

REVISTA DE MUSICOTERAPIA

MISOSTENIDO

unir

Fotografía de Engin Akyurt. Pexel.com. Creative Commons

ISSN: 2660-5503

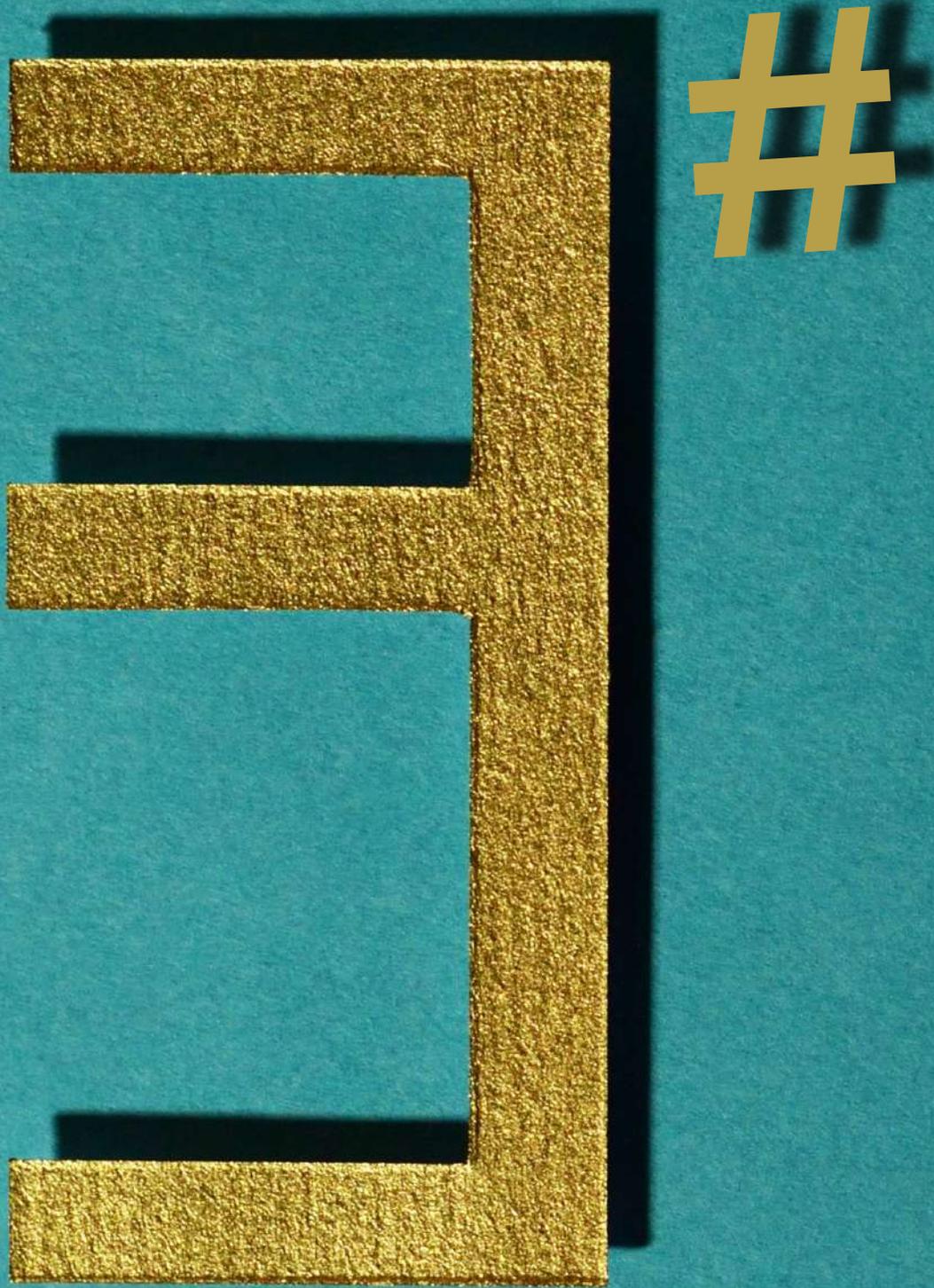
APOYANDO EL TALENTO INVESTIGADOR Y DIVULGADOR DE LOS MUSICOTERAPEUTAS

Editada en Madrid por Equipo Docente Máster de Musicoterapia de UNIR



Escritura de licencia Creative Commons

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



Como no puede haber dos sin tres, os hacemos llegar un nuevo ejemplar de MISOSTENIDO.

