6

REVISTA DE INVESTIGACIÓN EN MUSICOTERAPIA

MISOSTENIDO

MUSIC THERAPY RESEARCH JOURNAL

ISSN: 2660-5503

BENEFICIOS TERAPÉUTICOS DE LA MÚSICA

MARZO 2024

Ya hemos llegado a la sexta entrega de *Misostenido* coincidiendo con el comienzo de *Programa investIgA*, llamado a reforzar las competencias investigadoras de los estudiantes del master de musicoterapia de UNIR, con la ayuda de la inteligencia artificial.

Estas nuevas herramientas nos van a permitir seguir apostando por la calidad y la innovación metodológica de la investigación en musicoterapia.

Tras la buena acogida del anterior número, damos continuidad a la iniciativa bilingüe y reforzamos la divulgación en redes sociales de todos las publicaciones.

Fotografía de Cottombro Studio en Pexel. Creative Commons

Ilustración creada con Leonardo.ai por David Gamella

EQUIPO

Editor y director editorial
Dr. David J. Gamella González. UNIR (España)

Coeditor
Dr. José Fernando Fernández Company. UNIR (España)

Equipo de redacción
Prof. Beatriz Amorós. UNIR (España)
Dra. María García Rodríguez. UNIR (España)
Dr. José Alberto Sotelo. UNIR (España)
Prof. Alessia Fattorini. Vaca. UNIR (España)

Comité de expertos
Dra. Melissa Mercadal Brotons. ESMUC y UNIR (España)
Mario Ayabaca Sarria. USFQ (Ecuador)
Daniel Martín Torea. UP (Francia)
Liliana Hernández Méndez. UPN (Colombia)
Dr. Marco Antonio de la Ossa. UCLM (España)
Dra. Marta Lage. UCM (España)
Dr. Luis Alberto Mateos. UPS (España)
Dr. Alfonso García. CUCC- UAH (España)
Dr. Segundo Valmorisco. URJC (España)
Dr. Daniel Fierro. UAB (España)
Dr. Juan Carlos Montoya. UM (España)
Dr. José Manuel Azorín. UCAM (España)
Dra. Anelia Ivanova Iotova. UCM (España)
Dra. Virginia Jiménez Rodríguez. UCM (España)
Dr. Eduardo Chávarri. UNIR (España)

Corrección ortotipográfica
Sara García Pareja

Diseño, maquetación y edición gráfica/web
Dr. David Gamella González. UNIR (España)

Escritura de licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial 4.0 Internacional
(CC BY-NC 4.0)

ISSN: 2660-5503

> Al margen de que nos apliquemos en la redacción de un informe de evaluación o en un artículo de investigación, el hecho de valorar los objetivos terapéuticos ya comporta en sí un diseño de variables, la definición de unas categorías de observación y el uso de unas escalas validadas.

FUNDAMENTO PARA TODOS

Por David J. Gamella-González. Musicoterapeuta Supervisor Acreditado (AEMT)
https://orcid.org/0000-0001-9834-954X

Russell en 1948 advertía que "todo conocimiento humano es incierto, inexacto y parcial". Bayés, en 2023, recogiendo sus palabras, reclama pensamiento crítico como antídoto ante cualquier dogmatismo. Siguiendo este hilo, nos ponemos del lado de la investigación. Sin ella no hay musicoterapia, como tampoco hay arte, literatura, periodismo, justicia o medicina. Musicoterapia e investigación son dos elementos de un mismo ecosistema. Como el árbol enriquece la tierra, ésta le nutre y sustenta.

Cualquier servicio de atención a pacientes que consideremos de calidad se apoya ineludiblemente sobre la base de unas evidencias anteriormente estudiadas bajo un protocolo de investigación. Cualquier teoría o método validado en musicoterapia proviene del análisis de casos de intervención. Esta interconexión entre acción y evaluación nos exige el aprendizaje y manejo de competencias cruzadas. En musicoterapia es necesario saber aplicar metodologías terapéuticas al tiempo que saber manejar la información resultante, según el método científico. Sin espacio al dogma y abiertos a la observación.

Al margen de que nos apliquemos en la redacción de un informe de evaluación o en un artículo de investigación, el hecho de valorar los objetivos terapéuticos ya comporta en sí un diseño de variables, la definición de unas categorías de observación y el uso de unas escalas validadas. Requiere a su vez, una toma de datos sistematizada y la aplicación de un protocolo de intervención conforme a las necesidades específicas de un paciente. Esto es, han sido aplicadas indirectamente metodologías de investigación.

Poner en valor estas habilidades, aprender a objetivar las observaciones en una evaluación clínica, inculcar una mirada crítica y analítica, mostrar cómo se diseña un experimento, ayudar a implementar programas con validez científica o defender que la musicoterapia sólo puede sustentarse en la evidencia, son sólo algunas de las metas que nos ocupan en esta revista y que compartimos con las materias del master de Musicoterapia de UNIR: un camino de fiabilidad y rigor terapéutico que va entre la adquisición de herramientas de control y capacidad de cuidar de las personas.

Insistimos siempre en que el rol del musicoterapeuta y el de quien observa, registra, evalúa y describe los resultados de un experimento es diferente, aunque no excluyente. Aun siendo especialidades distintas, los primeros no pueden ser ajenos, ni estar al margen de los segundos procedimientos. Los clínicos han de estar familiarizados con el manejo de las bases de datos, deben saber acceder a las fuentes bibliográficas y explorar las más actuales manejando la lengua vehicular científica, que es el inglés. Sólo así se sortea la parcialidad, la incertidumbre y la inexactitud. Sólo así se alcanza solidez profesional en los proyectos terapéuticos y nos alejamos de las ocurrencias.

El ejercicio de esta profesión obligado a conocer cuestiones tales como el impacto neurológico de la música y su influencia fisiológica, psicológica y emocional. Ello nos acerca a comprender el sentido de las respuestas sonoras, a apreciar los contextos en los que surgen y a reconocer el significado de cada significante musical y su alcance terapéutico.

Seguro que puede parecer desmedido todo este elenco de habilidades y saberes que el musicoterapeuta lleva junto a sus instrumentos, si lo comparamos, y volvemos a los medios de comunicación, con esa imagen edulcorada que suelen difundir en donde la música, en hospitales y residencias, se toca para todos por igual, promovida por las fundaciones mejor posicionadas del sector.

Este tipo de información, mal fundamentada, confunde terapia con distracción, acompañamiento terapéutico con entretenimiento musical, musicoterapia con intervención musical. Ajenos, unos y otros, a la realidad profesional de la musicoterapia, ignoran el esfuerzo formativo, la preparación humanista y musical, los protocolos clínicos y la responsabilidad de atender las necesidades individualizadas de las personas en procesos de enfermedad.

Como contenido optimista es un relleno ideal cuando la actualidad-espectáculo flojea. Adornan bien los noticiarios aunque con ello se informe de oídas. En la distancia corta de una cama de hospital todo suena diferente, incierto, inexacto, real.

Volviendo a nuestro tema, las consecuencias de no invertir en investigación, impide operar con la firmeza que aportan las fuentes contrastadas y el criterio de todo fundamento. Sin ellos es inviable ejercer la justicia, la medicina, la creación artística, la musicoterapia, y por supuesto, el periodismo.

Gamella-González, D. J. (2024). Editorial. Fundamento para todos [Article Leading. A foundation for all] *Misostenido*, *4*(6), 3. https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.01

MiSOSTENiDO

96% 1:37 PM

ÍNDICE

3. Editorial.
Fundamentos para todos
David J. Gamella González

6. Musicoterapia y trauma en la UCI neonatal: intervención multimodal centrada en la familia
Cinthia Nicolini

16. Musicoterapia en la Rehabilitación de la función motora de miembros superiores en paciente con esclerosis múltiple por medio del uso del teclado
Virginia Rodríguez Moreno

25. Musicoterapia en el proceso de recuperación y liberación de la violencia de género: estudio de caso
Laure Rodríguez Quiroga

34. Musicoterapia para cantantes: procesos de actualización emocional
Carolina Muñoz Torres

42. Aplicaciones de la musicoterapia para la regulación de la ansiedad derivada de la tanatofobia
Jessica Juliana Jiménez Burneo
Araceli Karem Chacón Gómez

52. Musicoterapia y canto prenatal para reducir el estrés durante el embarazo
Isabel Monar Máñez

62. Adaptación del Sounpaintng a la musicoterapia para adultos con discapacidad intelectual
Marina Espartero Junquera

70. Finanzas: la musicoterapia es más eficiente si las cuentas están claras
Alessia Fattorini Vaca
David J. Gamella González

Fotografía de ARTEM PRODEZ en Pexel. Creative Commons

Escritura de licencia Creative Commons

Reconocimiento-No comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0)

Este es un resumen legible por humanos de (y no un sustituto) de la licencia .

Eres libre de:

Compartir : copia y redistribuye el material en cualquier medio o formato.

Adaptarse : remezclar, transformar y construir sobre el material

El licenciante no puede revocar estas libertades siempre que siga los términos de la licencia.

Bajo los siguientes términos:

Atribución : debe otorgar el crédito correspondiente , proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios . Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso.

No comercial: no puede utilizar el material con fines comerciales .

Sin restricciones adicionales : no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una excepción o limitación aplicable .

No se dan garantías. Es posible que la licencia no le otorgue todos los permisos necesarios para el uso previsto. Por ejemplo, otros derechos como publicidad, privacidad o derechos morales pueden limitar la forma en que utiliza el material.

Escritura de licencia Creative Commons

Reconocimiento-No comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0)

MISOSTENIDO
REVISTA DE MUSICOTERAPIA unir

#6, 1

MUSICOTERAPIA Y TRAUMA EN LA UCI NEONATAL: INTERVENCIÓN MULTIMODAL CENTRADA EN LA FAMILIA

Music Therapy and trauma in the NICU: Family centered multimodal intervention

Cinthia Nicolini
Musicoterapeuta Especialista en el Método Bonny de Imaginación Guiada con Música
Association for Music and Imagery. Atlantis Institute for Consciousness and Music. Colombus (USA)
(www.ami-bonnymethod.org)
https://orcid.org/0009-0000-8588-6442

Resumen
La siguiente propuesta de intervención en musicoterapia está dirigida a los padres o cuidadores de bebés ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La misma tiene como objetivo ofrecerles un espacio de contención frente al evento traumático vivido, favorecer el bienestar psicológico de los mismos y consecuentemente potenciar el vínculo con el neonato. Esta intervención multimodal es un soporte complementario al método RBL realizado en la UCIN, incluye además una intervención grupal con el método GIM y la creación de un nuevo modelo de música ambiental llamado Birthing Harp. Es una intervención de fácil implementación y un valioso aporte a la sensibilización del sistema hospitalario.

Palabras clave: unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), en- foque centrado en la familia, intervención multimodal, Birthing Harp, trauma.

Abstract
The following intervention proposal in Music Therapy is aimed at parents or caregivers of babies admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Its objective is to offer them a framework of containment in the face of the traumatic event experienced, favor their psychological well-being and consequently strengthen the bond with the newborn. This multimodal intervention is a complementary support to the RBL method used at the NICU, includes also a group intervention with the GIM method and the creation of a new environmental music model called Birthing Harp. It is an easy-to-implement intervention and a valuable contribution to the humanization of the hospital system.

Keywords: neonatal intensive care unit (NICU), family centered approach, multimodal intervention, Birthing harp, trauma.

ACCESO ABIERTO

Citación recomendada
Nicolini, C. (2024). Musicoterapia y trauma en la UCI neonatal: intervención multimodal centrada en la familia [Music Therapy and trauma in the NICU: Family centered multimodal intervention]. *Misostenido*, *4*(6), 6-14.
https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.02

Correspondencia
cinthianicolini@gmail.com

Recibido: 25 Ene 2024
Aceptado: 20 Feb 2024
Publicado: 15 Mar 2024

Financiación
Este artículo no ha contado con financiación institucional ni privada.

Conflicto de intereses
La autora de esta propuesta declara no tener conflicto de intereses.

Contribución del autor
La autora declara haber desarrollado la presente propuesta.

Comité ético
No aplica.

DOI
https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.02

Editado por
PhD. David Gamella
(Universidad Internacional de La Rioja)

INTRODUCCIÓN

Son numerosas las publicaciones en la actualidad sobre la intervención a bebés prematuros en la UCIN (Standley, 2001; Haslbech, 2014; Gooding, 2010; Loewy, 2013), no así sobre el trauma que viven los padres[1] durante el tiempo transcurrido en ella (Loewy, 2021). La presente propuesta de intervención ofrece una respuesta multimodal al trauma vivido a nivel somático y neurofisiológico por los padres en la UCIN.

Autores como Levine (2010), Van der Kolk (2014) y Porges (2011) hacen referencia al trau

1. Por economía lingüística, en este trabajo se entiende el término "padres" a ambos progenitores, sea la pareja formada por el mismo sexo o sea ésta heterosexual, así como a sus cuidadores.

ma como una pérdida de conexión consigo mismos, con el propio cuerpo y con el mundo circundante. Porges en su Teoría Polivagal (2011) alude al nervio vago como un regulador fundamental de un gran número de funciones del organismo. Porges ha observado que la música y la prosodia de la voz pueden proporcionar una estimulación vagal directa que puede reducir la actividad simpática del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) que conduce a los estados de agobio y desconexión que produce el trauma. La Teoría Polivagal parte de la premisa de que, al usar vocalizaciones prosódicas para activar los músculos del oído medio, éstas contribuyen a cambiar el estado fisiológico del individuo haciéndolo espontáneamente más sociable. Este sistema de conexión social se activa al escuchar una voz extremadamente modulada y prosódica y con gran variación de tono, como cuando una mamá habla o canta a su bebé para relajarlo. Se trata de un modelo que consiste en ofrecer al SNA indicios acústicos que provoquen neurocepción de seguridad. Esta teoría confirma neurofisiológicamente que el canto dirigido a bebés prematuros no es solo un medio para una comunicación mutua sino que además funciona como regulador emocional no farmacológico que puede modificar la experiencia traumática de la díada padre/madre-bebé en la UCIN.

Modelos de Atención Temprana

La experiencia de tener un bebé prematuro puede ser abrumadora o como señalan Stacey et al. (2015) una verdadera "montaña rusa". Actualmente en la UCIN existen dos modelos de naturaleza educativa y de apoyo que contribuyen a reducir la angustia psicológica en los padres y a establecer el vínculo de la díada: el NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) y el Método Madre Canguro (MMC).

En cuanto a la musicoterapia, hay tres modelos que se aplican en la UCIN: el RBL (Rhythm Breath Lullaby), de Joanne Loewy; el CMT (Creative Music Therapy), de Friederike Haslbeck, y el MNE (Multimodal Neurological Enhancement), de Jayne Standley. Esta propuesta utilizará, entre otros, el modelo RBL.

El modelo de la doctora Loewy (2021) es el trabajo más exhaustivo y actual en lo que se refiere al estudio de la musicoterapia y el trauma en la UCIN. La doctora Loewy creó una evaluación para determinar el estado emocional de los padres, poniendo especial atención en cómo estos perciben las emociones en su cuerpo y utilizando la llamada Canción de parentesco (Loewy, 2015) o SOK (Song of Kin). Esta canción hace referencia a la creación de una nana a partir de una canción de cualquier estilo musical que sea de preferencia de los padres. Es decir, se trata de transformar una canción preferida y significativa en nana a partir del cambio de ritmo (de un ritmo binario a uno ternario). Además, en una segunda instancia se elegirá una vocal para tararear la melodía y luego se seleccionará una parte de la canción que se repetirá para eventualmente utilizar con el bebé. Una vez afianzada la frase a capela, se la utiliza como fortalecimiento del vínculo con el bebé y como efecto de apoyo neurológico predecible para los padres.

Luego de la canción de parentesco, se propone a los padres grabar los latidos del corazón del bebé y se ofrece esta canción, conocida como Heart Song (canción del corazón) con la base rítmica del corazón del bebé modificada a tal fin. Para ello se utiliza un estetoscopio con un micrófono incorporado y Garage Band para la posterior edición (Schreck et. al. 2018). Esta propuesta es muy motivante porque se pueden compartir los latidos del corazón de su bebé con los familiares que no tienen acceso a la UCIN, con familiares que viven lejos, y además es un recuerdo tangible de por vida (Van Dokkum et. al., 2023), incluso ante la pérdida inesperada del bebé.

Método GIM

Uno de los métodos de musicoterapia receptiva que ha abordado el trauma y el cuerpo es el que se conoce como GIM, del inglés Guided Imagery and Music, creado por la violinista Helen Bonny. Este método se fundamenta en la psicología humanista y asienta sus bases en la psicología analítica de Jung y la psicología transpersonal de Groff (Vilá, 2022).

A través de estudios con escáner PET se ha podido comprobar que personas con estrés post traumático que han realizado sesiones GIM son sensibles a cualidades musicales psicofísicas como la fugacidad, los cambios dinámicos o rítmicos (Bruscia, 2002). Son también sensibles a elementos de fino procesamiento como las disonancias, cambios armónicos y a cualquier elemento con potencial evocativo. Consecuentemente, el terapeuta debe minimizar la evocación de imágenes, seleccionando las piezas musicales cuidadosamente, así como hacer las sesiones más breves. Para tal fin, Bruscia (2002) recomienda algunas piezas tales como: Air de Bach, Rhosymedre Prelude de Vaughan-Williams, "Pied en l'air" del Capriol Suite de Warlock, el Canon de Pachelbel, el Gloria: Et in Terra Pax de Vivaldi, el Requiem (In Paradisum) de Faure y el segundo movimiento Adagio un poco mosso del Concierto de piano número 5 en Mi bemol (Op. 73 "Emperor,") de Beethoven.

A través de la música, el terapeuta conecta al paciente con su mundo interior, con sus imágenes, ofreciendo herramientas que lo conectan con su propio cuerpo procesando, de esta manera, el trauma a través de recuerdos directos o metáforas (Story, 2018).

En este método se utiliza la creación de un mandala a partir de un círculo, como mecanismo de proyección, integración y expresión emocional, lo cual permite consolidar la experiencia interna con la música y establecer un puente entre las experiencias internas y el funcionamiento cotidiano (Konieczna-Nowak, 2016).

Fue precisamente Carl Jung (Fincher, 1991) quien utilizó el término sánscrito mandala (etim.: "centro o círculo sagrado") para

describir los dibujos que hacían sus pacientes. Jung lo asociaba con el Self o Sí mismo. El círculo del mandala reflejaba para Jung el carácter de contención del Self para el anhelo que tiene la psique de alcanzar la autorrealización.

Environmental Music Therapy (EMT)

Una intervención de EMT se caracteriza por el uso intencional de la música o el sonido con el fin de modular un entorno sonoro nocivo y convertirlo en uno más propicio, de manera que pueda contribuir al bienestar y la sanación del que escucha e incluso disminuir la percepción del dolor (Rosetti y Canga, 2013), creando así una especie de banda sonora de contención que permite modular el estado de ánimo. Es un tipo de intervención mente-cuerpo no invasiva (Canga et.al., 2012) que tiene en cuenta las necesidades físicas, psicológicas y culturales de los pacientes, de los padres y del personal.

El musicoterapeuta debe entrenarse en la lectura del lenguaje corporal de las personas presentes, advertir las expresiones faciales, percibir "la energía" del ambiente e improvisar a partir del ruido presente en el am- biente, por ejemplo, los pitidos que producen los monitores, el ruido de los ventiladores, una puerta que se golpea o los pasos de un médico.

El arpa en la UCIN: el modelo Birthing Harp

Ya en el año 2000, Steve Schneider usó el dulcimer percutido en su primer estudio piloto de EMT junto a Kristen Stewart en la UCIN. Friederike Haslbeck (2020) en su modelo de CMT actualmente utiliza en sus intervenciones otro instrumento de cuerda pulsada, el monocordio. McLeod (2018), por su parte, ha utilizado la Reverie Harp con importantes resultados en la relajación de los padres y el contacto con sus bebés.

Birthing Harp es un modelo de Arpaterapia basado en el método de improvisación con los modos griegos de Christina Tourin (2006), la creación de los sonidos ambientales de Marianne Gubri (2023), el estudio piloto de Stewart y Scheineider (2000), los estudios previos de EMT y los estudios simbólicos de la psicología junguiana. Birthing Harp propone el uso del arpa de 26 a 34 cuerdas para la intervención de musicoterapia ambiental en la UCIN. Este tipo de arpa es pequeña, liviana y fácil de transportar. Este modelo fue creado con la intención de funcionar como un "contenedor sonoro" ante el trauma vivido por los padres en la UCIN.

Tanto el dulcimer, el monocordio, la Reverie Harp como el arpa son instrumentos de cuerdas pulsadas (el dulcimer también puede ser percutido) que se asocian arquetípicamente a un sonido angelical (Archive for Research in Archetypal Symbolism, 2010). En la mitología, el arpa (o sus hermanas la cetra y la lira) se consideraba un objeto terreno pero de creación divina que unía estrechamente el reino de lo material y de lo inmaterial. Por la mitología sabemos que cuando Orfeo tocaba el arpa, su angustia se apaciguaba. Asimismo, los ángeles, como los poetas, tocaban el arpa para expresar estados de beatitud o conflictos tormentosos. El sonido fluido del arpa anuncia la restauración del alma y el renacer (Op.cit. 2010). Stewart y Scheineider (2000) sostienen también cuánto el dulcimer produce una melodía arquetípica ideal para el ambiente de la UCIN.

Un aspecto relevante en el uso del arpa en EMT que destacan tanto Stewart, Scheineider, Rosetti y Tourin es la intención. La energía de la intención en el musicoterapeuta es muy sutil y al mismo tiempo muy poderosa (Tourin, op.cit). Por su parte, Rosetti sostiene la importancia de un propósito intencional (op.cit.,2020) y por último, Stewart y Scheineider (op.cit) sostienen que la música y su intención de suavizar el ambiente parecen proporcionar un fundamento o base para la nutrición musical.

Figura 1.

Llaves del arpa en Re Mayor

Nota. Disposición de las llaves en el arpa según la tonalidad de Re mayor.
Fuente: fotografía realizada por la autora.

El arpa es un instrumento muy dúctil para la incorporación de nuevos sonidos tomando aquellos presentes en el ambiente. Utilizando solo nuestra palma de la mano sobre las cuerdas graves es posible tener el sonido del viento, simulando un ventilador de la UCIN (Gubri, 2022). Tocando una segunda mayor descendiente (LA/SOL) tendremos el pitido del monitor que marca el ritmo cardíaco. A partir de este sonido es posible crear una melodía como leitmotiv siguiendo el modo mixolidio (Tourin, 2016). Para ello pondremos el arpa en tonalidad Re Mayor. Si el arpa está en Do Mayor (con llaves Mi, La y Si alzadas), se deben alzar además las llaves de color rojo y azul, Do y Fa respectivamente (ver figura 1). Luego se improvisará una melodía partiendo del LA con la mano derecha (quinta nota del modo mixolidio en tonalidad Re Mayor) y en la mano izquierda

de a poco se incorporarán las notas del acorde de LA para luego bajar hacia SOL como nota alternativa, también siguiendo el acorde de SOL con la mano izquierda (ver figura 2). Es importante comenzar con pocas notas en la mano izquierda, por ejemplo la tónica y quinta, para luego pasar a la tónica, tercera y quinta arpegiadas como se observa más abajo (ver figura 3).

Figura 2.

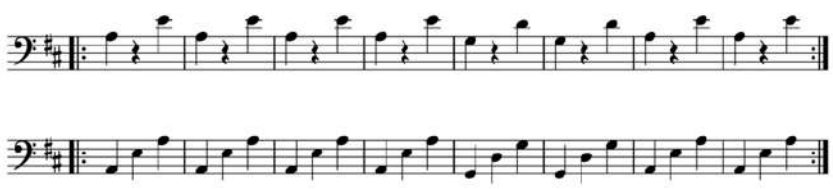
Modelos de patrones simples para la mano izquierda

Nota: Partituras tomadas de Gubri, 2022

Figura 3.

Llaves del arpa en "Modo Angelical"

Nota. Disposición de las llaves en el arpa en modo angelical. Fuente: fotografía realizada por la autora.

Otro sonido muy frecuente en la UCIN es el del monitor en Si natural aproximadamente en 55bpm. Tomando como base este sonido es posible improvisar en Sol mayor o Mi menor, dependiendo si se desea crear una atmosfera animada o más íntima y reflexiva (Tourin, op.cit). Si por un momento el ruido predominante son los pasos del personal sanitario, podremos recrear estos pasos percutiendo en la caja suavemente con las yemas de los dedos. Así mismo, es posible producir un sonido oceánico, como del vientre materno, simplemente bajando y subiendo por la caja de resonancia con ambas manos. A todos estos sonidos ambientales es posible incorporar sonidos de la naturaleza, como pajaritos, pulsando las notas agudas re y fa; la lluvia, con los armónicos de las notas intermedias do y sol, sin olvidar pequeños glissandos agudos que recuerdan el sonido de una cascada de agua o de una fuente (Gubri, 2022).

Schneider (2000) y McLeod (2018) mencionan el uso de la escala pentatónica para la improvisación. En el arpa es posible elevar las llaves re y sol y obtener así lo que se conoce como "Modo Angelical" (Tourin, 2016). Es simplemente una escala pentatónica mayor que elimina los grados cuarto y séptimo del modo jónico (ver figura 3). Se puede crear una melodía libremente siguiendo con la mano izquierda siempre la tónica y favoreciendo la atención al ambiente más que al instrumento, ya que no generará ningún tipo de disonancias. Otro modo griego de improvisación con el arpa es el modo jónico. La cualidad dulce, liviana y tranquilizadora de este modo es ideal para la UCIN (Tourin, op.cit). Para improvisar en este modo, es necesario utilizar los tres acordes mayores relacionados: I, IV y V. Si utilizamos la clave de Do, el acorde de base (I) será Do, luego el acorde IV en Fa y el acorde V en Sol, y así sucesivamente con las otras claves en que se desee tocar.

Por último, un aspecto relevante es la pulsación. Como señalan Schlez et al (2011) para que la música del arpa tenga un beneficio relajante en la UCIN las pulsaciones deberán seguir de 60 a 70 bpm. En cuanto a la EMT, siempre se tomará el ritmo del ambiente y se modulará el mismo con el fin de que sea beneficioso para los padres presentes en el momento de la intervención.

El uso del arpa en la UCIN es muy favorable por su timbre dulce, por su ductilidad y por las posibilidades sonoras y armónicas que ofrece, y además porque su presencia trae consigo un simbolismo muy fuerte que puede ofrecer la posibilidad de canalizar las emociones traumáticas a través de un contenedor auditivo sólido, predecible y estable. De esta manera, como en todo tema mitológico, hay un plano invisible fundamentando el plano visible (Campbell, 1991). Como sostiene este autor, la mente puede extraviarse por extraños caminos y querer cosas que el cuerpo no quiere. Los mitos fueron medios para poner la mente de acuerdo con el cuerpo. Birthing harp intenta favorecer ese medio de reconexión.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La siguiente propuesta de intervención está diseñada para realizarse dentro del ambiente hospitalario de la UCIN y en una sala adyacente dispuesta para los encuentros grupales. Se intervendrá de manera transversal en tres esferas diferentes: esfera neonatal, esfera físico- emocional de padres y esfera ambiental. Se diseñará un tipo especifico de sesión para cada esfera.

Objetivos de la intervención

Objetivo general es reducir los síntomas de estrés y ansiedad de los padres en la UCIN .

Objetivos específicos:

- Favorecer la autoconciencia corporal a través de la imaginería guiada y comentar la propia experiencia.
- Generar un espacio de contención, expresión y conexión social.
- Promover emociones positivas.
- Crear y compartir la propia Song of King entre los miembros del grupo.
- Compartir y comentar el propio mandala entre los participantes del grupo.
- Terminar la sesión con la percepción de serenidad y con una sonrisa.
- Favorecer el vínculo con el bebé.
- Incorporar los sonidos de la UCIN a la melodía ambiental propuesta.

Beneficiarios

Los destinatarios son principalmente los padres de los bebés ingresados en la UCIN y, consecuentemente, los bebés de los mismos. También se verá beneficiado el personal de la institución durante la práctica de EMT.

Actividades y tareas

1- Esfera neonatal

Desarrollo de la sesión individual

- Creación de la canción de parentesco
- Grabación de los latidos del corazón
- Trabajo de edición post-sesión y entrega del material por correo electrónico a los padres.
- Consentimiento informado

Para este tipo de intervención el musicoterapeuta necesitará una guitarra, un estetoscopio con micrófono, una computadora con Garaje Band. Asimismo, se necesitarán los permisos necesarios para las grabaciones, tanto de los latidos del corazón del bebé como de las sesiones. Esto será previamente acordado con los padres y con el hospital.

La sesión individual consistirá en la creación de la canción de parentesco o Song of King . En una segunda instancia se grabarán los latidos del corazón del bebé[2] y se ofrecerá la Heart Song, con la base rítmica del corazón del bebé modificada. Para ello se utilizará un estetoscopio con micrófono incorporado y Garage Band.

2. Se puede observar dicho proceso y los elementos necesarios en el siguiente enlace: www.youtube.com/watch?v=82WXPqEpsYM

Será de vital importancia durante la creación de la canción de parentesco promover el canto del cuidador que se encuentre en ese momento junto al bebé, para promover la estimulación vagal directa y comenzar el proceso de reducción del estrés.

2- Esfera físico-emocional de padres o cuidadores

Desarrollo de las sesiones grupales

La propuesta de intervención grupal se desarrollará a lo largo de cuatro semanas consecutivas. Las sesiones pretenden crear un espacio de contención, de autoconciencia emocional y corporal, de identidad de grupo y de expresión artística.

El diseño de las sesiones grupales sigue la secuenciación de Mateos- Hernández (2004). Se presenta un ejemplo de estructura de la sesión y se sugiere la música para los tres encuentros sucesivos.

Tabla 1.

Distribución de la sesión

Caldeamiento	5 min.
Motivación	5 min.
Consciencia corporal	5 min.
Desarrollo perceptivo	15 min.
Relación con el otro	10 min
Representación y simbolización	10 min.
Actividad de despedida	10 min.

Nota: tiempos empleados en cada fase de la sesión

Esquema del primer encuentro

1. Caldeamiento (5')

Se ejecuta la canción de bienvenida. Los padres se dispondrán en torno a una mesa. Sobre la misma se encontrarán los instrumentos y los materiales para el resto de la sesión: fotocopias y crayones.

2. Motivación para la sesión (5')

Se ejecuta una canción y se facilita la letra en fotocopias. Se invita a los participantes a tomar un instrumento y a acompañar al musicoterapeuta, si así se desea.

- 1° encuentro: Fix You de Coldplay (versión en español): es un puente a la introspección y un augurio a tiempos mejores que vendrán.

- 2° encuentro: Al otro lado del río, de Jorge Drexler.: favorece la conciencia de la fuerza personal para enfrentar

las dificultades que se presentan en la vida aportando esperanza más allá del gran esfuerzo.

- 3° encuentro: La fuerza de la vida, de Paolo Vallesi: es un reflejo de la experiencia vivida en el hospital, y, al mismo tiempo, aporta confianza a la propia fuerza interior.

4° encuentro: Color esperanza, de Diego Torres: aporta un aire de esperanza a la propia experiencia vivida.

3. Actividad corporal consciente (5')

Se propone un escaneo corporal a través de una breve inducción que permita conectar con el propio cuerpo y las tensiones acumuladas.

4. Actividad de desarrollo perceptivo (15')

Se introduce la imaginería guiada con la pieza elegida[3]:

- 1° encuentro: Air de Bach: favorece abrirse a la imaginación introspectiva tocando suavemente el alma (Bush, 1995).

- 2° encuentro: Fantasía on Greensleeves, de Vaughan Williams: evoca reflexiones profundas tocando fibras muy sensibles (Bush, 1995).

- 3° encuentro: Sinfonía n.5: Romanza, de Vaughan Williams: evoca profundidad y proporciona una exploración interna segura (Bush, 1995). 4to encuentro: Green Room, de Wayne Gratz: puede evocar momentos de la infancia y de la naturaleza de manera muy segura (Vilá, 2022).

5. Actividad de relación con el otro (10')

Se propondrá compartir verbalmente la experiencia personal de la imaginación guiada.

6. Representación y simbolización (10')

Se distribuyen folios de tamaño 32cm x 47cm con un círculo en el centro (figura 5) y crayones de aceite, para poder simbolizar lo vivido durante la sesión. Se puede acompañar con música ambiental improvisada por el musicoterapeuta.

7. Actividad de despedida (10')

Se propone compartir el mandala y se canta la canción se despedida.

Versiones sugeridas:

https://open.spotify.com/track/3QOEWKNSNTQK98F8jIwTXU?si=79683496b2034240;

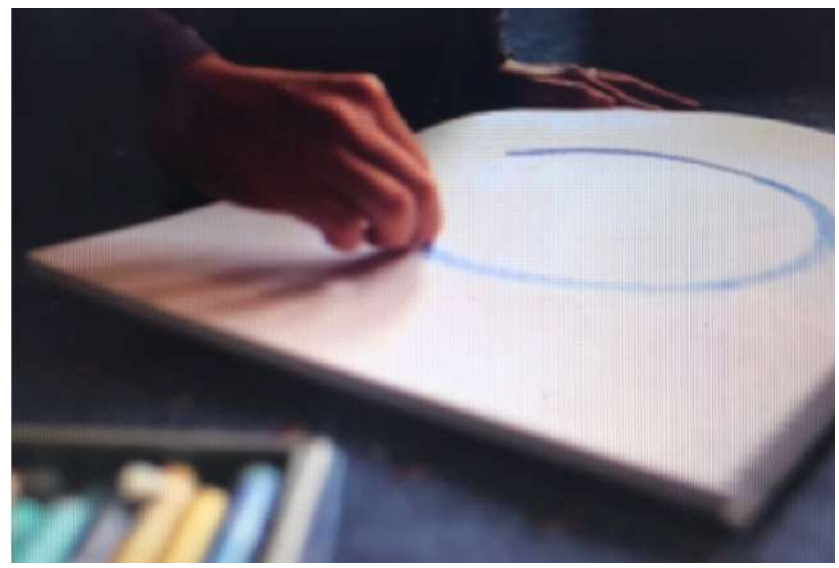
https://open.spotify.com/track/7rlH9Vtwdbdxugrl-F31Zxz?si=f1d9192c8f0f4f43

https://open.spotify.com/track/2Qd7guepelYtabXLeaT-x53?si=c540a48db6224633

https://open.spotify.com/track/1YDchzoNk8pD86S6Si5-ruE?si=3ee826cf34df4b84

Figura 5

Hoja de papel para el mandala



Nota. Tomado de Vilá, 2022

3- Esfera ambiental

Desarrollo de la sesión

El desarrollo de la sesión de EMT será dentro de la UCIN en el espacio acordado con antelación con los responsables del hospital. La intervención en musicoterapia ambiental es compleja de evaluar. Las habilidades de observación del musicoterapeuta son claves para intervenir en EMT. Las variables por considerar serán las siguientes:

- Ruidos ambientales (monitores, ventiladores, pasos del personal)
- Rostros y actitudes corporales de las personas presentes y las emociones que reflejan
- Interacción entre las personas presentes (Rosetti, 2020)
- "Sensación" de la atmósfera (opresiva, tensa, relajada, etc.) (Rosetti, op.cit.)
- Velocidad de trabajo del personal
- Toda situación emergente no planeada

Para la evaluación de las emociones se ha seguido el análisis de las emociones básicas de Paul Ekman (2016) ampliándolo con otras emociones posibles, como el estrés y la desesperación (Anexo).

El repertorio se basará en canciones de cuna populares o melodías contemporáneas/clásicas transformadas en nanas e improvisaciones en modo angelical o mixolidio. Estas improvisaciones comenzarán recreando

los sonidos del ambiente e incorporándolos a la melodía improvisada. Asimismo, el foco fundamental no será lo que se toca, sino cómo se lo toca, y asegurándose de tener presente el propósito intencional. El musicoterapeuta marcará en la hoja de

registro los motivos melódicos y las fuentes generadoras de los mismos. Por último, se tomará nota de la respuesta de las personas presentes.

Recursos

Las sesiones serán llevadas a cabo por un musicoterapeuta preferentemente especializado en trauma, familiarizado en contextos hospitalarios y al menos el primer nivel de GIM.

En cuanto a los recursos materiales dependerán de la esfera a tratar.

- Esfera neonatal: una guitarra, un estetoscopio con micro-´fono y un ordenador con Garage Band.
- Esfera físico emocional de padres y cuidadores: sala adyacente a la UCIN, una guitarra, instrumentos propios del método RBL (ocean drum y gato box) maracas de madera, pasteles de aceite, folios y, de ser posible, cámara de video para la grabación de la sesión.
- Esfera ambiental: un arpa de 26 a 34 cuerdas.

Métodos de evaluación

Esfera neonatal: se evaluará el estado emocional y de estrés de lo padres siguiendo la evaluación de Loewy (2013). Luego de la sesión y después de la creación de SOK y de la grabación de la Heart Song se anotará en la hoja de registro lo realizado durante la sesión y las observaciones necesarias.

Esfera físico emocional de padres o cuidadores: antes de la sesión grupal se entregará el cuestionario adaptado de Loewy (2013) y al concluir la sesión se facilitará una encuesta que refleje la opinión de la sesión grupal de musicoterapia.

Esfera ambiental: se registrará lo acontecido en la sesión en la ficha de registro ideada para tal fin.

Ficha de registro

Intervención con el Modelo Birthing Harp

Fecha:

sesión nº.:

Personas presentes durante la intervención:

❏ padre ❏ madre ❏ cuidador ❏ médicos ❏ enfermeros ❏ personal de limpieza ❏ otro

Ruidos ambientales del entorno:

❏ monitores ❏ ventiladores ❏ personal ❏otro

Actitudes emocionales[4], corporales y/o faciales presentes:

❏ tristeza ❏ alegría ❏ miedo ❏ enojo ❏ disgusto ❏ desesperación ❏ estrés ❏ otro

Interacción social presente:

❏ alta ❏ media ❏ baja ❏ nula

Atmósfera:

❏ tensa ❏ relajada ❏ opresiva ❏ con lloros ❏ otro

Velocidad de trabajo:

❏ lenta ❏ media ❏ alta

Situación emergente no planeada:

❏si ❏no

Objetivos de la intervención:

❏ relajación ❏ activación ❏ motivación ❏ otro

Área musical:

Repertorio:

❏ nanas ❏ modo mixolidio ❏ modo angelical ❏ modo jónico ❏ otro

Ritmo:

❏ lento ❏ moderado

Acento:

❏ binario ❏ ternario

Dinámica:

❏ pianissimo ❏ piano ❏ mf

Pausas:

❏ si ❏ no

Respuesta psicologías de las personas presentes

❏ sonrisa ❏ llanto ❏ mirada ❏ socialización ❏ otro

❏ otras observaciones:

DISCUSIÓN

En primer lugar, la presente propuesta de intervención multimodal está enmarcada dentro de las variables tiempo y contexto que se encuentran en permanente cambio dentro de la UCIN, por lo tanto, dada las circunstancias del contexto hospitalario será de vital importancia la flexibilidad del musicoterapeuta para llevar a cabo las mismas.

