienta que puede facilitar la eliminación de sujeciones, contribuyendo así a una mayor dignificación de la persona.

Las intervenciones musicoterapéuticas en el campo de las demencias se han dirigido al propio enfermo, al enfermo con el cuidador o cuidadores familiares, y a los cuidadores tanto familiares como profesionales. Esta presentación se va a centrar en las intervenciones con las personas con demencia en las diferentes fases de la enfermedad, según se deriva de los estudios científicos en esta área.

Partiendo de los resultados de las investigaciones en musicoterapia y demencia, y teniendo en cuenta que la práctica clínica actual de la musicoterapia se basa en la evidencia científica, a continuación se presentarán las diferentes intervenciones clínicas que se llevan a cabo en esta disciplina con personas en diferentes fases de la demencia:

Fases Leves

Los objetivos generales de intervención con personas en fases leves-moderadas de una demencia se centran en tres áreas principales:



1. Reservar las capacidades físicas y cognitivas preservadas
2. Cuidar los aspectos socioemocionales de la persona
3. Atender a los posibles problemas conductuales que puedan manifestarse.

Estos objetivos tienen como finalidad principal el retraso de la dependencia de la persona. La Tabla 1 resume los aspectos metodológicos que han mostrado ser más eficaces en las intervenciones musicoterapéuticas [Fig.1]. Según los resultados se observa que el formato más adecuado para personas en fases leves de la demencia es el grupal, combinando la musicoterapia activa con la pasiva. La mayoría de estudios parecen demostrar que la música preferida del paciente es la más adecuada para utilizar en las sesiones. En cuanto a la frecuencia de sesiones, se apunta a 1-2 sesiones semanales durante 4-12 semanas para observar resultados positivos.

En cuanto a técnicas musicoterapéuticas concretas con grupos con deterioro cognitivo leve es posible trabajar a través de tocar instrumentos musicales, crear y hacer improvisaciones (instrumentales) o vocales, hacer ejercicios rítmicos con variantes, o ejercicios de reconocimiento auditivo, crear melodías, identificar autores y épocas y crear células rítmicas o melódicas.

Fases Moderadas

Las técnicas de intervención con personas en fases moderadas de la demencia son similares a las utilizadas con personas con afectación leve, todo y que los objetivos terapéuticos se concentran en los problemas mnésicos y en paliar problemas conductuales, ya más comunes en esta fase de la enfermedad [Fig.2].

La utilización de la música como facilitador o canal de acceso a subsistemas de memoria (semántica, autobiográfica o procedimental) tiene como objetivo reactivar recuerdos, contribuyendo a mantener la propia identidad en el presente. Durante la actividad musical, en el córtex prefrontal dorsal medial coinciden la familiaridad de la melodía y las asociaciones autobiográficas. Esta es una de las áreas que más tarda en deteriorarse en personas con la Enfermedad de Alzheimer. (Janata, 2009)

El concepto de estimulación no se refiere solo a ejercitar las habilidades cognitivas, sino que también se pretende llegar a todos los aspectos de la persona,



incluyendo el bienestar subjetivo y la relación con el entorno. La exploración, rotación de instrumentos, y tocarlos en grupo, así como la audición grupal e individual, son algunas de las técnicas más utilizadas.

Fases avanzadas

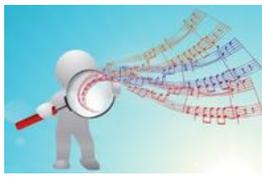
Con las personas en fases avanzadas de la enfermedad, el lenguaje musical no verbal adquiere una trascendencia especial. En este contexto, la musicoterapia puede llegar allí donde otras terapias psicosociales, que exigen la comprensión de consignas verbales no pueden. Así, el canto y actividades rítmicas son de gran utilidad ya que el procesamiento del ritmo se experimenta a nivel subcortical y permite la activación motriz sin consigna previa. Es crucial ofrecer una organización externa ante la desorganización interna y tener en cuenta la función musical preservada para:

- Mantener la Identidad, comunicación y seguridad
- Estimular de los recuerdos autobiográficos
- Potenciar la comunicación con sus cuidadores/familiares
- Favorecer la colaboración en las ABVDs
- Evitar o calmar la agitación
- Reducir de la ansiedad y de la agitación (Gerdner, 2012)

Es importante recordar que cada persona es única y que conocer las preferencias musicales de cada persona es crucial para la intervención musicoterapéutica con personas con demencia, y muy especialmente en fases avanzadas de la enfermedad.

Intervención Musicoterapéutica en el Contexto de las Demencias: Estado Actual y recomendaciones futuras.

Actualmente, el cuerpo científico en el área de Musicoterapia y demencias cuenta con un número respetable de artículos (aproximadamente 355). Los metaanálisis y revisiones Cochrane muestran que la Musicoterapia es una intervención que parece ser eficaz con este colectivo a pesar de los pocos artículos científicos incluidos en este tipo de estudios ya que muchos no cumplen los criterios metodológicos debido a que presentan:



1. Muestras heterogéneas
2. El tamaño de la muestra es pequeña
3. El número y frecuencia de sesiones es variable
4. Los instrumentos de evaluación también son variados entre los diferentes estudios
5. Poca homogeneidad en los diseños utilizados

Para que la musicoterapia gane credibilidad como terapia psicosocial con personas con demencia es importante que los futuros estudios intenten subsanar los factores metodológicos anteriormente mencionados. También de cara a futuros estudios será importante considerar diseños que incluyan grupos control que permitan aislar la variable “intervención musicoterapéutica” para evaluar su eficacia así como la utilización de instrumentos estandarizados propios de la musicoterapia que midan resultados y procesos.