Esperamos que a la tercera vaya la vencida y por fin este número coincida con el final de esta pandemia que tantas dificultades ha acarreado a quienes trabajamos en el ámbito de las terapias artísticas.

Vivimos tiempos convulsos en los que todo parece sonar desafinado. Pongamos música en nuestro entorno, hagamos que su presencia nos de el soporte necesario para seguir adelante.

EQUIPO



Escritura de licencia Creative Commons

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

Director Editorial

Dr. David Gamella González. Fac. de HH y CCSS de UNIR

Editor

Dr. José Fernando Fernández Company. Fac. de HH y CCSS de UNIR

Equipo de redacción

Dr. José Alberto Sotelo. Fac. de HH y CCSS de UNIR
Prof. Alessia Fattorini. Vaca. Fac. de HH y CCSS de UNIR
Prof. Beatriz Amorós. Fac. de HH y CCSS de UNIR

Comité de expertos

Dra. Melissa Mercadal Brotons. ESMUC
Dr. Marco Antonio de la Ossa. UCLM
Dra. Marta Lage. Fac. Educación de UCM
Dr. Luis Alberto Mateos. UPS
Dr. Alfonso García. CUCC- UAH
Dra. María García Rodríguez. Fac. de HH y CCSS de UNIR
Dr. Segundo Valmorisco. URJC
Dr. Daniel Fierro. Fac. Psicología. UAB
Dr. Juan Carlos Montoya. Pedagogía UM
Dr. José Manuel Azorín. Fac. Educación. UCAM
Dra. Anelia Ivanova Iotova. Fac. Educación. UCM
Dra. Virginia Jiménez Rodríguez. Fac. Trabajo Social. UCM
Dr. Eduardo Chávarri. Fac. de HH y CCSS de UNIR

Corrección Ortotipográfica

Sara García Pareja

Diseño, maquetación y edición gráfica/web

Dr. David Gamella González. Fac. de HH y CCSS de UNIR

“ ... Como profesionales que nos dedicamos a proporcionar bienestar a las personas a través de la música y de los recursos artísticos, las imágenes del pueblo ucraniano nos generan un especial dolor, una significativa desazón. ”

CONVIDADOS

Parece que fue ayer cuando el equipo de musicoterapeutas que realizaba sesiones en la UCI de adultos del Hospital Universitario de La Paz de Madrid dejó de tener acceso a esta unidad. Era el 4 de febrero de 2020. La pandemia en España era aun un mero contenido televisivo que afectaba en el lejano Oriente. En los telenoticias y en las redes sociales se podía advertir esa tranquilidad de quien se sabe a salvo de los acontecimientos. El resto de la historia ya la conocen, incluso puede que hayan experimentado en primera persona las vicisitudes del *bichito* o haber atravesado el trance de tener que llorar inesperadas despedidas.

Sea como fuere, el COVID-19, el SARCov2 técnicamente hablando, nos convidó a un evento sin precedentes a escala mundial. La invitación nos llegó sin previo aviso y sin haberla esperado. Su llegada confirmó el ingente catálogo de películas y libros que han ido aderezando el inconsciente colectivo con futuros distópicos y transhumanistas. Irrumpió tan de sorpresa que nuestras despensas vivieron por unos instantes las carencias que los ciudadanos de latitudes distantes a este primer mundo experimentan habitualmente. Ha sido la primera vez que, de forma global, comprobamos la fragilidad y caducidad estructural de la comodidad occidental que vivimos.

A tenor de los datos recientes de su incidencia, parece que estamos en las postrimerías de esta pandemia, al menos ante su expresión más liviana. Por este motivo decidimos dedicar este tercer número de la revista MiSostenido para reflejar las consecuencias dejadas también en el cuerpo de las terapias artísticas. El ritmo de la vida social empieza a remontar, lo hacen las empresas, lo hace la vida en los parques. Esto se traduce también en la recuperación de los espacios de terapia y en la reactivación de los proyectos de intervención en hospitales, escuelas y residencias que quedaron suspendidos sine die. Por fin los pacientes y usuarios pueden volver a recibir sus habituales acompañamientos terapéuticos.