_____

4 Tomado y ampliado de las 5 emociones básicas de Paul Ekman (2016): h?ps://www.paulekman.- com/micro-expressions-training-tools/ y h?ps://atlasofemoJons.org/#introducJon/

En segundo lugar, es probable que durante la creación de la canción de parentesco los padres no quieran cantar o no se sientan capaces de hacerlo. Recordaremos que lo que se pretende es la estimulación vagal directa, que puede ser dada también a través del tarareo. La propuesta durante la sesión individual será siempre una invitación y no una obligación.

Otra limitación que se encuentra es la misma opción de participación a una sesión grupal de musicoterapia en la UCIN. Ante la situación particular de los padres que tienen un bebé prematuro o en condiciones de fragilidad, muchos padres prefieren pasar el mayor tiempo posible con sus bebés y evitando sesiones de musicoterapia para ellos, ya que les quitaría tiempo con sus bebés. Asimismo, la presencia de los padres variará según el tiempo de permanencia del bebé en el hospital, el cual puede ser de días, semanas o meses. Por lo tanto, la participación de los padres en las sesiones dependerá de las variables permanencia del bebé, deseos de los padres, así como de la relación de confianza y de respeto establecida con los ellos durante la creación de la canción de parentesco.

En tercer lugar, la práctica de EMT tiene el potencial de traer armonía, sin embargo, también corre el riesgo de generar caos (Rosetti y Canga, op.cit). Si bien el musicoterapeuta trabajará de manera intuitiva es imprescindible que sin duda lo haga de manera sistemática y con el entrenamiento adecuado para evitar el caos.

Por último, el nuevo modelo de EMT presentado, Birthing Harp, carece, al momento de escritura de esta propuesta, de datos que lo sustenten. Asimismo, la autora promueve su divulgación e investigación con la certeza de que tanto un paradigma psicológico como las mismas prácticas de EMT con otros instrumentos similares lo sostienen, y confiando en que la necesidad de innovación en Musicoterapia trae consigo sus retos como también sus oportunidades.

CONCLUSIONES

El uso terapéutico de la música dirigido a los padres o cuidadores de los bebés internados en la UCIN pretende fomentar el bienestar psicológico ante el evento traumático vivido. Los momentos de autoconciencia corporal, relajación física, expresión verbal y no verbal, la creación de mandalas, así como la experiencia compartida con los pares en situaciones traumáticas similares, están pensados para facilitar la aparición de emociones positivas, reducir el estrés y la ansiedad (Van Der Kolk, 2014), y consecuentemente favorecer el vínculo con el bebé. El involucramiento social modera los sistemas defensivos, permitiendo calmar la fisiología, apoyar la salud, el crecimiento y la restauración (Porges, 2011). Las actividades musicales receptivas y de expresión propuestas en la intervención grupal están diseñadas para generar un espacio de contención, estabilidad e introspección necesarios para la integración de la situación que se está atravesando. Dicha integración promueve el bienestar psicológico deseado facilitando una mejor relación con el propio bebé.

La creación de la canción de parentesco junto con la grabación de los latidos del corazón son dos actividades musicales que además de promover un estado de emocional positivo, ofrecen a los padres la posibilidad de tener un recuerdo sonoro tangible de su paso por la UCIN y un momento psicoterapéutico íntimo y catártico con el musicoterapeuta que a veces no es fácil de generar dentro del ambiente hospitalario. El uso de la voz modulada y prosódica de los padres cantando a sus bebés promueve la estimulación vagal directa reduciendo el estado de estrés en que estos se encuentran y provocando una sensación de seguridad (Porges, 2011) en ellos mismos y en el propio bebé.

REFERENCIAS

Archive for Research in Archetypal Symbolism. (2010). The book of symbols: Reflections on archetypal images. Taschen.

Bush, C.A. (1995). Healing imagery and music: Pathways to the inner self. Rudra Press.

Bruscia, K. E. (2002). Guided imagery and music: The Bonny method and beyond. Barcelona Publishers.

Campbell, J. (1991). El poder del mito. Emecé Editores Barcelona.

Canga, B., Hahm, C. L., Lucido, D., Grossbard, M. L., & Loewy, J.V. (2012). Environmental music therapy: A pilot study on the effects of music therapy in a chemotherapy infusion suite. Music and Medicine, 4(4) 221-230.

Ekman, P. (2016) Micro Expressions Training Tools. Ubicación: https://www.paulekman.com/micro-expressions-training-tools/

Fincher, S. F. (1991). Creating mandalas: For insight, healing, and self-expression. Boston: Shambhala.

Gooding, L. F. (2010). Using music therapy protocols in the treatment of premature infants: An introduction to current practices. The Artsin Psychotherapy, 37(3), 211-214. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.04.003

Gubri, M. (2022). Formación en International Harp Therapy Program. Level II. Ubicación: https://www.millearpeggi.com/livello2

Gubri, M. (2023). Unido sonoro. Introduzione all'arpaterapia olistica. Ubicación: https://www.millearpeggi.com/un-nido-sonoro

Haslbeck, F. B. (2014). Creative music therapy with premature infants: An analysis of video footage. Nordic Journal of Music Therapy, 23(1), 5-35. DOI: hrps://doi.org/10.1080/08098131.2013.780091

Haslbeck, F. B., & Bassler, D. (2020). Clinical practice protocol of creative music therapy for preterm infants and their pa-

rents in the neonatal intensive care unit. JoVE (Journal of Visualized Experiments), (155), e60412. DOI:10.3791/60412

Konieczna-Nowak, L. (Ed.). (2016). Music Therapy and Emotional Expression: A Kaleidoscope of Perspectives. Karol Szymanowski Academy of Music.

Levine,P.A.(2010).HealingTrauma:A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body. ReadHowYouWant. Com.

Loewy, J., Stewart, K., Dassler,A. M.,Telsey,A., & Homel, P. (2013).The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. Pediatrics, 131(5), 902-918. DOI:hrps://doi.org/10.1542/peds.2012-1367

Loewy, J. (2015). NICU music therapy: Song of kin as critical lullaby in research and practice. Annals of the New York Academy of Sciences, 1337(1), 178-185.

Loewy, J.V., Rossetti,A.,Telsey,A., & Dassler,A. M. (2021).Assessing & treating trauma: Music psychotherapy for parents of neonates. Music and Medicine, 13(2), 138-149. hrps://doi.org/10.47513/mmd.v13i2.829

Mateos Hernández, L.A. (2004).Actividades musicales para atender a la diversidad. Madrid: Icce.

McLeod, R., & Spence, K. (2018). Clinical observations of live improvisational harp music in neonatal intensive care. Music and Medicine,10(2),63-70. DOI:https://doi.org/10.47513/mmd.v10i2.497

Porges, S.W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton series on interpersonal neurobiology).WW Norton & Company.

Rossetti, A., & Canga, B. (2013). Environmental music therapy: Rationale for 'multi-individual' music psychotherapy in modulation of the pain experience. Music and medicine: Integrative models in the treatment of pain, 275-294.

Rossetti, A. (2020). Environmental Music Therapy (EMT): Music's contribution to changing hospital atmospheres and perceptions of environments. Music Med, 12(2), 130-141.

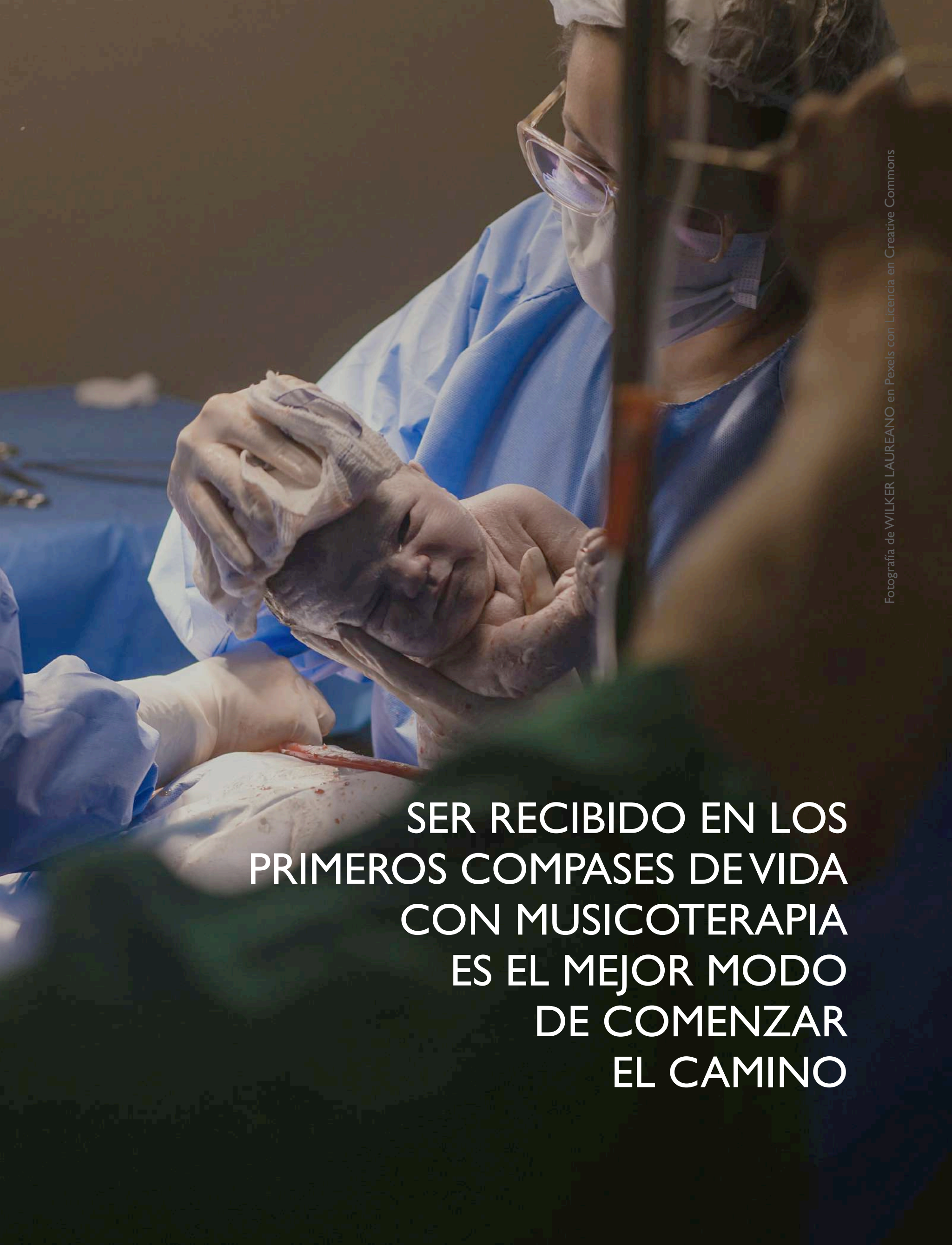
Schlez,A., Litmanovitz, I., Bauer, S., Dolfin,T., Regev, R., & Arnon, S. (2011). Combining kangaroo care and live harp music therapy in the neonatal intensive care unit setting. Néonatologie, interventions infirmières afin de gérer les émotions des parents, 46.

Schreck, B., & Economos,A. (2018). Heartbeat recording and composing in perinatal palliative care and hospice music therapy. Joanne V. Loewy, DA, LCAT, MT-BC & Ralph Spintge, MD, 22.

Stacey, S., Osborn, M., & Salkovskis, P. (2015). Life is a rollercoaster... What helps parents cope with the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)?. Journal of Neonatal Nursing, 21(4), 136-141. DOI: 10.1016/j.jnn.2015.04.006

Standley, J. M. (2001). Music therapy for the neonate. Newborn and Infant Nursing Reviews,1(4),211-216. DOI:https://doi.org/10.1053/nbin.2001.28099

Stewart, K. & Schneider, S. (2000).The effects of music therapy on the sound environment in the NICU: A pilot study. Music therapy in the neonatal intensive care unit, 85-100.



Fotografía de WILKER LAUREANO en Pexels con Licencia en Creative Commons

SER RECIBIDO EN LOS
PRIMEROS COMPASES DE VIDA
CON MUSICOTERAPIA
ES EL MEJOR MODO
DE COMENZAR
EL CAMINO

MISOSTENIDO
REVISTA DE MUSICOTERAPIA unir

#6,2

MUSICOTERAPIA EN LA REHABILITACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA DE MIEMBROS SUPERIORES EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE POR MEDIO DEL USO DEL TECLADO

Music therapy in the rehabilitation of the motor function of upper limbs in patients with multiple sclerosis using the keyboard

Virginia Rodríguez-Moreno
Musicoterapeuta y Doctora especialista en neurología
Hospital Metropolitano San Carlos (Costa Rica)
https://orcid.org/0009-0007-5759-7273

Resumen

Antecedentes: La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica, inflamatoria e incapacitante del sistema nervioso central. Afecta cualquier área funcional, principalmente a personas en edad productiva. La rehabilitación debe ser integral e involucrar los diferentes sistemas de manera simultánea. La musicoterapia neurológica ofrece estrategias en las que se pueden estimular varias áreas cerebrales a la vez.
Objetivo: Analizar los efectos de la musicoterapia con teclado aplicada a paciente con esclerosis múltiple con compromiso de vías cortas.
Métodos: Este trabajo es un estudio de caso único, en el que se ofrecen 22 sesiones de musicoterapia a una paciente diestra portadora de esclerosis múltiple con compromiso de la función motora de miembro superior derecho. Se sometieron a ambas manos al mismo proceso.
Resultados: La función de la mano izquierda se mantuvo sin cambios relevantes, mientras que la mano derecha logra cambios significativos y sostenidos en la prueba de 9 pines, que se mantuvieron constantes a partir de la sesión 15. La paciente reporta haber retomado la capacidad para realizar actividades cotidianas con la mano derecha.
Conclusiones: Se concluye que el proceso de intervenciones musicales favoreció la recuperación funcional de la extremidad derecha en esta paciente.

Palabras clave: Esclerosis múltiple, musicoterapia neurológica, función motora, teclado, prueba de 9 pines

Abstract

Background: Multiple sclerosis is a chronic, inflammatory, and disabling disease of the central nervous system. It affects any functional area, mainly people of productive age. Rehabilitation must be comprehensive and involve the different systems simultaneously. Neurological music therapy offers strategies in which several brain areas can be stimulated at once. Objective: To analyze the effects of keyboard music therapy applied to patients with multiple sclerosis with compromised short pathways.
Methods: This work is a single case study, in which 22 music therapy sessions are offered to a right-handed patient with multiple sclerosis with compromised motor function of the right upper limb. Both hands were subjected to the same process. Results: The function of the left hand remained without relevant changes, while the right hand achieved significant and sustained changes in the 9-pin test, which remained constant from session 15 onwards. Similarly, the patient reports having regained the ability to perform a series of activities of daily living with her right hand. Conclusions: It is concluded that the process of musical interventions favored the functional recovery of the right extremity in this patient.

Keywords: Multiple sclerosis, neurological music therapy, motor function, keyboard, 9-hole pin test

ACCESO ABIERTO

Citación recomendada
Rodríguez-Moreno, V. (2024). Musicoterapia en la Rehabilitación de la función motora de miembros superiores en paciente con esclerosis múltiple por medio del uso del teclado [Music therapy in the rehabilitation of the motor function of upper limbs in patients with multiple sclerosis using the keyboard]. *Misostenido*, *4*(6), 16-23. https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.03

Correspondencia
vrmoreno9@hotmail.com

Recibido: 20 Ene 2024
Aceptado: 18 Feb 2024
Publicado: 15 Mar 2024

Financiación
Este artículo no ha contado con financiación institucional ni privada.

Conflicto de intereses
La autora de esta propuesta declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de la autora
La autora declara haber desarrollado la presente propuesta.

Comité ético
La participación en el estudio ha sido voluntaria y aprobada mediante la firma de un consentimiento informado por la cuidadora y tutora legal del participante.

DOI:
https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.03

Editado por
PhD. David Gamella
(Universidad Internacional de La Rioja)

INTRODUCCIÓN

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmune, crónica, controlable pero no curable a la fecha, que afecta el sistema nervioso central. Desde su identificación como entidad clínica su incidencia ha ido en aumento, debido a múltiples factores genéticos y ambientales, además de los avances tecnológicos y un mayor conocimiento de la enfermedad que permiten un diagnóstico más temprano y oportuno. Sus manifestaciones clínicas son tantas como funciones tiene el sistema nervioso central, de tal forma que el paciente puede presentar síntomas motores, sensitivos, visuales, de equilibrio, vesiculares, intestinales, entre otros. Su mayor incidencia está en la población en edad productiva y económicamente activa, con predominio en las mujeres. Múltiples son los factores que se han asociado como agentes predisponentes, mas no se cuenta con una causa clara (Nourbakhsh y Mowry, 2019).

Los síntomas no se limitan a la esfera neurológica, pues hay otra serie de afecciones que comprometen la calidad de vida de los pacientes con esclerosis múltiple, como son la fatiga, la depresión, el deterioro cognitivo, su desempeño social y laboral, dolor crónico, disfunción sexual, entre otras (Lakin et al., 2021).

La esclerosis múltiple es la primera causa de discapacidad neurológica –no traumática– que afecta a adultos jóvenes. Su manejo representa altos costos sobre la economía sanitaria y social, no solo por las necesidades propias del paciente, sino por las altas inversiones que implica el uso de terapias farmacológicas modificadoras de enfermedad. Si a esto se le suma el aumento en la incidencia, la cronicidad de la enfermedad, y se valora el grupo etario mayormente afectado, el efecto sobre la economía y la productividad es aún mayor. A nivel individual, la percepción de la calidad de vida y el estado emocional de los pacientes se ven seriamente afectados, como consecuencia de –e incidiendo a la vez de manera directa– el grado de discapacidad del paciente (Kobelt et al., 2017). Su manejo es multidisciplinar, involucrando especialidades como neurología, neuropsiquiatría, salud mental, fisioterapia, urología, trabajo social, psicología, entre otros. Se necesita de las terapias modificadoras de enfermedad para controlar la actividad inflamatoria, así como el abordaje de todos los síntomas, neurológicos (como la espasticidad, el dolor neuropático, los trastornos de equilibrio, etc.), y no neurológicos (trastorno depresivo, trastornos urológicos, situaciones sociofamiliares, entre otros). Se requiere, por tanto, de terapias farmacológicas y no farmacológicas (Dobson y Giovannoni, 2019).

De las principales complicaciones desde el punto de vista funcional, son las secuelas físicas las que generan mayor discapacidad. Se han descrito diferentes mecanismos por los que el paciente puede ir adquiriendo esta disfunción, bien por una recaída sin recuperación completa, o por la progresión independiente de las recaídas (Lublin et al. 2022). Existen diferentes escalas para una valoración objetiva del estado de discapacidad del paciente, entre ellos, la escala extendida de discapacidad (EDSS de su acrónimo en inglés "Expanded Disability Status Scale") de Kurtzke, la marcha de los 25 pies y la prueba de 9 Pines o "9 Hole Pin Test" (9HPT de su acrónimo en inglés) (Izquierdo y Ruiz, 2003). Con ellas se puede evaluar también la progresión de la enfermedad, pues a pesar de que el paciente no tenga nuevos síntomas, es decir, una recaída, puede haber progresión de la discapacidad, como ya se anotó, y esto será determinante en el proceso terapéutico, tanto farmacológico como no farmacológico.

Uno de los elementos no farmacológicos más relevantes en el manejo de la esclerosis múltiple es la terapia física, o rehabilitadora. Es muy importante establecer el grado de discapacidad en este grupo de pacientes, pues de esto depende en gran medida el abordaje con las terapias modificadoras de enfermedad. Se requiere definir si la limitación física es real e irreversible, o si es una condición que no ha recibido un adecuado proceso de rehabilitación. Los programas de rehabilitación física y cognitiva idealmente deberían ser individualizados, estructurados y multidisciplinares, acorde a las necesidades del paciente, como lo concluyen Amatya, et al. (2019) en su estudio de revisión. La evidencia sugiere que la terapia física puede mejorar el desempeño motor de los pacientes e incidir en otros aspectos como la percepción de la calidad de vida, la esfera cognitiva y la fatiga (Amatya et al., 2019). Dado el compromiso de diversas funciones del sistema nervioso central, se requiere de terapias que logren integrar las diferentes tareas e incidir fisiopatológicamente en el proceso de rehabilitación. Una de las modalidades terapéuticas que recientemente ha tomado auge en las diferentes condiciones neurológicas, es la musicoterapia.

Desde una perspectiva histórica, existen diversas definiciones del concepto de musicoterapia. Sin embargo, todas ellas tienen puntos esenciales de convergencia, como son el uso de la música y sus elementos aplicados por un musicoterapeuta profesional, en diversos contextos, con fines terapéuticos, para mejorar las condiciones y cubrir las necesidades de los pacientes (Pérez-Eizaguirre, 2021). Su uso se ha extendido a diferentes áreas, involucrando la esfera social, educativa y de salud.

Una de las especialidades que se está empezando a abrir camino en el proceso de la neurorehabilitación, es la musicoterapia (Jurado-Noboa, 2018) y, siendo la EM la enfermedad neurológica por excelencia, se convierte en una patología ideal para incidir por medio de esta especialidad. Con los avances tecnológicos, las opciones de estudios funcionales en el sistema nervioso central y la progresión de los estudios en la musicoterapia, se abre a partir de los 90 una nueva rama, enfocada a las patologías neurológicas. Nace entonces la "musicoterapia neurológica", y con ella, una serie de estrategias terapéuticas enfocadas a las diferentes necesidades de estos pacientes, basados en ele-

mentos neurofisiológicos (Thaut y Hoemberg, 2014). Su rango terapéutico va desde la estimulación en primera infancia, hasta pacientes con trastornos cognitivos, secuelas por enfermedad cerebrovascular, secuelas por trauma de cráneo y, en el caso puntual, los pacientes con esclerosis múltiple.

Hay múltiples estudios que sustentan las bases neuroanatómicas y funcionales por las cuales el uso de la música en el proceso de rehabilitación optimiza la respuesta del paciente a la terapia (Soria-Urios et al, 2011), (Ruiz et al., 2019). En esclerosis múltiple, siendo una patología que afecta diversas áreas funcionales, se puede trabajar con la musicoterapia para mejorar aspectos motores, emocionales, cognitivos, entre otros.

Se han estudiado diferentes estrategias musicales en pacientes con esclerosis múltiple para optimizar el patrón de marcha (Seebacher et al., 2022; Moumdjian et al., 2020), la función de miembros superiores (Lamers, 2016), y al menos dos estudios en los que se ha trabajado la función motora del tren superior por medio del uso del teclado (Gatti et al., 2015). Mantener la funcionalidad de miembros superiores es de extrema importancia para pacientes que ya tienen un compromiso mayor en su capacidad de marcha: sus manos representan su independencia, su capacidad para llevar a cabo elementos esenciales de la vida cotidiana, como el aseo personal, la alimentación, los traslados – ya sea con muletas, o de una silla de ruedas a otro lugar como la cama -, etc. Siendo la musicoterapia una alternativa accesible, de bajo costo, sin riesgos para la integridad física del paciente, sin efectos secundarios y que además puede integrar otros aspectos como la función cognitiva, el estado emocional y la percepción de la calidad de vida (Lopes y Keppers, 2021), se justifica su implementación de una manera sistemática y estructurada para efectos de la rehabilitación de los pacientes con esclerosis múltiple.

El presente trabajo busca analizar los efectos de la musicoterapia con teclado aplicada a una paciente con esclerosis múltiple con compromiso de vías cortas.

Materiales y Métodos

Participantes

La intervención músico-terapéutica se aplicó a una sola paciente (intervención individual), en su casa de habitación. Dadas sus limitaciones se prefirió este contexto para evitarle la necesidad de desplazamiento. Además, en su casa ella se maneja de manera segura, lo cual es muy importante para favorecer su desempeño y participación durante las actividades.

Todas sus terapias farmacológicas y no farmacológicas se mantuvieron sin cambios durante el período de intervención.

Estímulos y medidas

Se realizó un total de 22 sesiones de musicoterapia bajo una estructura general, detallada en la tabla I.

Las sesiones se impartieron de manera escalonada en relación con los objetivos. Se trabajó bajo un modelo conductista en el que la música se utilizó como estímulo y como estructura, para mejorar la función motora de miembros superiores. La ejecución del instrumento fungió como herramienta para trabajar el factor propioceptivo y motor (basados en la dinámica, ritmo y sonoridad de la pieza), propiciando así la rehabilitación bajo el concepto de neuro plasticidad.

La totalidad de las sesiones fueron supervisadas por un musicoterapeuta supervisor, recibiendo la respectiva retroalimentación para la optimización del proceso.

Se valoraron tanto parámetros subjetivos como objetivos. En cuanto a los primeros, se evaluó de manera subjetiva la evolución de la función motora de miembros superiores según el desempeño cotidiano reportado sesión tras sesión por parte de la paciente en aspectos de vida diaria (escritura, uso de muletas, comer, vestirse, aseo personal, cepillarse los dientes, cocinar, peinarse y maquillarse).

Respecto a los parámetros objetivos, se trabajó con la prueba de los 9 pines, cuantificando el desempeño en la prueba previo al inicio de la terapia y cada 2 sesiones hasta el término del proceso y ajustando las terapias según la progresión objetiva en esta prueba. Se valoró también la diferencia interlado en el desempeño de la prueba previo al inicio de la terapia, cada dos sesiones y al final de estas, con miras a lograr una diferencia significativa - positiva - en la ejecución de la prueba de 9HPT en relación con su basal.

Procedimiento

Las sesiones fueron trabajadas de la siguiente manera:

- Sesión 1: Aplicación de escalas – período receptivo para la familiarización con la pieza a utilizar, dado el contexto clínico y las habilidades musicales basales de la paciente.
- Sesión 2 a 7: se continuó con la familiarización con el teclado, las notas, la posición de los dedos en el teclado, la relajación muscular y demás aspectos técnicos. Se trabajó ambas manos —solo con la melodía— y ambas manos recibieran el mismo entrenamiento motor, reforzado con elementos melódicos y rítmicos. Dada la afinidad de la paciente por el canto, se aprovecharon elementos de solfeo melódico para reforzar el proceso. Se le solicitó en la sesión 6 iniciar un proceso de ¨songwritting¨ con el fin de propiciar la escritura, la motivación, la creatividad y la expresividad.

Tabla 1.

Estructura de las sesiones de musicoterapia.

Fases y tiempos	Actividad	Objetivo
Canción de bienvenida (5 minutos)	Improvisada. Saludo. Diálogo musical sobre las actividades de la semana, sus avances funcionales, sus emociones, entre otras.	Generar un diálogo musical con la paciente. Fomentar la expresividad y creatividad.
Canción de motivación (5 minutos)	Se le presenta a la paciente una canción de sus intérpretes favoritos. Durante esta fase, la paciente era libre de solamente escuchar, cantar la canción, bailarla, llevar el ritmo con algún instrumento o las palmas, etc.	Generar un ambiente emotivo – positivo previo a la intervención terapéutica. Fomentar la escucha atenta. Incorporar elementos rítmicos. Favorecer la libertad de expresión.
Calentamiento (5 minutos)	Previo al inicio de los ejercicios en el teclado, se realizan ejercicios físicos de calentamiento a nivel de dedos, muñecas, codos, hombros y cuello.	Prevenir lesiones en una paciente no habituada a la ejecución del teclado.
Ambientación con la pieza	Se le presenta a la paciente en cada sesión la pieza meta: el cuarto movimiento de la novena sinfonía de Beethoven.	Familiarizar a la paciente con el ritmo, la sonoridad y la letra de la canción.
Ejecución musical (30 minutos)	Se le solicita a la paciente realizar diferentes ejercicios para ir familiarizándose con la técnica, postura, relajación, la ejecución con manos separadas y manos juntas (en espejo y superpuestas), y luego se empezó a avanzar con la pieza propiamente. Para estos efectos se utilizó un tutorial simple en el que la postura de la mano podría mantenerse lo más anatómica y funcional posible. Durante la ejecución de la pieza, se le solicitaba a la paciente cantar las notas a la vez que las tocaba.	Rehabilitar la función motora y propioceptiva de ambas manos. Estimular la lateralización a nivel cerebral. Favorecer el proceso de neuroplasticidad mediante la activación e integración de diferentes sistemas funcionales a nivel cerebral.
Estiramiento (5 minutos)	Al término de la actividad con el teclado, se realizaban ejercicios de estiramiento con diferentes canciones relajantes – basados en las preferencias de la paciente.	Prevenir lesiones posteriores a la práctica con el instrumento.
Evaluación objetiva (5 minutos)	Cada dos sesiones (las sesiones impares), se realizó la prueba de 9 hole pin test.	Valorar de forma estandarizada y cuantificable la progresión de la función motora de ambas manos en la paciente.
Despedida (5 minutos)	Cada sesión finalizaba con una canción de despedida que, al igual que la de inicio, era improvisada, resaltando la actitud de la paciente y sus logros.	Motivar a la paciente para continuar con su trabajo y desempeño en las sesiones. Definir el término de la sesión.

- Sesión 8 a 13: una vez familiarizada la paciente con los elementos técnicos, se le añadió elementos rítmicos con el metrónomo, mediante el cual se ajustaron parámetros según los avances musicales de la paciente y su capacidad motora. Se mantuvo el trabajo a manos separadas. Se agregaron variantes rítmicas para consolidar los aspectos musicales y favorecer la neuro plasticidad, además de ofrecer condiciones que hicieran la dinámica más retadora y menos monótona.

- Sesión 14 a 21 Se empezó a trabajar a manos juntas para integrar la función motora, la lateralidad y favorecer la neuro plasticidad. Se asociaron elementos como la dinámica y la sonoridad para favorecer una mayor conciencia motora y propioceptiva, para lograr una rehabilitación con intención (no solo se buscó recuperar el movimiento, sino lograr movimientos funcionales mediante la intencionalidad, la dirección, la fuerza y la coordinación del movimiento).

- Sesión 22: sesión de cierre del programa. Despedida.

Para el apropiado desarrollo de las sesiones, se utilizaron los siguientes materiales:

- Teclado portátil - digital – marca Casio – modelo CTK-4400.
- Base en ¨X¨ para soporte del teclado.
- Tambor de madera.
- Xilófono.
- Ukelele estándar.
- Harmónica.
- Trípode y cámara digital para grabar las sesiones.
- Cronómetro para medir los tiempos a la hora de realizar la prueba de los 9 pines.
- Equipo para la prueba de los 9 pines: base de madera, pines de metal.
- Tableta electrónica donde se lleva registro de la estructura de cada una de las sesiones, así como los enlaces para acceder a las canciones respectivas utilizadas en las diferentes fases de la terapia.
- Conexión inalámbrica a internet.
- Conexión a la electricidad para el teclado eléctrico.
- Metrónomo (incorporado en el teclado eléctrico).
- Hoja de registro.

Los instrumentos de cuerda y percusión se usaron para fomentar las actividades rítmicas con las canciones de motivación. También se utilizaron para el proceso de improvisación en las canciones de bienvenida y de despedida.

Análisis de datos

Los datos se tomaron de la hoja de registro elaborada para realizar las anotaciones respectivas de cada sesión. Los datos tanto cualitativos como cuantitativos fueron digitados y procesados para su tabulación y análisis en el programa Microsoft Excel 365, versión 2.73, de Microsoft Corporation.

RESULTADOS

Se trabajó con una paciente de 47 años, diestra, portadora de esclerosis múltiple, con un EDSS de 6,5 (discapacidad moderada) y portadora de cáncer de tiroides metastásico, recidivante.

Se realizaron 22 sesiones de musicoterapia, bajo un modelo conductista. En general, la disposición de la paciente para las sesiones siempre fue positiva, con una condición física de regular a buena, dentro de su contexto. Durante el período en que se ofrecieron las terapias de intervención musical, la paciente cursó estable de su enfermedad de base, sin recaídas ni necesidad de ajuste en sus tratamientos.

Por la época del año en que se realizaron las terapias, se trabajó bajo temperaturas muy altas, llegando a alcanzar hasta los 34° Celsius en algunas sesiones.

Los parámetros subjetivos valorados se resumen en la tabla II. Se contemplaron las siguientes actividades: lavarse los dientes, cepillarse el cabello, maquillarse, vestirse, aseo personal, escribir, aptitudes en cocina, comer, uso de muletas y aseo personal. Al inicio del proceso, la paciente no podía realizar ninguna actividad evaluada con la mano derecha, pero sí con la izquierda. A partir de la tercera sesión, reporta estar intentando lavarse los dientes, vestirse, ayudarse con el aseo personal, comer y usar las muletas con su mano derecha, pero no lograba aún intentar peinarse, maquillarse, escribir o realizar las labores de la cocina. En la sesión número 7 reporta la paciente que logró escribir con su mano derecha. Para la sesión 8 indica haber logrado comer con su mano derecha y hacer un uso adecuado de las muletas, mientras que las demás funciones seguían en proceso. En la sesión número 12 la paciente dice que ya logra usar su mano derecha para vestirse y para su aseo personal, además de mantener las demás funciones que ya había alcanzado. Finalmente, en la sesión número 13 reporta que puede realizar todas las tareas evaluadas, y mantiene las facultades durante las sesiones subsecuentes hasta el final del programa de intervención.

Respecto a los parámetros objetivos, valorados con la prueba de los 9 pines, se registra un tiempo basal con la mano derecha de 88,83 segundos, y con la izquierda de 24,48 segundos. La figura 6 resume la evolución clínica documentada con esta prueba estandarizada sesión tras sesión. Hay tres puntos clave en la representación gráfica, respecto a la evolución de la mano derecha: la sesión 5, en la que la diferencia porcentual no superó el 20%; la sesión 9, en la que no se pudo realizar la prueba, pues fue necesario terminar la sesión antes de lo esperado, ya que la paciente por error tomó un medicamento que le correspondía tomar en la noche, y empezó con efectos secundarios que impidieron continuar; y la sesión 13, en la que la paciente estaba convaleciente de un proceso gripal y aún ese día por la mañana había estado con fiebre.

Tabla 2.

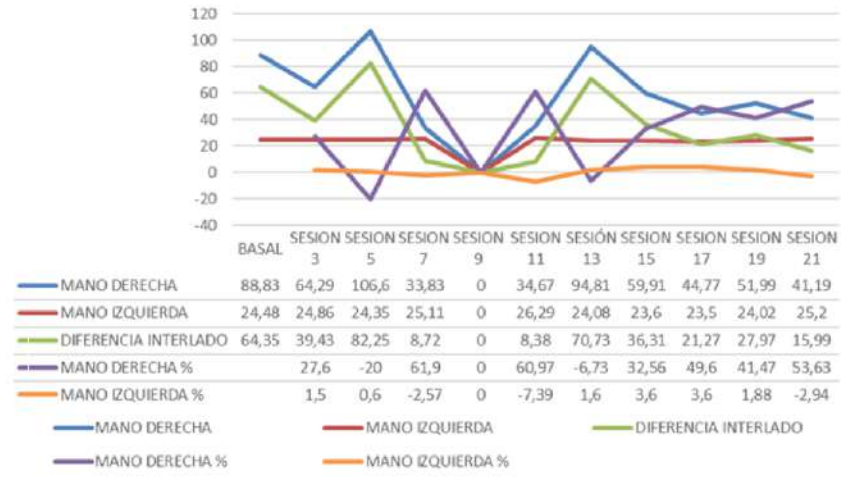
Logros alcanzados tras las sesiones

Parámetro	Basal	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 12	Sesión 13
Escribir	NO	SI	SI	SI	SI
Uso de muletas	NO	NO	SI	SI	SI
Comer	NO	NO	SI	SI	SI
Vestirse	NO	NO	NO	SI	SI
Aseo personal	NO	NO	NO	SI	SI
Lavarse los dientes	NO	NO	NO	NO	SI
Cocinar	NO	NO	NO	NO	SI
Peinarse	NO	NO	NO	NO	SI
Maquillarse	NO	NO	NO	NO	SI

Nota: Resumen de los logros en la capacidad funcional para actividades de vida cotidiana con la mano derecha desde la condición basal y en las diferentes sesiones.

Figura 1.

Resultados de la prueba de 9 pines



Nota: números absolutos y porcentuales según evolución respecto al basal y diferencia interlado

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para analizar los datos expuestos, es primordial comprender el contexto de los resultados. Se destacan diversos elementos relevantes: primero que nada, es importante resaltar la condi-

ción de salud de la paciente, previo a cada sesión: como se anota, la paciente cursó estable. Es decir, no tuvo recaídas clínicas de su enfermedad que afectaran su desempeño en el transcurso del programa: este elemento fue fundamental y determinante para la continuidad y desarrollo de las intervenciones musicales. Solo hubo un momento –en la sesión 13– postpuesta durante 8 días, pues la paciente sufrió una infección de vías respiratorias superiores y estuvo muy sintomática. Todavía el día de la sesión había tenido fiebre por la mañana, lo que explica la disminución en la prueba de los 9 pines. Es importante recordar el fenómeno de Uthoff, el cual implica un deterioro de las funciones en el paciente con esclerosis múltiple ante un aumento de la temperatura corporal, por lo que esto era esperable.

Por otro lado, la disposición anímica de la paciente fue también relevante en el proceso: siempre se mostró motivada, proactiva y creativa: aportaba en todas las sesiones sus propias propuestas musicales, sobre todo para la canción de bienvenida y para la canción de motivación.