[Figura 1]

Tabla 1. Intervención con Musicoterapia: Fases Leves

Fase/Enfermedad	Necesidades Areas	Objetivos Terapéuticos	Metodología	Frecuencia Sesiones
Leve (GDS 4)	Cognitiva	Mejora funciones cognitivas: memoria, atención, lenguaje, atención, función ejecutiva	Formato de grupo MT activa con variedad de técnicas: canto, tocar instrumentos, improvisación, danza-movimiento	1-2 sesiones semanales durante 4-12 semanas
	Social	Potenciar la interacción social Mejora la relación con los cuidadores	con MT pasiva	Hora del día resultados poco concluyentes
	Emocional	Potenciar la expresión emocional Disminuir la depresión	Música preferida del paciente	



[Figura 2]

Tabla 1. Intervención con Musicoterapia. Fases Moderadas y Graves

Fase/Enfermedad	Necesidades Áreas	Objetivos Terapéuticos	Metodología	Frecuencia Sesiones
Moderada (ODS 5)	Cognitiva	Mejorar/conservar funciones cognitivas: memoria, atención, lenguaje	Formato de grupo e individual MT activa: improvisación canto, tocar instrumentos,	2 sesiones/semana durante 6 semanas
	Social	Potenciar la interacción social Mejorar la relación con los cuidadores	improvisación, danza-movimiento con MT pasiva: audiciones	
	Conductual	Palas posibles problemas Conductuales: agitación	Música preferida del paciente	
Grave (ODS 6)	Conductual	Disminuir la agitación, depresión y ansiedad Colaborar con las ABVC ¹	Formato individual; importancia de la interacción	1 sesión semanal Varias intervenciones cortas en 1 día
	Social: Participación	Potenciar la comunicación	MT activa: cantar, tocar instrumentos musicales	
	Emocional: Re-encontrar su identidad	Estimular la memoria autobiográfica	Audición individualizada: <i>goda</i> Música preferida del paciente	

¹ABVC: Actividades Básicas de la Vida Diaria

- Disminuir la agitación, depresión y ansiedad
- Colaborar con las AVD
- Potenciar la comunicación
- Estimular la memoria autobiográfica

Bibliografía

Bonder, B. (1994). Psychotherapy for individuals with Alzheimer's disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 8 (3), 75-81.

Braben, L., (1992). A song for Mrs. Smith. *Nursing Times*, 88 (41), 54.

Brotos, M. (2000). An overview of the music therapy literature relating to elderly people. In Aldridge, D. (ed.). *Music therapy in dementia care* (pp. 33-62). London: Jessica Kingsley Publishers.

Cooper, J. (1991). Songs that soothe. *New Zealand Nursing Journal*, 84 (3), 22-23.



- El Haj, M., Clément, S., Fasotti, L., & Allain, P. (2013). Effects of music on autobiographical verbal narration in Alzheimer's disease. *Journal of Neurolinguistics*, 26, 691-700.
- Gerdner, L. (2012). Individualized music for dementia: Evolution and application of evidence-based protocol. *World Journal of Psychiatry*, 2 (2), 26-32.
- Geula, M. (1986). Activities for AD: Music encourages self-expression. *Alzheimer's Disease and Related Disorders*, 6 (2), 7.
- Jacobsen, J.H., Stelzer, J., Fritz, T.H., Chételat, G., La Joie, & Turner, L. (2015). Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's disease. *Brain*, 138, (8), 2438-2450. doi: 10.1093/brain/awv135
- Janata, P. (2009). The neural architecture of music-evoked autobiographical memories. *Cerebral Cortex*, 19, 2579-2594.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press.
- Kong, E. U., & Park, M. (2015). Effects of music therapy on agitation in dementia: Systematic review and Meta-analysis. *Korean Journal of Adult Nursing*, 27 (1), 106.
- Li, H. C., Wang, H. H., Chou, F. H. & Chen, K.M. (2015). The Effect of Music Therapy on Cognitive Functioning Among Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMDA Journal of the American Medical Directors Association*, 16 (1). 71-77. doi: 10.1016/j.jamda.2014.10.004



- Okada, K., Kurita, A., Takase, B., Otsuka, T., Kodani, E., Kusama, Y., Atarashi, H., & Mizuno, K. (2009). Effects of Music Therapy on Autonomic Nervous System Activity, Incidence of Heart Failure Events and Plasma Cytokine and Catecholamine Levels in Elderly Patients With Cerebrovascular Disease and Dementia. *International Heart Journal*, 50 (1), 95-110.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Bridaty, H., Rojo, J.M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H. & Muñoz, R. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: Una revisión sistemática. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Demencia*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sacks, O., & Tomaino, C. (1991). Music and neurological disorder. *International Journal of Arts Medicine*, 1 (1), 101-102.
- Swartz, K., Walton, J., Crummer, G., Hantz, E., & Frisina, R. (1989). Does the melody linger on? Music cognition in AD. *Seminars in Neurology*, 9 (2), 152-158.
- Takahashi, T., & Matsushita, H. (2006). Long-term effects of music therapy on elderly with moderate/severe dementia. *Journal of Music Therapy*, 43 (4), 317-33.
- Tappen, R. (1994). The effect of skill training on functional abilities of nursing home residents with dementia. *Research in Nursing and Health*, 17, 159-165.



Vasionyté, I., & Madison, G. (2013). Musical intervention for patients with dementia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1203-1216.



7. EFECTOS POSITIVOS DEL TRATAMIENTO MÚSICA E IMAGEN GRUPAL CON MUJERES CON FIBROMIALGIA

Dra. Esperanza Torres Serna (Vitoria)

Resumen

Este estudio trata de mostrar los efectos positivos del método Música e Imagen Grupal (GrpMI) con mujeres que sufren fibromialgia (FM). Se ha utilizado un diseño experimental randomizado, con grupo control y medidas pretest-posttest, y seguimiento después de tres meses.

Los resultados muestran efectos positivos estadísticamente o tendencialmente significativos en los relevantes síntomas de Fibromialgia, medidos en las variables: percepción de bienestar psicológico, impacto de la FM en la capacidad funcional y la salud, y dolor percibido.

La eficacia de la intervención GrpMI con las mujeres que sufren de FM sugiere la idoneidad de este tratamiento de Música e Imagen Grupal y abren un camino para nuevos estudios de investigación y uso clínico de esta modalidad terapéutica con poblaciones que, al igual que los enfermos de FM, la experiencia del dolor crónico.

Palabras clave: Fibromialgia; Música e Imaginación Guiada (GIM); grupo; dolor; bienestar psicológico, capacidad funcional y salud.

Abstract

This study attempts to demonstrate the effectiveness of Group Music and Imagery (GrpMI) with women suffering from fibromyalgia (FM). It uses a randomized controlled trial, with a pretest-posttest control group design, and a three-month follow-up.