Este era nuestro enfoque argumental, hasta principios de marzo, cuando empezábamos a diseñar este ejemplar. Con él queríamos manifestar la rotura dejada por la COVID-19 en la línea de flotación de las terapeutas artísticas. Tras dos años con los centros de terapia cerrados o a medio funcionar, con centenares de protocolos de atención directa suspendidos, casos clínicos abandonados que se han visto privados de los beneficios terapéuticos de las artes infligiendo un serio retroceso en sus procesos de acompañamiento. Queríamos poner de relieve este destroz doble. El de los pacientes y el de los terapeutas. Unos sin atenciones, los otros sin infraestructura laboral para mantenerse. Tras estos dos años, muchos de estos últimos han abandonado la profesión. Han guardado sus instrumentos y han buscado nuevos espacios de trabajo readaptando sus perfiles y

competencias. En el dividendo, el que más pierde siempre es la parte más débil, es decir, el paciente.

Sobrellevados por lo apremiante de la situación construimos una narración en la que no sin inconsciencia, usábamos una terminología tomada de la guerra. En nuestros comentarios empleábamos palabras como aniquilación, debacle, hecatombe, con una resonancia y consonancia muy catastrofista. Esta percepción aflora cuando llegan los ecos de la guerra en Ucrania, las imágenes de millones de refugiados y deportados, la destrucción masiva perpetrada contra una población que sólo quería vivir. Lo que antes era un país estructurado hoy es un conjunto de desechos y muerte por la sinrazón del poder militar, que no entiende de lo más básico de la existencia. Si la pandemia nos resultaba insoportable, estos hechos nos dejan sin palabras.

Esta guerra nos retrotrae a capítulos de la reciente historia del siglo XX que pensábamos superados, que considerábamos ya aprendidos. Tristemente aquello se repite, aunque ahora bajo la pulcra espectacularidad infocrática de las pantallas en 4K. Este suceder de imágenes y datos nos afecta porque anuncia la llegada de un posible conflicto global e inculca el miedo a perder en quienes disfrutamos de todo. Esta generalizada reacción nos confronta con la respuesta que como sociedad hemos dado a esos otros conflictos, no menos crueles, y que hemos ignorado porque nos resultaban menores e intrascendentes para nuestra consabida estabilidad. Como profesionales que nos dedicamos al bienestar a las personas a través de la música y de los recursos artísticos, la situación que atraviesa el pueblo ucraniano nos genera un especial dolor, una significativa desazón. Empatizamos

con su tragedia porque es cercana, porque compartimos cultura y continente, porque en nuestros vecindarios conocemos a personas de estos lugares. Contemplamos con absoluto estupor el quebranto asistencial que la guerra infringe a millones de personas. Pacientes que han visto cercenados sus tratamientos médicos, psiquiátricos y psicológicos, usuarios que recibían asistencia terapéutica y socioeducativa de diversa índole y que han visto frenadas sus posibilidades de curación y restablecimiento. Pensamos en quienes dependen de medicación vital, en quienes precisan quimioterapia o en los que esperaban una operación urgente. Pensamos en los embarazos de riesgo, en las pruebas diagnósticas, en los cuidados paliativos. Pensamos en los niños con necesidades educativas especiales, en los que tienen trastornos adaptativos. Pensamos en infinidad de situaciones personales que han quedado literalmente aplastadas por el silbido hiriente de los misiles. Como profesionales del acompañamiento terapéutico no podemos por menos de quedar conmovidos ante tan imparable e inadmisibile ignominia.

Desde este espacio dedicado al pensamiento y a la palabra, a la investigación y al trabajo académico, queremos sumarnos a las millones de voces en el mundo que dicen NO A LA GUERRA, mostrando un sí rotundo y uniforme por la paz como el que siempre enarbola la música.

Siempre vivimos tiempos de cambio pero nunca terminamos de aprender que ese es el camino natural de la vida. Ahora son especialmente inciertos, porque colapsa de continuo ese presente que creíamos tener controlado. Son buenos momentos para descubrir que la solución al devenir de un tiempo mejor ha de ser comunitaria y colectiva. Esos acontecimientos que presenciamos son un reflejo de lo que somos en lo individual y en lo colectivo. La orquesta se manifiesta si está orquestada, si hay suma de esfuerzos, de atención a lo de todos y de actitudes sumatorias. En realidad estamos en el momento preciso de ejercitar nuestras habilidades compasivas y comunicativas para ser agentes positivos de cambio. Hay mucho que amar, comprender, abrazar y rectificar. Estos son sin duda los mejores antídotos, la mejor de las vacunas para humanizar el bosque social que habitamos todas y todos.