Por último, en relación con los aspectos generales en el contexto de las intervenciones, cabe anotar las condiciones climáticas: como ya se ha anotado, la temperatura ambiente puede disminuir el desempeño de las personas con esclerosis múltiple. El programa de musicoterapia se ofreció a esta paciente, justo en los meses más calurosos

Al analizar el desempeño en relación con la planificación de los diferentes bloques de sesiones, se observa cómo la paciente fue alcanzando los objetivos de manera concordante con lo propuesto: el logro de las metas técnicas, posteriormente el aprendizaje paulatino de las notas musicales con manos separadas, luego la ejecución a manos juntas, todo esto acompañado de un proceso de solfeo melódico. Se trabajó inicialmente un proceso que favoreciera la propiocepción y la conciencia motora de la mano derecha, al trabajar la función de cada dedo de manera individual para lograr el reconocimiento funcional de cada uno de ellos, logrando disociar inicialmente de manera consciente el movimiento de cada dedo, hasta lograr una integración a nivel central que favoreció la ejecución instintiva del movimiento. Este proceso inicial favoreció el trabajo a manos juntas que, posteriormente, llevó a definir la lateralidad. El trabajo a manos juntas se hizo con la melodía: no se pudo incorporar la armonía con la mano izquierda por dificultades en la coordinación, atribuibles a factores diversos en el contexto neurológico y bagaje musical de la paciente. No obstante, esto permitió ofrecer el mismo estímulo musical para ambas manos, favoreciendo la interpretación de los resultados funcionales finales.

En cuanto a otros elementos musicales, como el ritmo y la dinámica, se emplearon recursos más allá del uso del teclado, siempre dentro del marco de las actividades propuestas. Así por ejemplo, se utilizaron instrumentos de percusión con las canciones de motivación para llevar el ritmo de las piezas, lo cual la paciente fue logrando de manera inconsciente en el transcurso de las sesiones, observándose el fenómeno de "entrainment": tanto la paciente como la terapeuta tocaban el xilófono o el tambor de madera de manera simultánea llevando el ritmo de las canciones ofrecidas; sin embargo, en las primeras sesiones, la ejecución de la paciente no tenía ninguna concordancia con los ritmos ofrecidos, y conforme fueron avanzando las intervenciones, llegó el momento en que –sin ella planificarlo– logró incorporar el elemento rítmico y manifestarlo en el instrumento de percusión. Una vez observado esto, se incorporaron ejercicios de calentamiento a nivel de teclado utilizando el metrónomo, logrando una pronta incorporación del factor rítmico en la ejecución musical. El concepto de dinámica fue aplicado igualmente en los ejercicios de calentamiento, tanto físico como con teclado, mas no con la pieza meta, pues se le dificultaba procesar todos los componentes al tocar la canción. Fue interesante en el proceso cómo la misma paciente manifestó su necesidad de lograr controlar la intención del movimiento: la incorporación de ejercicios con dinámica le permitió comprender el mecanismo para lograr este objetivo.

Ya entrando en resultados más tangibles, como el desempeño en las actividades de vida cotidiana, es importante resaltar que la paciente no lograba hacer absolutamente ninguna función con su mano derecha. Ella tenía diferentes formas verbales para describir su discapacidad:

- "mi mano está muerta".
- "para mí este lado no existe".
- "yo tuve que aprender a hacer todo con la izquierda porque esta mano no me ayuda"…

Durante el proceso terapéutico, se le explicaron conceptos anátomo-fisiológicos neurológicos para que comprendiera los diferentes mecanismos por medio de los cuales las terapias irían favoreciendo la reactivación de las funciones motoras. Entendido esto, la paciente fue tratando de reincorporar su mano derecha a sus actividades de vida diaria, con importantes limitaciones al inicio, pero manteniendo la motivación para no caer en la frustración, entendiendo que los logros se verían con el tiempo, al ser esto un proceso. La primera función recuperada fue la escritura: dentro del proceso terapéutico, se incorporó la técnica de "songwritting" para fomentar su creatividad, reforzar su motivación, y lograr una mayor expresividad. El tema propuesto para la canción fue su sentimiento en relación con el proceso musicoterapeutico que estaba viviendo. Se le puso por requisito que la canción debería ser escrita a mano, con su mano derecha, independientemente de la caligrafía y la ortografía. La paciente logra este reto en término de una semana, y su caligrafía no denota fallos en la motora fina.

Siendo que la paciente tiene limitación funcional también en el miembro inferior derecho, era de suma importancia que se le facilitara el uso y dominio de las muletas canadienses, lo cual

logra a la semana 8ª. De igual manera, en esta sesión indicó que ya era capaz de comer con la mano derecha sin que se le cayera el alimento o sin manchar la ropa, y más importante aún, recuperó la capacidad de llevar el alimento a la boca sin fallar en la direccionalidad e intencionalidad del movimiento condicionado por su problema cerebeloso. Esta función tan importante podría estar mediada por el proceso de concientización que se realizó en el trabajo individual de los dedos de la mano, además de la coordinación viso-espacial favorecida por el trabajo directo con el teclado.

Por último, la paciente logra retomar tareas que implicaban no solo el uso de la mano, sino de funciones motoras más proximales, como la flexión de codo y los diferentes arcos de movimiento del hombro. La paciente tenía limitaciones también en su movilidad proximal producto de una tendinitis y bursitis crónicas en hombro derecho, lo que le limitaba los movimientos activos que involucran esta articulación. Durante el proceso, en las diferentes actividades de calentamiento se trabajaba también esta articulación, y una vez en el teclado, se reforzaba la importancia de relajar toda la extremidad. De manera indirecta se logró este avance motor y superar estas limitaciones funcionales, condicionadas más por dolor que por una debilidad real. Al empezar a hacer mayor uso y aumentar la movilidad de la extremidad, este síntoma fue mejorando, facilitando de manera significativa su desempeño cotidiano, reflejado en su capacidad para peinarse y maquillarse.

En relación con los resultados de la prueba de 9 pines, la mejoría documentada es altamente significativa. Se tienen aquí varios datos interesantes que caben resaltar:

- La ejecución de la prueba con la mano derecha previo al inicio de las terapias dura más de tres veces el tiempo que dura la mano izquierda, reflejo de la condición funcional de esta extremidad. Esta diferencia interlado disminuye en más del 50% durante el proceso terapéutico, siendo la diferencia inicial de 64,35 segundos, y la diferencia promedio tomando en cuenta la totalidad de sesiones en las que se logró controlar la prueba fue de 28,6 segundos (55,54% de diferencia).
- El porcentaje de variabilidad de la prueba en mano izquierda no mostró cambios significativos, en el entendido que, para que las diferencias fueran representativas, se hubiera requerido una diferencia +/- el 20% del valor basal de la prueba.
- En la representación de la mano derecha se observan, a simple vista, 3 registros que podrían considerarse ¨outliers¨:
    - Sesión 5: la diferencia porcentual fue de un 20%. Este día en especial la temperatura ambiente era de 32°C y el porcentaje de humedad era cercano al 90%.
    - Sesión 13: la paciente estaba convaleciente por un proceso infeccioso, y en la mañana del día de la sesión tuvo un último pico febril. Ambos momentos (sesión 5 y 13) reflejan el fenómeno de Uthoff.
    - Sesión 9: la paciente tomó un medicamento que debió tomar de noche y le produjo somnolencia extrema como efecto secundario, por lo que se requirió terminar la intervención antes de lo estipulado, y no se realizó la prueba.
- A partir de la sesión 15, el porcentaje de diferencia en cuanto a la ejecución de la prueba con la mano derecha en relación con el basal se mantiene persistentemente por encima del 20%, lo cual denota una mejoría significativa, y esta mejoría se sostuvo durante las siguientes sesiones de terapia.

Aunque la mejoría observada es sostenida, hay fluctuaciones en el desempeño para ambas manos, reflejando la variabilidad inducida por factores como las condiciones del tiempo, el grado de fatiga muscular, pues el resultado podría variar según la prueba en horario diurno o vespertino, por ejemplo, sumado al nivel de actividad realizado durante el día; el estado anímico del paciente, entre otros. Por el diseño de estudio estas variables no se controlaron directamente, pero su efecto ya se ha reportado ampliamente en la literatura médica.

El estudio tiene como principal limitante el diseño, al ser un caso único: bajo esta modalidad, las conclusiones serán específicas para el caso, y no son extrapolables a la población de la que proviene la paciente. Cabe anotar que la intervención musical se da en un contexto académico como parte de un programa de estudios; por ende, la experiencia de quien ofrece el proceso terapéutico es totalmente limitada. La supervisión palió este factor, fundamental para el desarrollo del programa.

Es de resaltar, sin embargo, que esta intervención aborda un área poco explorada en lo que respecta a trabajos clínicos - científicos.

En una intervención musical, se analizaron los efectos de la musicoterapia aplicada a una paciente con esclerosis múltiple con compromiso de la función motora en miembros superiores, usando el teclado, evidenciándose una respuesta positiva y sostenida en la prueba estandarizada de los 9 pines, y el reporte subjetivo de mejoría funcional en las actividades diarias. Ambas manos se expusieron al mismo estímulo, manteniendo la función de la mano izquierda estable, con franca mejoría en su desempeño con la mano derecha. Hubo una importante reducción de la diferencia funcional interlado, acortando la brecha en

el desempeño de la prueba entre la mano derecha y la mano izquierda.

Este caso abre múltiples interrogantes y sirve de base para plantear futuras investigaciones en relación con el rol de la musicoterapia neurológica en el paciente con esclerosis múltiple. Los hallazgos se consideran altamente significativos, y justifican la necesidad de continuar explorando las intervenciones musicales en este grupo de pacientes.

Hay una pregunta que salta a la vista: ¿es necesario replantear el paradigma de rehabilitación en el paciente con esclerosis múltiple?

REFERENCIAS

Amatya, B., Khan, F., & Galea, M. (2019). Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1). https://doi.org/10.1002/14651858.CD012732.pub2

Dobson, R., & Giovannoni, G. (2019). Multiple sclerosis–a review. European journal of neurology, 26(1), 27-40. https://doi.org/10.1111/ene.13819

Gatti, R., Tettamanti, A., Lambiase, S., Rossi, P., & Comola, M. (2015). Improving hand functional use in subjects with multiple sclerosis using a musical keyboard: a randomized controlled trial. Physiotherapy Research International, 20(2), 100-107. https://doi.org/10.1002/pri.1600

Izquierdo, G., & Ruiz-Peña, J. L. (2003). Evaluación clínica de la esclerosis múltiple: cuantificación mediante la utilización de escalas. Rev Neurol, 36(2), 145-52. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART12584/evaluacion_clinica_esclerosis.pdf

Jurado-Noboa, C. (2018). La Musicoterapia Neurológica como modelo de Neurorrehabilitación. Revista Ecuatoriana de Neurología, 27(1), 72-79. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2631-25812018000100072&script=sci_arttext

Kobelt, G., Thompson, A., Berg, J., Gannedahl, M., Eriksson, J., MSCOI Study Group, & European Multiple Sclerosis Platform. (2017). New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe. Multiple Sclerosis Journal, 23(8), 1123-1136. https://doi.org/10.1177/1352458517694432

Lakin, L., Davis, B. E., Binns, C. C., Currie, K. M., & Rensel, M. R. (2021). Comprehensive approach to management of multiple sclerosis: addressing invisible symptoms—a narrative review. Neurology and therapy, 10(1), 75-98. https://doi.org/10.1007/s40120-021-00239-2

Lamers, I., Maris, A., Severijns, D., Dielkens, W., Geurts, S., Van Wijmeersch, B., & Feys, P. (2016). Upper limb rehabilitation in people with multiple sclerosis: a systematic review. Neurorehabilitation and neural repair, 30(8), 773-793. https://doi.org/10.1177/1545968315624785

Lopes, J., & Keppers, I. I. (2021). Music-based therapy in rehabilitation of people with multiple sclerosis: a systematic review of clinical trials. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 79, 527-535. https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0374

Lublin, F. D., Häring, D. A., Ganjgahi, H., Ocampo, A., Hatami, F., Čuklina, J., ... & Bermel, R. A. (2022). How patients with multiple sclerosis acquire disability. Brain, 145(9), 3147-3161. https://doi.org/10.1093/brain/awac016

Moumdjian, L., Maes, P. J., Dalla Bella, S., Decker, L. M., Moens, B., Feys, P., & Leman, M. (2020). Detrended fluctuation analysis of gait dynamics when entraining to music and metronomes at different tempi in persons with multiple sclerosis. Scientific reports, 10(1), 1-12. https://www.nature.com/articles/s41598-020-69667-8

Nourbakhsh, B., & Mowry, E. M. (2019). Multiple sclerosis risk factors and pathogenesis. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology, 25(3), 596-610. doi: 10.1212/CON.0000000000000725

Pérez-Eizaguirre, M. (2021). Qué es musicoterapia. Origen, definición, ámbitos de aplicación y perfil del musicoterapeuta. M. (pp 32-39). Ediciones Paraninfo, S.A.

Ruiz, M. L., Nieves, M. T. P., & Arce, S. A. (2019). Musicoterapia en neurorrehabilitación: el regalo de Apolo. Música (Fig. 2 A), 3, 7. https://www.researchgate.net/publication/338036659_Musicoterapia_en_neurorrehabilitacion_el_regalo_de_Apolo

Seebacher, B., Helmlinger, B., Pinter, D., Ehling, R., Hegen, H., Ropele, S., ... & Deisenhammer, F. (2022). Effects of actual and imagined music-cued gait training on motor functioning and brain activity in people with multiple sclerosis: protocol of a randomised parallel multicentre trial. BMJ open, 12(2), e056666. https://bmjopen.bmj.com/content/12/2/e056666

Soria-Urios, G., Duque, P., & García-Moreno, J. M. (2011). Música y cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento musical. Revista de neurología, 53(12), 739-746. http://dx.doi.org/10.33588/rn.5312.2011475

Thaut, M., & Hoemberg, V. (Eds.). (2014). Handbook of neurologic music therapy. Oxford University Press.

EN MUSICOTERAPIA, UN PIANO ABRE UN MUNDO DE POSIBILIDADES

Fotografía de ANASTASIA KOLCHINA en Pexels con Licencia Creative Commons

MISOSTENIDO
REVISTA DE MUSICOTERAPIA unir

#6,3

MUSICOTERAPIA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN Y LIBERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: ESTUDIO DE CASO

Music therapy in the process of recovery and liberation from gender-based violence: a case study

Laure Rodríguez-Quiroga
Musicoterapeuta en "Musicotherapie Sans Frontières" (Francia)
Miembro de WFMT
https://orcid.org/0009-0000-5066-9907

Resumen
La musicoterapia, cada más difundida en las intervenciones terapéuticas integrativas, ofrece un abanico de posibilidades en el acompañamiento a víctimas y supervivientes de violencia de género. El presente trabajo pretende esbozar un estudio de caso, a partir de un contexto innovador. Tomando como referencia una narrativa transformadora y alejándose de la estereotipia, se transita fuera del paradigma reduccionista para ofrecer una aportación novedosa, al tratar específicamente la intervención terapéutica con población musulmana, desde la perspectiva interseccional, centrándose en la casuística de una mujer que, por interpretación religiosa, rechaza el uso de la música. Es por ello que, inspirándose en el modelo de musicoterapia andalusí y sus similitudes con el modelo GIM, de Helen Bonny, se pretende comprobar el efecto que genera la musicalidad del Alcorán en la reducción del estado de ansiedad y estrés asociados a la exposición a cualquiera de las vertientes de maltrato. Analizados los resultados que se han obtenido a lo largo de todo el proceso se puede concluir que la contribución de la recitación del Alcorán, como método receptivo en un programa de musicoterapia, es positiva.

Palabras clave: musicoterapia, violencia de género, interseccionalidad, andalusí, GIM, Islam

Abstract
Music therapy, increasingly widespread in integrative therapeutic interventions, offers a range of possibilities in supporting victims and survivors of gender violence. The present project aims to outline a case study, based on an innovative context. Taking as reference a transformative narrative and moving away from stereotyping, moving outside the reductionist paradigm for offered by specifically addressing therapeutic intervention with the Muslim population, from an intersectional perspective, focusing on the case of a woman who, due to religious interpretation, rejects the use of music. That is why, inspired by the Andalusian music therapy model and its similarities with Helen Bonny's GIM model, the intention is to verify the effect that the musicality of the Quran generates in reducing the state of anxiety and stress associated with exposure to any of the aspects of abuse. Analyzing the results that have been obtained throughout the entire process, it can be concluded that the contribution of the recitation of the Quran, as a receptive method in a music therapy program, is positive.

Keywords: music therapy, gender-based violence, intersectionality, Andalusian, GIM, Islam

ACCESO ABIERTO

Citación recomendada
Rodríguez-Quiroga, L. (2024). Musicoterapia en el proceso de recuperación y liberación de la violencia de género: estudio de caso [Music therapy in the process of recovery and liberation from gender-based violence: a case study]. *Misostenido*, *4*(6), 25-32. https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.04

Correspondencia:
laure.rquiroga@gmail.com

Recibido: 26 Ene 2024
Aceptado: 21 Feb 2024
Publicado: 15 Mar 2024

Financiación
Este artículo no ha contado con financiación institucional ni privada.

Conflicto de intereses
La autora de esta propuesta declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de la autora
La autora declara haber desarrollado la presente propuesta.

Comité ético
La participación en el estudio ha sido voluntaria y aprobada mediante la firma de un consentimiento informado por la cuidadora y tutora legal del participante.

DOI:
https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.04

Editado por
PhD. David Gamella
(Universidad Internacional de La Rioja)

INTRODUCCIÓN

La violencia hacia las mujeres es una realidad que traspasa fronteras y culturas. El mero hecho de ser mujer obliga a costear un tributo, que se paga sobre su cuerpo y sobre sus libertades. Tal y como señala Bonomi et al. (2009), llega a afectar hasta al 44% de las mujeres

adultas (p. 1692). De esta forma, los hogares pueden ser los lugares más peligrosos para ellas, al convertirse en las trincheras en las que se desarrollan estados de excepción.

En tanto que intervención terapéutica integrativa, la musicoterapia está contribuyendo al acompañamiento de mujeres en situación de violencia machista de pareja. Aun así, tal y como advierte Hernández-Ruiz (2005), la producción científica relacionada con intervenciones musicoterapéuticas vinculada a la violencia de género es escasa, a pesar de la prevalencia de esta realidad (p.143).

La violencia de género no pasa por alto en la salud de las mujeres, quienes pueden padecer un incremento del 50% al 70% en afecciones ginecológicas, así como el sistema nervioso central o el estrés (Campbell, 2002, p. 1157). Lenore Walker (2007), acuñó el Síndrome de la Mujer Maltratada para referirse a aquellos signos y síntomas de índole psicológico, como pueden ser la hiperexcitación, elevados niveles de ansiedad y embotamiento emocional que se suele manifestar como minimización, negación, disociación, represión o ansiedad (p. 42).

Gracias a trabajos, como el programa piloto de musicoterapia en Cuba (Fernández de Juan, 2011), se ha podido evidenciar que la somatización de la ansiedad se externaliza manteniendo el cuerpo tenso (p.192). Para Jiménez (2017), la eficacia de este tipo de terapia puede verse en la disminución del consumo de fármacos contra la depresión, al enfocar la música como herramienta para inducir la alegría (p. 90). De esta manera, las y los musicoterapeutas pueden ser, como señala Whipple y Lindsey (1999), un aditamento crucial para desarrollar, poner en marcha y potenciar programas existentes en centros de atención a mujeres y menores en situación de maltrato (p. 67), ya que la música actúa como elemento mediador a través de un entorno accesible y no amenazante para el tratamiento y para el empoderamiento.

Sin embargo, las estrategias discursivas vinculadas al uso de la musicoterapia en el marco de la violencia de género se aproximan desde un enfoque homogéneo de lo que supone ser una mujer maltratada. Se reproduce, así, un relato hegemónico que circunscribe a la víctima ontológica como un bloque monolítico, alejándose de la realidad plural de las mujeres que encajan en esta situación. Por eso, la mirada interseccional ofrece una vertiente contrahegemónica alejada de la estereotipia, ofreciendo herramientas para la intervención con población musulmana, específicamente con quienes presentan resistencias al uso de la música.

Teniendo en cuenta esta diversidad, se hace preciso encontrar tratamientos que tomen en cuenta la inclusión de la espiritualidad. Por ello, en las últimas décadas, se han comenzado a realizar investigaciones en el área del Alcorán y la ciencia médica. La lectura del Alcorán, se realiza a través de diferentes maqamat, es decir, el uso de una melodía específica con entonaciones melodiosas y embellecidas, fusionando el sentido del conjunto de versos recitados con el estado de ánimo y la emoción correspondiente (Shahriar y Tariq, 2021, p. 117.271).

Son diversas las investigaciones que exploran el impacto de la musicalidad implícita en la recitación del Alcorán para comprobar su eficacia en la disminución del estado de ansiedad, como el realizado por Al-Jubouri et al. (2021) que da cuenta del beneficio del uso del Alcorán para minimizar el impacto de los cuadros ansiosos (p. 1612).

Según Hoffmann (2007), la recitación del Alcorán crea una atmósfera musical, desde la que se embellece el texto alcoránico a través de modulaciones musicales, resaltándose los sonidos verbales, con patrones repetitivos de rimas y aliteraciones, iconicidades (juegos de palabras y onomatopeyas) o sonidos inferidos (p. 109).

Materiales y método

Participante

La intervención se realiza con una mujer de cuarenta años, de origen español y confesión musulmana. Se encuentra divorciada, después de veintidós años de matrimonio con el agresor, dieciocho años mayor que ella. Él es de origen argelino y tradición musulmana. Fruto de la relación tienen un hijo en común, de nueve años de edad. La guardia y custodia recae en ella, teniendo establecido un régimen de visitas. La patria potestad es compartida.

Relata que la violencia psicológica se instaura en la dinámica relacional de la pareja desde el inicio de la convivencia, subiendo en escalada de intensidad, frecuencia y gravedad ante el nacimiento del menor y cuando ella decide poner fin a la relación, hace dos años. La convivencia persiste hasta hace diez meses, momento en el que ella decide salir del hogar con el menor. Se identifica igualmente violencia vicaria, hecho que le hace re-experimentar las situaciones de maltrato. No hay interpuesta denuncia de maltrato.

Se aprecia que la violencia sufrida no tiene una estructura cíclica desde que se inicia, dado que, en el relato de violencia, no se detecta fase de manipulación afectiva o luna de miel.

Se observa que no existe vínculo emocional con el agresor y que se ha comenzado a elaborar el duelo por el proyecto familiar roto, con el restablecimiento de significado de la experiencia vivida como indeseable y violenta.

Está diagnosticada con un cuadro ansioso-depresivo asociado a vivencia de violencia de género en la pareja. Desde hace dos años recibe tratamiento farmacológico consistente en la toma diaria de Zolpidem Escilatropan Cinfa (antidepresivo), Pristiq (antidepresivo) y Rivotril (ansiolítico). Manifiesta embotamiento continuo, confusión y dificultades de atención. Verbaliza presen-

tar alteraciones del sueño, teniendo dificultades para conciliarlo y para sostenerlo más de dos horas continuadas.

La recogida del menor después de cada visita con el padre supone una activación a nivel emocional, donde manifiesta que siente miedo, rabia, culpa e impotencia por el comportamiento de su agresor.

La mujer manifiesta sentimiento de culpabilidad y vergüenza por haber sostenido en el tiempo la relación de violencia y por el impacto que esta decisión ha tenido, a nivel emocional, en su hijo.

Recursos

- Instrumentos musicales: Oceandrum, ney, maletín de instrumentos de percusión orff, guitarra, teclado portátil, ukelele, selección grabada de recitaciones del Alcorán, sonidos de la naturaleza.
- Recursos coadyuvantes: pequeña fuente de agua, Story Cubes, papel y pinturas, pañuelos y telas de colores, dos pelotas de tenis y dos medias, un paquete de globos, plástico de burbujas de embalaje, ocho palillos chinos, una madeja de lana, cuatro periódicos viejos.
- Equipamiento tecnológico: Tablet, altavoces, teléfono móvil con cámara en alta resolución (4K), trípode y conexión a internet.
- Otros materiales: dos cojines y dos esterillas.
- Recursos humanos: una musicoterapeuta a media jornada.

Sesiones de musicoterapia

Se han realizado un total de veinte sesiones, bajo la estructura recogida en la Tabla 1, combinando el método receptivo y el método activo de musicoterapia. El diseño del conjunto de sesiones ha tomado la inspiración en el modelo de musicoterapia andalusí que, a su vez, guarda ciertas similitudes con el modelo GIM. Cada sesión queda dividida, inicialmente, en ocho fases, acogiéndose a variaciones para adaptarse a las circunstancias personales y emocionales de la mujer.

De cara a la elección de instrumentos musicales, se ha tenido especial cuidado por el respeto a la diversidad, tomando una disposición de apertura por parte de la musicoterapeuta, sin intención de modificar los códigos conformados por la paciente, con respecto a la ilicitud de la música o instrumentos musicales. Sin embargo, a petición de la mujer y previo al inicio de las sesiones, se le facilitó la información escrita sobre los hallazgos encontrados en relación a la prohibición de la música desde el paradigma islámico.

Igualmente, a pesar de que la programación de las sesiones fue diseñada, inicialmente, para desarrollarlas con el pandero y oceandrum, en cada sesión se dispuso de una variedad de instrumentos (*Ney* - flauta de caña utilizada en la música andalusí, maletín de instrumentos de percusión orff, guitarra, teclado portátil y ukelele) accesibles para ser utilizados por la paciente si así lo deseaba. Al mismo tiempo, se dejaron en el domicilio la maleta de instrumentos para que pudiera hacer uso de ellos con su hijo, si así lo consideraba, como forma de acercamiento y mejora de la comunicación materno-filial. Se hace preciso reseñar que, en ambas situaciones, la paciente hizo uso de los mismos.

Dentro de las técnicas del método receptivo se han utilizado las siguientes:

- Relajación: Introducida en cada sesión para abrir camino a una relajación física, fisiológica y psicológica, a estados de conciencia profundos, conectando con su interior y a poner la mirada en la sesión y el proceso que está viviendo. En esta fase de interiorización, se ha buscado crear espacios de desconexión de los factores estresores de su cotidianeidad, adquiriendo nuevas herramientas para su aplicación fuera del programa.
- Escucha imaginaria: Es la técnica utilizada dentro del viaje musical receptivo, refiriéndose al uso de las audiciones grabadas de la recitación del Alcorán para estimular en la paciente las imágenes. La selección de las piezas ha tomado como base las señaladas por su importancia, en la historiografía sonoro-musical de la mujer, así como aquellas que por su mensaje puedan servir como catalizador, como la azora Al-'Ihlas [La adoración], destacada para el desarrollo espiritual o la azora An-nur [La luz], cuyo mensaje se centra en el repudio al trato violento, a los delitos sexuales y a la difamación de las mujeres. Se ha acompañado del sonido del agua en movimiento. Estas imágenes pueden ser mentales o adoptar forma de olores, sabores, sensaciones corporales, etc.
- Audiciones en vivo: Se han desarrollado durante la fase del epílogo, en la primera parte destinada a la representación y simbolización de su vivencia en el viaje musical receptivo. Para ello, la musicoterapeuta ha utilizado el ocean drum o el ney, propiciando un estado de tranquilidad en la paciente, la estimulación de imágenes a la par que ayuda a que la mujer pueda expresar las emociones de manera gráfica.
- Audiciones de grabadas y análisis de letras de canciones: Siendo ésta una técnica utilizada en el ámbito de la musicoterapia con mujeres maltratadas, se llegó a consenso con la paciente la elección de dos canciones que por su letra pudieran refle jar algún tipo de violencia hacia las

Tabla 1.

Estructura inicial de las sesiones

Fases de la sesión	T	Actividades	Objetivos
Preparación Caldeamiento (Exteriorización)	5 min.	Ritual de purificación con agua Recitación de la azora Al-Fatiha [La apertura]	- Adaptarse al espacio físico - Preparación para el inicio del proceso terapéutico
Motivación para la sesión (Interiorización)	5 min.	Actividad «Sueno así» Utilizar el ocean drum como herramienta para expresar el estado de ánimo, cómo ha sido su sueño, etc.	- Favorecer la auto-regulación - Tomar conciencia de sus propios estados de ánimo - Desarrollar herramientas de comunicación verbal y no verbal
Activación corporal consciente (Exteriorización)	10 min.	Libre expresión sonoro-corporal	- Fortalecer la conciencia del yo corporal - Desbloquear tensiones utilizando el cuerpo como medio de comunicación - Favorecer la libertad de expresión
Preludio	20 min.	Entrevista inicial para conocer sus preocupaciones actuales	- Marcar la situación que quiere abordar
Relajamiento (Interiorización)	10 min.	La musicoterapeuta guiará por medio de la inducción a relajarse y crear un puente entre el exterior y el interior de la mujer	- Reducir la ansiedad y el estrés - Poner la atención en el sentido auditivo y visual.
Viaje musical receptivo	20 min.	Selección de azoras del Alcorán que ayuden a provocar el despertar de imágenes y emociones en la mujer. Podrá ir detallando, si lo desea, las imágenes, sentimientos, pensamientos y emociones que le evoca la musicalidad del Alcorán.	- Reducir la ansiedad y el estrés - Ayudar a liberar las estructuras negativas asentadas en la mente
Epílogo (Interiorización/ Exteriorización)	20 min.	Exploración creativa con dibujos de mandalas o improvisación musical. Comunicación verbal, explorando el viaje musical	- Reflejar su vivencia de la sesión - Favorecer la libertad de expresión - Fomentar la expresividad y creatividad
Despedida (Exteriorización)	5 min.	Purificación con el agua Dua' [Súplica]	- Agradecer los alcances conseguidos en la sesión

Fuente: Elaboración propia a partir de Mateos (2004, p. 18)

mujeres. Se invitó a la mujer a la expresión sonoro-corporal o a través del ocean drum de las emociones que le evocaban las letras.

Igualmente, se utilizaron grabaciones de música relevante en la historiografía musical de la paciente, «Cucurrucú Paloma» interpretado por Caetano Veloso. Estas grabaciones se utilizaron durante las técnicas de expresión creativa, ayudándole a conectar con recuerdos positivos y momentos de tranquilidad y felicidad.

Por su parte, las técnicas utilizadas dentro del método de musicoterapia activa han sido las siguientes:

- Improvisación vocal e instrumental: El uso de esta técnica durante el programa buscaba despertar la creatividad en la paciente, ofreciendo un canal de comunicación y un espacio de libertad, rompiendo con sus propios bloqueos, reforzando la seguridad en sí misma y su autoestima.

- El canto: Enfocado hacia la recitación del Alcorán, gracias a sus propuestas melódicas vocales, se ha buscado crear un camino para la confianza en sí misma, para el autoconocimiento y restaurar el equilibrio y la integridad del propio ser interior. Los ocho maqamat principales utilizados para las recitaciones del Corán son Saba, Hiyaz, Bayati, Sika, Nahauand, Rast, Ayam y Kurd (Shahriar y Tariq, 2021, p. 117.272), tal y como se muestra en la Figura 1. Una de las claves de la recitación del Alcorán se basa en el uso de un tempo lento, con variaciones rítmicas adaptadas al texto.

- Ritmo y percusión: Se ha trabajo, a través del pandero, como forma de canalizar sus conflictos y como herramienta de expresión emocional de forma no verbal. Se han creado espacios libres y no dirigidos facilitando la expresión y canalización de emociones. A través del ritmo y la percusión se ha pretendido que la paciente conecte con su cuerpo y mente, variando en intensidad, dinámica o tempo, como catalizador para el refuerzo de su propia seguridad emocional, posibilitando estrechar la relación con su ritmo vital propio y con su propio cuerpo.

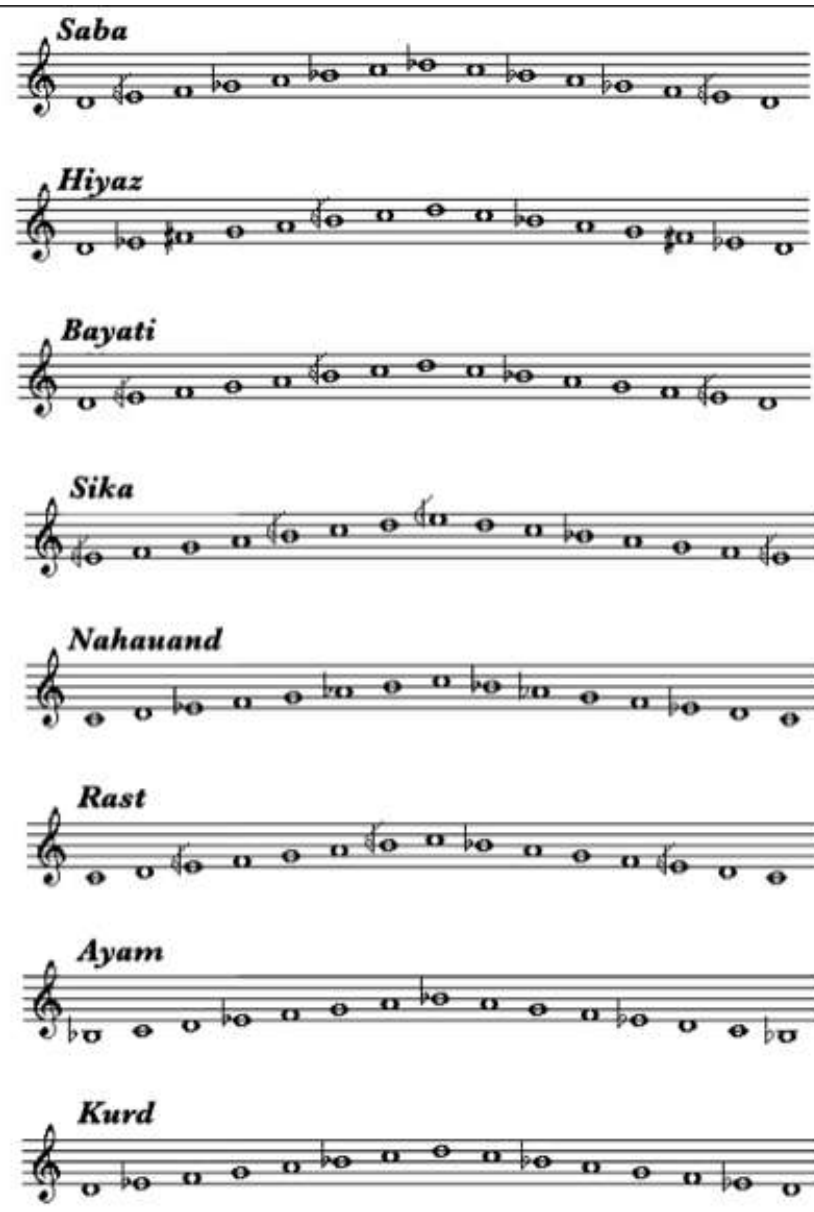
- Expresión sonoro-corporal: La expresión corporal, a través del movimiento se ha introducido para que la paciente se exprese libremente, se sienta viva y empoderada. Esta técnica se ha introducido para que la mujer conecte con su propio cuerpo y tome conciencia de su mundo interior y el entorno. También se ha incluido por las bondades relajantes que puede llevar al cuerpo, especialmente cuando se ha acompaña con el ney. Se ha incorporado en esta clasificación la percusión corporal, aquella en la que el cuerpo se convierte en un instru-

mento dinámico para crear ritmos y sonidos. A través de esta técnica se ha perseguido expresar sentimientos, aumentar la confianza en sí misma, mejorar la auto-percepción y mejorar sus herramientas comunicativas.

- Expresión creativa de la audición: Tras la escucha imaginaria se invitó a la paciente a expresar de forma gráfica, escrita, movimiento libre corporal, las imágenes, sentimientos, pensamientos o emociones que le había evocado el viaje a su interior.
- Composición musical: Es otra de las técnicas más utilizadas en musicoterapia como mujeres que están o han estado expuestas a la violencia de género, al ser un trabajo personal profundo para expresar, narrar o liberarse de su vivencia violenta, de procesar el duelo, dando un giro hacia una transformación de sí misma. La musicoterapeuta ha acompañado armónicamente con el piano (teclado) la letra compuesta y cantada por la mujer.

Figura 1.

Principales maqamat utilizados en la recitación del Alcorán



Recogida y Análisis de datos

Al finalizar cada sesión, se cumplimentó una hoja de registro donde se recogen los indicadores a evaluar, conforme a logros medibles.

Para poder evaluar la intervención realizada desde la musicoterapia, es necesario realizar una división de tres bloques:

1. Evaluación inicial

1.1. Cuantitativa. A través de instrumentos psicométricos pretest, donde la persona escoge, entre alternativas de respuestas posibles, aquella que considera se ajusta mejor a su situación personal:

a. Inventario de Autoestima de Coopersmith (1981).

b. Test de depresión de Beck BDI-II (Beck et al., 1996).

1.2. Cualitativa, a través de una entrevista semiestructurada ad hoc, tal y como se ha mencionado anteriormente, conociendo de esta forma el punto de partida de la paciente antes de la intervención musicoterapéutica.

2. Evaluación continua

2.1. Elaboración de hojas de registro. La cumplimentación de las hojas se realizó al momento de finalizar la sesión, pudiendo hacer los reajustes necesarios para la siguiente sesión.

2.2. Revisión y análisis de las grabaciones multimedia, después de cada sesión, señalando aquellas estrategias acertadas y desacertadas y realizando los ajustes pertinentes.

3. Evaluación final

3.1. Cuantitativa. A través de instrumentos psicométricos post-test, donde la persona escoge, entre alternativas de respuestas posibles, aquella que considera se ajusta mejor a su situación personal

a. Inventario de Autoestima de Coopersmith (1981).

b. Test de depresión de Beck BDI-II (Beck et al., 1996).

Para el análisis de los datos obtenidos, tanto en las hojas de registro como los instrumentos psicométricos, se digitalizaron y procesaron mediante el programa Numbers, versión 13.1, de Apple.

RESULTADOS

Se observa que los resultados obtenidos en el inventario de autoestima de Coopersmith constatan la mejoría producida tras la intervención musical (Tabla 2). Así, se aprecia que, aunque el nivel de autoestima oscila en el mismo rango de autoestima media (12 puntos en el pre-test y 15 en el post-test), la autopercepción de la paciente y la propia experiencia valorada en relación a sus características físicas y psicológicas ha suscitado un cambio positivo. Análogamente, se presentan modificaciones en las actitudes y/o experiencias en el entorno familiar, mostrándose un grado de significación en el sentimiento de sentirse querida y valorada por su familia.