The results show statistically or tendentially significant positive effects for the following relevant variables of the symptoms of fibromyalgia: pain, impact of FM on functional capacity and health, and perception of psychological wellbeing,

The effectiveness of GrpMI intervention with women suffering from FM suggests that it is advisable to use music therapy and especially Group Imagery and Music for FM treatment. The results obtained open the way for further research studies focussing on the usefulness of GrpMI in other populations that, like FM sufferers, experience chronic pain.

Keywords: Fibromyalgia; Guided Imagery and Music (GIM); group; pain; Psychological wellbeing; functional capacity and health.



Introducción

Con esta presentación, en el marco de las I Jornadas Hispano-Lusas de Actualización en Investigación Musicoterapéutica, se trata de mostrar parte del proceso y los resultados de la investigación objeto de mi tesis doctoral en Musicoterapia (Torres, 2015) y compartir mi trabajo y mi entusiasmo por el método Imagen Guiada y Música GIM con los profesionales y estudiantes de musicoterapia.

El estudio sobre el que voy a referirme a continuación se centra en los efectos del tratamiento de Música e Imagen Grupal con mujeres que tiene Fibromialgia.

Fibromialgia

La FM fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud en 1992 (WHO; ICD-10: código M79.0). Inicialmente fue definida con criterios diagnósticos centrados en la presencia de dolor y puntos sensibles a la palpación en diferentes partes del cuerpo (Wolfe et al., 1990), pero actualmente han sido redefinidos incluyéndose para su valoración más síntomas (Wolfe et al., 2010). La persona con FM manifiesta dolores continuos, difusos, de localización imprecisa y múltiple, para los que no se encuentra una base anatomopatológica que lo explique. Además, suele ir acompañado de rigidez articular, fatiga y problemas de sueño, entre otros. Los principales síntomas psicológicos vinculados con FM son la ansiedad, la depresión, el estrés junto con pobres habilidades y menores estrategias de afrontamiento.

Las intervenciones recomendadas habitualmente incluyen principalmente tratamientos farmacológicos, ejercicio físico y, eventualmente, terapias psicológicas, habitualmente con enfoque cognitivo-conductual.

La FM representa el dolor crónico osteo-muscular más generalizado en la población, con más frecuencia en mujeres y en edades medias de la vida de las personas. En España la prevalencia estimada es del 2.37% de la población general mayor de 20 años (Mas, Carmona, Valverde, & Ribas, 2008; Valverde, Juan, Rivas, & Carmona, 2001). Es una enfermedad que constituye un problema sanitario por su relevancia, por el grado de afectación en la vida cotidiana de los afectados, y por los numerosos especialistas implicados en su diagnóstico y tratamiento.



Perspectiva biopsicosocial

Personalmente contemplo la FM con una perspectiva biopsicosocial: un modelo dinámico donde puede estar influyendo tanto factores biológicos (como la predisposición genética) como factores psicosociales (como experiencias adversas en la infancia). Ambos tipos de estos factores iniciales, entre otros, pueden ser un factor predisponente a la enfermedad. Como consecuencia, la persona puede reparar en la presencia de ciertos síntomas, como el dolor moderado o la fatiga. Para algunas personas, se activan respuestas reguladoras, tanto de las reacciones fisiológicas como psicológicas, a través de mecanismo de adaptación y afrontamiento; pero, para otras este sistema adaptativo falla, bien por excesiva reactividad en el sistema nervioso central, bien por excesivos estresores, bien por otros factores afectivos, cognitivos, y ambientales (como falta de apoyo social) o una interacción entre todos ellos, y se genera una respuesta disfuncional (Okifuji et al., 1999; Lledó et al., 2012). Algunos autores destacan que estas respuestas desreguladoras se desencadenan tras un acontecimientos físico o emocional adicional (como por ejemplo: un accidente, latigazo cérico, aumento de responsabilidades o pérdida de un ser querido). Este modo de respuesta puede llegar a cronificarse de modo que se mantenga e incluso empeore el cuadro clínico, influido por una serie de factores, tanto afectivos (ansiedad, depresión) como cognitivos (preocupación excesiva, catastrofismo), comportamentales (hipervigilancia, hiperactividad) y sociales (falta de comprensión por el ambiente) (van Houdenhove et al., 2005; van Houdenhove, Kempke, & Luyten, 2010)

Método Música e Imagen Guiada (GIM) y Música e Imagen Grupal (GrpMI)

La terapia Música e Imagen Guiada (GIM) se reconoce como una terapia de enfoque humanista, que puede tener efectos en todos la persona en su conjunto, especialmente porque anima a los clientes a experimentar y expresar libre y espontáneamente sus sensaciones corporales, sus percepciones, sus emociones y sus pensamientos, haciéndose dueño y responsable de su propia historia (Short, 2002).



El método GIM proporciona apoyo para enfrentar el dolor y otros síntomas a través de: la relajación, la expresión de emociones y el fortalecimiento de los recursos internos, donde las imágenes metafóricas o simbólicas, amplían, modifican o cambian la visión interior.

Música e Imagen grupal (GrpMI) es una adaptación de GIM. Se trabaja en un formato de grupo en el que cada miembro crea espontáneamente imágenes, en un estado relajado de la conciencia, mientras escucha una o más piezas de música sin diálogo con la terapeuta. La intención terapéutica es crear un espacio seguro para relajarse sentir, explorar y facilitar cambios conectando con los sentimientos, imágenes y significados que facilita la experiencia.

El método GrpMI tiene la ventaja de llegar a un mayor número de personas que pueden compartir características y recursos, además de ayudar a que los pacientes están menos nerviosos por la intensidad de la atención de la guía y toleren mejor la terapia (Short, 2002); conecten con las experiencias e imágenes de los demás y así obtener diferentes perspectivas (Skaggs, 1997; Murphy, 2008; y promueve relaciones de afecto y apoyo (Bishop, 1994; Moe, Roersen & Raben, 2000))

Pocos artículos en la literatura científica se refieren al tratamiento de la Fibromialgia donde se utiliza musicoterapia. Sin embargo, estudios recientes muestran el efecto de escuchar música (ya sea sola o en combinación con la relajación y / o técnicas de visualización) para mejorar la calidad de vida de las personas con FM, especialmente en el ámbito hospitalario (Onieva-Zafra, Castro-Sánchez, Matarán-Peñarrocha, & Moreno-Lorenzo, 2013). La revisión de estudios cuantitativos y cualitativos recientes aplicando GIM en personas con problemas de dolor crónico, enfermedades musculoesqueléticas o cáncer han confirmado la utilidad de este método y muestran que el tratamiento GIM puede ofrecer cambios positivos importantes en el estado de ánimo y la calidad de la vida, así como en otros aspectos tales como la ansiedad, la depresión, la ira o el cansancio.