Desde aquel mes de febrero al que antes aludíamos, en el que los profesionales de las terapias artísticas, habituales en un buen número de residencias de ancianos y centros de educación especial u hospitales, cesaron la actividad asistencial, se han dejado de atender a infinidad de personas con carencias socioemocionales esenciales. A ellos solamente se les han dado cuidados hospitalarios y ambulatorios de carácter prioritario, dejando en un segundo plano la cobertura de esas otras necesidades que los terapeutas artísticos siempre saben atender. Nos queda el consuelo de que, al menos, esas personas tenían un tratamiento, un espacio de atenciones gracias al esfuerzo denodado de miles de profesionales de la salud que lo han dado todo y más para evitar males mayores.

Ante la afrenta mundial creada por Rusia nos urge colaborar en todo humano y lo material que esté a nuestro alcance, pues eso es lo urgente e inmediato. Pero, además, podemos extrapolar las causas y consecuencias del conflicto a nuestro entorno cotidiano. Mirando al esperado día después, pensamos en que todas las situaciones de crisis son oportunidades de aprendizaje que se pueden remontar incorporando nuevas destrezas que subsanen los hechos que las hicieron emerger. En lo cercano que a los terapeutas artísticos nos atañe, el panorama postcovid ha hecho más palpable, si cabe, la necesidad de trabajar de forma conjunta para lograr un reconocimiento oficial que nos otorgue visibilidad terapéutica y profesional. Con ella se podrá garantizar un mejor servicio asistencial, se protegerán los puestos de trabajo ahora perdidos y se podrá permanecer al frente en las futuras contingencias. Esto redundará notablemente en el beneficio de muchos pacientes y usuarios.

Es un buen momento para ejercer como agentes de concordia en los pequeños gestos cotidianos. es hora de extender la armonía que producen nuestros instrumentos a nivel de a calle. Es tiempo de disolver las polaridades, las fronteras erigidas por los sistemas de creencias ante el diferente. Seamos el ejemplo de paz que queremos ver en el mundo.

En este tercer número os dejamos nuevos ejemplos de ese buen hacer, de ese impulso por aminorar la complejidad vital de las personas, de esa habilidad profesional para aportar un cambio que mejore el mundo. Seguiremos apostando por transmitir el compromiso personal de quienes apuestan por entregar su talento y humanidad para hacer que las personas tengan experiencias de vida más confortables.

David Gamella González

NO
WAR



ÍNDICE

MiSOSTENiDO

EDITORIAL

p.3. COnVIDados

ARTÍCULOS

- p. 8. Hogar de arrullos: un proyecto de intervención a través de la musicoterapia con pacientes paliativos pediátricos y sus familiares.
- p. 19. Propuesta de intervención para favorecer la convivencia y la comunicación, a través de la Musicoterapia, en Educación Primaria
- p. 28. AVIVAVOZ: la musicoterapia como herramienta de intervención en presbifonía
- p. 35. Mejorar las habilidades lectoras y la autoestima en estudiantes con dislexia. Una propuesta de intervención musicoterapéutica
- p. 43. Intervención con musicoterapia para mujeres embarazadas en una escuela de música.
- p. 55. Propuesta de intervención de musicoterapia aplicada en salud mental.
- p. 63. Musicoterapia y relaciones sociales en educación infantil: propuesta de intervención.
- p.71. Musicoterapia y su impacto en personas con TDAH en comorbilidad con microcefalia. Estudio de caso.
- p.83. Musicoterapia con mujeres refugiadas y solicitantes de asilo en Berlín.
- p.94. Efectos de la musicoterapia y arteterapia en casos de personas afectadas de sintomatología depresiva de tipo reactivo tras la sexta ola del COVID-19.
- p 99. Reseña: Compendio de casos clínicos en musicoterapia





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)**

HOGAR DE ARRULLOS: UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE LA MUSICOTERAPIA CON PACIENTES PALIATIVOS PEDIÁTRICOS Y SUS FAMILIARES