Se constata las mejoras producidas en la severidad de la depresión, pasando de una puntuación total de 34 (depresión severa) a 21 a la finalización del programa de musicoterapia, encontrándose dentro del baremo de depresión moderada-severa (Figura 2). Los cambios se reflejan tanto en los factores cognitivo-afectivo, recogiéndose al inicio del programa una puntuación del 20 (0.51), frente la obtenida a la finalización de la intervención musical, con un resultado de 12 (0.31). Paralelamente, el factor somático también ha quedado reflejado por la mejora, al pasar de 14 (0.58) a 9 (0.38).

Tabla 2.

Comparativa de resultados del Inventario de Autoestima de Coopersmith

	Pretest	Post test
Generalmente los problemas me afectan poco	F	V
Me cuesta trabajo hablar en público	V	F
Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí	V	F
Puedo tomar fácilmente una decisión	F	F
Soy una persona simpática	F	V
En mi casa me enojo fácilmente	F	F
Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	V	F
Soy una persona popular entre las personas de mi edad	F	F
Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos	F	V
Me doy por vencida fácilmente	V	F
Mi familia espera demasiado de mí	V	F
Me cuesta trabajo aceptarme como soy	V	F
Mi vida es muy complicada	V	F
Mis compañeros/as casi siempre aceptan mis ideas	F	F
Tengo mala opinión de mí misma	V	V
Muchas veces me gustaría irme de mi casa	F	F
Con frecuencia siento disgusto	V	F
Soy menos guapa que la mayoría de la gente	V	F
Si tengo algo que decir generalmente lo digo	F	V
Mi familia me comprende	F	V
Los demás son mejor aceptados que yo	V	V
Siento que mi familia me presiona	V	F
Con frecuencia me desanimo con lo que hago	F	F
Muchas veces me gustaría ser otra persona	V	F
Se puede confiar poco en mí	F	F
Puntuaciones totales	12	15

Fuente: Elaboración propia a partir de Coopersmith (1981)

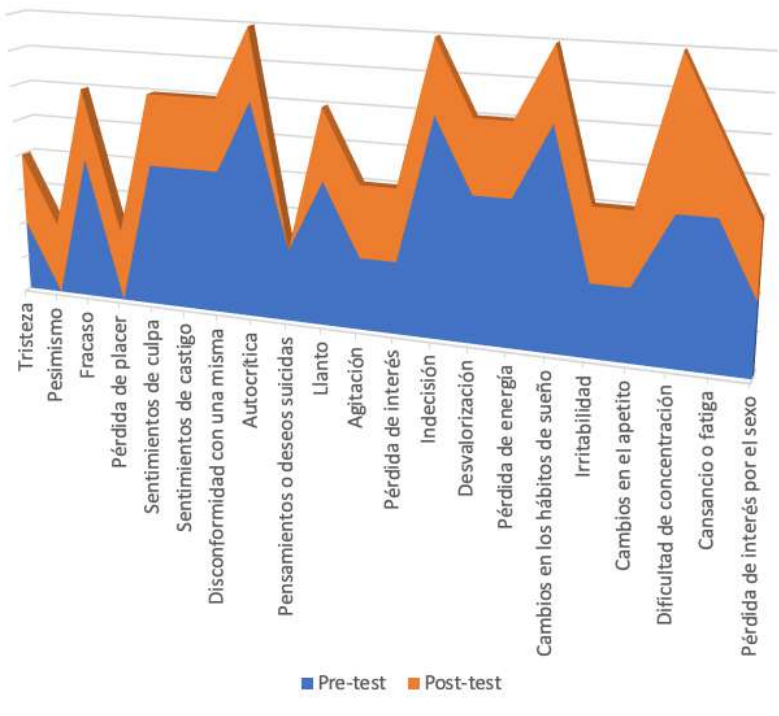
Estos resultados caminan de la mano con los obtenidos en las sesiones, medidos a través de las hojas de registro (Tabla 4). A lo largo de las veinte sesiones se ha ido reduciendo el nivel de ansiedad, sin que ésta se haya mantenido de manera lineal. Los picos que se reflejan en la ausencia de sonrisa, bajada de la mirada, la tensión sostenida durante las actividades de relajación o el empeoramiento de la conciliación del sueño coinciden con la vuelta del menor de la pernocta con el agresor, en el régimen de visitas y la reexperimentación de episodios de violencia.

Igualmente, se observa una notable mejoría en la autoestima de la paciente que se ha traducido en los cambios encontrados en el lenguaje corporal, como ser capaz de sostener la mirada con la musicoterapeuta durante al menos de cinco segundos o en

no pedir disculpas, especialmente en los momentos de labilidad o apertura emocional.

Figura 2.

Comparativa de resultados del Test de depresión de Beck BDI-II



Fuente: Elaboración propia a partir de Beck et al. (1996)

DISCUSIÓN

Si bien la producción científica sobre los efectos positivos que produce la musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad y la mejora de la autoestima es dilatada, apenas existen investigaciones que pongan el foco en el ámbito de la violencia de género. Cabe reseñar que, las publicaciones que entrecruzan la musicoterapia y la violencia de género incorporan en sus objetivos reducir la ansiedad y elevar autoestima, entre otros objetivos, demostrándose en todos los casos la efectividad de este tipo de tratamiento.

No se han podido encontrar estudios que introduzcan la interseccionalidad en la aplicación de la musicoterapia, partiendo de una mirada que rompa con una narrativa hegemónica hacia las víctimas de violencia de género. Por lo tanto, el presente estudio de caso siembra un precedente al indagar en la especificidad de casuísticas que se alejan de generalizaciones.

Por su parte, las investigaciones que recogen el tratamiento de ansiedad a través de la recitación del Alcorán, no siempre quedan encuadrados como un programa de musicoterapia, sino de tratamientos que incorporan las sensibilidades espirituales. Aun así, estos trabajos constatan los efectos positivos que el uso de este método receptivo tiene en sus pacientes. Hasta la fecha no ha sido posible encontrar trabajos de corte científico que incorporen la recitación del Alcorán dentro de programas de musicoterapia destinados a mujeres expuestas a la violencia de género.

Tabla 4.

Indicadores registrados durante cada sesión de acuerdo a los objetivos a corto plazo

Objetivos a corto plazo	Indicadores	1 -2-3-4
1. Terminar la sesión con una sonrisa	Muestra sonrisa al finalizar la sesión	
2. Reducir los movimientos repetitivos de pies y manos	En el viaje musical es capaz de mantener postura corporal relajada durante al menos 20 minutos	
	Durante el epílogo es capaz de mantener postura corporal relajada durante al menos 5 minutos	
3. Mejorar la conciliación del sueño	Verbaliza haber mejorado la conciliación del sueño al menos las dos noches siguientes a la sesión de musicoterapia	
4. Ser capaz de mantener la mirada con la musicoterapeuta durante al menos 5 segundos	Mantiene el contacto visual con la musicoterapeuta durante 5 segundos	
5. Expresar sus emociones sin pedir perdón	Es capaz de realizar el viaje musical sin pedir disculpas	
	Es capaz de realizar el epílogo sin pedir disculpas	
6. Aumentar las habilidades de comunicación	Muestra emociones de alegría	
	Muestra emociones de tristeza	
	Muestra emociones de ira	
	Muestra emociones de miedo	
1. Nunca 2. A veces 3. A menudo 4. Siempre.		

Fuente: Elaboración propia a partir de Beck et al. (1996)

CONCLUSIONES

Se ha pretendido comprobar el efecto que genera en una mujer musulmana en proceso de recuperación de una experiencia de violencia de género, el uso de la musicalidad de la recitación del Alcorán, dentro de un programa de musicoterapia, buscando reducir el estado de ansiedad y aumentar la autoestima tras la exposición a cualquiera de las vertientes del maltrato. Analizados los resultados que se han obtenido a lo largo de todo el proceso se puede concluir que su aplicación es positiva.

La puesta en marcha de un programa pionero como éste, ha requerido de una búsqueda bibliográfica tenaz, poniendo en valor la deuda histórica que la musicoterapia contemporánea tiene hacia las sociedades árabes y musulmanas y específicamente, hacia Al -Ándalus. En la revisión de textos se ha podido comprobar cómo es mencionado de manera anecdótica o abiertamente desterrado de la relevancia sobre la que se cimenta la disciplina en la actualidad.

Se hace preciso subrayar que un estudio de caso carece de las capacidades generalizables que otro tipo de investigaciones ofrecen. Sin embargo, a través de este programa se ha intentado abrir camino a una mirada contrahegemónica de la intervención con mujeres que están expuestas a la violencia de género y que no tendrían cabida en los estándares que suelen ofrecerse en los centros de acogida.

En este proceso teórico, basado en una dilatada experiencia de trabajo en el ámbito de la violencia de género y la intervención con mujeres musulmanas, ha sido posible diseñar una propuesta de intervención, inspirada en el modelo andalusí y el modelo GIM, desarrollando una metodología de intervención musicoterapéutica adaptada al proceso de liberación y recuperación de mujeres musulmanas en situación de violencia machista de pareja.

REFERENCIAS

Al-Jubouri, M. B. A., Isam, S. R., Hussein, S. M., & Machuca-Contreras, F. (2021). Recitation of quran and music to reduce chemotherapy-induced anxiety among adult patients with cancer: A clinical trial [Recitación del Alcorán y música para reducir la ansiedad inducida por la quimioterapia entre pacientes adultos con cáncer: un ensayo clínico]. Nursing open, 8(4), 1606–1614. https://doi.org/10.1002/nop2.781

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II [Inventario de depression de Beck]. Psychological assessment.

Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Rivara, F. P., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence [Diagnósticos médicos y psicosociales en mujeres con antecedentes de violencia de pareja]. Archives of internal medicine, 169(18), 1692–1697. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.292

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence [Consecuencias para la salud de la violencia de pareja]. The lancet, 359(9314), 1331-1336. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Coopersmith, S. (1981). Self-esteem inventories [Inventario de autoestima]. Consulting Psychologists Press.

Fernández de Juan, T., (2011). Musicoterapia en Cuba: aplicación de un programa piloto con mujeres víctimas de violencia doméstica. Enseñanza e Investigación en Psicología, 16(1), 183-205. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963017

Hernández-Ruiz, E. (2005). Effect of music therapy on the anxiety levels and sleep patterns of abused women in shelters [Efecto de la musicoterapia sobre los niveles de ansiedad y patrones de sueño de mujeres maltratadas en albergues]. Journal of Music Therapy, 42(2), 140-58. https://bv.unir.net:2210/docview/223554418?pq-origsite=summon

Hoffmann, T. (2007). The poetic Qur'ān: studies on Qur'ānic poeticity [El Alcorán poético: estudios sobre la poeticidad alcoránica]. (Vol. 12). Otto Harrassowitz Verlag.

Jiménez Izarra, C. (2017). Musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatizaciones. Estudio de un caso. Revista De Investigación En Musicoterapia, 1, 85–105. Recuperado a partir de https://revistas.uam.es/rim/article/view/7725

Mateos Hernández, L.A (2004). Actividades musicales para atender a la diversidad. Instituto Calasanz.

Shahriar, S., & Tariq, U. (2021). Classifying maqams of Qur'anic recitations using deep learning [Clasificación de maqamat de recitaciones coránicas mediante aprendizaje profundo]. IEEE Access, 9, 117271-117281. 10.1109/ACCESS.2021.3098415

Walker, L. E. (2007). The battered woman syndrome [El síndrome de la mujer maltratada]. (3ª ed.). Springer Publishing Company.

Whipple, J & Lindsey, R.S (1999). Music for the Soul: A Music Therapy Program for Battered Women [Música para el alma: un programa de musicoterapia para mujeres maltratadas]. Music Therapy Perspectives, 17, 61-68. https://doi.org/10.1093/mtp/17.2.61

MUSICOTERAPIA PARA DESVELAR EL DOLOR QUE HABITAMOS

Fotografía de ARTEM PODREZ en Pexels con Licencia en Creative Commons

MISOSTENIDO
REVISTA DE MUSICOTERAPIA unir

#6,4

MUSICOTERAPIA PARA CANTANTES: PROCESOS DE ACTUALIZACIÓN EMOCIONAL

Music Therapy for singers: Emotional update procceses

Carolina Muñoz-Torres
Musicoterapeuta y cantante lírica en el Coro Nacional de España
https://orcid.org/0009-0000-1702-4437

Resumen
Este artículo presenta un estudio centrado en la musicoterapia con músicos; más específicamente, en el uso de la voz cantada como herramienta terapéutica. Aunque ha habido investigaciones previas sobre la musicoterapia con músicos, hay poca literatura que aborde el trabajo con cantantes profesionales. El objetivo del estudio realizado es contribuir a la literatura de la disciplina, brindando información sobre musicoterapia hecha con profesionales de la música desde una perspectiva vocal. Se ha revisado la literatura científica relacionada con la aplicación de la musicoterapia con voz cantada en el proceso de autorrealización de una cantante profesional analizando los fundamentos teóricos de la musicoterapia, los métodos y las técnicas utilizadas. Se hace una breve descripción de los métodos utilizados y las actividades realizadas en las sesiones de musicoterapia, y se presentan los resultados obtenidos, que muestran efectos positivos en el desarrollo personal de la participante. Las conclusiones destacan la contribución de este trabajo a un área poco investigada señalando la necesidad de métodos de evaluación más precisos y la realización de futuras investigaciones en este campo.

Palabras clave: musicoterapia vocal, autorrealización, cantante profesional, terapia humanista, desarrollo personal

Abstract
This paper presents a study focused on music therapy with musicians, specifically, on the use of the singing voice as a therapeutic tool. Although there has been previous research on music therapy with musicians, there is little literature addressing work with professional singers. The objective of this study is to contribute to the literature of the discipline, providing information on music therapy conducted with music professionals from a vocal perspective. The scientific literature related to the application of music therapy with singing voice in the self-realization process of a professional singer has been reviewed, analyzing the theoretical foundations of music therapy, the methods and techniques used. The methods used and the activities carried out in the music therapy sessions are described, and the results obtained are presented, which show positive effects on the personal development of the participant. The conclusions highlight the contribution of this work to an under-researched area pointing out the need for more precise evaluation methods and future research in this little-explored field is suggested.

Keywords: vocal music therapy, self-realization, professional singer, humanistic therapy, personal development.

“Esta es sólo una semilla que un día florecerá.
Que buscará mil colores pa´poderse combinar
Y con sus nuevos matices, enriquecer, preservar,
Y completar la belleza de este jardín musical.” C.M.

ACCESO ABIERTO

Citación recomendada
Muñoz-Torres, C. (2024). Musicoterapia para cantantes: procesos de actualización emocional [Music Therapy for singers: Emotional update procceses]. *Misostenido*, *4*(6), 34-40. https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.05

Correspondencia:
caritomunoz@hotmail.com

Recibido: 03 Feb 2024
Aceptado: 19 Feb 2024
Publicado: 15 Mar 2024

Financiación
Este artículo no ha contado con financiación institucional ni privada.

Conflicto de intereses
La autora de esta propuesta declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de la autora
La autora declara haber desarrollado la presente propuesta.

Comité ético
La participación en el estudio ha sido voluntaria y aprobada mediante la firma de un consentimiento informado por la cuidadora y tutora legal del participante.

DOI:
https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.05

Editado por
PhD. David Gamella
(Universidad Internacional de La Rioja)

INTRODUCCIÓN

El trabajo de musicoterapia con músicos es algo que ha sido investigado previamente por varios profesionales desde diversos enfoques (Lee, 1996, 2003; Bruscia, 2014; Ponce de León y Olmo 2017; Gontijo et al. (2020); Muñoz Cano (2022); Lopez Calvache, 2013; entre otros). De todas maneras, la literatura que se encuentra con respecto a otros temas de investigación es relativamente escasa y lo es aún más, el trabajo realizado con una cantante profesional.

Este trabajo es un aporte a la literatura musico-terapéutica sobre la musicoterapia realizada a profesionales de la música desde el punto de vista vocal. Se suma a otros estudios realizados con músicos profesionales y pretende complementar esta información desde un punto de vista más específico en donde lo vocal será explorado con profundidad ya que tanto la musicoterapeuta en formación como la participante son cantantes profesionales. Es por esta razón que este estudio resulta relevante, ya que aporta datos sobre el trabajo con musicoterapia centrado en la voz cantada, además de tener como fin profundizar en la autorrealización y desarrollo personal de una cantante profesional.

Este estudio y el trabajo con la participante están fundamentados en tres pilares básicos que son: el proceso de actualización emocional y autorrealización a través de la musicoterapia, el papel de la música y particularmente la voz en este proceso y el trabajo musicoterapéutico con músicos profesionales.

Hacia una definición de la autorrealización

El concepto de autorrealización ha sido ampliamente estudiado por diferentes corrientes psicológicas y se ha convertido en un tema fundamental en la comprensión del desarrollo humano y el bienestar psicológico. La autorrealización se refiere al proceso de desarrollo personal en el que se busca alcanzar el máximo potencial y satisfacción en diferentes áreas de la vida. Para los cantantes, la autorrealización también puede implicar el desarrollo de su habilidad vocal, la conexión emocional con su música, la satisfacción en su carrera y la contribución a la sociedad a través de su arte. La autorrealización es un concepto fundamental en la psicología humanista, y ha sido estudiado y desarrollado por diversos autores.

Para Maslow (1968), la autorrealización es la tendencia innata del ser humano a realizar su potencial, a alcanzar la plenitud y la satisfacción en su vida. Para Rogers (1968), la autorrealización es un proceso continuo de crecimiento personal que se produce a través de la autodeterminación y la aceptación incondicional de uno mismo.

La importancia del concepto de autorrealización radica en su calidad de necesidad básica de todo ser humano, y su búsqueda puede ser un motor para la realización de objetivos personales.

En la terapia centrada en el cliente de Rogers (1981), la autorrealización es uno de los principales objetivos terapéuticos. El terapeuta tiene como objetivo ayudar al paciente a alcanzar la autorrealización, lo que implica convertirse en la persona que uno es capaz de ser. Para lograr esto, el terapeuta debe crear un ambiente terapéutico que facilite el autodescubrimiento y el autodesarrollo del paciente (Fontgalland, 2012). El objetivo es que el paciente aprenda a confiar en su propia experiencia y a confiar en sí mismo para alcanzar su potencial máximo. A medida que el paciente se adentra en su mundo interior, aprende a identificar y expresar sus necesidades y deseos de manera más clara.

Esto le permite tomar decisiones y acciones que estén en línea con su verdadero yo y sus valores personales, lo que conduce a una mayor sensación de autorrealización. En la terapia basada en la teoría de Maslow (1968), la autorrealización es el objetivo principal del proceso terapéutico. El terapeuta tiene como objetivo ayudar al paciente a alcanzar la autorrealización a través de la exploración y el desarrollo de las necesidades básicas humanas. El objetivo es que el paciente aprenda a satisfacer sus necesidades de manera saludable y efectiva, lo que le permitirá alcanzar su potencial máximo. (Fontgalland, 2012)

Teoría humanista de la musicoterapia

La teoría humanista en la musicoterapia se basa en la idea de que cada individuo tiene un potencial único y valioso para el crecimiento y el cambio. Este enfoque se centra en el paciente y sus necesidades, y se considera que el terapeuta es un facilitador en el proceso terapéutico, en lugar de un experto que dirige el tratamiento.

La musicoterapia utiliza tanto métodos activos como receptivos para alcanzar diferentes objetivos terapéuticos. Los métodos activos involucran al paciente en la producción musical, mientras que los métodos receptivos implican la escucha o la respuesta a la música que se está reproduciendo. La improvisación, la re-creación y la composición musical son métodos activos que pueden ayudar a fomentar la expresión emocional y mejorar la comunicación y la interacción social (Castrillón, 2017). Los métodos receptivos, por otro lado, implican la escucha y respuesta a la música y pueden ser útiles para reducir la ansiedad y promover la introspección (Torres, 2008).

En cuanto a la voz como herramienta terapéutica, ésta no sólo es considerada un medio para la expresión artística, sino también como una vía de acceso a la dimensión emocional y personal del individuo. La voz es un recurso expresivo que se encuentra íntimamente ligado a la identidad y a la historia de cada persona, lo que la convierte en una herramienta de gran valor en el abordaje de diversos trastornos psicológicos y emocionales (Torrado, 2022).

Hay diversas técnicas como; el canto improvisado, que resulta útil en la musicoterapia para ayudar a los pacientes a liberar emociones reprimidas y aumentar su autoconciencia emocional (Cabrera, s.f.), la terapia de la voz, que es una técnica utilizada en la musicoterapia y se enfoca en el entrenamiento vocal y la rehabilitación para ayudar a los pacientes a mejorar su capacidad vocal y comunicativa(Morante, 2001).

El trabajo de voz incorporado (*embodied of voice work*), que utiliza el canto expresivo, no verbal y la improvisación y trabaja sobre el desarrollo del potencial humano a través de la improvisación y un ejercicio de atención plena y de escucha (Sokolov, 2021), la psicoterapia vocal que utiliza la voz como una herramienta terapéutica para la autorreflexión, expresión emocional y la transformación personal, a través de la exploración de la relación del participante con su voz, la expresión vocal y las facilidades o bloqueos que puedan estar presentes (Austin, 2016).

El uso de la voz en la musicoterapia es una herramienta poderosa que puede ayudar a los pacientes en el proceso de la autorrealización. Las técnicas que involucran la voz pueden mejorar la comunicación, la autoestima y la conexión emocional (Gamella-González, 2023).

Beneficios de la musicoterapia para músicos profesionales

La musicoterapia puede ofrecer numerosos beneficios a los músicos profesionales en términos de salud mental y bienestar emocional, lo que a su vez puede mejorar su rendimiento musical y satisfacción laboral. Según un estudio realizado por Gontijo et al. (2020) la musicoterapia trae beneficios a los músicos profesionales en el trabajo de la creatividad y espontaneidad dando como resultado la potenciación de su autoestima y desempeño musical.

Puede ofrecer múltiples beneficios a los músicos profesionales, incluyendo la reducción del estrés y la ansiedad (Muñoz Cano, 2022), la depresión y exploración expresiva (Lee, 1996) la mejora de la concentración, la atención y las relaciones interpersonales, el aumento de la satisfacción laboral y la auto eficacia (Castilla, 2022). Estos beneficios pueden mejorar el bienestar emocional y mental de los músicos y, a su vez, mejorar su rendimiento musical y satisfacción laboral.

En el caso de los cantantes profesionales, la musicoterapia puede ser una herramienta valiosa para mejorar la práctica profesional, el bienestar emocional y mental. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, la bibliografía que se encuentra al respecto es muy escasa y da pie para pensar en que es un tema sobre el que queda mucho por investigar todavía y sobre el que se pueden hacer aportes importantes para el desarrollo e investigaciones futuras sobre este tema específico.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es aportar a la literatura de musicoterapia un estudio de caso único que aborda temas ya investigados, pero lo hace combinando elementos que no han sido abordados siguiendo los parámetros analizados en él.

A este objetivo principal se añaden otros objetivos secundarios pero no menos importantes que son: sistematizar y dejar registrado en un documento los conocimientos adquiridos en la práctica de sesiones de musicoterapia realizadas por una musicoterapeuta en formación que es cantante profesional para una participante que también lo es, conocer y revisar la literatura existente sobre musicoterapia con músicos y los vacíos que puedan existir en ella y generar una proyección a futuro para el trabajo como musicoterapeuta de la estudiante en formación.

MATERIALES Y MÉTODO

Participante

La participante AA es una mujer de 33 años que, actualmente, no presenta patologías físicas, psicológicas ni mentales. Tiene un gran interés y curiosidad en iniciar un proceso musicoterapéutico, ya que es música profesional en el área del canto y tiene un deseo de profundizar en su desarrollo personal. Hace un par de años tuvo problemas médicos complicados que desembocaron en una depresión, la cual fue tratada por un psiquiatra quien, en su día, le recetó medicación (Fluoxetina) que ha ido dejando paulatinamente y en el momento en el que inicia el tratamiento con musicoterapia toma la dosis mínima supervisada por su médico con el fin de dejarla definitivamente.

En cuanto se le proponen las sesiones de musicoterapia a la participante, se le pregunta cuáles son los aspectos que quisiera trabajar en las sesiones de musicoterapia, y ella manifiesta que su principal interés es el de la exploración personal a través de la música y en encontrar algo diferente a sus experiencias previas que le pueda proporcionar herramientas para poder entender y acoplarse mejor con su entorno. Una de sus grandes preocupaciones es la estabilidad laboral ya que suele trabajar en producciones en diferentes países de Europa y ciudades de España y le gustaría encontrar un trabajo más estable que le permita establecerse en una ciudad y dejar de viajar tanto.

Como se planteó en los objetivos del estudio del caso, se abordó con AA la exploración y la expresión emocional a través de la música, al ser cantantes profesionales tanto la cliente como la terapeuta en formación, se llevó a cabo un trabajo vocal que cuenta con una experiencia y una profundización previa por parte de las dos. Se buscó aprovechar ese terreno conocido y explorado para encontrar nuevos abordajes desde el trabajo con la respiración conectado a la relajación, la visualización, la interpretación y la expresión de la voz cantada, para así poder

recorrer el mundo interior y emocional de AA desde una herramienta muy familiar como lo es la voz.

La participante también ha realizado estudios de percusión y ha tocado la batería. Esto también permite trabajar desde el punto de vista rítmico y hacer un trabajo físico y corporal diferente al que se hace con la voz desde herramientas conocidas también por ella. Se hizo también trabajo con instrumentos como la guitarra, el piano e instrumentos y aires tradicionales colombianos, ya que AA tiene un amplio bagaje en la música tradicional de su país y es algo que remueve en ella emociones y recuerdos de infancia.

Objetivos terapéuticos

El objetivo a largo plazo con la participante es el poder disfrutar la música como un espacio efectivo y placentero de trabajo emocional, de autoconocimiento y desarrollo personal; y los objetivos terapéuticos son: el expresar a través de la música las emociones y el estado desánimo, mejorar la relación y el bienestar de la cliente con su entorno y consigo misma y trabajar la consciencia corporal, la respiración y la relajación a través el canto.

Materiales y actividades

Para este estudio se realizaron un total de 15 sesiones de una hora de duración, con una frecuencia variable dada la dificultad de disponibilidad horaria de la paciente, procurando tener dos sesiones a la semana, salvo problemas ya mencionados, y en ningún caso una frecuencia menor a una sesión por semana. Aunque cada sesión respondió a las necesidades que iban surgiendo en cada momento, práctica usual en la musicoterapia humanista (Bruscia, 2014), todas las sesiones tienen una estructura básica que se describe a continuación: todas las sesiones inician y finalizan con la cumplimentación de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA).

Esta herramienta permite conocer el efecto que ha tenido la sesión en el estado de ánimo de AA. En las primeras sesiones seguía un pequeño intercambio verbal de cómo estaba y cómo se sentía la clienta ese día. Esto tuvo que ser eliminado por razones de competencia y responsabilidad de la terapeuta en formación. Luego se entraba en una fase de relajación que se trabajó bien sea con ejercicios de respiración, con audición de música propuesta por la terapeuta en formación o escogida por la participante o con ejercicios de visualización. Esta selección fue variando según las necesidades de AA.

Consistió en una fase de preparación para la sesión, en donde pudiera relajar su cuerpo y su mente, dejar las preocupaciones y los afanes del día a día y poder estar en calma y centrada para trabajar musicalmente sobre esa exploración que se buscaba con las sesiones de musicoterapia. Después continuaba una fase de intervención musical que se abordó desde diferentes técnicas a través de diferentes actividades que se narra más adelante.

Al final de cada una de las sesiones la terapeuta en formación cumplimentó la ficha de registro para consignar los datos musicales y terapéuticos trabajados durante la sesión y consignó en un diario las observaciones de la sesión realizada.

Procedimiento

Para el diseño de intervención de este estudio se ha hecho un estudio previo de las características de la participante, los propósitos que se plantea con esta intervención y sus habilidades y gustos musicales. Éste se ha centrado en el trabajo con la voz cantada precisamente por la profesión de la participante y la de la terapeuta y se ha querido aprovechar los beneficios de la voz cantada en la autoexploración para este estudio que se centra en la profundización del desarrollo personal y la autorrealización de AA.

A partir de esta primera sesión se empieza a trabajar con la voz cantada centrada sobre todo en vocales. Después de una fase de conversación se hace una fase de relajación a través de la respiración y de la audición de música propuesta por AA o por la terapeuta en formación. Después se trabaja en la exploración emocional en donde, a partir del sonido, se conecta con imágenes y emociones y se busca bucear en el mundo interior de AA para reconocer las emociones que van surgiendo y la forma en la que las va expresando con el canto.

Esto también se hace con el canto "humming" que trabaja a partir de la vibración. También se hace un trabajo con songwriting con la voz de AA y el bombo legüero acompañando al canto. Se busca indagar en las cosas, lugares, emociones y personas que son importantes para AA a través de la letra de la canción y del canto en solitario y en dúo con la terapeuta en formación. En esta exploración emocional se pone en evidencia la dificultad que tiene AA en manifestar la emoción de la tristeza, y por ende, se convierte este en un objetivo a tratar.

A partir de la quinta sesión se hace énfasis en el lenguaje musical más que en el lenguaje verbal. Las siguientes tuvieron que hacerse de forma online porque la participante tuvo que viajar. Además de esto AA tuvo problemas de salud que afectaron sus pliegues vocales y no fue posible seguir con la parte cantada. Se hicieron entonces sesiones con percusión corporal y con percusión con objetos cotidianos (frascos, vasos, bolis). Esta nueva forma de trabajo hizo que AA se relajara mucho a la hora de improvisar porque, según manifestó, al ser cantante tendía mucho a auto juzgarse y a no permitir que saliera con libertad su voz por miedo y por la costumbre de la autoevaluación permanente que hace en su quehacer profesional.

Se trabajó mucho en improvisación con la percusión y en la evocación de recuerdos importantes en la vida de AA. Se instaló entonces un nuevo objetivo que fue el lograr que AA pueda

cantar de una manera en la que se olvide de la autocensura y que pueda disfrutar del canto y de todo lo que puede surgir a través de él, no sólo terapéuticamente sino interpretativamente también. Con lo cual en las siguientes sesiones se empezó a hacer un trabajo de retomar el empleo de la voz en las sesiones. Se fue incorporando poco a poco la voz y en las últimas sesiones del proceso terapéutico hubo un trabajo centrado en la interpretación de canciones en solitario y en dúo con la terapeuta en formación y AA, quién mostró un gran disfrute en hacer música junto a la terapeuta.

Se debe mencionar que AA empezó a utilizar la música en su día a día para llegar a estados de calma en momentos previos a tomar decisiones importantes o por ejemplo tener conversaciones complicadas y esto demuestra que las actividades realizadas en las sesiones fueron efectivas y replicadas por ella en su día a día. En la última sesión hubo una evaluación de todo el proceso con AA.

Se recordaron los estados de ánimo y las actividades realizadas y AA manifestó que pudo tomar elementos de las sesiones para con ellos conectar de una manera diferente con su día a día sobre todo con la música colombiana y esto la ha hecho querer volver a tomar un contacto más estrecho con esta música y utilizarla para reconectar con sí misma.

Análisis de resultados

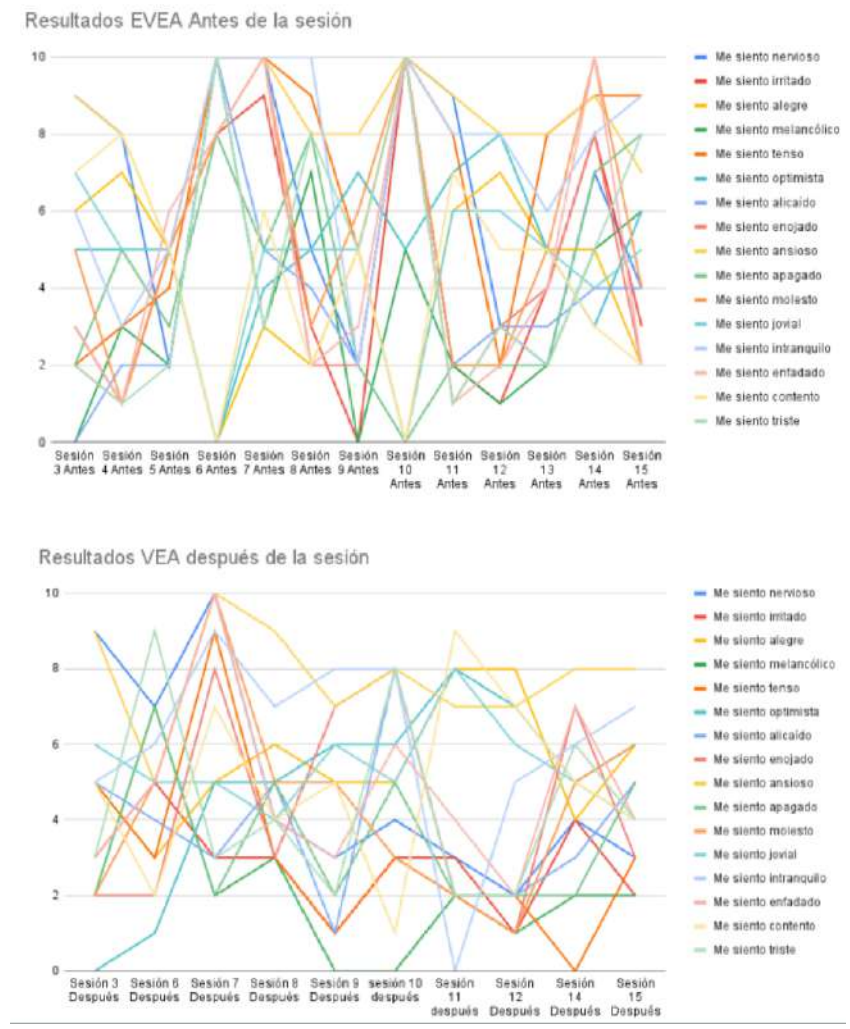
Cuestionario EVEA (Gráfico 1): El análisis comparativo revela, en primer lugar, que existe una diferencia cualitativa en la naturaleza de las emociones experimentadas antes y después de cada sesión de musicoterapia, especialmente en lo que respecta a las emociones como la ansiedad o la ira. Estas diferencias se vuelven más prominentes a medida que avanzan las sesiones, lo cual sugiere que el entrenamiento adquirido durante las sesiones anteriores contribuye positivamente a los resultados obtenidos en las posteriores sesiones de musicoterapia. Esta observación subraya la importancia y la efectividad del enfoque terapéutico basado en la música para influir en las emociones de los participantes.

Los resultados indican que la musicoterapia no solo impacta de manera inmediata en las emociones experimentadas después de cada sesión, sino que también genera un aprendizaje progresivo en la regulación emocional a medida que el tratamiento avanza. Esta evolución positiva sugiere que las técnicas y estrategias empleadas durante las sesiones de musicoterapia tienen un efecto acumulativo y beneficioso en el bienestar emocional de los participantes.

Fichas de registro (Gráfico 2): Se presenta un gráfico de líneas que representa en puntos los datos registrados a lo largo de las diferentes sesiones. Estos puntos permiten observar las tendencias y patrones a lo largo del tiempo. Además, también se han trazado líneas de tendencia que ayudan a inferir cómo se comportarían los datos en caso de que las sesiones continuaran en el futuro. En cuanto al grado de participación, tanto los puntos como la línea de tendencia muestran un alto grado de participa

Gráfico 1.

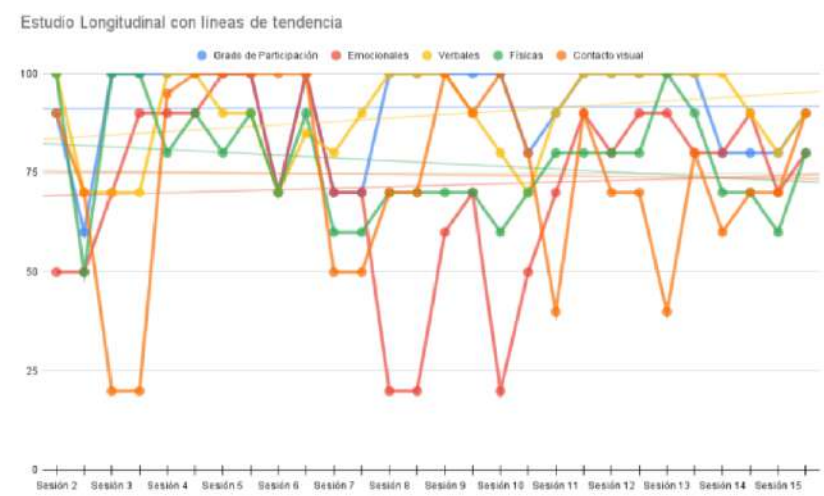
Análisis comparativo pre y post sesión



Nota: relación comparada pre-test y pos-test de resultados VEA en las sesiones. Elaboración propia.

Gráfico 2.

Estudio de fichas de registro



Nota: Relación entre Grado de participación, gestión emocional, interacciones verbales, físicas y contacto visual. Elaboración propia

ción constante a lo largo del tiempo. Lo mismo sucede con las variables emocionales y de contacto visual, pero en este caso, la línea de tendencia muestra una ligera inclinación al alza, lo que nos puede sugerir que, con más sesiones, el mayor entrenamiento provocaría una mejora progresiva en la atención y relajación de la paciente. Lo que ayuda a explicar la tendencia a la baja de las variables físicas.

En cuanto a las variables verbales, a pesar de que en el análisis comparativo, existe una tendencia a la disminución entre inicio y fin de la sesión, debido probablemente a una mayor relajación, en el análisis a lo largo del proceso se presenta una tendencia pronunciada al alza, lo que nos indicaría que con el avance de las sesiones, la paciente se muestra más capacitada para expresarse verbalmente.

RESULTADOS

El enfoque de la musicoterapia basado en la psicología humanista, centrado en el cliente y en la autorrealización, ha demostrado ser efectivo para AA y ha abierto una puerta para la participante frente a su inquietud e interés por profundizar en su desarrollo personal.

El uso de la música como herramienta terapéutica le ha permitido explorar y expresar emociones, mejorar su relación con su entorno y consigo misma, y trabajar en su autoconocimiento y autoexploración.

A través del canto terapéutico, la participante ha logrado una conexión profunda con su cuerpo, enfocándose en la respiración, la relajación y la expresión vocal. Esto ha contribuido a su autorreconocimiento y le ha brindado nuevas herramientas para disfrutar del canto de manera más expresiva y terapéutica. Esta fue una manera de acercarse a su oficio desde otra perspectiva: en las sesiones de musicoterapia el canto es un canal a través del cual AA expresa, explora y todo es válido, todo vale.