Objetivos

El objetivo principal de este estudio fue evaluar los efectos del tratamiento GrpMI en mujeres con FM comparando los resultados con un grupo control (comparación intergrupo) y de acuerdo a su evolución interna (comparación intragrupo), en variables como la percepción subjetiva de bienestar psicológico, el impacto de la enfermedad en la capacidad funcional y la salud y la percepción del dolor. También se recoge el objetivo de comprobar si se mantiene los efectos después de tres meses.

Las hipótesis quedaron planteadas como sigue:

- El tratamiento GrpMI aumentará significativamente la percepción subjetiva del bienestar psicológico en las mujeres participantes en el mismo.
- Tras la intervención, disminuirá significativamente el impacto global de la FM sobre la capacidad funcional y la salud en las mujeres tratadas con el mismo.
- Como resultado del tratamiento, disminuirá significativamente la percepción del dolor, expresado en la intensidad del dolor actual, en las mujeres participantes en el mismo.

Diseño experimental

Para ello se utilizó un diseño experimental con grupo de control, randomizado, con pretest, postest y seguimiento después de 3 meses.

Muestra

La muestra inicial estuvo compuesta por 70 mujeres, con edades comprendidas entre 35 y 65 años con diagnóstico de FM, 40 en el grupo experimental y 30 en el grupo control. Las participantes del estudio fueron reclutadas de tres asociaciones FM españolas en Bilbao, Pamplona y Valladolid.

56 mujeres (33 experimentales y 23 de control), con una media de edad de 51.3 años, terminaron la evaluación pre-post-test, siendo 49 las participantes que concluyeron la evaluación después de tres meses (29 en el grupo experimental y 20 en



el grupo control). Se cumplimentaron seis instrumentos de evaluación y el grupo que recibió tratamiento cumplimentó, además, un cuestionario individual de valoración del tratamiento.

Instrumentos de valoración

Se utilizaron test, con suficientes garantías psicométricas para medir las variables dependientes. Siendo estos los señalados a continuación: 1) **PWS/ EBP**: Escala de Bienestar Psicológico, que mide la percepción del bienestar psicológico subjetivo 2) **FIQ**: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia sobre la capacidad funcional y la salud, tomando en consideración las variables físicas y psicológicas más frecuentes; y 3) **MPQ**: McGill Pain Questionnaire, que ofrece una evaluación del dolor. Se ha utilizado dos escalas de esta herramienta. La intensidad Presente del dolor y la Escala Analógica Visual (**VAS**)

Tratamiento

El tratamiento utilizado en este estudio experimental consistió en 12 sesiones semanales de GrpMI, de dos horas cada sesión, donde cada grupo estuvo compuesto por 8 mujeres. Se trabajó con 5 grupos diferentes, en tres ciudades distintas. La estructura de cada sesión sigue la estructura propuesta en Grocke & Wigram, (2008)

- Conversación previa y establecimiento de foco
- Relajación- inducción
- Audición musical (desde 5 hasta 15 minutos; principalmente música clásica)
- Dibujo creativo (mándala)
- Diálogo posterior

Análisis

Los análisis estadísticos de este estudio se realizaron con el programa SPSS 21 para Windows.



Resultados

Los resultados de los análisis descriptivos permitieron observar que un 76.6% de participantes presentan diagnósticos asociados, siendo los más habituales los trastornos osteo-articulares y depresión. Además, las participantes mostraron niveles bajos de bienestar subjetivo, destacado impacto de la FM en su capacidad funcional, niveles elevados de depresión (estado y rasgo), ansiedad rasgo y una percepción del dolor actual superior a la media de la población.

Los análisis de covarianza, utilizados para comparar ambas situaciones, experimental y control, muestran un aumento del bienestar psicológico subjetivo, estadísticamente significativo ($p < 0,05$) y una disminución en el impacto de la FM en la capacidad funcional y la salud y la intensidad del dolor, con una tendencia estadística significativa ($p < 0,10$)

En la comparación intragrupo, el grupo experimental evidencia cambios positivos en todas las variables evaluadas, aumentando su percepción de bienestar subjetivo, y disminuyendo el impacto de la FM en su capacidad funcional y calidad de vida y la intensidad del dolor. Por el contrario, el grupo de control no experimenta cambios significativos.

El Índice de Cambio Fiable (ICF) evidencia que, al finalizar el tratamiento, un 57.6% de sujetos experimentales muestran recuperación en al menos tres de las variables y ningún empeoramiento, frente a tan solo un 8.7% del grupo control.

Una vez transcurridos tres meses, el grupo experimental se mantuvo mejor que antes de empezar el tratamiento de Música e Imagen grupal (GrpMI), aunque sin significatividad estadística al ser comparados con el grupo control.

Conclusiones

Los datos de este estudio empírico aportan evidencias de los efectos del tratamiento GrpMI, promoviendo cambios positivos en distintos síntomas de las personas con FM, disminuyendo la intensidad de dolor percibido, así como el



incremento de la percepción de bienestar y de la capacidad funcional y estado de salud en las mujeres con FM.

De este modo, aporta fundamentación empírica para que esta modalidad de tratamiento pueda ser considerada favorable en el trabajo con FM, pudiendo compararse esta intervención, y sus efectos a corto y medio plazo, con otros tratamientos psicológicos, siendo una alternativa más a los tratamientos cognitivos que son los más comúnmente recomendados por el personal sanitario. GrpMI puede ser un tratamiento complementario a otros (dieta, ejercicio físico, etc), y dirigida a la persona en su totalidad.

Este estudio aporta relevancia clínica y especificidad al trabajo musicoterapéutico, y más concretamente al tratamiento GrpMI, desconocido e incipiente, entre la comunidad socio-sanitaria.

Los resultados positivos de esta intervención GrpMI, que se fundamenta en un enfoque humanista, centrado en la persona y considerando a ésta desde una perspectiva biopsicosocial, capaz de reconocer sus propios recursos internos y asumir la responsabilidad de sus cambios contribuye a la visión de la FM desde una óptica amplia. Una perspectiva donde haya cabida a la atención global de la persona, y devuelva a ésta, la capacidad de desenvolverse, adaptarse o modificar los efectos de la enfermedad al encontrar un marco de atención profesional que ofrece respeto, reconocimiento, tanto individual como colectivo, y alternativas de cuidado y mejoría.

Espero que pueda servir de ejemplo y motivación para ser continuar investigando en este campo a aquellos musicoterapeutas y terapeutas GIM interesados tanto en FM como en otras poblaciones con parecidas características.

Bibliografía

Grocke, D. E., &Wigram, T. (2008). *Métodos receptivos de musicoterapia: Técnicas y aplicaciones clínicas para musicoterapeutas, educadores y estudiantes*. Vitoria: AgrupArte.



- Lledó, A., Pastor, M. A., y López-Roig, S. (2012). Intervención Psicológica en la Fibromialgia. FOCAD (Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos) Decimonovena edición, Nov.-Dic.2012, pp.1-23. ISSN: 1989-3906
- Mas, A., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, B. & the EPISER Study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 26 (4), 519.
- Moe, T., Roesen, A., & Raben, H. (2000). Restitucional factors in group music therapy with psychiatric patients, based on a modification of guided imagery and music (GIM). *Nordic Journal of Music Therapy*, 9 (2), 36-50. doi:10.1080/08098130009478000
- Murphy, K. M. (2008). *The effects of group guided imagery and music on the psychological health of adults in substance abuse treatment*. Doctoral thesis. Temple University.
- Okifuji, A., Turk, D. C., & Marcus, D. A. (1999). Comparison of generalized and localized hyperalgesia in patients with recurrent headache and fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 61(6), 771-780.
- Onieva-Zafra, M. D., Castro-Sánchez, A. M., Matarán-Peñarrocha, G. A., & Moreno-Lorenzo, C. (2013). Effect of music as nursing intervention for people diagnosed with fibromyalgia. *Pain Management Nursing*, 14 (2), e39-e46. doi:10.1016/j.pmn.2010.09.004



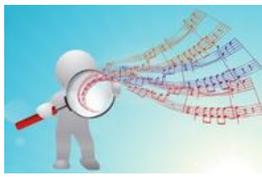
- Short, A. E. (2002). Guided Imagery and Music (GIM) in medical care. In K. E. Bruscia, & D. E. Grocke (Eds.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond* (pp. 151-170). Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Skaggs, R. (1997). *Finishing strong: Treating chemical addictions with music and imagery*. St Louis, MO: MMB Music.
- Torres, E. (2015). *Effectiveness of Group Music and Imagery (GrpMI) with Fibromyalgia Patients* (doctoral Dissertation). Recuperado de http://vbn.aau.dk/files/225519272/Esperanza_Torres_Serna_E_pdf.pdf
- Torres, E. (2015). Group Music and Imagery (GrpMI) for treating fibromyalgia: listening to oneself as path of opening and transformation GIM method adapted to a group of patients with Fibromyalgia. In D. Grocke, & T. Moe (Eds.). *Imagery and Music (GIM) and Music Imagery methods for individual and group therapy* (pp. 267-276). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Valverde, M., Juan, A., Rivas, B., & Carmona, L. (2001). Estudio EPISER: Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. *Sociedad Española De Reumatología, SER*, 77-91.
- Van Houdenhove, B., Egle, U., & Luyten, P. (2005). The role of life stress in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 7(5), 365-370. doi:10.1007/s11926-005-0021-z
- Van Houdenhove, B., Kempke, S., & Luyten, P. (2010). Psychiatric aspects of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Current Psychiatry Reports*, 12(3), 208-214. doi:10.1007/s11920-010-0105-y



Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Yunus, M. B. (2010).The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610. doi:10.1002/acr.20140

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Sheon, R. P. (1990).The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160-172. doi:10.1002/art.1780330203

World Health Organization (WHO). (1992). *The International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems. ICD-10*. Geneve: World Health Organization.



8. LA INVESTIGACIÓN BASADA EN LA PRÁCTICA DE MUSICOTERAPIA PARA EVALUAR SU USO EN CUIDADOS PALIATIVOS. ESCUCHAR PARA LLEGAR AL SER.

Dra. Mireia Serra Vila (Barcelona)

Resumen

Las especificidades del ámbito y pacientes de cuidados paliativos pueden condicionar y dificultar el diseño de una investigación. Los métodos de investigación basada en la práctica de la musicoterapia y su parte creativa pueden contribuir a escuchar y dar voz a los diferentes integrantes de este colectivo (pacientes, familiares o cuidadores, equipo, musicoterapeutas...), así como a entender y justificar su uso.

Nos acercamos así a los modelos de atención centrada en la persona y a la filosofía de la proximidad, desde la ética, la presencia e igualdad, integrando todos los aspectos y promocionando la salud. Cambiamos nuestra mirada, nuestro paradigma. Nos movemos entre *Musicing* y *Healthing*. Ejemplificamos la voz colectiva. Escuchamos para llegar al ser.

Palabras clave: musicoterapia, práctica, cuidados paliativos, voz colectiva, paradigma

Abstract

The specificities of the area and patient of palliative care can determine and difficult the design of an investigation. The methods of investigation based on music therapy practice and his creative part can help to listen and give voice to different members of this group (patients, relatives or caregivers, team, music therapists ...), as well as to justifying his use.

We approach this way to the person-centered model and the philosophy of proximity, from the ethics, the presence and equality, integrating all the aspects and promoting the health. We change our attention, our paradigm. We move between *Musicing* and *Healthing*. We exemplify the collective voice. We hear to come to the being.