Este es un gran lujo que no se puede dar en las sesiones de clases de canto y para ella fue un gran descubrimiento personal y una herramienta de autoexploración muy potente. La musicoterapia ha proporcionado un espacio seguro y libre de juicio para la participante, lo que le ha permitido explorar sus emociones y recuerdos importantes. El ambiente de confianza creado por la terapeuta en formación ha facilitado el crecimiento personal de AA y ha contribuido a su bienestar emocional.

Finalmente se puede afirmar que la participante ha encontrado beneficios tanto a nivel personal como profesional a través de la musicoterapia. Además de su búsqueda de autorrealización y desarrollo personal, AA ha descubierto los efectos terapéuticos que la música puede tener en su profesión como cantante.

Aunque el estudio de caso se centra en una única participante, AA, los resultados obtenidos pueden ser útiles para comprender los beneficios potenciales de la musicoterapia vocal en cantantes profesionales que enfrentan desafíos emocionales y buscan un mayor desarrollo personal.

DISCUSIÓN

El presente estudio de caso se basa en los principios de la psicología humanista y va de la mano con los estudios y el trabajo realizado por Rogers (1959) y Maslow (1968) en cuanto al trascender las necesidades básicas y emprender una búsqueda madura hacia las potencialidades como persona, ya que este era el objetivo primordial de AA. Se puede afirmar que el trabajo de estos dos psicólogos fueron una guía fundamental para el abordaje y el diseño de las sesiones de este estudio.

En cuanto al enfoque musicoterapéutico se puede afirmar que el trabajo de Bruscia con respecto a la música como forma de autoexpresión y autoexploración también fue muy revelador para la hoja de ruta de las sesiones realizadas, ya que fue la música el medio para ayudar a conectar a la paciente con sus emociones, sus sensaciones, recuerdos y relaciones personales. Se utilizaron métodos pasivos y métodos activos y se utilizó también el uso de otras artes como el dibujo en las sesiones, tomando como base estudios como los de Eizaguirre y Company (2015).

En cuanto a la voz utilizada terapéuticamente, el presente estudio tuvo como particularidad que al ser la participante cantante profesional. Si se compara con estudios hechos a personas que no son cantantes profesionales como los de Sokolov (2021), Austin (2016), hay un efecto más fluido en el proceso porque se canta de una manera desprevenida y sin enjuiciar profesionalmente lo que se está haciendo.

En cuanto a sesiones de musicoterapia hechas a músicos o cantantes profesionales, este trabajo se centra en un enfoque más emocional y en un contexto de búsqueda personal y se acerca más a los estudios realizados por Lee (1996) en el estudio realizado con la exploración emocional de un pianista en cuidados paliativos.

Tal como se puede constatar, el presente estudio de caso se ha basado en trabajos y estudios previos y se ha nutrido de estos para ir definiendo la ruta del proceso y las sesiones de la terapia. Pero también se ha centrado en la práctica vocal debido a las características tanto de la participante como de la terapeuta y puede servir como complemento a otros estudios que tratan la musicoterapia vocal y el trabajo en el desarrollo personal que realizan otros estudios pero con características diferentes.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que el presente estudio ha logrado reflejar los efectos positivos de la musicoterapia vocal en una cantante profesional en términos de desarrollo personal y autorrealización, abordados desde un enfoque de musicoterapia humanista. Representa un aporte relevante a un tema que no ha sido ex-

plorado a profundidad. Si bien los resultados obtenidos no pueden generalizarse debido a la especificidad del estudio, su carácter novedoso y la información específica recopilada pueden ser de utilidad para otros investigadores interesados en este campo.

Todo el proceso terapéutico representó un territorio inexplorado para la terapeuta en formación y marcó el inicio de un camino que apenas comienza y que, como se menciona en la introducción de este estudio, es "la semilla" que busca florecer en un "jardín musical". Por lo tanto se ha cumplido con el objetivo de generar una proyección a futuro para el trabajo como musicoterapeuta de la terapeuta en formación y autora de este estudio. Destaca además, por su especificidad y su relevancia para llenar los vacíos existentes en la bibliografía sobre este tema. Sin duda, ofrece un aporte valioso que puede beneficiar a otros investigadores y profesionales interesados en la musicoterapia vocal y su impacto en el desarrollo personal y la autorrealización de los cantantes profesionales.

REFERENCIAS

Austin, D. (2016). *Vocal Psychotherapy: Discovering Yourself through the Voice Diane Austin*. The Oxford Handbook of Music Therapy

Bruscia, K. E. (2014). *Definiciones de musicoterapia.* Paidós.

Cabrera I. L. (s.f.). La voz en musicoterapia. [Tesina de grado en musicoterapia], Universidad de Buenos Aires.

Castilla, J (2022). clase de canto en tiempo de crisis: Lineamientos de acción a través de la cantoterapia y el counseling. *HUMAN REVIEW. International Humanities Review / Revista Internacional de Humanidades*. 11. 1-21. 10.37467/revhuman.v11.4003.

Castrillón Mejía, H. (2017). Aportes de la intervención musicoterapeutica para fortalecer el sentido de pertenencia a la comunidad y el desarrollo de relaciones saludables, potenciando los canales de comunicación, expresión y modulación emocional, en un grupo de estudiantes de grado quinto de primaria del colegio Liceo Chicó campestre (Doctoral dissertation).

Pérez, M. & Company, J. F. (2015). Musicoterapia y Arteterapia. Puntos de encuentro en el camino terapéutico. Arteterapia. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* (10), 165-174.

Fontgalland, R. C., & Moreira, V. (2012). Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. *Memorandum: memória e história em psicologia,* 23, 32-56.

Gamella-González, D.J. (2023). Voces de Acogida: Diseño, implementación y desarrollo de un proyecto de terapias artísticas creativas para la inclusión social. En Gertrudix, F. y Cruz, P. (Eds.) Sinfonías del cambio: música y arte en la transformación social, 249-258. Dykinson

Gontijo, B. S., de Oliveira Zanini, C. R., & Ray, S. (2020). Musicoterapia para músicos: um estudo sobre relações entre a autoestima e a improvisação musical. *OPUS,* 26(3), 1-24

Lee, C.A. (1996). *Music at the edge*. Routledge.

López Calvache, L. C. (2013). Efectos de una intervención musicoterapéutica en la ansiedad escénica de cinco cantantes en formación del Conservatorio de la Universidad Nacional de Colombia (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).

Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. D. Van Nostrand.

Morante, M. D. C. E. (2001). La voz: recurso para la educación, rehabilitación y terapia en el ser humano. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado,* (42), 67- 75.

Muñoz Cano, S. (2022). La musicoterapia como herramienta propia para aliviar la ansiedad y la depresión en el pregrado. [Tesina de grado] Recuperado de: http://hdl.handle.net/10554/61098.

Ponce de León L., Del Olmo M.J. (2020) Diseño e implementación de un programa de musicoterapia de improvisación en un conservatorio de música. Análisis de las percepciones de los participantes. *Revista Electrónica Complutense de Investigación en Educación Musical.* Vol. 18. 217-233. DOI: https://doi.org/10.5209/reciem.69085

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. *Psychology: A study of a science,* 3, 184-256.

Rogers, C. R. (1981). *La terapia centrada en el cliente*. Paidos.

Sokolov, L. (2021). Embodied VoiceWork: moviéndose hacia la Totalidad en el Campo Musical del Juego. *ECOS*, 6.

Jover Torrado, C. (2022). Avivavoz: la musicoterapia como herramienta de intervención en presbifonía. *Revista Misostenido,* 3, 28- 34. https://www.revistamisostenido.com/musicoterapiaypresbifonia

Torres, A., & Yillalet, V. (2008). Musicoterapia: Influencia Psicológica de la Música en el ser humano y su aplicación como terapia.

LA MUSICOTERAPIA TRANSFORMA LOS ENTORNOS PROFESIONALES

Fotografía de THIRDMAN en Pexels con Licencia en Creative Commons

MISOSTENIDO
REVISTA DE MUSICOTERAPIA unir

#6,5

APLICACIONES DE LA MUSICOTERAPIA PARA LA REGULACIÓN DE LA ANSIEDAD DERIVADA DE LA TANATOFOBIA

Music therapy resources for the regulation of anxiety derived from thanatophobia

Jessica Juliana Jiménez Burneo
Musicoterapeuta y Vocal Coach en Music Lab. Quito (Ecuador)
https://orcid.org/0009-0009-9915-3624
Araceli Karem Chacón Gómez
Musicoterapeuta y médico en Nerodrasil, Rehabilitación neurocognitiva y salud mental. Tarija (Bolivia)
https://orcid.org/0009-0009-9915-3624

ACCESO ABIERTO

Citación recomendada
Jiménez-Burneo, J. J. y Chacón-Gómez, A. K. (2024). Aplicaciones de la musicoterapia para la regulación de la ansiedad derivada de la tanatofobia [Music therapy resources for the regulation of anxiety derived from thanatophobia]. *Misostenido*, *4*(6), 42-50. https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.06

Correspondencia:
julyjimen41@hotmail.com
akcg3012@gmail.com

Recibido: 02 Feb 2024
Aceptado: 24 Feb 2024
Publicado: 15 Mar 2024

Financiación
Este artículo no ha contado con financiación institucional ni privada.

Conflicto de intereses
La autora de esta propuesta declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de la autora
La autora declara haber desarrollado la presente propuesta.

Comité ético
La participación en el estudio ha sido voluntaria y aprobada mediante la firma de un consentimiento informado por la cuidadora y tutora legal del participante.

DOI:
https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.06

Editado por
PhD. David Gamella

Resumen
La muerte es sin duda una verdad inevitable y atemorizante para todos los seres vivientes, pudiendo despertar en las personas momentos duros y de intenso dolor. Perder a un ser querido o haber estado en una experiencia cercana a la muerte, puede generar miedo, rechazo, e incluso fobia, los cuales, pueden dejar graves estragos si no son tratados a tiempo. Por otro lado, la musicoterapia ha demostrado tener varios beneficios en la salud física, emocional y mental de los pacientes. Es así, que el siguiente trabajo plantea la aplicación de musicoterapia como método para apaciguar, mejorar y regular la ansiedad producida por el miedo a la muerte, mejor conocido como tanatofobia. Para ello, se ha trabajado con dos casos de personas que sufren de un cuadro de ansiedad producida por el miedo a la muerte, a quienes se les ha aplicado sesiones de musicoterapia con el fin de regular su cuadro de ansiedad, obteniendo un resultado positivo, aunque demostrando tener mejores resultados cuando se la aplica como complemento a una terapia psicológica. Estudios de autores como Borda, Pérez, y Avargues (2011); Andrades-Tobar, García, Concha-Ponce, Valiente, y Lucero, (2021); Bruscia (2016); entre otros, han guiado el estudio del presente trabajo.

Palabras clave: musicoterapia, ansiedad, tanatofobia, luto, bienestar

Abstract
Death is, without a doubt, an inevitable and horrifying truth for every being who follows the path of life, making them live hard and shockingly painful times. Losing someone we love or living a near death experience could cause fear, rejection or even phobia, which, if not treated on time, could leave an enormous damage. On the other hand, music therapy has shown it has many benefits in patients' physical, emotional, and mental health. That is why this work proposes the application of music therapy as a method to appease, improve and regulate the anxiety produced by the fear of death, better known as thanatophobia. For that, we have worked with two different cases of people who suffer from anxiety produced by their fear of death. They have been applied to music therapy sessions to regulate their anxiety, which have shown positive results, even though it makes it clear that, if it was used as a complement for psychological therapy, it would show even better results. Different studies from authors such as Borda, Pérez, y Avargues (2011); Andrades-Tobar, García, Concha-Ponce, Valiente, y Lucero, (2021); Bruscia (2016); have guided this work.

Keywords: music therapy, anxiety, thanatophobia, mourning, wellness

INTRODUCCIÓN

La muerte es un acontecimiento que la vida tiene asegurado, para uno mismo y para quienes nos rodean. Las experiencias cercanas a la muerte son eventos que no pasan desapercibidos, y en muchos casos puede presentarse un miedo excesivo a este tema.

Cabe recalcar que la pérdida de un ser querido no es sencilla y cada persona lo asimila de manera distinta. Por lo tanto, el proceso de duelo y el tiempo que dura no es el mismo en todos los casos. Es importante reconocer que el duelo y sus manifestaciones son naturales y humanas, generalmente propias de la situación, pero cuando estas empeoran, afectan las actividades diarias de las personas; si estas se presentan por un largo y anómalo periodo de tiempo, pueden considerarse como un problema (Gil-Julia et al.,2008).

De la misma manera, la mortalidad de los seres humanos puede causar, en algunos individuos, un latente miedo a enfrentar y lidiar con la muerte, ya sea suya o de un ser cercano. No es extraño que las personas que están pasando por este proceso puedan presentar un cuadro de ansiedad.

En relación con la ansiedad, la American Psychiatric Association (2014) establece que es la antelación a una amenaza futura, provocando comportamientos cautelosos o intentos de evitar situaciones u objetos que causan ansiedad, por ejemplo: gérmenes, espacios abiertos, espacios cerrados o incluso actividades específicas, entre otros.

En estos casos, resulta inevitable hablar de la tanatofobia, que según Sadock (2011), Borda (2011) y Grau (2008) es el miedo constante y excesivo a la presencia o antelación de escenarios o elementos que implican la muerte, la agonía, el fallecimiento de un ser querido, miedo al envejecimiento, a estar indefenso, provocando que los pacientes sientan una amenaza sobre su propia existencia. Borda (2011) también menciona que la tanatofobia al igual que otros trastornos fóbicos genera de manera inmediata ansiedad al estar en contacto con un estímulo relacionado con la muerte, presentándose también como una crisis de ansiedad. Es así, que la mayoría de los casos se presentan en personas que se encuentran en la etapa final de su vida, o que han sido diagnosticadas con enfermedades incurables. Taquicardia, palpitaciones, sudoración e insomnio, son algunos de los síntomas que presenta un paciente con ansiedad (Sadock, 2011).

El estudio de Grau (2008) indica la importancia de ayudar a los pacientes, familiares y personal de salud a sobrellevar la muerte de manera que esta no produzca ansiedad patológica. Para ello, a lo largo de los años se ha usado el test de Templer, cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM-1), además de otros que ayudan a medir el grado de ansiedad por la muerte. Sin embargo, estos se deben usar con cuidado, ya que en ocasiones pueden generar mayor malestar y nuevos pensamientos negativos en las personas en las que el test es aplicado, especialmente en pacientes diagnosticados con enfermedades terminales.

El artículo anterior nos indica la importancia de cuidar la salud mental, no solo de los pacientes, sino también de los profesionales de la salud, quienes día a día deben tratar con la muerte y sin duda puede afectarles en mayor o menor medida a nivel emocional y psicológico.

Por consiguiente, es imperativo recalcar la importancia de recibir un acompañamiento adecuado que permita que personas que se encuentran enfrentando una experiencia relacionada con la muerte pueda llevar de la mejor manera sus miedos, incertidumbres y dolores, evitando así que su cuadro pueda avanzar hacia un estado de depresión extrema.

Se debe tomar en cuenta que la música es una herramienta eficaz de expresión y canalización de emociones, sentimientos y pensamientos. Muchas veces, los pacientes de una psicoterapia pueden no encontrar las palabras o la manera precisa para expresar lo que tienen dentro de sí, siendo la musicoterapia un complemento necesario a la hora de trabajar en diversas patologías. Además de ser un lenguaje, la música también puede provocar diferentes efectos fisiológicos y físicos, mejorar distintas conductas, actuar como sedante o estimulante, comunicar el nivel de dolor que se siente en el momento, e incluso generar endorfinas, pudiendo así representar un significativo apoyo o reemplazo a los antidepresivos. (Jiménez, 2017)

Es así como la musicoterapia ha encontrado su camino como un tratamiento complementario que busca el bienestar del paciente, tomando su lugar como una gran herramienta a la hora de atender a quienes buscan mejorar su bienestar físico, psicológico y mental. Demostrando también, ser una herramienta sumamente efectiva al momento de dar tranquilidad y reducir los niveles de ansiedad y estrés de los pacientes (De la Rubia et al., 2014)

Eyre (2016), señala algunos métodos y procedimientos que se pueden usar en pacientes con ansiedad; entre estos encontramos la musicoterapia receptiva, como la relajación, conversación con canciones, método Bonny de imaginación guiada y música. De igual manera también menciona a la improvisación musical como herramienta para movilizar el afecto o explorar los sentimientos y la composición de canciones, que también se puede usar en estos casos.

En un estudio de caso, realizado por Jiménez (2017); el paciente con cuadro ansioso depresivo, mostró una mejora significativa en los niveles de ansiedad, así como un cambio en sus estados de ánimo y conductas, mejora en la lucidez y un aumento de actividad neuronal y ritmo cerebral, tras haber trabajado con actividades como la improvisación y viajes musicales. Por otra parte, la música, al regular el ritmo cardiaco y respiratorio, per-

mitió disminuir la agitación y preocupación que presentaba el paciente, así como estimular la relajación y evitar la rigidez muscular mediante el movimiento guiado a través de la música (Jiménez, 2017).

Los estudios referentes a la musicoterapia y la fobia a la muerte son limitados, no solo en la musicoterapia, sino también en la psicología. Sin embargo, Borda, Pérez San Gregorio y Navarro (2011), hacen referencia al método cognitivo-conductual como tratamiento de la fobia a la muerte.

En el estudio, a la paciente se le realiza un seguimiento de doce meses, en el cual se busca principalmente controlar sus síntomas de ansiedad, reducir conductas de evitación y reducir los niveles de malestar emocional. Para ello, se utilizaron técnicas de relajación y respiración, así como actividades de lectura de cuentos relacionados con la muerte que le brinde a la paciente la oportunidad de adquirir herramientas de autocontrol, así como disminuir la evitación del tema.

Al finalizar el tratamiento, la paciente seguía sin lograr aceptar la muerte. Sin embargo, se consiguió reducir sus conductas de evitación, controlar los síntomas de ansiedad que sentía cuando se veía expuesta a temas relacionados con la muerte y controlar los pensamientos relacionados a su propia muerte o la de los demás, mostrando una mejoría importante, y demostrando así los beneficios que tiene la musicoterapia al aliviar o regular fobias o miedos profundos.

Objetivo

Aplicar musicoterapia como tratamiento en pacientes con ansiedad producida por la tanatofobia.

Objetivos específicos de la investigación

- Determinar los síntomas de ansiedad que el paciente presenta
- Planificar y aplicar sesiones de musicoterapia enfocadas en el tratamiento de trastornos de ansiedad.
- Disminuir en los pacientes los síntomas de ansiedad producida por tanatofobia
- Evidenciar los beneficios de la musicoterapia en la regulación de ansiedad producida por tanatofobia.

Materiales y Método

Participantes

Se trabajó con dos pacientes femeninas de 59 y 20 años, que presentaban un cuadro de ansiedad secundaria a tanatofobia. En la paciente A su cuadro estaba relacionado a la presencia de una enfermedad crónica, mientras que en la paciente B, se desarrolló tras la pérdida de un familiar cercano.

Estímulos y medidas

Cada paciente trabajó de manera individual con un musicoterapeuta distinto, tomando en cuenta las necesidades individuales de cada uno para plantear los objetivos generales y específicos de las intervenciones. Asimismo, las actividades fueron planificadas basándose en las capacidades, limitaciones y gustos musicales de cada caso.

Paciente A

Se realizaron 25 sesiones en el domicilio del paciente, repartidas en 3 sesiones por semana, de 1 hora aproximadamente, se usaron actividades musicoterapéuticas pasivas y activas tomando en cuenta que los signos vitales se mantengan en valores normales, de manera que no afecte a su enfermedad cardiaca de base.

Procedimiento

Se llenó el cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo de STAI y escala de ansiedad ante la muerte de Templer, en la sesión de entrevista y al finalizar la última sesión. Además, la paciente realizó un diario de autoevaluación desde la primera sesión hasta la última.

Las sesiones se estructuraron de la siguiente manera:

- Llenado de cuestionario de evaluación integral (5 minutos).
- Toma de signos vitales (5 minutos).
- Canción de bienvenida (5 minutos).
- Parte central: (aproximadamente 35 minutos) constituida por dos actividades de las cuatro siguientes:
    - Improvisación instrumental y uso de la voz
    - Análisis musical verbal por confrontación
    - Songwriting
    - Audición pasiva de música instrumental
- Canción de despedida (5 minutos).
- Toma de signos vitales (5 minutos).

Para seleccionar las dos actividades de la parte central, en cada sesión se consideró los objetivos terapéuticos, el estado de ánimo, la sintomatología y los signos vitales de la paciente medidos al inicio de la sesión, para que dichas actividades se ajusten a las necesidades de ese momento a favor de una terapia eficiente.

Análisis de datos

Los datos se analizaron usando cinco instrumentos de toma de datos:

1. Se observó una mejora progresiva en el cuestionario de evaluación integral, conformado por los siguientes ítems: calidad del sueño, síntomas de este momento y evaluación afectiva.

2. Con respecto al diario de autoevaluación, hubo una disminución gradual de los pensamientos negativos y un aumento de pensamientos positivos en su día a día, además de una mejora en los horarios de sueño y los síntomas cotidianos de la paciente.

3. Existe una disminución en los puntajes del cuestionario de ansiedad Estado - Rasgo STAI, siendo que en la primera sesión la paciente tenía un puntaje de 38 en Ansiedad Estado y de 39 en ansiedad Rasgo; en cambio en la última sesión, los puntajes fueron de 30 en Ansiedad Estado y 29 en Ansiedad Rasgo (Figura 1).

4. De la misma manera, se presentó una disminución del puntaje en la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en donde 9 fue el puntaje de la primera sesión y 5 en la última (Figura 2).

5. En la ficha de registro de musicoterapia, se registró una mejora en todos sus ítems, especialmente en la participación, respuestas emocionales y físicas de la paciente mencionados en la Tabla 1.

6. Por su parte los datos obtenidos de las hojas de observación que abarcaban las características de las actividades que se realizaron en cada sesión y los signos vitales de la paciente fueron las siguientes:

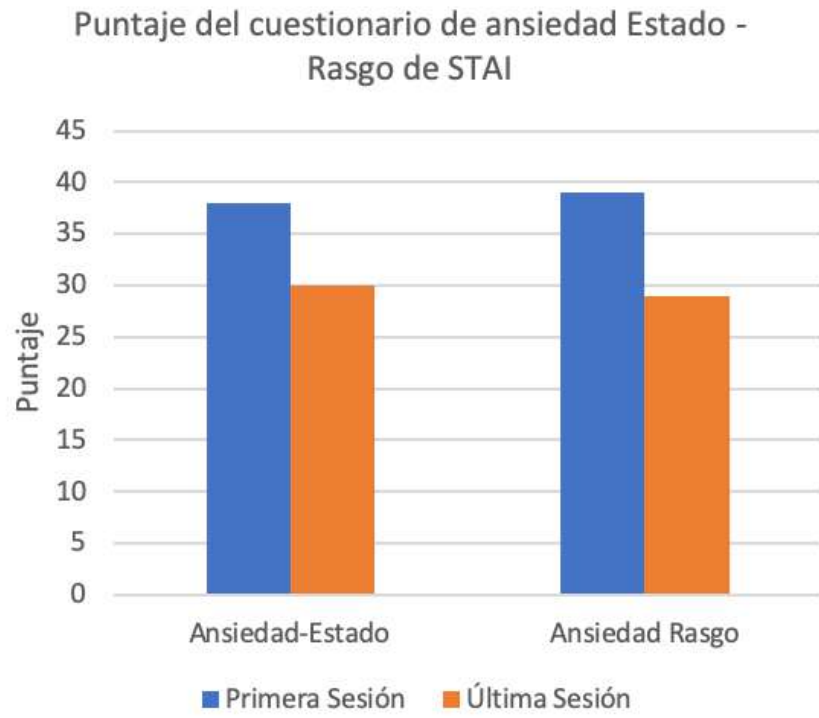
- En la actividad de análisis musical verbal por confrontación, se escuchó música grabada utilizando un parlante; caracterizada por ser mayormente de un tempo moderado, de acento binario y de una dinámica mezzoforte. Al ser una canción escogida por el terapeuta para tratar un tema en particular, éste era vocal e instrumental, con una tonalidad usualmente mayor. Al terminar la actividad, tanto el paciente como el musicoterapeuta compartían sus impresiones con respecto a la canción escuchada, consiguiendo así una expresión emocional por parte de la paciente.

- La actividad de audición pasiva de música instrumental mayormente fue de un tempo lento, acento binario, dinámica piano, tenía una melodía instrumental, obtuvo una respuesta de tranquilidad al tener un papel relajante.

- La improvisación instrumental se realizó teniendo como base un repertorio de canciones ya conocidas por la paciente, por ejemplo: "La promesa" de Bonanza, "Bésame mucho" interpretado por Lisa Ono, "Selección de morenadas" de Llajtaymanta, también otras cuya letra reflejaban positividad en torno a la vida como: "Gracias a la vida" interpretada por Mercedes Sosa, "Quien dijo miedo" de Gilberto Daza, cuyo tempo estaban entre 90 bpm a 200 bpm aproximadamente. Los instrumentos usados por la paciente para la improvisación fueron: el reco reco, palo de lluvia, la zampoña, mara

Figura 1.

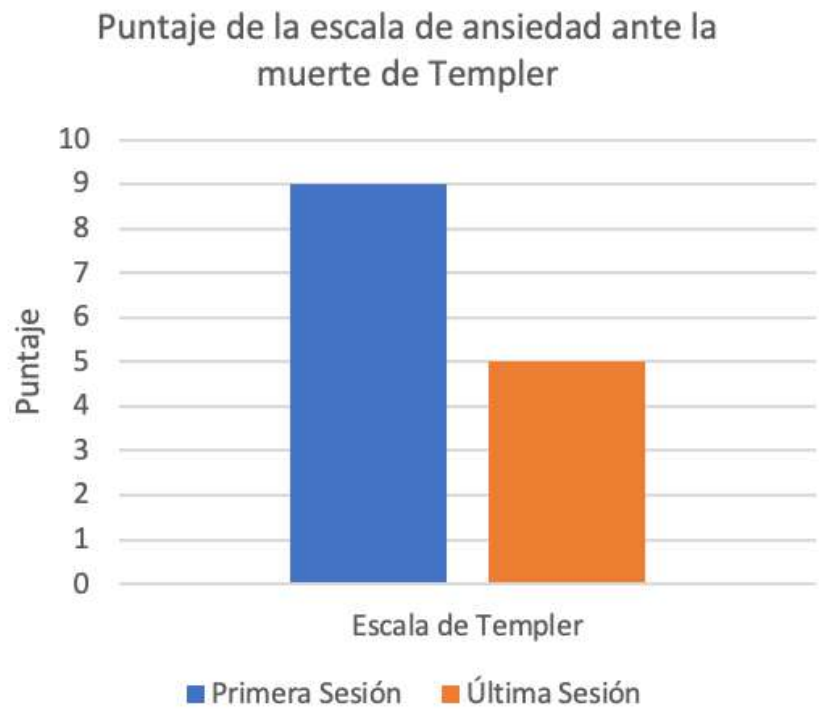
Cuestionario ansiedad Estado – Rasgo STAI



Nota: En la figura encontramos los puntajes del cuestionario STAI de la primera y última sesión. Elaboración propia.

Figura 2.

Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.



Nota: En la figura encontramos los puntajes de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer de la primera y última sesión. Elaboración propia.

Tabla 1.

Ítems de la Ficha de Registro.

Estado del paciente	Participación musical	Respuestas
Predisposición anímica	Canto	Emocionales
Estado físico	Instrumento	Verbales
Estado emocional	Improvisación	Físicas
Grado de participación	Baile/cuerpo	Contacto visual

Nota: Adaptación de la ficha de registro (UNIR).

ca de huevo, pero, sobre todo el bombo con el que tuvo mayor afinidad. La paciente demostró alegría y tranquilidad a través de sonrisas, canto espontáneo y movimiento del cuerpo al ritmo de la música. El musicoterapeuta por su lado usó la guitarra, la percusión corporal y la maraca de huevo.

- El Songwriting tuvo un tempo de 172 bpm, dinámica piano y mezzoforte, con una melodía instrumental grabada de tonalidad mayor, sobre la cual se creó una nueva letra. La sonrisa, la alegría, además del movimiento del cuerpo fueron algunas de las respuestas por parte de la paciente.
- Tanto al inicio como al final de la sesión se midió la presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno de la paciente. Los valores de los signos vitales antes mencionados, en su mayoría al iniciar las sesiones se encontraban en el limite inferior del rango que es considerado normal, en cambio, al terminar las sesiones estos valores aumentaron, sobre todo la saturación de oxigeno que llegó a 93% en varias oportunidades.

Paciente B

La paciente B presenció la muerte de un miembro de su familia, lo cual desencadenó una serie de problemas a nivel mental, emocional y psicológico. La depresión, el autolesionamiento y los trastornos alimenticios son algunas de las secuelas de su experiencia, aunque la ansiedad es, sin duda, la principal.

Luego de algunos años, inicia sesiones de terapia psicológica, permitiendo evidenciar y diagnosticar un trastorno de ansiedad, cuyos principales síntomas han sido los ataques de pánico, estado de estrés, problemas de sueño, y la dificultad para manejar y enfrentar conflictos.

Al momento del estudio, la paciente no se encuentra recibiendo acompañamiento psicológico y los síntomas mencionados anteriormente continúan siendo parte de su vida cotidiana. La paciente es estudiante de música, por lo que tiene experiencia tocando instrumentos como piano y guitarra, así como conocimiento del manejo de su voz.

Las sesiones de musicoterapia de este estudio, buscan apaciguar los síntomas presentados y, de esa forma, regular la ansiedad derivada a la muerte del miembro de su familia.

Para realizar el estudio se utilizaron recursos como una laptop, equipo de audio, guitarra, instrumentos de percusión y una cámara de video. Para las sesiones se plantearon actividades que buscaban facilitar la relajación, impulsar la expresión emocional y mejorar la gestión de emociones, como canciones de bienvenida, ejercicios de respiración y relajación, improvisación vocal, improvisación instrumental y visualización guiada.

Procedimiento

Para la intervención, se planificaron 8 sesiones de musicoterapia de aproximadamente 30 minutos basándose en los objetivos planteados.

La primera sesión tenía la finalidad de conocer el caso a través de una conversación que le permita a la paciente compartir su experiencia con la ansiedad y el origen los síntomas. Así mismo, se buscaba conocer sus gustos e intereses musicales, y aplicar un cuestionario STAI para conocer su grado de ansiedad.

Para las sesiones se plantearon diferentes métodos y actividades como el canto y uso de la voz como medio de expresión, uso de la música receptiva, ejercicios de relajación y ejercicios de respiración. Además, se realizó un repertorio basado en los gustos de la paciente, que sería utilizado siempre al inicio de cada sesión. Entre las canciones favoritas de la paciente resaltaron: Babalú Ayé de Alex Alvear y Mango Blue, Yo vengo a ofrecer mi corazón de Fito Paez y Te guardo de Silvana Estrada.

Las sesiones se estructuraron de la siguiente forma:

- Bienvenida (5 min)

La musicoterapeuta recibía a la paciente con alguna de las canciones favoritas de la paciente. Este momento, tenía la finalidad de brindar a la paciente un ambiente de confianza, además de hacerla sentir escuchada y comprendida.

- Respiración y relajación (5 min)

Se utilizaron canciones instrumentales y de tempo lento, caracterizadas por la presencia de piano o cello, con el fin de ofrecer un espacio de relajación a la paciente y brindarle herramientas para gestionar sus emociones y aliviar el estrés y la ansiedad.

- Parte central (10 min)

Durante esta sección se alternaban actividades de improvisación vocal o instrumental y visualización guiada.

- Improvisación vocal

La musicoterapeuta tocaba un ritmo y armonía base con la guitarra, cuyo tempo y tonalidad dependería del estado de ánimo de la paciente. Este espacio buscaba generar una conversación musical con la paciente, en la que ella pueda expresarse mientras la musicoterapeuta le acompaña y contiene.

- Improvisación instrumental

Similar a la improvisación vocal, aunque en esta también se utilizaron canciones del repertorio de la paciente. A medida que la musicoterapeuta y la paciente cantaban las canciones, cada una de ellas proponía ritmos en diversos instrumentos de percusión.

- Visualización guiada

Esta actividad buscaba brindar a la paciente pensamientos e imágenes positivas que le ayuden a regular sus emociones en estados de estrés o pánico.

- Reflexión y despedida (10 min)

En este espacio, la paciente comparte lo que sintió durante la sesión y reflexiona acerca de lo que compartió con la musicoterapeuta durante la parte central de la misma. Además, en cada sesión, la paciente escoge una de las canciones utilizadas para que la acompañe en el resto de su semana. La sesión finaliza con una canción de despedida.

Durante las primeras sesiones, la paciente se mostraba intranquila, nerviosa y vergonzosa. Su voz se sentía tensa, existía poco contacto visual, poca confianza con el musicoterapeuta y además una baja expresión emocional.

Conforme las sesiones y los días avanzaban, la paciente se mostraba más entusiasmada por iniciar las sesiones, mostraba una sonrisa cada vez que escuchaba las canciones seleccionadas de su gusto y tenía más apertura para participar de las actividades.

Las actividades que la paciente disfrutó más, fueron aquellas en las que podía participar activamente haciendo música con instrumentos o con su propia voz. En cuanto a la improvisación vocal, la paciente fue poco a poco mostrando más soltura y ampliando el vocabulario utilizado en sus improvisaciones, lo cual le permitió expresar más abiertamente lo que sentía. En un inicio las letras que improvisaba parecían ser más tristes y oscuras, aunque con el tiempo se tornaron ligeramente más positivas.

Al finalizar las sesiones, la complicidad entre la paciente y su musicoterapeuta se sentía mucho más notoria, las sonrisas eran habituales en la paciente, y participaba activamente de las actividades, más aún cuando se incluían sus canciones favoritas. Asimismo, mostraba más facilidad para expresar sus emociones respecto a la muerte de su familiar y algunos de sus síntomas habían mejorado ligeramente, así como los ataques de pánico y los problemas de sueño.

Análisis de datos

Según el cuestionario STAI aplicado a la paciente, el grado de Ansiedad-Estado antes de iniciar las sesiones era de 24 puntos, indicando una categoría sobrepromedio. Mientras que, tras la intervención dio como resultado 21, reflejando una categoría promedio (Figura 3).

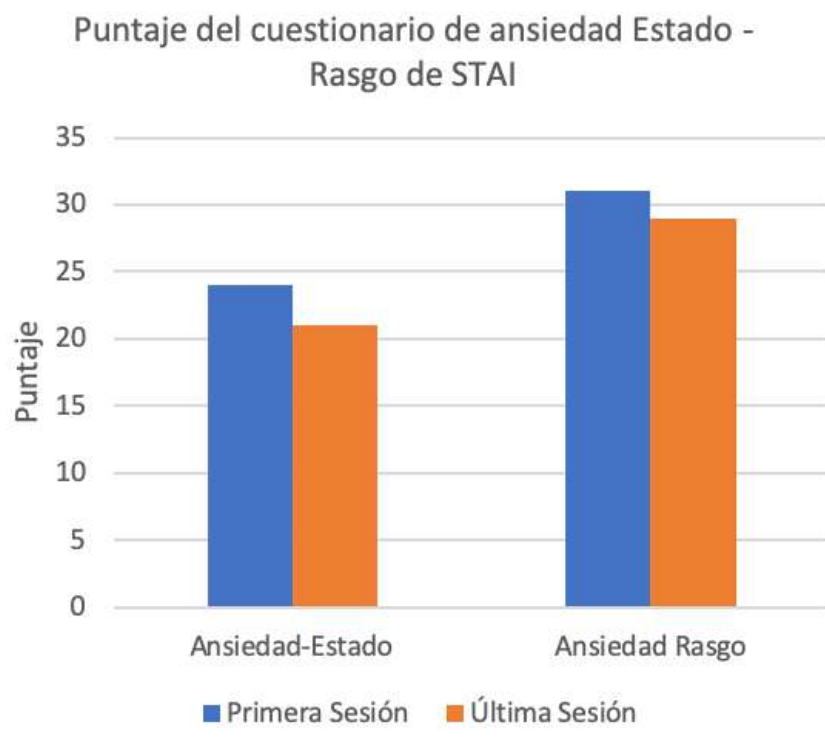
Por otra parte, previo a las sesiones, el grado de Ansiedad-Rasgo era de 31 puntos, es decir, una categoría sobrepromedio. Al finalizar las sesiones, este fue de 26 puntos, lo cual sigue siendo sobrepromedio, aunque en menor grado (Figura 3).

Adicionalmente, gracias a fichas de registro y diarios de evaluación, se evidenció en la paciente mayor confianza a la hora de expresarse, así como menor timidez al momento de demostrar sus emociones respecto a su ansiedad y a la muerte de su familiar que detonó la misma.

Todas las sesiones estaban ligadas al recuerdo de su familiar, lo cual, al principio, parecía no generar emociones en la paciente. Sin embargo, con cada actividad, el ambiente se volvía más confiable y familiar, lo que le facilitaba hablar acerca de lo ocurrido y manifestar respuestas como llanto, risas, sonrisas y demás.

Figura 3.

Cuestionario ansiedad Estado – Rasgo STAI



Nota: En la figura encontramos los puntajes del cuestionario STAI de la primera y última sesión. Elaboración propia.

Resultados

A pesar de la timidez en las primeras sesiones de la paciente A,se observó una mejora importante en su estado de ánimo, reflejado en su canto y ejecución de instrumentos musicales con mayor energía y entusiasmo. Además, la paciente mostró una disminución significativa de sus síntomas ansiosos, así como un aumento considerable de los pensamientos positivos hacia su vida y la aceptación de su enfermedad.

En el caso de la paciente B, se evidenció una ligera disminución en el grado de ansiedad. Es importante recordar que, al momento del estudio, la paciente no estaba asistiendo a terapia psicológica, lo cual podría haber limitado una reducción mayor de la ansiedad y sus síntomas. Por otra parte, a través de la improvisación vocal y la creación de música, la paciente expresó y procesó sus emociones relacionadas con la pérdida, lo que ayudó a aliviar el estrés, mejorar los problemas de sueño y facilitar la aceptación y adaptación a la situación al duelo.

Es así como, ambos casos resultaron positivos como se indica en la tabla 2, demostrando los beneficios de la música como medio para regular, canalizar y expresar emociones, preocupaciones, miedos y otros aspectos emocionales.

Tabla 2.