Keywords: music therapy, practice, palliative care, collective voice, paradigm



La investigación basada en la práctica

Descubro el término de Investigación basada en la práctica en un artículo sobre musicoterapia y cuidados paliativos de O'Callaghan (2009). En él, se la define como “el uso de principios inspirados por la investigación (dentro de la práctica) para contestar las preguntas que surgen de la práctica de los modos que informa la práctica.” (Epstein, 2001, citado en O'Callaghan, 2009)

Se trata de un trabajo profundo para clarificar y contextualizar el trabajo diario, con un autoanálisis constante por cada aspecto de la investigación.

Los investigadores no pretenden descubrir la verdad, pero sí ofrecer sus interpretaciones de las experiencias, a veces personales, y a veces reflejar las interpretaciones de voces colectivas, incluyendo a los pacientes, sus familias, equipo, reflexiones de musicoterapeutas (el mismo autor de un artículo u otros). En este sentido, se podría clasificar la investigación como “Voces colectivas”.

Los métodos para promover el «rigor interpretativo» incluyen la fiabilidad inter-datos, la triangulación –cuestionarios, entrevistas, entrevistas semiestructuradas, grupos focales, la comprobación por el equipo, “la descripción gruesa”, diarios de reflexión, y revisión de rastros/temas, así como la evaluación de los productos terapéuticos, como las canciones, etc. (a diferencia de las nociones tradicionales de alcanzar la validez y la fiabilidad en la investigación cuantitativa).

Preguntas relacionadas con publicaciones sobre la práctica inciden, por ejemplo, en los diferentes modelos de musicoterapia; las diferentes percepciones de los efectos de la musicoterapia por parte de pacientes, musicoterapeutas, cuidadores, equipo y observadores independientes; el uso de diferentes herramientas de evaluación, o las diferentes experiencias control.

El punto de vista

Escogemos un tipo de investigación según nuestro punto de vista, nuestra visión de la realidad.



La visión que el investigador tiene sobre la ciencia, la gente y el mundo, la manera como interpreta la realidad, influirán en el método escogido así como en el significado de la investigación. (Aldridge, 1996 y Minihiello, en O'Callaghan, 2009).

Como lectores, acudiremos al trabajo que resuena con nuestras premisas de interpretación y, en verdad, con nuestro propio sesgo o tendencia.

Ética

Nuestra intervención, especialmente si planteamos una investigación, debe seguir estándares profesionales, criterios de excelencia y ética. El marco de reflexión ético debe responder estas tres preguntas: (*Quaderns d'Educació social, 2015*).

- ¿Y si todo el mundo lo hiciera? (implica una ética inclusiva)
- ¿Y si todo el mundo lo supiera? (transparencia)
- ¿Y si me lo hicieran a mí? (reciprocidad)

Proximidad

“La etapa crucial para aliviar el sufrimiento es comenzar el camino de conocer a los pacientes como personas”. (Casell, 1999)

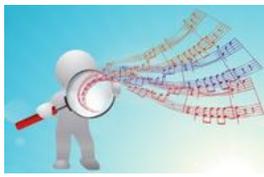
Un diálogo auténtico es como un canto a dos voces. Nos hablamos al mundo y a nosotros mismos. Identifico y enuncio cosas, y las digo al otro, a quien me aproximo. Es contacto y compañía (acompañamiento). (Esquirol, 2015)

«Sea cual sea el mensaje transmitido por el discurso, hablar es contacto».
(Lévina, en Esquirol, 2015)

Desde esta filosofía, desde esta proximidad y presencia, trabajamos.

Modelos de trabajo

El Modelo de atención centrado en la persona (MCP), creado por Kitwood (1977) propone un cuidado del paciente individualizado, recogiendo las necesidades de confort, identidad, vinculación, ocupación, inclusión y amor (que sitúa en el centro), actuando desde la empatía y la observación, con el fin de mejorar la calidad de las



relaciones que mantienen con quienes les rodean. Fue pensado especialmente para personas mayores, de edad avanzada y con demencia ingresadas.

Los rasgos principales del MCP son útiles para guiar la participación en sesiones como terapeuta mientras que los resultados sirven para los objetivos, que pueden ser refinados e individualizados como progresos de terapia. (Noone, 2008)

El modelo integral, y concepto de medicina integral, aparece ya en la literatura a principios de siglo XXI (Wilber, 2001). Incluye más elementos. En este modelo, los aspectos culturales y espirituales de la persona, la sociedad, son también tenidos en cuenta.

Wilber lo ejemplifica a través de 4 cuadrantes (yo, tú, nosotros, y ellos) así como del espectro de conciencia o de las potencialidades de la persona (ética, aspectos emocionales, cognitivos, espirituales, conciencia de la muerte...).

Todos los aspectos están interrelacionados e integrados. La alteración en uno de los cuadrantes afecta el resto. Y esto incide tanto en la causa como en la curación.

Siguiendo con la idea que la persona participa en su salud, y enlazando con el elemento musical, encontramos el *Health musicing*. Dicho concepto, propuesto por Ole Bonde (2011), va incluso más allá de la sala de terapia, del contexto terapéutico. Se enmarca allí donde las personas usan experiencias musicales, incluso en su vida diaria, para darle significado y coherencia en estados y momentos de adversidad.

Bebiendo en las fuentes de Wilber, entre otros autores, la propuesta de Ole Bonde se construye también a través de cuatro cuadrantes (mente, cuerpo, individual y social). Desplazándose desde el centro hacia los diferentes cuadrantes, encontramos experiencias afirmativas, emocionales correctivas y relacionales que se desarrollan entre el *healthing* y el *musicing* (hacer/crear música –otro concepto ampliamente usado últimamente en musicoterapia, y en ámbitos que requieren claramente incidir en el desarrollo de comunidades y valores, o la formación y desarrollo de la identidad de la persona.

Todos los aspectos se integran, tratando de unificar diferentes paradigmas y enfoques hasta el momento diferentes. El paradigma de observar y tratar la enfermedad



como lucha, combate... está empezando a cambiar. Nuestra sociedad evoluciona hacia modelos de pensamiento más basados en la aceptación y el amor, incluso a la enfermedad, dejando constancia en publicaciones científicas. (Serra, Juan & Barnadas, 2007).

La MT en Cuidados paliativos

El interés y la literatura en el ámbito de la musicoterapia en cuidados paliativos sigue un ritmo creciente. No es el objetivo de este artículo detallar su evolución de ésta, sino incidir en algunos aspectos a tener en cuenta en la práctica clínica e investigadora.

Según la última revisión del Instituto Cochrane sobre musicoterapia en cuidados paliativos (Bradt & Dileo, 2010), el objetivo primario de la musicoterapia es mejorar la calidad de vida de las personas mediante: el alivio de síntomas, el tratamiento de las necesidades psicológicas, el ofrecimiento de apoyo y consuelo, la facilitación de la comunicación y la satisfacción de las necesidades espirituales.

Además, los musicoterapeutas ayudan a la familia y los cuidadores con la comunicación, la aflicción/duelo y el afrontamiento.

La particularidad de la situación de los pacientes al final de su vida nos plantea unos retos a la hora de plantear una investigación: el tiempo de estancia breve, la calidad y la necesidad de vivir este tiempo de manera preciosa con su familia, hacer mediciones cortas, gran flexibilidad, dificultad con la muestra, estimular la familia...(Bradt & Dileo, 2010)

Analizados distintos tipos de medidas, también en relación a las familias, los resultados principales sugieren un beneficio en Calidad de vida y un alto riesgo de sesgo; sugieren hacer más investigación (Bradt & Dileo, 2010). Interesantes también datos de estudios económicos realizados en *hospices*, donde el coste-beneficio es favorable a la musicoterapia (Romo & Gifford 2007)

“El cuidado a las personas moribundas demanda hacer todo lo que podamos para permitir a los pacientes vivir hasta que mueran, e incluye el cuidado de la familia, la mente, y el espíritu así como el cuidado del cuerpo”.(Saunders, citado en Planas, 2015)



Voces colectivas. Habla el paciente

Se transcribe el diálogo entre la paciente, una mujer, ingresada en la UCP y la musicoterapeuta:

- PC: Puedo decir algo yo. Ya conocíamos la musicoterapia, ya había oído hablar de ella también hace tiempo, y para mi fue muy muy bonito la experiencia que vivimos aquí, porque..fue algo maravilloso que me lo pusieron encima y parece que te llamaban las cuerdas a tocar, y surgió un cuento precioso, y la verdad que me emocioné, pero es que la música da tanta alegría y tanta paz al corazón, lo inunda y habla por uno, aunque uno no sabe qué decir, no tiene nada que decir, porqué ya con la música, lo está diciendo todo.

- MT: ¿Y qué dijiste ese día con la música? ¿qué decías el otro día con la música, que está relacionado con el dibujo que hemos visto?

- PC: Pues que... me emociono.... pues que la vida es bonita... pues que aunque una persona esté enferma no quiere decir nada, porqué el espíritu está ahí, y que el espíritu mientras que hay vida está, que hay que alimentarle... y me vuelvo a emocionar... pero bueno.. pero todo en sentido positivo, no es un emocionarse de pena, sinó de alegría, aunque sea con lágrimas, pero bueno, muy bonito, muy bonito lo del arpa. Así que yo lo recomiendo a todo el mundo.

Voz del familiar

Serra, De Luis & Valls (2014) evaluaron la satisfacción de los familiares al programa de musicoterapia de una UCP. Las respuestas de tipo abierto se agruparon en tres temas: verbalización sobre la enfermedad, verbalización sobre la musicoterapia, y el servicio de musicoterapia.

La musicoterapia favorecía una mejor expresión emocional; con ello, los familiares podían verbalizar sobre la enfermedad (en relación al malestar físico, emocional y el reconocimiento de la enfermedad).

En relación a la verbalización sobre la musicoterapia, se relatan beneficios en cuanto a: entorno (intimidad, comodidad, adaptación), actitud (actitud y agradecimientos), apoyo/ayuda, cuidar al cuidador, distracción, emoción y estado de ánimo, participación, relaciones personales, compartir experiencias musicales, empoderamiento, evocar recuerdos, activar o relajar a nivel físico, comunicación y expresión, conexión con el mundo espiritual/religioso, vivencia diferente del paso del tiempo, y/o el no beneficio.



El servicio de musicoterapia fue ampliamente reconocido, sugiriendo la ampliación y universalización de este a otros hospitales.

“Ha recuperado la movilidad de los dedos tocando la guitarra, se ha emocionado, ha recobrado nuestra infancia.”

“Por ser el lugar y el momento sagrado, en el cual mi madre viajará hacia su retorno a la vida».

“Muchas gracias por aportar luz, alegría y música en estos momentos”.

“Llevarlo a cabo en muchos hospitales; es necesario, ya que es buena para ellos como para nosotros.”

Los temas coinciden con los descritos en los estudios cualitativos realizados con familiares de pacientes oncológicos y paliativos en musicoterapia. (Serra, De Luis & Valls, 2014)

La voz del equipo

Incluir la voz del equipo, de los diferentes profesionales que atienden a las personas en su etapa final de vida, nos ayuda a conocer su opinión en relación a los programas de musicoterapia. Los beneficios y alcance de la musicoterapia que refieren dichos profesionales abarcan aspectos emocionales, físicos, sociales, ambientales, creativos y espirituales. La visión y sentido de dichos profesionales, facilita también la derivación a musicoterapia por parte del equipo (O’Kelly & Koffman, 2007).

Por otro lado, enmarcar el trabajo diario en un modelo de atención integral, nos permite también legitimar las emociones que afloran en el médico u otro profesional en su actividad profesional en esta nueva medicina (Wilber, 2001).

Reconocer los sentimientos y aspectos emocionales del profesional (positivos y negativos), ayudará a reconocer cómo inciden en la práctica de la medicina. Es una herramienta útil y crítica para curar mejor y proporcionar una mejor atención a los pacientes (Ofri, 2014). No somos neutrales. Es una herramienta útil para reconocer y aceptar nuestras heridas, nuestro sufrimiento desde el corazón y caminar, de este conocimiento, un paso más hacia nuestra sanación (Nouwen, 1971). ES desde la interacción continua con el paciente y la sociedad que vamos creciendo y sanando.