Comparación de resultados entre las pacientes

	Paciente A	Paciente B
Expresión emocional relacionada con la muerte	Acepta hablar sobre el tema con tranquilidad	Acepta hablar sobre el tema con tranquilidad
Síntomas de ansiedad	Disminuyeron	Disminuyeron
Estado de ánimo	Mejoró positivamente	Mejoró positivamente
Actividades diarias	Mejor desenvolvimiento	Mejor desenvolvimiento

Nota: La correlación de resultados se hace evidente. Elaboración propia

DISCUSIÓN

La musicoterapia ha emergido como un enfoque terapéutico eficaz para abordar la ansiedad en diversas poblaciones. Este estudio se centró en dos casos: una mujer de 59 años con enfermedad cardíaca (paciente A), y una paciente de 20 años que experimentó ansiedad tras la muerte de un familiar (paciente B). Ambas participaron en sesiones de musicoterapia, incluyendo actividades de musicoterapia pasiva y activa, adaptadas a sus necesidades individuales.

Se utilizó el cuestionario STAI para evaluar la ansiedad antes y después de las sesiones, revelando una disminución significativa en ambos casos. Aunque las causas de ansiedad eran diferentes, las sesiones demostraron un impacto positivo en ambas pacientes.

En ambas instancias, se implementaron actividades de relajación con música, las cuales fueron replicadas en su rutina previa al momento de dormir, mejorando la calidad del sueño y aliviando el insomnio. Las sesiones de musicoterapia activa realizadas con instrumentos de percusión y voz, permitieron a las dos pacientes expresar emociones de manera positiva.

A medida que progresaban las sesiones, se observaron cambios en la percepción de la muerte por parte de las pacientes. La paciente A generó pensamientos positivos hacia la vida, mientras que la paciente B logró expresarse emocional y verbalmente sobre la muerte de su familiar, liberándose del duelo no tratado adecuadamente.

En el caso de la paciente A, la musicoterapia contribuyó a mejorar el sueño, reducir el dolor físico y abordar la tristeza, evidenciando una disminución significativa en los niveles de ansiedad. Para la paciente B, la música facilitó el proceso de duelo y expresión emocional, resultando en una disminución de los ataques de pánico y el manejo del estrés.

En resumen, este estudio respalda la eficacia de la musicoterapia como intervención para la ansiedad derivada de la tanatofobia, destacando su impacto positivo en la calidad de vida y la regulación de la sintomatología ansiosa en ambas pacientes.

CONCLUSIONES

Ambas pacientes presentaron una serie de síntomas de ansiedad en diferentes intensidades, como insomnio, palpitaciones, opresión en el pecho, parestesias y ataques de pánico, entre otros.

Se planificaron y aplicaron sesiones de musicoterapia a cada paciente, enfocadas en el tratamiento del trastorno de ansiedad por tanatofobia. Para ello, se usaron diferentes actividades adaptadas a las necesidades y habilidades individuales.

A medida que las sesiones avanzaban, se observó una disminución gradual de los síntomas de ansiedad producida por tanatofobia. Esto permitió que el estado de ánimo de las pacientes mejore, permitiendo que puedan desenvolverse de mejor manera en sus actividades diarias.

Con este trabajo se evidenció los beneficios de la musicoterapia en la regulación de la ansiedad producida por tanatofobia. También se destaca la importancia de una terapia psicológica que acompañe el proceso y que pueda mejorar los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

American Psychiatric Assosiation. (2014). DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Andrades-Tobar, M., García, F.,E., Concha-Ponce, P., Valiente, C., y Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. Revista De Psicopatología y Psicología Clinica, 26(1), 13-22. https://doi.org/10.5944/rppc.28090

Aoyer. (2020, 28 de septiembre). La salud mental en América Latina. HispaValpo. https://blogs.valpo.edu/hispavalpo/2020/09/28/la-salud-mental-en-america-latina/

Barck, L. MME., MT-BC., McDougal, D., MME., MT-BC. (2021). A Comparison of Three Music Therapy Introduction Dialogues on Acceptance of Music Therapy Services by Patients in an Outpatient Cancer Center. Music Therapy Perspectives, 39(1), 42–50. https://bv.unir.net:2133/10.1093/mtp/miaa011

Borda, M., Pérez, M. y Avargues L. (2011). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de fobia a la muerte. Análisis y modificación de conducta, 37(155-156), 91-114. https://doi.org/10.33776/amc.v37i155-156.1320

Bruscia, K. (2016). Definiendo la musicoterapia. Barcelona Publishers. https://bv.unir.net:2056/lib/univunirsp/detail.action?docID=4544683

Castillo León, M.T., Carrillo Trujillo, C. D., Campo Marin, T. C. y Barrera Flores, M. J. (2019). Sintomatología de ansiedad y depresión en población en contextos de pobreza en el sureste mexicano. Revista Interamericana de Psicología, 53(2), 263. https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1058/983

Darcy, D. W. (2003). The effect of preferred music genre selection versus preferred song selection on experimentally induced anxiety levels. Journal of Music Therapy, 40(1), 2-14. http://www.espaciotv.es:2048/referer/secretcode/scholarly-journals/effect-preferred-music-genre-selection-versus/docview/223555679/se-2

De la Rubia Ortí, J., Cabañés Iranzo, C., y Sancho Espinós, P. (2014). Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo alzheimer. valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 4(2), 131-140. https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i2.60

Difrancesco, S., Lamers, F., Riese, H., Merikangas. K., Beekman, A., Van Hemert. A., Schoevers, R., y Penninx, B. (2019). Sleep, circadian rhythm, and physical activity patterns in depressive and anxiety disorders: A 2-week ambulatory assessment study. Anxiety and Depression Association from America, 36(10), 975-986. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.22949

eKipo (2017, 17 de abril). La Bella y la Bestia, Versión Instrumental con Orquesta Filarmónica. [Video]. https://www.youtube.com/watch?v=CXZ7Nz69OPg

Eyre, L. (2016). Guía para la Práctica de la Musicoterapia en la Salud Mental: Selecciones. Barcelona Publishers. http://ebookcentral.proquest.com/lib/univunirsp/detail.action?docID=4617414.

Fernández-Sánchez, H., Peréz-Pérez, M., Enríquez-Hernández, C. B., López-Orozco, G., Ortiz- Vargaz, I., y Tomás Jesus Gómez-Calles. (2021). Estrés, ansiedad, depresión y apoyo familiar en universitarios mexicanos durante la pandemia, COVID-19. Salud Uninorte, 37(3), 533-568. https://doi.org/10.14482/sun.37.3.616.98

Ferrer, Alejandra J,M.M., M.T.-B.C. (2007). The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. Journal of Music Therapy, 44(3), 242-55. http://www.espaciotv.es:2048/referer/secretcode/scholarly-journals/effect-live-music-on-decreasing-anxiety-patients/docview/223557371/se-2

Gadberry, Anita L,PhD., M.T.-B.C. (2011). Steady beat and state anxiety. Journal of Music Therapy, 48(3), 346-56. http://www.espaciotv.es:2048/referer/secretcode/scholarly-journals/steady-beat-state- anxiety/docview/886538777/se-2

Gil Juliá, B., Bellver, A., & Ballester-Arnal, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicooncología, 5(1), 103-116. https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/10214

Goldbeck, L., PhD., y Ellerkamp, T., B.A. (2012). A randomized controlled trial of multimodal music therapy for children with anxiety disorders. Journal of Music Therapy, 49(4), 395-413. http://www.espaciotv.es:2048/referer/secretcode/scholarly-journals/randomized-controlled-trial-multimodal-music/docview/1403485651/se-2

Grau, J., Llantá, M., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M., Infante, O., Romero, T., Barroso, I., y Morales, D. (2008). Ansie-

dad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. Pensamiento psicológico, 4(10), 27-58. https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/101/89

Grout, D., y Palisca, C. (2001). Historia de la música occidental. Alianza Editorial. https://dokumen.tips/documents/historia-de-la-musica-occidental-i-grout-y- palisca.html?page=1

Integración Juvenil, C. D. (2018). Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Centros de Integración Juvenil. https://bv.unir.net:2769/es/lc/unir/titulos/125743

Jiménez, C. (2017). Musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatizaciones Estudio de un caso. Revista De Investigación En Musicoterapia, 1, 85–105. https://revistas.uam.es/rim/article/view/7725

Li, D., Yao, Y., Chen, J., & Xiong, G. (2022). The effect of music therapy on the anxiety, depression and sleep quality in intensive care unit patients: A protocol for systematic review and meta-analysis. Medicine, 101(8). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8878864/

Mora, R. y Pérez, M. (2017). La musicoterapia como agente reductor de estrés y ansiedad en los adolescentes. Arte y salud, 18, 213-233. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126457

Orozco, W. y Baldares, M. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de costa rica y Centroamérica, 69(604), 497-507. https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf

Palacios, J. (2001). El concepto de la musicoterapia a través de la historia. Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 42, 19-31. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27404203

Poch, S. (1999). Compendio de musicoterapia I. Barcelona:Herder.

Romero, D., y Cruzado, J. (2016). Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 13(1), 23-37. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5512961

Ruiz, L. (2022, 28 de febrero). Pruebas para evaluar ansiedad: listado y descripción. Psyciencia. https://www.psyciencia.com/pruebas-para-evaluar-ansiedad-listado-y-descripcion/

Sadock, B., Sadock, V. (2011). Kaplan & Sadock Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Lippincott Williams & Wilkins.

Sanchis Sanchis, E. (2021). Programa de intervención basado en la musicoterapia neurológica, aplicado a pacientes con enfermedad de alzheimer. Therapeía: Estudios y Propuestas En Ciencias De La Salud, (15), 17-44. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8263039

Tijerina GLZ, González GE, Gómez NM, et al. (2018) Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. Rev Salud Publica y Nutrición, 17(4), 41- 47. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=84412

CADA NOTA
QUE FINALIZA
PREPARA EL COMIENZO
DE LA SIGUIENTE

Fotografía de AKSHAR DAVE en Pexels con Licencia en Creative Commons

MISOSTENIDO
REVISTA DE MUSICOTERAPIA unir

#6,6

MUSICOTERAPIA Y CANTO PRENATAL PARA REDUCIR EL ESTRÉS DURANTE EL EMBARAZO

ACCESO ABIERTO

Citación recomendada
Monar-Máñez, I. (2024). Musicoterapia y canto prenatal para reducir el estrés durante el embarazo [Music therapy and prenatal singing to reduce stress during pregnancy]. *Misostenido*, *4*(6), 52-60. https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.07

Correspondencia:
ismoma6@gmail.com

Recibido: 07 Feb 2024
Aceptado: 21 Feb 2024
Publicado: 15 Mar 2024

Financiación
Este artículo no ha contado con financiación institucional ni privada.

Conflicto de intereses
La autora de esta propuesta declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de la autora
La autora declara haber desarrollado la presente propuesta.

Comité ético
Los procedimientos llevados a cabo en este estudio de caso se han realizado de acuerdo con las normas éticas establecidas en el Código Ético para los Musicoterapeutas Profesionales en España.

DOI:
https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.07

Editado por
PhD. David Gamella
(Universidad Internacional de La Rioja)

Music therapy and prenatal singing to reduce stress during pregnancy

Isabel Monar-Máñez
Musicoterapeuta en Arrels- Espai Terapèutic Educatiu de Valencia (España)
https://orcid.org/0009-0007-9194-8823

Resumen
En la vida de una mujer, el embarazo es posiblemente uno de los momentos más importantes. Concebir y dar a luz un hijo puede ser tanto una experiencia altamente gratificante y plena, como una experiencia traumática vivida con estrés, ansiedad y en muchos casos con sentimientos de soledad contraproducentes para la salud de la madre y para el buen desarrollo del bebé. Se sabe de la influencia que el ritmo y el sonido tienen a nivel intrauterino y como el trabajo con musicoterapia perinatal y el canto aportan numerosos beneficios para el bienestar de la madre y del bebé. El objetivo del presente estudio fue el diseño, implementación y evaluación de una propuesta de intervención con el canto como instrumento principal para validar los efectos de la musicoterapia como una herramienta eficaz en el tratamiento del estrés y la ansiedad en mujeres a partir de su segundo trimestre de embarazo. Esta propuesta se implementó durante nueve semanas con una mujer en su quinto mes de gestación en el centro Arrels- Espai Terapèutic Educatiu de Valencia. Los resultados revelaron los beneficios que la musicoterapia y el canto ofrecen a las mujeres y sus bebes.

Palabras clave: embarazo, musicoterapia, canto, ansiedad, estrés.

Abstract
In a woman's life, pregnancy is possibly one of the most important moments. Conceiving and giving birth to a child can be a highly rewarding and fulfilling experience, or on the contrary, a traumatic experience experienced with stress, anxiety and in many cases with feelings of loneliness counterproductive for the health of the mother and for the good development of the baby. We know the influence that rhythm and sound have at the intrauterine level and how working with perinatal music therapy and singing provides numerous benefits for the well-being of the mother and baby. The objective of the present study is the design, implementation, and evaluation of an intervention proposal with singing as the main instrument to validate the effects of music therapy as an effective tool in the treatment of stress and anxiety in women from of her second trimester of pregnancy. This intervention proposal was implemented for nine weeks with a woman in her fifth month of pregnancy at the Arrels- Espai Terapèutic Educatiu center in Valencia. The results revealed the benefits that music therapy and singing offer to women and their babies.

Keywords: pregnancy, music therapy, singing, anxiety, stress

INTRODUCCIÓN

De todo el ciclo reproductivo en la vida de una mujer (pubertad, embarazo, menopausia), el embarazo es el que más desajustes emocionales conlleva, ya que los cambios en la mujer se producen de manera muy rápida a nivel físico (aumento de la circulación sanguínea, modifi-

cación en la estructura ósea, aumento de peso, etc.) provocando un verdadero estado de estrés fisiológico (Carrillo-Mora et al., 2021). La maternidad es sin lugar a duda un punto de inflexión en la vida de una mujer, tomar la decisión de crear una nueva vida y traerla al mundo ya es un acto de gran responsabilidad y generosidad no exento de cierto nivel de estrés, una responsabilidad que comienza en el momento mismo de la concepción, e incluso antes, y que seguirá durante toda la etapa de crianza. Existen numerosas evidencias del alto porcentaje de mujeres, aproximadamente un 20-25%, que sufre ansiedad y estrés durante la etapa de embarazo, parto y posparto y de estas entre el 10-20% tendrán episodios depresivos (Alder et al., 2011; Arranz et al., 2017; Navarrete et al., 2012).

Hoy sabemos que estos estados de depresión posparto que padecen las mujeres en realidad comenzaron a padecerlos durante el embarazo (Evans, 2001). Esta situación de estrés y ansiedad gestacional se vio agravada durante la pandemia por COVID19 detectándose un aumento de casos de mujeres embarazadas con síntomas de ansiedad (estrés, insomnio, obsesiones) que alertaban de la necesidad de intervenciones psicológicas (Romero-González, et al., 2021). En la actualidad se sabe que un estado de estrés y ansiedad de la madre mantenido en el tiempo y en algunos casos como hemos visto con procesos de depresión, afectarían directamente al natural desarrollo del bebé pudiendo provocar partos prematuros, bebés con bajo peso, más episodios de llanto, sueño irregular o más riesgo de morbimortalidad perinatal, entre otros inconvenientes, que incluso pueden afectar al neurodesarrollo futuro del niño (Arranz et al., 2017).

Como explica Federico (2012), la musicoterapia puede ser de gran ayuda para las mujeres en este periodo, debido a que es una disciplina funcional, sistemática y científica con métodos y técnicas, que utiliza la música dentro de un proceso terapéutico qué, en el caso del embarazo, es conocida como musicoterapia prenatal y se centraría fundamentalmente en el trabajo de tres áreas: la de la madre, la del bebe y la del vínculo. Así, el trabajo con la música contribuiría a reducir el estrés y la ansiedad en la madre procurando un embarazo de mayor calidad y favoreciendo el vínculo afectivo madre-bebé.

Maternidad, ansiedad y estrés específico del embarazo

La maternidad es un largo viaje que comienza en la pubertad y que sigue con la fecundación, embarazo, parto, lactancia, crianza, educación y separación, por lo tanto, no es un hecho sencillo y aislado, sino más bien una sucesión de secuencias complejas (Oiberman, 2005), causantes potenciales del estrés y la ansiedad. El estrés perinatal tiene los mismos síntomas que el estrés más común, pero como se experimenta en una etapa muy determinada e importante de la vida, algunos investigadores han profundizado más intentado asignar características que fueran propias del embarazo, llegando a determinar la existencia del estrés especifico del embarazo, cuyas propiedades principales son un conjunto de preocupaciones y pensamientos que abordan detalles concretos del embarazo como los síntomas físicos y también los síntomas de tipo emocional (Lobel, et al., 2008). Este estrés psicológico sumado a los cambios propios que experimenta la madre y los problemas diarios, juegan un papel de vital importancia en el desarrollo del feto y de la salud de la propia madre, pudiendo generar problemas tales como ansiedad, depresión posparto, aumento de peso, parto por cesárea, parto prematuro o bajo peso del neonato (Romero,2020).

Algunos estudios alertan de las consecuencias negativas del estrés materno en el bebé, en la salud de la propia madre y en la vida postnatal, pero pocos plantean soluciones prácticas más allá de sugerir implementar la salud mental de las mujeres gestantes, que hasta ahora ha estado poco atendida teniendo en cuenta que los síntomas de estrés y ansiedad producidos en el embarazo muchas veces pasaban desapercibidos (Gómez-Sánchez et al., 2020).

Musicoterapia para aliviar el estrés en el embarazo

La música no tiene solamente funciones lúdicas y cognitivas, sino que es a la vez una gran herramienta terapéutica. La música es un poderoso estímulo para nuestro cerebro, como evidencian las nuevas técnicas de neuroimagen que permiten saber qué ocurre en nuestro cerebro cuando escuchamos, interpretamos o sentimos la música y cómo esta es capaz de modificar la estructura y función del cerebro por medio del aprendizaje musical y la experiencia, de esta manera cuando interactuamos con la música nuestro cerebro segrega dopamina y esta reacción es capaz de aliviar la ansiedad, el estrés y el dolor (Miranda et al., 2017). De manera más específica, la musicoterapia prenatal busca que el bebé comience a relacionarse con el exterior y dado que la primera relación que se establece es con la madre, el canto parece el instrumento fundamental para intervenir. Además, en el canto interviene activamente la respiración, con lo que se estará utilizando el recurso de técnicas activas dentro de las técnicas de estimulación prenatal (Cedeño, 2020).

En el quinto mes de embarazo el bebé ya puede escuchar la voz materna, sonidos agudos, ruidos y las bajas frecuencias de la música y en el sexto mes ya percibe con claridad los estímulos externos, música, luz, ruidos. En este momento el bebé puede reaccionar con pataleos si los estímulos sonoros que le llegan le disgustan (Ibarrola,2012). El latido del corazón de la madre es el principal centro sonoro fetal, junto con los sonidos digestivos, la respiración y la actividad de la placenta. Es constante día tras día, pero es de suponer que este ritmo cardiaco cambia según el estado de la madre, si experimenta nerviosismo o ansiedad el feto se ve expuesto a patrones rítmicos más acelerados, potentes y en constante cambio. Muchas mujeres duran-

te su tercer trimestre de embarazo describen como el bebé reacciona a estos estímulos sonoros de manera diferente según sea el tipo de música (Gilboa, 2013). La musicoterapia se ha utilizado anteriormente para acompañar a mujeres embarazadas y algunos estudios han investigado su influencia en el alivio del estrés y la ansiedad, demostrando que escuchar música relajante regularmente puede reducir la tasa de partos prematuros, los niveles de cortisol y por tanto los niveles de estrés y miedo (Teckenberg-Jansson, 2019).

Canto prenatal

El doctor Alfred Tomatis (1996) hace una exhaustiva investigación acerca de la estructura y funcionamiento del oído y de qué forma el feto escucha en su vida intrauterina, como le llegan los sonidos y cuáles son las frecuencias que mejor escucha. En sus investigaciones afirma que el impacto de la voz de la madre es indiscutible, debido a que para el bebé el sonido de la voz de la madre es una necesidad, mientras que el resto de los sonidos actúan como simples condicionamientos. La voz materna es indispensable para el desarrollo postnatal de las estructuras lingüísticas, es rica en armónicos y muy probablemente llega a la cavidad uterina a través de la columna vertebral por transmisión ósea, pues este trayecto favorece el paso de los sonidos agudos y constituye la base sobre la que se modelará el lenguaje del futuro bebé.

El canto y la voz de la madre son fundamentales para el bebé, debido a que entre el aparato reproductor femenino y el aparato fonador hay una fuerte simbiosis que se produce en el momento del parto, a tal punto que si la garganta de la madre se encuentra bloqueada y con tensión mandibular contribuirá negativamente en el momento de la expulsión del bebé (Cedeño, 2020). El trabajo de la parte inferior de la espalda para alargar los músculos libera los movimientos del diafragma, si este trabajo se hace de manera simultánea con las mandíbulas liberaremos también la apertura vaginal facilitando el trabajo de parto (Bertherat, et al., 1996).

A la luz de estas observaciones es lógico pensar que el canto sería de gran ayuda por sus implicaciones con la respiración, diafragma y suelo pélvico, en el momento del parto. Publicaciones recientes confirman que cada vez más matronas animan a las mujeres a utilizar la voz como ayuda en el trabajo de parto, no solo como analgésico, sino por la relación entre boca, garganta, cuerdas vocales y vulva, vagina y cuello del útero (Prieto, 2023). De entre los beneficios del canto prenatal, Freijomil (2016) menciona los siguientes: mejora la postura y la respiración favoreciendo la conciencia corporal; es un medio sencillo para expresar y elaborar sentimientos y emociones propias de esta etapa; hablar y cantar al bebé nos permite crear un vínculo temprano y sólido; puede ser además una gran aliada en el trabajo de parto y nacimiento, pues es un medio analgésico natural que posee el cuerpo (ligado a la producción automática de endorfinas).

A través del estilo de canto la madre puede inducir al bebé a la calma y en este sentido las canciones de cuna han demostrado tener una influencia universal en los bebes (Wulff et al., 2021). Otro factor que se considera importante durante el embarazo y el posparto, no solo para la salud mental de la madre, sino también para el desarrollo del bebé, es el vínculo madre-hijo. Existen estudios que avalan la idea de que una intervención con música y canto reduciría el estrés y la ansiedad durante el embarazo facilitando así el bienestar de la madre y el vínculo madre-hijo (Biancardi et al., 2023).

Por último, contribuir en el acompañamiento y el bienestar de las mujeres y sus bebés ha sido la motivación de este estudio que tuvo como objetivo principal diseñar, implementar y evaluar un proyecto de intervención con el canto como instrumento principal, para validar los efectos de la musicoterapia como una herramienta eficaz en el tratamiento del estrés y la ansiedad en mujeres en su segundo trimestre de embarazo.

Materiales y método

Este estudio de caso se diseñó con el objetivo de aliviar el estrés en las mujeres embarazadas, mejorar su bienestar físico y emocional y fomentar el vínculo con el bebé. Como criterios de inclusión las mujeres debían estar en su segundo trimestre de gestación y no presentar complicaciones en el embarazo. Se llevan a cabo entrevistas individuales para conocer a las aspirantes y determinar cuál sería la beneficiaria más adecuada según los criterios de inclusión. La intervención se realiza en el centro Arrels- Espai Terapèutic Educatiu en el que se ofrecen talleres de acompañamiento perinatal por lo que es muy adecuado para este tipo de intervención.

Participante

Mujer de 42 años, primípara, se encuentra en su semana 23 de gestación. Acude sola ya que el horario laboral del acompañante no le permite asistir. Por lo complejo de su trabajo, aunque el embarazo transcurre con normalidad y su estado de salud es bueno, la paciente se encuentra de baja laboral por haber padecido anteriormente dos abortos espontáneos. Es un embarazo muy deseado.

Estímulos y medidas

Desde el punto de vista metodológico, todas las actividades diseñadas para la intervención fueron de carácter humanista y ecléctico. A lo largo de las 18 sesiones el instrumento principal y que ha vertebrado el estudio ha sido el canto, no solo por los beneficios físicos que cantar aporta a la madre activando la función respiratoria y cardiaca, sino porque el canto promueve la autoestima y la confianza general procurando bienestar para la madre y para el bebe (Welch 2019). Para el diseño y planifica-

ción de las actividades se han tomado como referencia los cuatro criterios metodológicos para secuenciar actividades musicales según Mateos-Hernández (2004): conciencia de sí mismo y conciencia del otro; alternar las fases de exteriorización con las fases de interiorización; mantener la atención motivación-afecto de la paciente; y encadenar actividades buscando la unidad entre ellas a la vez que la variedad.

También en relación con las actividades musicales, la mayoría de ellas fueron de intervención musical activa con el aprendizaje y canto de nanas e improvisación con diferentes instrumentos musicales (ocean drum, ukelele, yembé grande y pequeño, pandero, tambor de lengua metálica, triángulo, cascabeles, claves, dos cuencos tibetanos de metal, palo de lluvia, maracas). En cuanto a las actividades receptivas o de escucha musical, han sido utilizadas para el trabajo de expresión y conciencia corporal, respiración, relajación y visualización. Es importante destacar que a lo largo de las 18 sesiones se establecieron varias rutinas que se repitieron tanto al inicio como al final de cada sesión. Entre ellas se destacan: la medición de la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno en sangre; y la cumplimentación por parte de la participante de una encuesta antes y después de cada sesión para valorar su estado de bienestar.

Los estudios de Pérsico et al. (2017) hablan de los beneficios de la musicoterapia en mujeres embarazadas y cómo esta contribuye a su bienestar. Teniendo en cuenta los estudios mencionados anteriormente se diseñaron las actividades con el canto como instrumento principal. A continuación, se hace un breve resumen de estas.

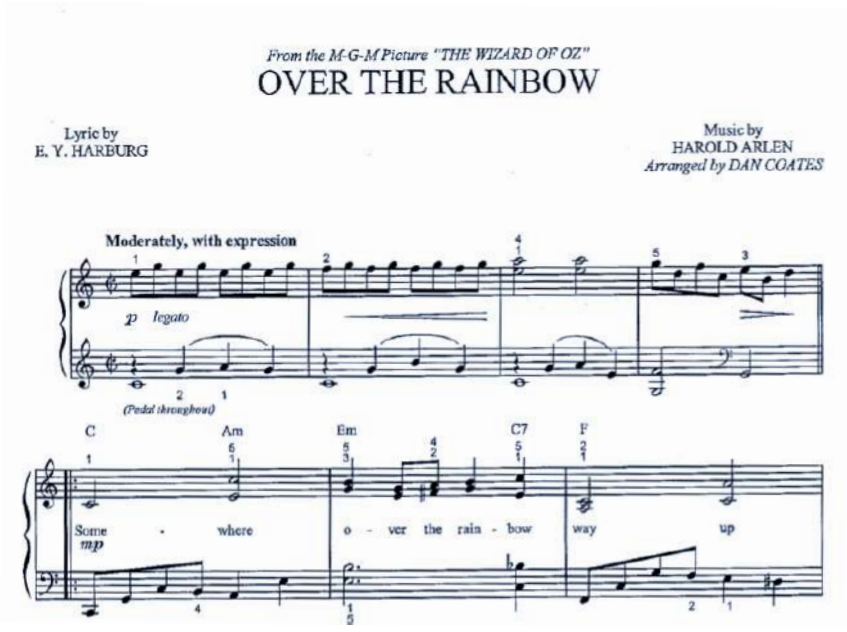
Songwriting. utilizando la técnica songwriting y tomando como base una canción popular, en un estudio en Colombia las mujeres tuvieron la experiencia de poder expresar sus emociones, preocupaciones y miedos (Salgado et al., 2022). En esta intervención se escogió como base para componer la canción el tema *Over the rainbow* de Arlen (1938) en C mayor Fig. 1.)

Técnicas respiratorias. Basados en diferentes ejercicios de Calais-Germain (2006) y en los conocimientos de la investigadora en meditación Advaita se practicaron diferentes tipos de respiración con objetivos enfocados a diferentes áreas como son la práctica de la atención eficiente, la toma de conciencia corporal, la movilización de caja torácica y diafragma, así como respiraciones tanto para la relajación como para preparar el momento del parto.

Canto de canciones de cuna. Actividad inspirada en el método RBL (Rhythm, Breath, Lullaby) esta conjunción de ritmo, respiración y nanas se utilizó para el aprendizaje de tres nanas: Arroró, Din Dan, y Pajarito que cantas, todas ellas de origen popular.

Visualizaciones creativas con la escucha de música. Esta actividad se confecciona basándose en los trabajos realizados por Federico (2012). Para ello se seleccionaron músicas grabadas

Figura 1.

Comienzo de partitura de "Over the Rainbow"

Nota: pieza de Harold Arlen con letra de Harburg y arreglos de Coates (1938).

adecuadas para que este tipo de trabajo produzca los efectos deseados focalizándonos en las imágenes que deseamos visualizar.

Improvisación instrumental. En esta actividad se utilizó la técnica de improvisación de procedimiento (Mateos-Hernandez, 2011), en la que la paciente escogía libremente entre los instrumentos expuestos.

Expresión corporal y baile. Teniendo en cuenta que el instrumento de la voz implica a todo el cuerpo y hace que la propia conciencia corporal sea importante para el canto, se introdujeron actividades donde el elemento principal fue el movimiento corporal, algunas con canto y otras con percusión para marcar diferentes ritmos y tempos.

La evaluación se llevó a cabo de forma cualitativa y cuantitativa. Para la recogida de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: formulario de historia sonoro-musical, hoja de registro, hoja de observación, diario de reflexión, encuesta que se empleó al inicio y al final de cada sesión y encuesta final.

Procedimiento

El desarrollo de las sesiones fue de carácter individual, favoreciendo así el espacio de intimidad y seguridad con la paciente. Se realizaron un total de 18 sesiones de 70 minutos cada una, con una frecuencia de dos veces por semana. Es importante remarcar que, dada la naturaleza de la paciente, se tuvo en cuenta sus condiciones físicas y las actividades se fueron adaptando según el embarazo fue avanzando para que se sintiera cómoda y tranquila. Las sesiones se estructuraron según el protocolo

de (1) bienvenida, (2) desarrollo, donde se realizaban las actividades principales anteriormente citadas y (3) despedida. En todas las sesiones se reservó un espacio para la reflexión, verbalización de emociones y expresión de inquietudes que se fueron dando, creando así un espacio seguro y de confianza.

Algunos de los objetivos marcados para las actividades fueron: regular la frecuencia respiratoria en las actividades musicales propuestas; aumentar la consciencia corporal; fomentar el vínculo con el bebé; favorecer la expresión de emociones; percibir alivio del estrés y la ansiedad a lo largo de la sesión.

En relación con las actividades, a continuación, se muestra una selección de las realizadas:

- Canción de bienvenida. Cada sesión comenzaba con la canción de bienvenida para entrar en contacto, motivar y calentar. La paciente ayudada por la investigadora compuso su propia letra a modo de mensajes para su bebé, expresando estados de ánimo que a su vez sirvieron para conectarse al bebé.

- Técnicas respiratorias. Se le explicó a la paciente las diferentes respiraciones tanto para relajarse como para utilizar en el momento del parto. Se le indicó a la paciente el funcionamiento del diafragma y como trabajar tanto la respiración costo-abdominal como la diafragmática mediante diferentes ejercicios. Sentadas en cojines hacemos respiraciones, primero activando nuestra caja torácica después alargando la exhalación con el sonido Uuuuuu, Ooooooo etc. Utilizando los ejercicios de respiración aplicamos además la emisión de sonido con diferentes vocales junto a consonantes como por ejemplo ma, mo, me, du, etc., hasta conseguir llevar una profunda vibración al abdomen de la madre. Después se trabaja una exhalación larga y lenta haciéndola durar 5", 10" y 15", favoreciendo así la relajación y comprobando como disminuye la frecuencia cardíaca.

- Canto. Todos los días después de las respiraciones hablamos de la importancia de la voz y la comunicación con el bebé. La paciente aprendió tres nanas a lo largo de las sesiones, que sirvieron para conectar a la madre con el bebé, calmarlo en momentos de agitación y como herramienta para después del nacimiento. Las nanas se interpretaron con el uso de instrumentos de pequeña percusión a elección de la paciente y también con el uso del ocean drum o pandero de agua. Otras veces se cantó con movimiento a modo de balanceo como acunando al bebé.

- Visualizaciones. La primera de las visualizaciones se basó en el bienestar del aquí y el ahora de la paciente y se escuchó la canción Wichi tai (Siebert, 2006). La segunda de ellas se focalizó en el momento del parto escuchando Om Namo Bhagavate (Premal, 2002). Después de la primera visualización se verbalizaron las sensaciones que quedaban y qué había aportado el trabajo. Al terminar la segunda visualización la paciente realizó un dibujo expresando lo vivido.

- Improvisación. Se realizaron improvisaciones con instrumentos, a elección de la paciente, con la creación de sonidos y ritmos para tomar conciencia de su proceso creativo y expresar su estado de ánimo tanto con instrumentos de manera libre como en dialogo con la investigadora.

- Expresión corporal y baile. Movimiento libre para tomar conciencia corporal a veces utilizando telas sugiriendo el movimiento del agua o como medio de expresión utilizando canciones como Respira (Doco, 2017), Over the rainbow (Kamakawiwo´ole,1993).

Análisis de datos

A lo largo de toda la intervención, cada sesión se clasificó y ordenó la información del diario de reflexión, hojas de registro, hojas de observación y cuestionarios. Igualmente, se visionaron las grabaciones de las sesiones y se extrajo la información más relevante como comentarios, actitud y grado de participación de la paciente.

Los datos obtenidos con las hojas de registro, las hojas de observación y los cuestionarios han sido analizados de forma cuantitativa a través de técnicas de la estadística descriptiva. De esta manera se ha permitió conocer el porcentaje de las asistencia y observaciones sobre el estado de salud diario, así como los datos cuantitativos referentes a la medición de saturación de oxígeno en sangre y de la frecuencia cardíaca.

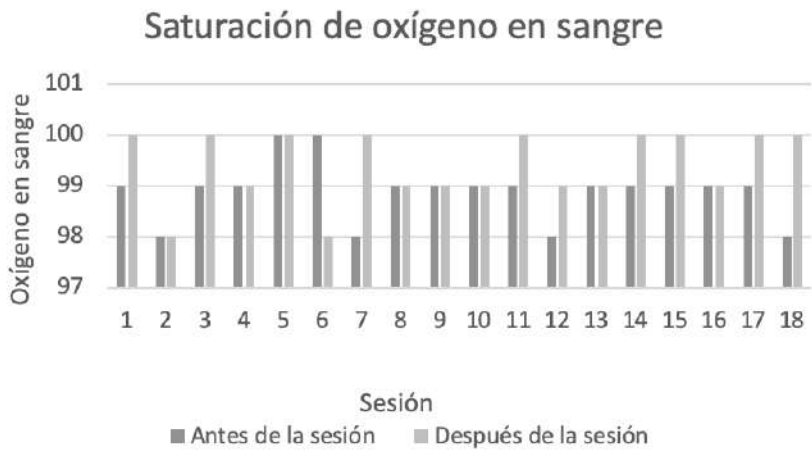
Los datos de carácter cualitativo se obtuvieron de las anotaciones del diario de reflexión, hojas de registro y la encuesta de preguntas abiertas. De esa forma, se ha realizado un análisis que ha permitido observar la evolución de la paciente durante todo el proceso. .

RESULTADOS

En referencia a los datos cuantitativos, se muestran los resultados de la medición de la saturación de oxígeno en sangre (Figura 1) y la frecuencia cardíaca (Figura 2), ambas mediciones se realizaron tanto antes de la sesión como al finalizar, durante las 18 sesiones. Como se observa en la Figura 1, los niveles de saturación de oxígeno solo distan en un punto entre antes y después de las sesiones, si bien se observó que a excepción de la sesión número 6, todas finalizaron con el valor por encima de la llegada, cuando todavía no se había practicado ejercicio corporal, ni se había cantado. En la Figura 2 sin embargo, se aprecia un claro descenso de la frecuencia cardíaca entre el pre y el post de la intervención. Los datos de la media de la frecuencia cardíaca revelan la mejoría después de la intervención: antes 91,2, después 79,6.

Figura 1.

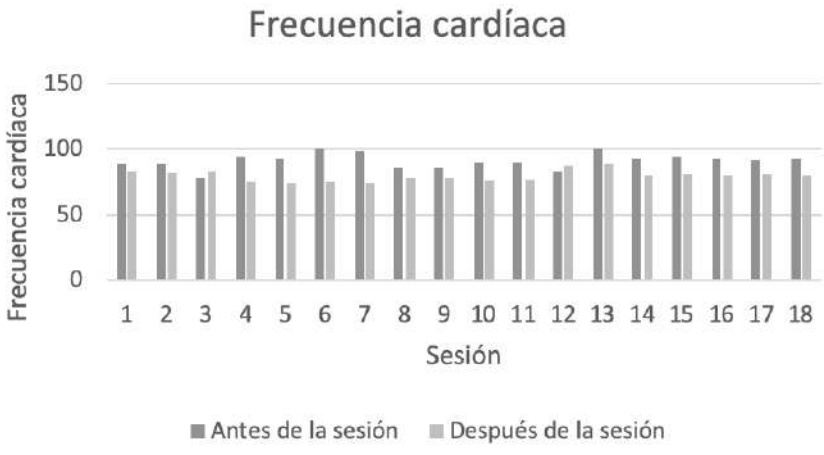
Gráfica de los niveles de saturación de oxígeno en sangre antes y después de la intervención



Nota: La media de la saturación de oxígeno en sangre antes de la intervención fue de 98,9 y después de la intervención 99,4. Fuente: Elaboración propia.

Figura 2.

Gráfica de la frecuencia cardíaca antes y después de la intervención.



Nota: Todos lo índices bajan tras la sesión. Fuente: Elaboración propia

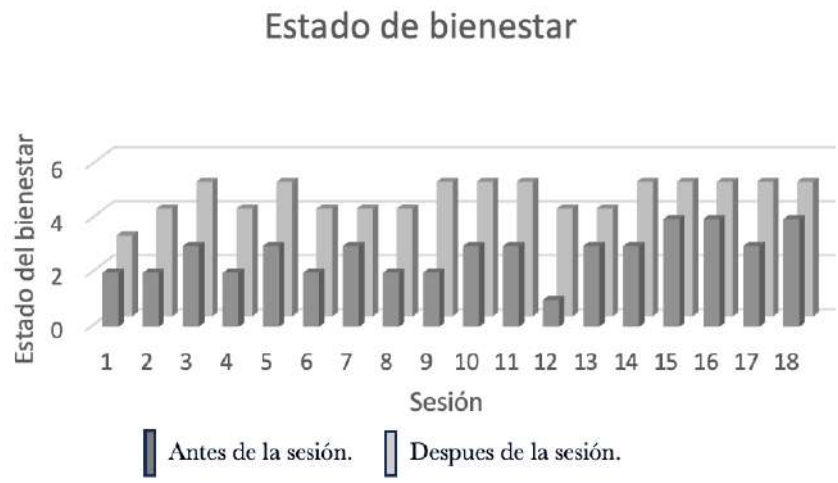
En relación con el estado de bienestar, a lo largo de las sesiones la paciente valoró tanto al inicio como al final, su estado de bienestar. Se evidenció una mejoría tras cada una de las sesiones (Figura 3).

Respecto al seguimiento de las sesiones, la paciente ha asistido a un 99% de las sesiones y según se recoge en el diario de reflexión, asistía motivada y con ganas, incluso cuando el embarazo entro en su etapa más avanzada. En todo momento se ha mostrado participativa y ha realizado el 100% de las actividades propuestas. Cada día verbalizó lo bien que le sentaban las sesiones, salía con más energía y bienestar y el día que no pudo venir lo echaba de menos.

A lo largo de las sesiones la paciente se ha ido mostrando cada vez más segura, al principio demostraba cierta timidez que se

Figura 3.

Gráfica del estado de bienestar antes y después de la intervención



Nota: Al inicio del proceso la diferencia de estado es mucho mayor y ambos valores crecen al final del mismo. Fuente: Elaboración propia

hacía patente en las actividades de expresión corporal, en las que faltaba fluidez. Durante el proceso, y mayormente en las actividades con canto, la paciente expresaba comentarios como, "Se ha movido el bebé", con alegría en el gesto y en la mirada. Además, también se fue soltando en el transcurso de las sesiones llegando a proponer temas de canciones de su agrado y verbalizando aquellas cosas que le causaban mayor ansiedad debido a sus anteriores abortos.

Podemos decir que, con respecto a los objetivos marcados con el canto, la paciente sí que fue capaz de experimentar la expresión de emociones y el vínculo con su bebé. La paciente explicó que, en casa cuando ella o el bebé se sentían inquietos o nerviosos le cantaba las nanas y notaba como poco a poco el bebé se calmaba y ella también. En la misma línea, con el uso del canto en las vocalizaciones con resonancias y conexión con la barriga, expresó su agrado y valoró positivamente estos ejercicios ya que, le conectaban con el bebé, le relajaban y le dio herramientas para el trabajo de parto.

En las actividades propuestas sobre improvisación y creatividad, se observó que eran las que más sensación de empoderamiento provocaba en ella. A este respecto, se vio, que en las primeras sesiones no se atrevía a manejar algunos instrumentos por inseguridad o miedo a no tocar bien, este hecho dio un giro importante hacia mitad del proceso, cuando la clienta tomó la iniciativa para escoger instrumentos y experimentar con sus sonidos. Tras una visualización que se realizó, se le pidió a la paciente que expresara lo vivido con un dibujo, el resultado fue un dibujo lleno de colores alegres, notas musicales y símbolos circulares y concéntricos, semejantes a una clave de sol, lo que demuestra como la música fue convirtiéndose en un lenguaje importante para ella. En otra de las sesiones, se le propuso a la

paciente escribir un mensaje a su hijo, nunca dudó, tenía claro qué y cómo decírselo y las palabras eran claramente amorosas.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio de caso fue diseñar e implementar una intervención para comprobar los beneficios del uso de la musicoterapia con el canto como instrumento principal, para reducir el estrés y la ansiedad en las mujeres embarazadas a partir de su segundo trimestre de gestación y así poder fomentar el vínculo con el bebé.

De acuerdo con el resultado del presente estudio, el canto tuvo un efecto positivo en la reducción del estrés que quedó patente a lo largo de las intervenciones cumpliéndose así uno de los objetivos marcados. Las diferencias entre los datos tomados antes y después de la sesión tales como frecuencia cardíaca, niveles de oxígeno en sangre y estado de bienestar son significativas, obteniendo siempre valores más positivos después de las intervenciones con canto.

También los datos cualitativos que aportaron las encuestas y los diarios de observación reflejaron una mejoría en el estado de bienestar de la paciente que ve el canto como una herramienta útil para la relajación suya y de su bebé. Los trabajos de Federico (2012), al igual que se ha tratado de hacer en este estudio, dan mucha importancia a la canción de bienvenida al mundo para el bebé ya que se ha visto que alivia el estrés percibido durante el proceso de parto.

Los estudios de Pérsico et al. (2017), demostraron que el canto de la madre con canciones de cuna, por su calidez y ritmo pausado tienen un efecto relajante y contribuyen a la relación madre-bebé. Podemos concluir que en general, las investigaciones sobre el estrés en el embarazo tratado con musicoterapia obtienen resultados positivos.

CONCLUSIONES

Por medio de esta intervención, la paciente ha podido conocer la musicoterapia y los beneficios de la música en primera persona, teniendo oportunidad de acercarse a la música de una manera terapéutica. Hasta la incorporación a este estudio, no había experimentado contacto directo con el mundo de la música, aunque sí que solía escuchar algunos estilos y en alguna ocasión cantaba al bebe.

Al encontrarse en su segundo trimestre de gestación, el canto ha despertado en ella la posibilidad de comunicarse con el bebé y calmarlo, ya que podía sentirlo con facilidad, fortaleciendo así el vínculo afectivo. De igual forma, el trabajo con el canto ha permitido a la paciente trabajar diferentes respiraciones y lograr reducir la frecuencia cardiaca, como hemos visto en la figura 2., cumpliéndose así uno de los objetivos marcados.

Además, los ejercicios de respiración propuestos en las actividades unidos a la emisión de sonidos dieron una herramienta muy completa tanto para aliviar el estrés como para el momento del parto. La composición de canciones fue un elemento muy útil, al permitir a la madre expresar en sus letras emociones de inquietud, pero también alegría por poder ofrecer una canción de bienvenida al mundo a su bebé.

El trabajo realizado en casa ha resultado beneficioso como herramienta para situaciones de estrés, como la propia paciente verbalizó. Por último, se extrae de la encuesta final una frase de la paciente: "Me han encantado las sesiones, he disfrutado mucho. Salía con mucha energía y bienestar".

La principal limitación que se ha encontrado en este estudio es que al ser caso único no se han podido contrastar los resultados con otras pacientes. Sería interesante poder trabajar con una muestra más amplia para que los resultados tuvieran mayor impacto. Se considera importante que estas intervenciones se puedan llevar a cabo en grupo mejor que individualmente, para poder crear un ambiente propicio para compartir inquietudes e intercambiar información y que las mujeres se sientan acompañadas.

Para finalizar, después de analizar los datos obtenidos se puede validar la hipótesis de que la musicoterapia es una herramienta eficaz en el tratamiento del estrés y la ansiedad y fomenta el vínculo afectivo madre-bebé en mujeres en su segundo trimestre de embarazo.

REFERENCIAS

Alder, J., Urech, C., Fink, N., Bitzer, J., & Hoesli, I. (2011). Respuesta a la relajación inducida durante el embarazo: comparación de mujeres con niveles altos versus bajos de ansiedad. Revista de psicología clínica en entornos médicos, 18, 13-21. https://doi.org/10.1007/s10880-010-9218z

Arranz Betegón, Á., García Moliner, M., Montenegro Nadal, G., Camacho Sáez, A., Parés Tercero, S., Goberna Tricas, J., & Gratacós Solsona, E. (2017). La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: revisión bibliográfica. Matronas Profesión, 18(2), 69-77.

Bertherat, M., Bertherat, T., Brung, P., (1996). Con el consentimiento del cuerpo, diario de una futura madre. Ed. Paidós Barcelona

Calais-Germain, B. (2006) La respiración, anatomía para el movimiento-tomo IV. El gesto respiratorio. Ed. La liebre de marzo Barcelona.

Carrillo-Mora, Paul, García-Franco, Alma, Soto-Lara, María, Rodríguez-Vásquez, Gonzalo, Pérez-Villalobos, Johendi, & Martínez-Torres, Daniela. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Revista de la Facul-

tad de Medicina (México) , 64 (1), 39-48. Epub 06 de julio de 2021. https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07

Cedeño, A. (2021). Guía de actividades prácticas para la estimulación prenatal por medio de la música, el sonido y el canto a partir del segundo trimestre de gestación. https://repository.bellasartes.edu.co/handle/123456789/109

Doco, N. (2017). Respira [canción]. En El buen Gualicho. Casa Del Árbol

Federico, F. G. (2012). Viaje musical por el embarazo. Ed. Kier.

Freijomil Reverter, A. (2016). Arteterapia y musicoterapia en la etapa prenatal, paternidad, maternidad y postparto. Recursos creativos para profesionales que las acompañan. Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 11, 163-183. https://doi.org/10.5209/ARTE.54123

Gilboa, A. (2014). La naturaleza dual del útero y sus implicaciones para la musicoterapia. Nordic Journal of Music Therapy, 23(3), 242-262. DOI: 10.1080/08098131.2013.809784

Gómez-Sánchez, L., García-Banda, G., Servera, M., Verd., S, Filgueira, A., & Cardo, E. (2020). Beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas. Medicina (Buenos Aires), 80(Supl. 2),47-52.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000200011&lng=es&tlng=es

Ibarrola, B. (2012). Música para antes de nacer. Ed. SM.

Kamakawiwo´ole, I. (1993). Somewhere over the rainbow [canción]. En Facing Future. Company Hawwaii.

Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 27(5), 604–615. https://doi.org/10.1037/a0013242

Loewy J. (2015). NICU music therapy: song of kin as critical lullaby in research and practice. Annals of the New York Academy of Sciences, 1337, 178–185. https://doi.org/10.1111/nyas.12648

Mateos Hernandez. L.A. (2004) Actividades musicales para atender a la diversidad. Madrid: ICCE.

Mateos Hernadez, L.A. (2011). Terapias artístico-creativas. Amaru ediciones, Salamanca.

Miranda, M. C., Hazard, S.O., y Miranda, P.V. (2017). La música como una herramienta terapéutica en medicina. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 55(4), 266-277. https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000400266

Navarrete, L. E., Lara-Cantú, M. A., Navarro, C., Gómez, M. E., & Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. Revista de Investigación clínica, 64(6. II), 625-633.

Oiberman, A. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. Psicodebate. Psicologia, Cultura y Sociedad, 5, 115-130

Pérsico, G., Antolini, L., Vergani, P., Costantini, W., Nardi, M. T., & Bellotti, L. (2017). Maternal singing of lullabies during pregnancy and after birth: Effects on mother-infant bonding and on newborns' behaviour. Concurrent Cohort Study. Women and birth. Journal of the Australian College of Midwives, 30(4), e214–e220. 10.1016/j.wombi.2017.01.007

Premal, D. (2002). Om Namo Bhagavate [canción]. En Embrace. Prabhu. Music.

Prieto Sánchez, C. (2023). El parto es sexo y el sexo es parto. Revista El salto, (70), 16-22. Madrid.

Romero González, B. (2020). Estrés perinatal desde la concepción hasta el año de vida. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada]. Digibug. http://hdl.handle.net/10481/60123

Romero-González, B., Puertas-González, J. A., Mariño-Narváez, C., & Peralta-Ramírez, M.I. (2021). Variables del confinamiento por COVID-19 predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas. Medicina Clínica, 156 (4), 172-176. DOI: 10.1016/j.medcle.2020.10.010

Salgado-Vasco, A. F., & Rodríguez- Barreto, A. M. (2022). Experiencia de musicoterapia comunitaria en mujeres con un embarazo en conflicto en tiempos de Covid. ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines, Especial, 022. https://doi.org/10.24215/27186199e022

Siebert, B. (2006). Wichi Tai [canción]. En Der Pfad Der Kraft- Ein Medizinrad. Araucaria Music.

Teckenberg-Jansson, P., Turunen, S., Pölkki, T., Lauri-Haikala, M., Lipsanen, J., Henelius, A., Aitokallio-Tallberg, A., Pakarinen, S., Leinikka, M., & Huotilainen, M. (2019). Efectos de la musicoterapia en vivo sobre la variabilidad del ritmo cardíaco y estrés y ansiedad autoinformados entre mujeres embarazadas hospitalizadas: un ensayo controlado aleatorio, Nordic Journal of Musi Therapy, 28(1), 7-26. DOI: 10.1080/08098131.2018.1546223

Wulff, V., Hepp, P., Wolf, O.T., Fehm, T, & Schaal, N. K. (2021). La influencia del canto materno en el bienestar, la depresión posparto y el vínculo: un ensayo controlado y aleatorizado. BMC. Pregnancy and Chilbirth, 21, 1-15. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03933-z

Welch, G. (2019. Los beneficios de cantar. Sing up.org. https://www.singup.org/blog/article/1390-the-benefits-of-singing.

LA VOZ MATERNAL PRESTA MELODÍA A LA VIDA QUE COMIENZA

Fotografía de GEORGE MILTON en Pexels con Licencia en Creative Commons

MISOSTENIDO
REVISTA DE MUSICOTERAPIA unir

#6,7

ADAPTACIÓN DEL SOUNDPAINTING A LA MUSICOTERAPIA PARA ADULTOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Adaptation of Soundpainting to Music Therapy for adults with intellectual disability

Marina Espartero-Junquera
Musicoterapeuta en Escola Municipal de Música de Llinars del Vallès (Amics de la Unió) Barcelona (España).
https://orcid.org/0009-0004-6885-1714

Resumen
En los últimos años, las investigaciones del campo de la musicoterapia para personas con discapacidad intelectual se han centrado principalmente en desarrollar las habilidades sociales en niños y adolescentes, pero en las principales revistas científicas de la disciplina se encuentran muy pocos estudios relacionados con los jóvenes y los adultos. El presente trabajo presenta un proyecto de intervención en musicoterapia basado en la adaptación de la técnica de composición e improvisación musical del Soundpainting para su utilización en sesiones grupales con jóvenes y adultos con discapacidad intelectual. Se traduce en el Juego del Director de Orquesta, una actividad dividida en dos niveles –básico y avanzado–que se enmarcan en una discapacidad moderada a grave. A través de ella, se trabajan cuatro objetivos principales: autopercepción y autoestima, habilidades comunicativas, creatividad y bienestar. Debido a la corta envergadura del proyecto –basado en cinco sesiones–, constituye un punto de partida para estudiar los beneficios de la improvisación musical en los adultos con discapacidad intelectual.

Palabras clave: musicoterapia, Discapacidad intelectual, Soundpainting, Improvisación musical

Abstract
During the past five years, music therapy research for people with intellectual disabilities has focused mainly on developing social skills in children and adolescents, but only a few studies related to young patients and adults can be found in the discipline's main scientific journals. This paper features an intervention project in music therapy based on the adaptation of Soundpainting –composition and improvisation technique– for its use in group sessions with adults with intellectual disabilities. It results in the Conductor's Game, divided into two levels –basic and advanced– for patients within moderate to severe disability. Four main goals are worked on through this activity: self-perception and self-confidence, communication skills, creativity and the patients' wellness. Due to the short scope of the project –based on five sessions–, it constitutes a starting point to study the benefits of musical improvisation in adults with intellectual disabilities.

Keywords: music therapy, Intellectual disability, Soundpainting, Musical improvisation

INTRODUCCIÓN

Según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (2014), la discapacidad intelectual se enmarca en los trastornos del desarrollo neurológico, junto con otras alteraciones del desarrollo neurológico. Se trata de "un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como

ACCESO ABIERTO

Citación recomendada
Espartero-Junquera, M. (2024). Adaptación del Sounpaintng a la musicoterapia para adultos con discapacidad intelectual. [Adaptation of Soundpainting to Music Therapy for adults with intellectual disability]. *Misostenido*, *4*(6), 62-68. https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.08

Correspondencia:
marinaespartero@gmail.com

Recibido: 11 Ene 2024
Aceptado: 27 Feb 2024
Publicado: 15 Mar 2024

Financiación
Este artículo no ha contado con financiación institucional ni privada.

Conflicto de intereses
La autora de esta propuesta declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de la autora
La autora declara haber desarrollado la presente propuesta.

Comité ético
La participación en el estudio ha sido voluntaria y aprobada mediante la firma de un consentimiento informado por la cuidadora y tutora legal del participante.

DOI:
https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.08

Editado por
PhD. David Gamella
(Universidad Internacional de La Rioja)

también del comportamiento adaptativo de los dominios conceptual, social y práctico".

Para diagnosticar una discapacidad intelectual, se deben cumplir tres condiciones:

1. Las deficiencias de las funciones intelectuales se confirman tras una evaluación clínica.

2. Las deficiencias de comportamiento impiden al individuo cumplir los estándares de desarrollo. Sin apoyo continuo, estas deficiencias delimitan el funcionamiento de la vida cotidiana.

3. Estas deficiencias se inician durante el periodo de desarrollo.

Musicoterapia y discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual se puede abordar desde la musicoterapia a partir de dos modelos: el biomédico –que la contempla como una enfermedad crónica– y el de desarrollo –que la atiende como una diversidad de la experiencia humana, otorgando a la sociedad la responsabilidad de que este colectivo pueda participar de ella– (Lee, 2016). Hoy en día, numerosos estudios avalan la eficacia de las diferentes maneras de mejorar el bienestar de las personas con discapacidad intelectual. Destacan los modelos de musicoterapia activa y basados en la improvisación, además de las intervenciones a través del canto y la vocalización (Bingham, 2022).

La musicoterapia comenzó a utilizarse con personas con discapacidad intelectual a mediados del siglo XX en Estados Unidos (Lee, 2016), con el objetivo de "ayudar al desarrollo del lenguaje, las habilidades motrices y la competencia social". Siguiendo el modelo de desarrollo, los musicoterapeutas comenzaron a buscar en estos pacientes la respuesta emocional, la estimulación de la memoria, la comunicación y las habilidades sociales y motoras. Valverde y Sabeh (2011) agrupan los objetivos de la musicoterapia para personas con discapacidad en cinco categorías:

Conductas sociales y emocionales

Las actividades de musicoterapia estructuradas en grupo pueden ayudar a las personas con discapacidad intelectual a adquirir habilidades sociales, incorporando movimiento, canciones y actividades rítmicas como estímulos. Para trabajar el desarrollo emocional la identidad musical actuará como un gran desarrollador de reconocimiento y expresión. Es en este ámbito en el que cabe destacar la importancia de la terapia de grupo para las personas con discapacidad intelectual, por cuatro factores, principalmente: de apoyo, de autorrevelación, de trabajo psicológico y de aprendizaje de los demás.

Habilidades motoras

Siguiendo con las actividades que utilizan la música como estímulo, se encuentran las de adquisición y mejora de las habilidades motoras. A través del movimiento libre o guiado, los pacientes podrán explorar su propio cuerpo: la lateralidad, la direccionalidad, la flexibilidad, la agilidad y la motricidad. Por su parte, el ritmo destaca por su gran poder para dotar de energía, estimular y organizar los movimientos corporales, así como aumentar la confianza, autoestima y autopercepción del paciente (Sánchez-Menárguez, 2015).

Habilidades de comunicación

Algunas de las cuestiones más limitantes para las personas con discapacidad intelectual –en los niveles grave y profundo– son la necesidad de un alto rango de apoyo, por la limitación en las habilidades comunicativas, la peculiaridad de sus vocalizaciones y gestos, y la idiosincrasia de sus comportamientos sociales. Por estos motivos, tienen una gran dificultad para interaccionar con otras personas y su desarrollo vital es típicamente solitario, poco consciente de los otros y disociativo. Sin embargo, a través del sonido y sus componentes, un terapeuta puede ayudar a un paciente a desarrollar el lenguaje expresivo, receptivo, la intención comunicativa y la capacidad de seguir consignas. La música se convierte en un medio de comunicación idóneo para trabajar la comunicación en una relación terapéutica recíproca (Swaney, 2020).

Potenciación del área cognitiva

Debido a la dificultad para filtrar estímulos relevantes, las personas con discapacidad habitualmente tienen dificultad para prestar atención a una tarea. Los juegos musicales que consisten en repetir sonidos o seguir instrucciones a partir de canciones pueden ser muy efectivos para la potenciación del área cognitiva, que resultará en una mejora de la atención. Asimismo, los instrumentos musicales, con diferentes funciones musicales asignadas, pueden suponer igualmente un foco de atención, a través de instrucciones simples y directas, sin miedo a la repetición.

La música como actividad de ocio

Finalmente, no se puede olvidar la parte lúdica de la música. De hecho, desde la musicoterapia es necesario animar a las personas con discapacidad intelectual a que utilicen la música en su tiempo libre como entretenimiento.

El Soundpainting

El Soundpainting es una técnica universal de gestos para la composición multidisciplinar en vivo. En ella, existe la figura del soundpainter –el compositor–, que se comunica con el grupo a través de diferentes gestos, indicando así el material específico y/o aleatorio a realizar. La música se crea a tiempo real, lo que requiere "una alta capacidad de componer y adap-

tarse a lo que sucede en el momento". En la actualidad (2024) está compuesta por más de 1.500 gestos, que responden a las cuatro preguntas de actuación: qué, cómo, quién y cuándo.

La técnica del Soundpainting fue creada por Thompson en 1974. En ese mismo año formó su primera orquesta en Woodstock (Nueva York), con la que comenzó a utilizar algunos de los gestos básicos que después se convertirían en el Soundpainting. En la actualidad, el Soundpainting se considera una lengua "viva y en crecimiento" (Thompson, 2024).

Esta técnica comporta un código estructurado de señales para poder desarrollar la interpretación. En términos generales podemos decir que la sintaxis del soundpainting sigue una organización preestablecida para indicar Quién debe participar (identificadores), Qué debe hacer (contenido), Cómo debe intervenir (modificadores) y Cuándo le corresponde hacerlo (entradas). Sumados a ellos están los modos (parámetros específicos para la ejecución) y las paletas (dar entrada a fragmentos específicos ensayados con anterioridad). Los gestos empleados para hacer dar estas indicaciones se separan en dos clases básicas: señas de función (*Function Gestures*) y señas escultóricas (*Sculpting Gestures*). Los primeros marcan quién realizará el material y cuándo comenzará a ejecutarlo. Los segundos indican qué tipo de material será realizado y también cómo será realizado (Thompson, 2006).

Musicoterapia, improvisación musical y Soundpainting

"Improvisar es a la música lo que hablar al lenguaje, la herramienta más directa de expresión y comunicación". Expresarse a través de la música significa comunicar un mensaje por medio de unos elementos que forman un código con sentido. Así, hablar con música es improvisar, una actividad "que implica expresar libremente los elementos que conforman el lenguaje musical a través del instrumento" (Juanals, 2023). En el ámbito terapéutico musical, la improvisación está estrechamente ligada con la creatividad, uno de los principales objetivos a trabajar con personas con discapacidad intelectual.

Òscar Vidal en su tesis doctoral Componiendo con soundpainting en el aula de música (2021) afirma que los ejercicios de composición e improvisación en tiempo real –como el Soundpainting– suponen un reto y un acto de confianza en sí mismo y en los demás. La improvisación "es una actividad de tipo cognitivo que ocupa un lugar trascendente y que demanda iniciativa, imaginación, originalidad y reflexión", es un elemento inherente a la experiencia creativa y elemento fundamental para el desarrollo de la creatividad. Tiene el poder de transferir las competencias artísticas a otras más duraderas: concentración, respeto, autoconfianza y percepción de uno mismo y del entorno.

"Las personas con discapacidad intelectual que han tenido pocas oportunidades para compartir aspectos de su propia identidad tienen un alto riesgo de perder el sentido y la percepción de sí mismos" (Toolan y Coleman 1996, citado en Swaney, 2020). Para perseguir el objetivo de la autopercepción, es necesario crear oportunidades para una conexión en la que lo verbal queda en un segundo plano.

En un contexto de creación a través de Soundpainting, a pesar de la existencia de un soundpainter –el compositor, el líder–, la composición surge inevitablemente de la colaboración de todos los componentes del grupo, pues "requiere procedimientos de improvisación asociados a muchas de las indicaciones que el soundpainter construye" (Vidal, 2021). Así, todos los integrantes de una sesión de musicoterapia en grupo trabajarán la creatividad, no sólo el paciente que esté actuando como líder.

Materiales y Método

Para trabajar todos los objetivos mencionados anteriormente, se propone una intervención que consiste en una adaptación de la técnica del Soundpainting para musicoterapia con adultos con discapacidad intelectual, basada a su vez en los métodos de musicoterapia activa e improvisación. Se traduce en una actividad llamada Juego del Director de Orquesta. En ella, todos los pacientes participan de forma activa: uno de ellos –el que realiza la función de director de orquesta–, como improvisador y compositor musical, y los demás –los que forman parte del grupo–, como intérpretes y creadores de música.

Uno de los principales obstáculos que se encuentran a la hora de adaptar la técnica del Soundpainting a la musicoterapia es la complejidad de los gestos que la conforman. Por ello, el primer paso consiste en una selección de los considerados esenciales para la creación musical y una división en dos niveles: básico y avanzado. El básico está pensado para personas con discapacidad moderada/grave y, el avanzado, para personas con discapacidad grave/profunda. Siempre será el musicoterapeuta –conocedor del grupo– el que determine cuál es el nivel que mejor se adapta al grupo de pacientes con el que está trabajando. Si hay individuos de los dos niveles diferentes, todos realizan el básico.

Nivel básico

Después de haber enseñado los gestos al grupo, lo ideal para el desarrollo del Juego del Director de Orquesta en su nivel básico es la presencia de dos terapeutas, uno que acompañe al paciente que se encuentra en el centro del círculo y otro en calidad de coterapeuta que realice una base musical con un instrumento polifónico como la guitarra o el piano durante el momento de creación musical por parte de los pacientes.

Tabla 1.

Gestos del nivel básico del Juego del Director de Orquesta.

Gesto	Explicación
Señalar con la mano	Tocar. Sólo toca a quien se esté señalando y mientras se le señale. Se puede señalar a uno con cada mano, por lo que sólo podrán tocar uno o dos a la vez.
Recoger el sonido	Dejar de tocar. Todas las personas que están tocando dejan de tocar cuando el paciente director realiza este gesto.
Agitar o mover el brazo en alto	Tocar todos. Mientras el paciente director esté moviendo el brazo en alto –dentro de sus posibilidades–, todos tocan.
Subir o bajar el brazo mientras se señala	Volumen. Al señalar, la posición del brazo indicará el volumen. Cuanto más alto esté el brazo, más fuerte se deberá de tocar. Se pueden hacer crescendos y decrescendos, de hecho, es positivo el juego con las dinámicas.

Nota: Esta tabla expone los cuatro gestos que componen el nivel básico del Juego del Director de Orquesta, considerados los básicos para la creación musical basada en el Soundpainting.

Nivel avanzado

En este caso, sólo se necesita un terapeuta para llevar a cabo la actividad, ya que se considera a los pacientes más autónomos y no es necesaria una base musical, aunque se puede introducir a criterio de la musicoterapeuta (tabla 2).

Participantes

Las sesiones de prueba del Juego del Director de Orquesta se han realizado durante las Prácticas Externas del Máster Universitario en Musicoterapia de la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), llevadas a cabo en la Asociación ProDiscapacitados de Colmenar Viejo (ASPRODICO), ubicada en la Comunidad de Madrid y supervisadas por la musicoterapeuta Beatriz Amorós. Fueron cinco sesiones desarrolladas en un periodo de tres semanas junto a un grupo de seis jóvenes y adultos –entre 18 y 50 años– con discapacidad intelectual. Durante el transcurso de las sesiones se les dividió en dos grupos, según sus limitaciones: básico –pensado para personas con un nivel de discapacidad más alto– y avanzado –para pacientes cuyo nivel de discapacidad sea más leve–.

Procedimiento

Para llevar a cabo el Juego del Director de Orquesta, en primer lugar, se deben colocar todos los pacientes formando un círculo. Cada uno debe tomar un instrumento musical. Todas las sesiones de la presente propuesta se han realizado con los pacientes sentados en sillas, sin embargo, se puede considerar su colocación de pie o sentados en el suelo según sus capacidades motoras o los instrumentos que estén utilizando.

Tabla 2.

Gestos del nivel avanzado del Juego del Director de Orquesta.

Gesto	Explicación
Señalar con la mano	Tocar. Sólo toca a quien se esté señalando con el dedo índice de cualquier mano. Se puede señalar una persona con cada mano. Tocará(n) hasta que se le(s) indique que pare(n).
Señalar con el índice y hacer gesto de hablar/cantar	Cantar. El paciente director señala a una persona mientras, con la otra mano, realiza un gesto de hablar/cantar. Deberá hacerlo hasta que se le indique que pare.
Agitar o mover el brazo en alto	Tocar todos. Todos tocan cuando el paciente director realiza este gesto. Deben tocar hasta que se les indique lo contrario.
Delimitar una sección del grupo	Toca la sección del grupo señalada. En el nivel avanzado, se diferencia el gesto de señalar a dos personas con el de delimitar una sección del grupo. La diferencia radica en la posición de los dedos. En este caso, deberán estar todos estirados.
Subir o bajar el brazo mientras se señala	Volumen. Al señalar, la posición del brazo indicará el volumen. Cuanto más alto esté el brazo, más fuerte se deberá de tocar. Se pueden hacer crescendos y decrescendos, de hecho, es positivo el juego con las dinámicas.
Gesto de recoger el sonido	Parar de tocar/cantar. Todas las personas que están tocando dejan de tocar cuando el paciente director realiza este gesto.

Nota: Esta tabla expone los cuatro gestos que componen el nivel avanzado para la creación musical basada en el Soundpainting.

El primer paso del Juego del Director de Orquesta es enseñar los gestos a los pacientes. Según el grupo con el que trabaje, el terapeuta decidirá a su criterio la manera de introducirlos: todos a la vez, uno por uno, de dos en dos, en diferentes sesiones o en la misma, etcétera. En este caso, los pacientes conocían la mayoría de los gestos y el nuevo del nivel avanzado –cantar– se introdujo a lo largo de varias sesiones, para su correcta interiorización.

En el desarrollo de la actividad uno de los pacientes se coloca en el centro del círculo para realizar el papel de "director de orquesta", soundpainter en este caso. A través de gestos que han aprendido previamente de la mano de la musicoterapeuta, irá comunicándose con el resto del grupo –que permanecerán sentados, con sus instrumentos listos– a través de gestos para crear sonidos improvisados.

Análisis de datos

Para evaluar este proyecto se han utilizado métodos de evaluación directos, basados en hojas de observación, anotaciones de la musicoterapeuta en las propias sesiones y análisis de grabaciones. Además del registro en vídeo de todas las sesiones, se han realizado hojas de observación y escalas de Likert, métodos de evaluación cualitativa y cuantitativa, respectivamente.

Grabación en vídeo

La totalidad de las cinco sesiones de este proyecto se han grabado en vídeo para su posterior análisis. Los registros se han utilizado para completar las hojas de observación tras finalizar las sesiones, así como para observar y comparar con más detalle el progreso de los pacientes – sobre todo de forma individual, en relación con la comunicación–.

Hojas de observación

El sistema de evaluación principal de este proyecto han sido las hojas de observación y registro, es decir, un sistema de evaluación cualitativa. Tras establecer los objetivos generales del proyecto, se creó una hoja de observación con los objetivos concretos a perseguir en cada sesión, para asegurar que se les dedicara el tiempo necesario a todas las metas propuestas.

Utilizando como guía estos objetivos, se creó una hoja de observación para cada una de las cinco sesiones. Cada una de ellas tiene dos versiones: una primera con la programación pensada para la sesión, con ideas concretas y concisas que sirvieran como guía a la musicoterapeuta; y una definitiva con los apuntes tomados tras la sesión, tanto desde las ideas surgidas en el momento, como tras el visionado de la grabación en vídeo.

Escalas Likert

Las escalas Likert corresponden al componente de evaluación cuantitativa que complementa la evaluación cualitativa de las hojas de registro. Se ha elaborado una Escala Likert de forma individual por paciente y una colectiva para todo el grupo. De esta forma, no sólo se evaluará a los pacientes, sino también su funcionamiento como grupo.

Lo que se pretende observar en este estudio es la mejora del bienestar de las personas con discapacidad intelectual tras participar en varias sesiones de musicoterapia basada en el Soundpainting.

Por ello, las escalas se rellenarán en la primera y la última sesión, para su posterior comparación. En el caso de los pacientes que no acudieron a todas las sesiones – sobre todo para los que faltaron a la primera o a la quinta– se tendrán en cuenta la primera y la última sesión a la que acudieron.

Además, se ha de tener en cuenta que los valores en sí mismos no cuentan con mucha importancia, sino la diferencia entre ellos que se observe desde la primera hasta la última sesión.

Asimismo, se ha de tener en cuenta las características, fortalezas y dificultades en cada paciente, pues en según qué variable, un progreso de dos puntos en un usuario puede ser mucho más significativo que un progreso de cinco puntos en otro usuario, y viceversa.

RESULTADOS

Análisis individual

Tras haber realizado una observación individualizada de cada uno de los pacientes, se ha analizado el impacto que pueden tener los resultados en la calidad de vida y el bienestar de los adultos con discapacidad intelectual. Sólo un máximo de cinco sesiones –no todos los pacientes participaron en la totalidad del proyecto– han podido demostrar los beneficios de la musicoterapia activa en este colectivo de pacientes.

Una técnica de improvisación como el Soundpainting se basa, además de en la creación musical –creatividad–, en la comunicación entre los miembros del grupo: del director al grupo, del grupo al director y de los miembros del grupo entre ellos, sin pasar por alto los puentes comunicativos establecidos con las terapeutas. Por ello, resulta una herramienta idónea para el trabajo sobre objetivos relacionados con estos campos.

Además, este estudio también ha observado las consecuencias de una mejora en la creatividad y la comunicación: el aumento de la autoestima y la autopercepción, lo que provocará que los pacientes adquieran autonomía para la realización de diversas tareas, dentro o fuera del ámbito artístico. Finalmente, como realizan Xaimena Valverde y Eliana Sabeh en su Programa de musicoterapia para personas con discapacidad intelectual que envejecen (2011), no se ha querido dejar de lado el componente de ocio que acompaña a la música, que corre el riesgo de quedarse en segundo plano y que tanta falta hace a los adultos con discapacidad intelectual.

Así, todos los pacientes que acudieron a más de dos sesiones presentan claras mejoras en los diversos parámetros a analizar.

Análisis grupal

Los indicadores de la Escala Likert de evaluación grupal en la primera sesión parten de una base alta, ya que el estudio trabaja con un grupo de pacientes cohesionado, que lleva mucho tiempo trabajando con la misma terapeuta y cuyos miembros coinciden en otros ámbitos de su día a día y no sólo en musicoterapia.

Igualmente cabe destacar, en general, los altos indicadores de la última sesión. Estos denotan los resultados positivos de esta actividad y de la musicoterapia basada en el Soundpainting, a corto plazo. Como última conclusión, los importantes resultados que se podrían obtener en caso de aplicar actividades de improvisación musical en la terapia grupal para adultos con discapacidad intelectual a largo plazo.

En cuanto a puntos a mejorar, el siguiente paso sería trabajar el aspecto de la creatividad a nivel grupal. Sería interesante trabajar este aspecto con los pacientes del nivel avanzado, sin embargo, el trabajo conjunto con los pacientes del nivel básí-

co ofrece oportunidades tan interesantes como la ayuda, el apoyo y la influencia mutua. Además, la presencia de todo el grupo genera un espacio seguro para todos los pacientes que es muy necesario para el correcto desarrollo de la creatividad. Por ello y según los aspectos que se pretendan trabajar, la actividad funciona de las dos maneras. En las siguientes figuras, se muestra un análisis grupal, a través de escala Likert, de la primera y la última sesión del proyecto.

Figura 1.

Escala de Likert de evaluación grupal de la primera sesión.

Número de sesión: 1	**Fecha:** 11.05.2023	**Asistentes:** Básico: G, M, P; Avanzado: C				
Bloque	**Logros (colectivos)**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Creatividad (grupal)	El grupo sigue las propuestas musicales de las terapeutas				X	
	Se muestran satisfechos con el resultado musical			X		
	Innovan en el uso de los instrumentos musicales	X				
Comunicación	Participan activamente en el momento de repasar la actividad y los gestos				X	
	En caso de duda, se ayudan entre ellos				X	
	Están atentos a los gestos y respuestas de los compañeros				X	
Espacio de ocio y diversión	El ambiente de la sesión ha sido distendido, divertido y sin tensiones			X		
	El grupo se ve motivado con la actividad				X	
	La actividad funciona de forma orgánica				X	
Observaciones: En general, todo el grupo se muestra concentrado, motivado y atento a las terapeutas. Probablemente, por este motivo, los signos de diversión son más escasos.						

Nota: Elaboración propia

Figura 2.

Escala de Likert de evaluación grupal de la última sesión.

Número de sesión: 1	**Fecha:** 11.05.2023	**Asistentes:** Básico: M, P; Avanzado: C, E, J				
Bloque	**Logros (colectivos)**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Creatividad (grupal)	El grupo sigue las propuestas musicales de las terapeutas				X	
	Se muestran satisfechos con el resultado musical				X	
	Innovan en el uso de los instrumentos musicales			X		
Comunicación	Participan activamente en el momento de repasar la actividad y los gestos					X
	En caso de duda, se ayudan entre ellos					X
	Están atentos a los gestos y respuestas de los compañeros					X
Espacio de ocio y diversión	El ambiente de la sesión ha sido distendido, divertido y sin tensiones					X
	El grupo se ve motivado con la actividad					X
	La actividad funciona de forma orgánica					X
Observaciones: Es muy posible que gran parte de la subida en puntuaciones sea porque en esta última sesión están presentes todos los pacientes del nivel avanzado, que a su vez hacen de soporte y ayuda para sus compañeros del nivel básico.						

Nota: Elaboración propia

CONCLUSIONES

En primer lugar, señalar que las conclusiones que se pueden extraer tras la valoración de las sesiones son parciales, ya que, en cinco sesiones, el proyecto nada más ha podido comenzar su desarrollo y demostrar la capacidad de evolución que presenta. Igualmente, se considera necesario destacar que durante el análisis de los resultados se pudieron ver mejoras en la mayoría de los pacientes y las metas, a pesar de que las necesidades sobre las que se han trabajado son muy generales, es decir, la autopercepción o la comunicación –dos de los ejemplos–, sin aplicarlas a contextos o situaciones concretas.