Transcripción de las palabras de una enfermera de una UCP en relación a la musicoterapia:

La experiencia de trabajar con la musicoterapia es muy grata, nos ayuda en el día a día, tanto en la aplicación de las técnicas hacia el paciente, cuando realizan una cura o cuando cogen una vía, o cuando le estás haciendo un procedimiento, que ya sea doloroso o no, le provoca bastante ansiedad. En ocasiones los relaja o en ocasiones, simplemente los distrae. Y eso es muy grato, tanto para el profesional como para el paciente. Pero aparte también ya no solo en técnicas, nos ayuda a crear un vínculo y en reforzarlo, tanto con el paciente como con la familia. Esto., yo he trabajado desde un punto de vista de paliativos y sobre todo en las últimas fases de la vida, en la fase de agonía, me ha resultado muy grata como es capaz de tranquilizar un ambiente, de tranquilizar una familia, de acompañar con la melodía la respiración de una persona que se va a ir, que va a dejar de estar. La música nos acompaña siempre a lo largo de nuestra historia de vida y muchísimos momentos de cada uno de nosotros están ligados a canciones, a melodías, a sintonías. Esos mismos momentos son los que los pacientes recuerdan con su familia, con nosotros, en esta última fase de su enfermedad y les hace crear no solo un vínculo más grande hacia nosotros y hacia ellos mismos, sino les ayuda a despedirse y a dejar un legado para mañana.

La voz de la musicoterapeuta

Como persona y profesional incluido en el equipo multi, inter e intradisciplinar. Su voz y opiniones pueden incluirse en el apartado anterior. Pero en este artículo (resultante de la ponencia previa en este congreso), incidiré en otros aspectos.

Por un lado, desde el aspecto académico, desde nuestros estudios, asistencia a congresos, investigaciones, lecturas... Los currículums son fácilmente accesibles y consultables por internet, no hay misterio.

Por otro lado, nosotros, como terapeutas, debemos trabajar desde nuestra conexión con la vida, desde la consciencia, dese el trabajo interno hecho previo sobre nuestro miedo /impulso o enganche a morir/vivir. (Serra, 2015)

Esto implica trabajar desde nuestras competencias básicas, también llamado currículum oculto, y que implica competencias emocionales, relacionales y éticas.

Fue desde mis múltiples experiencias cercanas a la muerte que me acerqué a los cuidados paliativos, y, en definitiva, a la vida.

Fue desde mi presencia y la proximidad a los maestros pacientes, los cuidadores, el equipo... y apoyándome en la literatura, donde forjé esta reflexión, esta charla.



En definitiva, desde nuestro/mi saber, saber hacer y saber ser.

“Y de esta manera, en verdad, podemos entender el proceso dinámico improvisado de musicking como un proceso de healthing”. (Aldridge, 2003)

La curación no viene de ser amado sino de ser uno mismo. No es un asunto de estar claro sino de ser claramente uno. Esta cura es simplemente ser uno mismo. Nada que esté separado, nada apartado, nada que limite. Entrar, por momentos, en el reino del ser puro, la puerta se abre, más allá de la vida y de la muerte, nuestra cara original se vuelve hacia nosotros. (Levine, 1996)

Así pues, en este sentido, mensaje y mensajero, carta y cartero, investigador e investigado, son lo mismo. Somos el reflejo del otro, que es uno mismo.

Bibliografía

Aldridge, D. (2003). Music therapy and spirituality; A transcendental understanding of suffering. *Music Therap yToday*. Recuperado de <http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20030218101523/20030218102425/SpiritMTTFeb2003.pdf>

Bradt, J. & Dileo, C. (2010). Music therapy for end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD007169. doi: 10.1002/14651858.CD007169.pub2.*

Cassel, E.J. (1999). Diagnosing Suffering: A Perspective. *Ann Intern Med; 131*, pp. 531-534.

Esquirol, J.M. (2015). *La resistència íntima. Assaig d'una filosofia de la proximitat*. Barcelona: Quaderns Crema.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.



- Levine, S. (1996). *Sanar en la vida y en la muerte*. Madrid: Los libros del Comienzo.
- Noone, J. (2008). Developing a Music Therapy Programme within a Person Centred Planning Framework. *Voices*, 8, 3.
- Nouwen, H.J.M. (1971). *El sanador herido*. Madrid: PPC.
- O'Callaghan, C. (2009). Objectivist and constructivist music therapy research in oncology and palliative care: An overview and reflection. *Music and Medicine*, 1(1), 42-60.
- Ofri, D. (2014). *What doctors feel: How emotions affect the practice of medicine*. Boston: Beacon Press.
- O'Kelly, J. & Koffman, J. (2007). Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliative Medicine*, 21, 235-41.
- OleBonde, L. (2001). Health Musicing-Music Therapy or Music and Health? A model, empirical examples and personal reflections. *Music and Arts in Action*, 3(2), 120-140. Recuperado de <http://www.musicandartsinaction.net/index.php/maia/article/view/healthmusicingmodel/58>
- Planas, J. et al. (2015). Effectiveness of Music Therapy in Advanced Cancer Patients Admitted to a Palliative Care Unit: A Non-Randomized Controlled, Clinical Trial. *Music & Medicine*, 7(1), 23-31.
- Quaderns d'educació social (2015). *Entrevista a Begoña Román*. Barcelona: Quaderns d'educació social, 17, 31-45.
- Romo, R. & Gifford, L. (2007). A Cost-Benefit Analysis of Music Therapy in a Home Hospice. *Nursing Economics*, november-december, 25(6), 353-358.



Serra, M. (2015). Musicoterapia, en sintonía al final de la vida. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. Vol. 10. In press.*

Serra, M., Juan, E. & Barnadas, A. (2007). "The effect of an intervention based on Guided Imagery and Music in Quality of Life, Anxiety, Depression and haematological parameters in women affected by breast cancer treated with adjuvant chemotherapy". Póster. VII European Congress of Music Therapy, Eindhoven (Holland).

Serra, M., De Luis, V. & Valls, J. (2014). Evaluación de un programa de musicoterapia en una UCP. La perspectiva de los cuidadores. *Medicina Paliativa*, 23 (3), 129-140. doi: 10.1016/j.medipa.2014.02.002.

Wilber, K. (2001). *Una teoría del todo*. Barcelona: Editorial Kairós, SS.