Finalmente, y tras analizar la técnica del Soundpainting, uno de los principales obstáculos que se encuentran a la hora de adaptarla a la musicoterapia es la complejidad de los gestos que la conforman.

Por ello, en un primer momento, puede parecer demasiado ambicioso que los pacientes interioricen varios gestos lo suficiente como para crear música con ellos en sólo cinco sesiones. Sin embargo, en este caso se contaba con meses de trabajo previo alrededor de esta actividad, si bien de forma esporádica. Desafortunadamente, no hay registro de estas sesiones anteriores.

En conclusión: el escenario ideal sería que estas sesiones representaran el inicio de un proyecto mucho más largo, a varios meses vista, incluso pensado para todo un curso escolar. De momento, la actividad del Juego del Director de Orquesta ha estado centrada en el aprendizaje e interiorización de los gestos más básicos de la creación musical en Soundpainting. Las vías por trabajar en caso de desarrollar el proyecto más a largo plazo serían otras, como el desarrollo de la creatividad, la musicalidad, el sentido artístico, la expresión musical, el niño interior del que se habla en el método de Nordoff-Robbins, la identidad artística individual y colectiva, etcétera.

Finalmente, cabe destacar la estrecha relación que existe entre el mantenimiento o la mejora del bienestar –uno de los principales objetivos del proyecto– y la diversión. El bienestar de los pacientes siempre debe ser la principal meta para seguir en musicoterapia. Para ello, el musicoterapeuta debe velar por dos cuestiones principales:

- Que todos los pacientes, de los dos niveles, tengan un espacio seguro de creación musical como directores ante el grupo, con el tiempo que necesiten para generar los movimientos, la respuesta esperada y el apoyo para su realización en caso de necesitarlo.
- Que todos los pacientes que forman parte del grupo entiendan los movimientos, para que puedan ofrecer una respuesta musical al paciente director.

REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing.

Lee, R. (2016). Group music therapy for children with emotional and behavioral difficulties: identifying music therapy activities appropriate for group evolution. University of Jyväskylä.

Bingham, M.C. (2019). Defining the Therapeutic Singing Voice: An Analysis of Four Music Therapists' Clinical Work. Music Therapy Perspectives, 37 (2), 176-186.

Juanals, A. (2023). Hablar con música: la improvisación. Melómano, 293, 58-63.

Sánchez-Menárguez, M.L. (2015). Musicoterapia en la enfermedad de Parkinson. Universidad Católica de Murcia.

Swaney, M. (2020). Four Relational Experiences in Music Therapy with Adults with Severe and Profound Intellectual Disability. Music Therapy Perspectives, 38, 69-79.

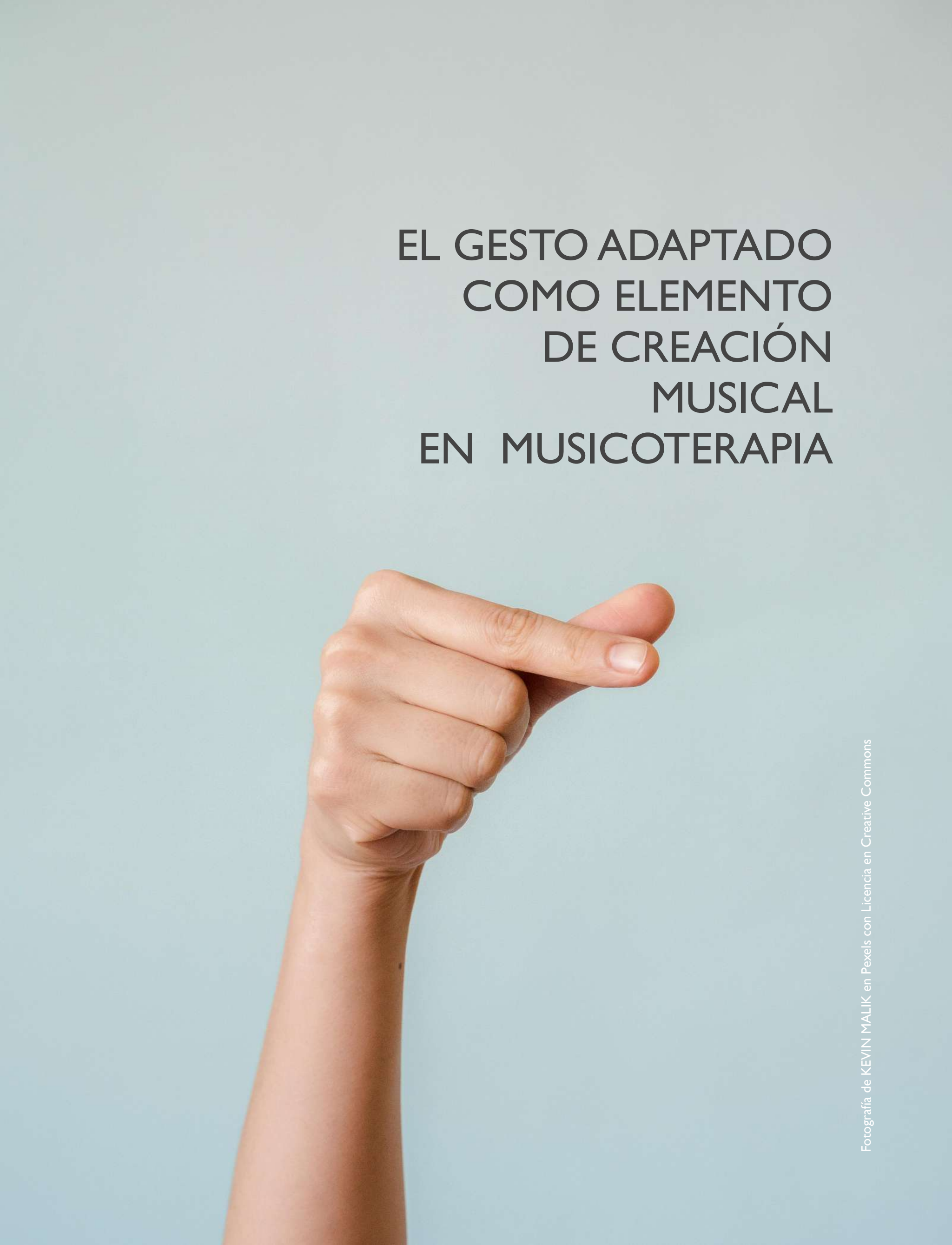
Thompson, W. (2006). The Soundpainting Workbook. New York.

Thompson, W. (abril de 2023). Soundpainting. http://www.soundpainting.com/home-3-sp/

Valverde, X. y Sabeh, E. N. (2011). Programa de musicoterapia para personas con discapacidad intelectual que envejecen. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, Volumen 43, 63-78.

Vidal, O. (2021). Componiendo con soundpainting en el aula de música. [Tesis doctoral]. Universitat de València.

EL GESTO ADAPTADO COMO ELEMENTO DE CREACIÓN MUSICAL EN MUSICOTERAPIA



Fotografía de KEVIN MALIK en Pexels con Licencia en Creative Commons

FINANZAS:
LA MUSICOTERAPIA ES MÁS EFICIENTE SI LAS CUENTAS ESTÁN CLARAS

FINANCES: MUSIC THERAPY IS MORE EFFICIENT IF THE ACCOUNTS ARE CLEARER

Alessia Fattorini-Vaca
Musicoterapeuta y Directora del Proyecto Di:Versos (HDOSOL). Madrid. (España)
Profesora d musicoterapia UNIR (España)
https://orcid.org/0000-0002-9953-1244
Phd. David J. Gamella-González
Musicoterapeuta y Director Máster en Musicoterapia de Unir. (España)
Musicoterapeuta Supervisor Acreditado (AEMT- España)
https://orcid.org/0000-0001-9834-954X

INTRODUCCIÓN

Si la lectura de la revista te ha hecho llegar hasta aquí, querida lectora, querido lector, es que tienes inquietudes de emprendimiento y apuestas por un desarrollo profesional integral y sostenible de la musicoterapia. Como ves compartimos el mismo interés.

En este artículo queremos reflexionar sobre cuestiones financieras y laborales. Estas coordenadas suelen quedarse fuera del foco terapéutico, desvirtuando mucho el diseño de los proyectos y dificultando la planificación profesional y con ello su sustentabilidad.

Para orientar sobre estas cuestiones vamos a retomar el contenido de la ponencia homónima ofrecida en las primeras jornadas de emprendimiento profesional **MUT talks** (Fattorini, 2023), y que te animamos a recuperar en el siguiente enlace: VIDEO MUT talks

Como profesionales de la música orientada a la terapia es ineludible es importante plantear una estrategia de emprendimiento. Estas cuestiones apenas se atienden en los postgrados como si el ejercicio de la musicoterapia estuviera fuera espontáneo y fortuito.

Para llenar ese vacío, ese *gap*, en términos de investigación, aquella quinta charla puso una pequeña base que merece hoy ser ampliada confirmando el cometido original de los MUT talks: ayudar al emprendimiento y asegurar el salto que los nuevos profesionales han de hacer desde la teoría de la musicoterapia a la práctica profesional (Gamella-González, 2023).

Señalar los puntos cardinales financieros y las fronteras de la contratación es sin duda el mejor soporte para aquellos que deciden implementar su vocación terapéutica. La solidez de sus primeros proyectos, al margen de los protocolos clínicos y las medidas de evaluación, se deben fundamentar en un buen diseño de presupuestos y a una correcta tributación. Los motivos son obvios: lograr una justa retribución y cumplir con la legalidad vigente. Esto hace sostenible en el tiempo la propuesta y da seguridad al paciente y al terapeuta.

Nuestro objetivo, por tanto, es desmitificar algunos de esos trámites y procedimientos tributarios para situar en un enfoque realista el proceso de emprendimiento, evitando así desilusiones retributivas y riesgos legales. Aunque, como es complejo abordar todas las casuísticas, sólo haremos un esbozo de los requisitos principales según el marco legislativo español. Nos serviremos de algunos ejemplos y plantearemos algunos cálculos simulando supuestos reales. Con todo ello esbozaremos un pequeño manual de primeros auxilios financieros.

Panorama del musicoterapeuta profesional en España

Como punto de partida nos centraremos en dos artículos centrados en la situación del musicoterapeuta profesional en España. El primero,"*Perfil profesional y laboral de los musicoterapeutas españoles: Un estudio descriptivo*" (Mercadal-Brotons y Sabatella, 2014), encontramos los resultados de un cuestionario sobre el desarrollo laboral. En las 122 encuestas recogidas se pudo valorar la evolución de ese perfil en la década comprendida entre 2004 y 2014.

Una de las evidencias más destacadas pone de manifiesto que: "No se cuenta con un alto índice de inserción laboral, ni con un censo de profesionales en activo" (Op cit, p.9). Como dato es ya muy significativo. Muestra el bajo nivel de implantación de la musicoterapia en esos años y nos lleva a cuestionarnos cuál puede ser el origen de esta limitación.

Pueden darse dos situaciones. Una, que al carecer de un censo actualizado, los datos pueden no representar fielmente la realidad social y profesional que se espera conocer. Dos, que realmente el tejido profesional es escaso y por tanto la realidad está bien representada.

Encontramos otras aportaciones en el estudio (tabla 1) que es bueno señalar. Con ellas podremos entender más claramente el contexto laboral en relación a otros factores como el lugar de trabajo, el tipo de jornada y la modalidad de contrato.

Tabla 1.

Indicios sobre la actualidad profesional del musicoterapeuta en 2014

Lugar de trabajo	Tipo de Jornada laboral	Tipo de contrato
Centros privados: el 48%	Jornada completa: 17%	Como musicoterapeuta: 50%
Instituciones públicas: 33%	Jornada parcial: el 43%	Como maestros: 20%
En otros contextos: 19%	Por proyectos específicos: 40%	Otras categorías: 21%

Nota: elaboración propia a partir del estudio de Sabatella y Mercadal-Brotons (2014).

La mitad de los musicoterapeutas están contratados en su misma categoría profesional (50%), lo cual es un buen dato. En un alto porcentaje están vinculados a centros privados (48%), aunque son una minoría quienes trabajan a tiempo completo (17%). Nos quedaremos con este dato, porque tal vez nos sirva para explicar una de las claves de la contratación que veremos más adelante.

Analizando ahora al segundo estudio, reseñamos que su foco está puesto en cuestiones relativas a la ética profesional en musicoterapia, vistas además desde la perspectiva del propio terapeuta (Fattorini-Vaca y Gamella-González, 2022). Lo citamos aquí porque se consultó igualmente a los profesionales del medio para conocer la formación recibida en ética y su aplicación en los proyectos de atención directa. Para analizar estas cuestiones también se pasó una encuesta sobre sus perfiles profesionales, por lo que ambos estudios llegan a dialogar entre sí, aunque sin replicarse. En este segundo caso se distinguió entre los musicoterapeutas que estaban en activo y los que no, puesto que una de las categorías de observación del artículo era conocer si solamente las personas en activo tenían presente la ética profesional.

En función del tema que nos ocupa, es oportuno destacar el dato referido a los musicoterapeutas inactivos (tabla 2). A simple vista se puede constatar que se aproxima a algunos de los índices del trabajo en centro privado, pero que enfatiza la subida en la dedicación a tiempo parcial (66,6%) Esto pone de relieve que, aunque ha subido el porcentaje de la contratación a jornada completa, mucho más lo ha hecho la parcial.

Tabla 2.

Indicios sobre la actualidad profesional del musicoterapeuta en 2022

Lugar de trabajo	Tipo de Jornada laboral
En un centro privado el 44,4%.	Jornada completa: 33,3%
En un centro público el 22,2%.	Jornada parcial: 66,6%
Otros contextos: 33, 4%	-

Nota: elaboración propia a partir del estudio de Gamella y Fattorini (2022).

Otro porcentaje que se suma a este dato es el de los musicoterapeutas que estando inactivos en el momento de la encuesta habían trabajado en algún momento haciendo voluntariado (57,1 %). Este dato vuelve a poner de relieve las dificultades o dilaciones que se producen para acceder a un puesto como musicoterapeuta de forma estable y continua.

En el estudio no disponíamos de datos sobre las características y tipos de contrato (laborales dependientes o trabajo por cuenta propia) puesto que no era su objetivo, pero comparando ambas publicaciones, con un margen de 7 años entre ellas, no se muestra una tendencia plenamente positiva en el sector.

Consideramos que uno de los factores que refrena la capacidad de emprendimiento laboral es la escasa cultura financiera y la falta de una categoría profesional reconocida institucionalmente. Como la segunda es un logro que está fuera del alcance de este documento, nos centraremos en aportar algunas reflexiones y consejos tributarios para aclarar zonas de sombra y ayudar a los que queréis ejercer como musicoterapeutas piséis con firmeza, determinación y liderazgo.

Tres supuestos prácticos

Pongámonos en el caso de una emprendedora. Ha decidido, al acabar su posgrado en musicoterapia, que quiere ejercer. como profesional en el primer contexto que le surja, aunque no tiene del todo claro, cuál le gustaría más. En su formación aprendió metodología clínica, habilidades terapéuticas y musicales, investigación, ética, diseño de proyectos, etc. Toda esta teoría la compaginó con un jugoso periodo de prácticas y en su trabajo final de máster planificó un proyecto bien fundamentado para intervenir con personas de la tercera edad. En su máster nadie le habló de los pasos para hacerse profesional. No se abordó el tema financiero, cómo hacer presupuestos, cómo tributar. Sea como fuere, termina sus estudios y se plantea varias posibilidades.

En un primer supuesto, nuestra entusiasta titulada decide empezar por lo más fácil: adaptar su proyecto de musicoterapia para la escuela en la que trabaja como profesora laboral dependiente. Quiere empezar de a poco y plantea trabajar en los recreos con las niñas y niños que más problemas de comportamiento presenta. Su planteamiento es exploratorio. Aun no confía plenamente en sus habilidades y va a medirse en un entorno controlado.

Volviendo al estudio de Mercadal-Brotons y Sabatella, al menos el 41% de los encuestados al ejercer como musicoterapeutas estaban contratados como maestros y similares. De ellos el 67% trabajan en instituciones privadas (2014). Nuestra maestra está contratada por la escuela, es decir,

su perfil laboral es dependiente y en principio no se prevé ningún cambio especial en lo que atañe a su relación laboral. Sí el programa obtuviera buenos resultados tal vez entraría dentro del plan de extraescolares. En este supuesto se podría ampliar su contrato vigente.

En una segunda derivada, esta joven quiere ir más allá. Ha pasado un tiempo y quiere apostar por su idea original. Se plantea entonces trabajar con personas de tercera edad para potenciar el envejecimiento activo. Propone su proyecto inicial a una asociación local que está cercana a su residencia y allí le proponen trabajar como voluntaria. Como estos son sus primeros pasos terapéuticos independiente, acepta la propuesta.

Realizar un programa de voluntariado en los inicios profesionales es una de las vías menos complejas y costosas de reforzar nuestras habilidades terapéuticas.

Aclaramos que un voluntariado es una colaboración entre dos partes. Tiene la condición fundamental de poner a disposición de unas personas ciertos servicios o tareas, pero sin recibir contraprestación económica alguna. Sin embargo, en el intercambio entre el profesional y la institución que ampara el voluntariado se acuerdan cuestiones como formación y certificación de las labores prácticas.

En el tercer escenario se da el caso de que ya ha pasado tiempo desde su graduación y aunque ha encadenado varios proyectos en el ámbito social, nunca ha llegado a recibir una contraprestación por sus servicios. Empieza a disminuir aquel entusiasmo inicial. Su proyecto soñado está guardado en un cajón. Su ocupación principal en la escuela le ocupa todo su tiempo.

Gracias al contacto con una compañera de formación, le proponen trabajar unas horas a la semana en un centro de rehabilitación neurológica, en donde la exigen acogerse a la categoría de trabajadora autónoma profesional. Esto la inquieta a la vez que la motiva especialmente y se pregunta ¿por dónde empiezo?

Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado

Las claves de un voluntariado suelen rondar entorno a los siguientes puntos:

- **Se firma un acuerdo de colaboración según la ley para un tiempo determinado.**
- **No hay contraprestación económica.**
- **Puede haber pago de dietas.**
- **Se da una formación específica para participar en un voluntariado.**
- **Se pueden certificar horas de prácticas.**

El compromiso del contrato

Partamos de que cualquier relación profesional, como puede ser la prestación de unos servicios de terapia, está sujeta a un marco legal, laboral y fiscal. Cuando se diseña un proyecto de intervención, además de la justificación, el marco teórico y el marco metodológico planteados para lograr unos objetivos terapéuticos, lo que estamos adquiriendo es un compromiso de resultados. Es decir, nos comprometemos a cumplir con lo pactado, sea onerosa o gratuita nuestra participación, y como todo acuerdo exige la asunción de responsabilidades desde un punto de vista ético, profesional y por ende, legal.

Aunque la musicoterapia en España no está reconocida como profesión terapéutica, como sí lo están otras disciplinas afines, no nos exime de atender a los requerimientos normativo/legales y mucho menos desasistir a nuestros pacientes. Ellos son, en todos los casos, quienes deben recibir el mejor de los cuidados sean las que sean nuestras circunstancias contractuales. Dado que existe este vacío legal para con la musicoterapia, nuestra atención a las cuestiones legales debe ser más exhaustivo si cabe, para evitar así que cualquier paciente pueda verse afectado por cuestiones periféricas al propio tratamiento.

Una vez superadas las primeras etapas de aprendizaje clínico en contextos de voluntariado, los dos primeros escenarios por los que ha pasado nuestra musicoterapeuta, llega el momento de la profesionalización. Nos referimos al día en el que decidimos convertirnos en musicoterapeutas de pleno derecho, poniendo al servicio de la sociedad unos recursos y habilidades terapéuticas a cambio de una contraprestación económica. Es ahí donde comienzan los compromisos reales con nosotros mismos, con los pacientes, con la sociedad y con las entidades reguladoras. Da comienzo del juego de intercambio entre el dar y el recibir.

Siguiendo con el diseño de proyecto es necesario insistir en las partidas presupuestarias. Deben estar tan bien afinadas como los propios instrumentos musicales que usaremos. Un proyecto es un juego de equilibrios. Todo el peso no puede estar puesto en lo clínico, porque nuestra intervención se hará insostenible a nivel económico, ni viceversa. Unas malas previsiones financieras harían que a mitad de un proceso, nuestro foco principal se desviara de las necesidades del paciente a las necesidades del musicoterapeuta. No es necesario explicar lo que esto supondría.

Por consiguiente, la primera sugerencia es contratar los servicios de una gestoría de confianza, donde nos ayuden a diseñar adecuadamente nuestro perfil profesional. En el momento que hay una retribución económica, es necesario cumplir con una tributación en función del volumen de actividad que vayamos a desarrollar. Son ellos quienes mejor nos van a guiar en el cumplimiento de todos los requisitos legales.

De igual manera, el día que cruzamos el umbral de la profesionalización, hemos de empezar a invertir en suplementos formativos y a repercutir proporcionalmente el gasto que estos nos acarrean en nuestras cuentas personales. Si estamos en activo como musicoterapeutas hemos de acudir a talleres de formación continua y selfexperience, hemos de llevar un proceso de

desarrollo personal y de terapia, en tantos momentos como sea necesario a lo largo de la carrera y hemos de contratar servicios de supervisión clínica para garantizar la calidad de nuestros servicios. Estas son inversiones personales que responden a principios de ética profesional ineludibles que deben ser baremados en las cuotas aplicadas a nuestros servicios de terapia.

Muchos de los estudiantes que acaban su titulación inciden en hacernos preguntas como estas:

- ¿Tengo que darme de alta en la Seguridad Social para poner en marcha mi taller de musicoterapia?
- ¿Cuál es el epígrafe que me tengo que dar de alta en Hacienda?
- ¿Tengo que pasar facturas mensuales?
- ¿Mis facturas llevan IVA?
- ¿Tengo que hacer declaraciones trimestrales de IRPF?

Cada caso, cada proyecto, es una realidad diferente y requiere de una orientación profesional específica, como los ofertados por Hdosol, música y terapia. En este artículo sólo podemos abordar cuestiones genéricas. Sigamos pues con el paso profesional de nuestra musicoterapeuta. Va a pasar de hacer musicoterapia ocasionalmente en contextos informales a dar un servicio profesional, ocupando paulatinamente todo su horario laboral. Esto requiere diseñar un plan estratégico.

Planes estratégicos

La importancia de constituir un Plan Estratégico se explica rápidamente con un ejemplo arbóreo. Imaginemos que pertenecemos a una ONG medioambiental y que una de sus iniciativas es plantar árboles para reducir la huella de carbono. Nos planteamos empezar de una manera modesta actuando a nivel local. Contribuimos de inicio plantando un árbol en nuestro jardín o en el parterre público que tenemos frente a nuestra casa.

Entendemos que plantar un árbol no es coger cualquier semilla, excavar un agujero y esperar a ver qué germina. Esta acción implica comprender antes la naturaleza del árbol, acompañar y favorecer su crecimiento con paciencia y atender a su ecosistema. Habríamos de ocuparnos de saber cómo se hará de grande, cómo serán sus raíces o el tipo de cuidados que necesita, para evitar generarnos un problema a medio y largo plazo. Pues el plan estratégico en musicoterapia es bastante similar.

Tabla 3.

Puntos clave en un Plan Estratégico

La situación general económica	crecimiento, desempleo, tipos de interés, tipos de cambio, precios materias primas, etc.
El entorno demográfico y laboral	inmigración, envejecimiento, natalidad, incorporación de la mujer al mercado laboral, nivel educativo, tiempo libre medio, etc.
El entorno sociocultural	creciente interés en productos y servicios asociados con salud, medioambiente, juventud, belleza, individualismo, redes, nuevas familias, etc.
El entorno tecnológico	nuevas formas de producir o vender, comercio electrónico, posibilidades que ofrece internet, obsolescencia, necesidades formativas tecnológicas.
El entorno político y legal	signo político en cada Institución e impacto en legislación de la actividad, urbanística, laboral, medio ambiental etc.
Los clientes	características, motivaciones, hábitos de compra, localización.
La competencia	características, especialización, ubicación, puntos fuertes y débiles, cuota de mercado, barreras de entrada.

Fuente: Infoautónomos (2022, 14 de julio)

"Hacerse autónomo es la manera más rápida y sencilla de abrir una empresa porque requiere de menos gestiones y trámites legales, lo que abarata los costes de constitución. No existe capital mínimo exigido para su constitución. Se mantiene el control total y la gestión de la empresa. Si los beneficios son bajos se pagan menos impuestos que en una sociedad mercantil. En general, la gestión de las obligaciones fiscales y contables es más sencilla" (Andalucía emprende Fundación Pública Andaluza, 2021,

Un diseño de estas características implica analizar qué quiero ofrecer a las personas, cómo quiero mostrarme, cuál será mi especialización, con qué elementos puedo destacar mi proyecto, cómo voy a organizar mi trabajo, qué plazos temporales me marco, cuál es el volumen de trabajo que quiero lograr, cuál será en definitiva mi identidad terapéutica.

En la Tabla 3 y 4 encontramos otras cuestiones de índole general y social que conviene tener también en cuenta. Es básico diseñar una estrategia que analice los elementos externos a lo profesional ,y los de índole interno. Al tiempo hay que sopesar las propias cualidades y competencias personales y enumerar los recursos materiales y

Tabla 4.

Factores externos en la planificación estratégica profesional

Organización	reparto y delegación de tareas, toma de decisiones.
Recursos humanos	capacitación, implicación, retribución, captación y estabilidad.
Administración	eficacia y adecuación del método empleado, cumplimiento de obligaciones y normas.
Situación económico financiera	rentabilidad, liquidez, necesidades de inversión, plazos de cobro y pago, relaciones con bancos, etc.
Marketing	demanda del producto que ofreces, nivel de precios, promociones, etc.
Redes, contactos y alianzas	rentabilidad de las acciones de comunicación y publicidad. Imagen del negocio.
Tecnología	importancia en mi negocio, riesgo de obsolescencia, nuevas aplicaciones para mi actividad.

Fuente: Infoautónomos (2022, 14 de julio)

técnicos que nos harán falta. Por otra parte hemos de evaluar los costos y las fuentes de financiación para hacer sostenible nuestro plan. El objetivo es hacer que el árbol crezca y se desarrolle en plenitud.

Aunque en un inicio el proyecto en el centro de rehabilitación neurológica implique pocas horas de servicio, el plan estratégico debe servirnos como una brújula para operar con una perspectiva a largo plazo. De esta manera, nuestras decisiones estarán orientadas a un fin y los resultados, en términos empresariales tendrán un sentido lógico, tangible y alcanzable.

La lógica de los primeros cálculos

Para jugar en primera división hay que disfrutar de las ventajas y asumir las obligaciones. Como venimos argumentando, ser un musicoterapeuta profesional en un contexto laboral impropio, comporta dificultades e impone riesgos. Por ello, la perseverancia es un ingrediente nada desdeñable que debemos cultivar como nuestro citado árbol.

Como es momento de ir concretando ideas nos vamos a ocupar de las inversiones que hay que contemplar para estar al corriente de las obligaciones tributarias. A la hora de poner en marcha una actividad económica en España estamos obligados a:

- Darse de alta en la seguridad social como profesional autónomo (tarifa reducida de 80 € en el primer año).
- Darse de alta en la Agencia Tributaria como profesional autónomo.
- Darse de alta (comunicare IIAE), en el ayuntamiento local (en caso de ser obligatorio, que no lo es en todos).
- Cumplir con unas declaraciones fiscales puntuales.

Recomendamos consultar las sedes virtuales tanto de la Seguridad Social como de las diversas Agencias Tributarias de cada comunidad autónoma para conocer las últimas actualizaciones y el alcance de cada epígrafe. Mencionamos sólo las obligaciones básicas, sin excepción, pero es importante conocer todos los supuestos y procedimientos.

Con todos estos datos es momento de cuantificar un coste real de servicios de musicoterapia. En ellos hay que repercutir de forma proporcional los gastos que estas obligaciones fiscales conllevan. En las siguientes tablas 5 y 6 planteamos unos cálculos aproximados para conocer los dividendos que resulta de una actividad puntual en comparación con una dedicación más extensa. Excluiremos los gastos aplicados a recursos materiales e instrumentales, aunque estas son partidas importantes que también deberían ser valoradas en cualquier presupuesto.

Tabla 5.

Cálculos estimados en un proyecto con una hora semanal en un mes (4 sesiones).

CONCEPTOS	INGRESO	-15% IRPF	TOTAL NETO	SI IVA (+21%)	TOTAL NETO
Salario (honorario musicoterapeuta) 60€/h x 4	240.00	36.00	204.00	50.40	254.40 €
CONCEPTOS	**GASTOS BRUTOS**				
Seguridad Social (tarifa plana)	80.00	-	-	-	80.00
Servicios profesionales (1 supervisión al mes)	80.00	-	-	16.80	96,80
Alquileres (sala)	-	–	–	-	–
Suministros (instrumentos, consumibles)	-	–	–	-	–
Publicidad y propaganda	-	–	–	-	–
Gastos diversos (bolsa contingencia)	50.00	–	–	-	50.00
Seguros responsabilidad civil, 120€)	10.00	–	–	2.10	2.10
Gestoría	90.00	–	–	18.90	108.90
				COSTE DEL PROYECTO	**337.80 €**
				SALDO	**-83,40**

Nota: estimación basada en proyecto de 1 hora/semana, sobre un monto bruto de 60€/h. del que se deriva un neto de - 83,40 €/h.

Tabla 6.

Cálculos estimados en un proyecto con cuatro horas semanales en un mes (16 sesiones).

CONCEPTOS	INGRESO	-(15%) IRPF	TOTAL NETO	SI IVA (+21%)	TOTAL NETO
Salario (honorario MT)*	930.00	139.50	790.50	195.30	985.80 €
CONCEPTOS	**GASTOS BRUTOS**				
Seguridad Social (tarifa plana)	80,.00	-	-	-	80.00
Servicios profesionales (1 SP mes)	80.00	-	-	16.80	96.80
Alquileres (sala)	-	-	-	-	
Suministros (instrumentos, consumibles)	-	-	-	-	
Publicidad y propaganda	-	-	-	-	
Gastos diversos (bolsa contingencia)	50.00	-	-	-	50.00
Seguros (responsabilidad civil, 120€)	10.00	-	-	2,10	2.10
Gestoría	90.00	-	-	18,90	108.90
				COSTE DEL PROYECTO	**337.80 €**
				SALDO	**648 €**

Nota: estimación basada en proyecto de16 horas/semanales, sobre un monto bruto de 60€/h. del que se deriva un neto de 648 €/h.

Planteados estos dos supuestos, vamos a comparar datos y a sacar las conclusiones más evidentes y prácticas para lograr un equilibrio sostenible en-

tre ingresos y gastos que permita mantener en el tiempo nuestro proyecto profesional estratégico.

Las cuentas claras de un presupuesto

En los cálculos de un presupuesto hay que definir las vías de financiación. Habitualmente la única fuente de ingreso suele ser el honorario percibido y con él deben quedar cubiertos todos los gastos, para evitar no trabajar a pérdidas.

En la partida de gastos de ambas tablas hemos computado el costo de la inscripción en la seguridad social, la declaración de IVA y el seguro de responsabilidad civil y los de gestoría para tramitar con más facilidad toda la documentación. Si corriera de nuestra cuenta el costo del uso del local donde se va a desarrollar el proyecto y los materiales necesarios (instrumentos musicales, mobiliario, papelería, tecnología, etc.), así como los gastos de publicidad, habríamos de sumar dichas cantidades. Como decíamos, en este supuesto los dejaremos fuera, aunque si es conveniente tener en cuenta una bolsa de contingencia para imprevistos que pudieran darse.

El sueldo bruto establecido en las dos tablas es de 60 €/ hora. Puede parecer una cantidad elevada, pero atendiendo al saldo de gastos, no es un precio elevado.

Parando ambos resultados finales comprobamos que la rentabilidad económica sólo es posible si realizamos un promedio de sesiones superior a las de la propuesta de colaboración inicial de nuestra musicoterapeuta en el centro de rehabilitación neurológica. Es decir, el salto profesional es más fácil y provechoso cuando apostamos todo al rojo.

El incremento de las horas de atención directa no aumenta los impuestos fiscales, lo que arrojaría un saldo de ingresos positivo. Una tabla hemos cuadriplicado el número de sesiones.Pero si solamente las duplicamos con respecto a la tabla 5, el monto final ya sería positivo. Insistimos por tanto, que el balance que hace sostenible nuestro proyecto está vinculado al factor dedicación temporal. El éxito profesional está muy vinculado al nivel de compromiso que adoptamos.

Obviamente, una mayor dedicación también aumenta el tiempo de preparación de las sesiones y por extensión, los recursos empleados en supervisión. Pero al recibir mayor proporción de ingresos tenemos más margen para reinvertir en servicios que aumenten nuestra calidad atencional. Si nuestro plan estratégico además contempla otras alianzas, podemos optar a subvenciones que ayuden a financiar los costes, incrementando así la rentabilidad y mejorando las condiciones profesionales y con ello el acceso a mejores programas de formación continua, a la participación en congresos y a dedicar parte de nuestra labor a la investigación y diseminación de resultados, tareas estas igualmente relevantes y necesarias en un marco de expansión profesional de la musicoterapia en España.

CONCLUSIONES

Somos conscientes de que muchos habréis pensado que si la musicoterapia no está regulada en España, no tiene sentido emprender como profesional autónomo, básicamente por la complejidad que estos procesos acarrean. Hemos de decir que se trata de una aportación al colectivo de musicoterapeutas. Nuestra presencia es necesaria en los hospitales, residencias, centros de día, escuelas y en todos aquellos entornos sociales en donde los otros profesionales de la salud no pueden llegar. Nuestra labor sólo es sostenible si está regulada y protegida por unos marcos de intervención profesionalizados. Este sistema sólo pasa por el cumplimiento de los principios laborales y tributarios. Por tanto, aspirar a la profesionalización es una apuesta, un compromiso, un posicionamiento al que todos debemos responder.

Lograr un reconocimiento institucional es algo que va más allá de un plan personal, pero éste contribuye sin duda al plan colectivo. La profesionalización de la musicoterapia pasa inexorablemente por un posicionamiento común de todo el colectivo. Nos referimos a compartir los mismos planteamientos formativos, terapéuticos y legales. La unificación de las tablas salariales y los protocolos fiscales deben estar un objetivo más dar respaldo y seguridad jurídica a todos los que frente a las dificultades expresadas apuestan por aportar beneficios terapéuticos de la música a las personas.

Contemplemos entonces más allá de lo que sucede dentro de una sesión. Valoremos lo que hemos invertido en formarnos. Pensemos en las obligaciones tributarias, en las inversiones en instrumentos musicales y en todo aquello que aporta calidad a nuestros servicios. Asumamos los autocuidados como una inversión, los tiempos de recuperación y descanso, la supervisión y la formación continua, como una parte integral e irrenunciable de nuestra preparación para el trabajo. y cuidado de las personas. A ellos les debemos el esfuerzo y el compromiso por desempeñar con garantías la buena profesión del musicoterapeuta.

REFERENCIAS

Andalucía emprende Fundación Pública Andaluza (2021). Guía de los Primeros pasos del autónomo. Consejería de Empleo, Formación y Trabajo Autónomo. Junta de Andalucía. https://www.andaluciaemprende.es/wp-content/uploads/2021/04/Guia-primeros-pasos-del-autonomo.pdf

Fattorini-Vaca, A. & Gamella-González, D. J. (2022). Ética profesional en musicoterapia desde la perspectiva del musicoterapeuta. Artes y Humanidades en el centro de los conocimientos. Miradas sobre el patrimonio, la cultura, la historia, la antropología y la demografía (p.637-670) Ed. Dykinson.

Fattorini-Vaca, A. (25/08/2023). MUT talks CHARLA 4. Alessia Fattorini. Musicoterapia y fiscalidad [Video]. Youtube .https://www.youtube.com/watch?v=E2xD9uUgAnI

Infoautónomos (2022, 14 de julio): El Plan estratégico y el análisis DAFO. Artículos y guías. Expansión y crecimiento empresarial. Infoautónomos. https://www.infoautonomos.com/crecimien

to-empresarial/plan- estrategico-y-analisis-dafo/

Sabbatella, P. L. y Mercadal-Brotons, M. (2014). Perfil profesional y laboral de los musicoterapeutas españoles: Un estudio descriptivo. Revista Brasileira de Musicoterapia. XVI. 6-16.

https://www.researchgate.net/publication/270342054_Perfil_profesional_y_laboral_de_los_musicoterapeutas_espa noles_Un_estudio_descriptivo

ENLACES DE INTERÉS

SEDE AEAT: https://sede.agenciatributaria.gob.es/

SEDE SEGURIDAD SOCIAL: https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/ Inicio

PUNTO DE ANTENCIÓN AL EMPRENDEDOR: https://paeelectronico.es/es-es/Paginas/PagInicio.aspx

FORMAS JURÍDICAS DE NEGOCIO: Información detallada sobre las distintas formas jurídicas para desarrollar tu negocio https://plataformapyme.es/es-es/IdeaDeNegocio/Paginas/FormasJuridicas-Descripcion.aspx?cod=EIN&nombre=Empresario%20Individual&idioma=es-ES

REALIZAR NEGOCIO:

Herramientas digitales para realizar un DAFO o El Plan de Negocio https://plataformapyme.es/es-es/IdeaDeNegocio/Paginas/ IdeaDeNegocio.aspx

Citación recomendada
Fattorini-Vaca, A. y Gamella-González, D. J. (2024). Finanzas: la musicoterapia es más eficiente si las cuentas están claras [Finances: Music Therapy is more efficient if the accounts are clearer]. *Misostenido*, *4*(6), 70-76. https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.09

LA MUSICOTERAPIA CALCULADA SIRVE PARA NO RESTAR

Fotografía de COTTONBRO STUDIO en Pexels con Licencia en Creative Commons

Fotografía de COTONBRO STUDIO en Pexels con Licencia en Creative Commons

MISOSTENIDO
REVISTA DE MUSICOTERAPIA unir

EL SÉPTIMO ESTARÁ LISTO AL LLEGAR AL VERANO

ISSN: 2660-5503
E#
6º ISSUE
MISOSTENIDO
MUSIC THERAPY RESEARCH JOURNAL
REVISTA DE INVESTIGACIÓN EN MUSICOTERAPIA