HOME OF LULLABIES: AN INTERVENTION PROJECT THROUGH MUSIC THERAPY WITH PEDIATRIC PALLIATIVE PATIENTS AND THEIR FAMILIES

Mateu Ubach

Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia

<https://orcid.org/0000-0002-4231-9357>

Correspondencia: mateu.ubach78@gmail.com

Resumen

Cuando una enfermedad incurable afecta a un niño, es tributario en el mismo momento del diagnóstico adoptar un modelo de atención centrado en los cuidados paliativos. Dicho modelo plantea un abordaje multidisciplinar de los cuidados a dispensar, dirigidos a atender de forma integral las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales tanto del niño enfermo como de sus familiares, velando por su máximo confort y bienestar. En este contexto se ubica Hogar de arrullos, un proyecto de intervención cuyo objetivo es la mejora de la calidad de vida de pacientes paliativos pediátricos y sus familias, atendidos por el equipo psicosocial de la Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia, a través de la musicoterapia, el juego y la narrativa; canales de comunicación cercanos a la naturaleza del niño y facilitadores de la comunicación y expresión de su mundo interno. Con ello se busca el desarrollo de procesos de resiliencia a nivel familiar que posibiliten afrontamientos adaptativos a la adversidad, disminuir el malestar emocional y ofrecer un espacio de sostén que facilite el manejo de emociones difíciles con presencia y disponibilidad emocional.

Palabras clave

Cuidados paliativos, musicoterapia, juegos de mesa, narrativa, resiliencia.

Abstract

When an incurable disease affects a child, it is necessary at the very moment of diagnosis to adopt a care model focused on palliative care. This model proposes a multidisciplinary approach to the care to be provided, aimed at comprehensively addressing the biological, psychological, social, and spiritual needs of both the sick child and their families, ensuring their maximum comfort and well-being. Hogar de arrullos is in this context, an intervention project whose objective is to improve the quality of life of pediatric palliative patients and their families, cared for by the psychosocial team of the Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia, through of music therapy, play and narrative; communication channels close to the nature of the child and facilitators of communication and expression of their internal world. This seeks to develop resilience processes at the family level that enable adaptive coping to adversity, reduce emotional discomfort and offer a space of support that facilitates the management of difficult emotions with emotional presence and availability.

Keywords

Palliative care, music therapy, board games, narrative, resilience

INTRODUCCIÓN

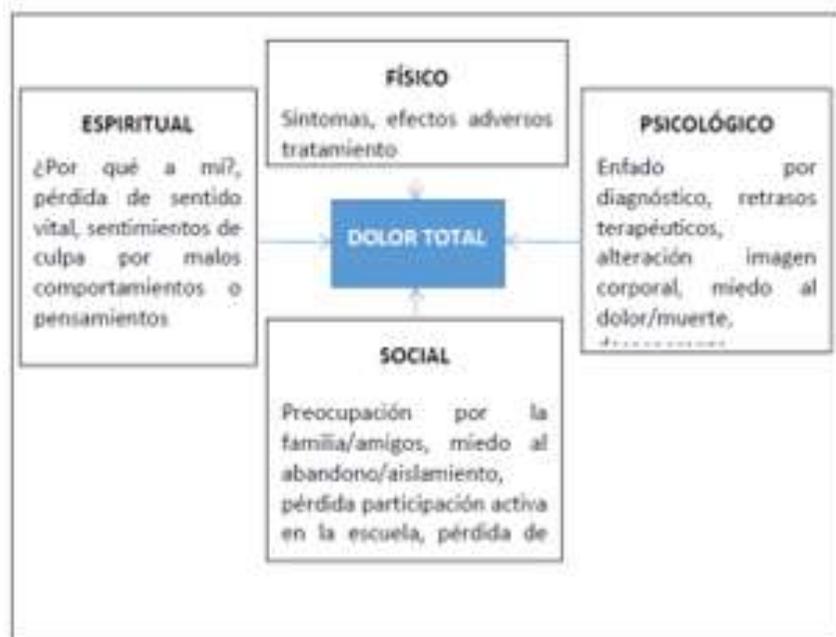
Enfermedad pediátrica incurable, dolor y sufrimiento

La irrupción de una enfermedad incurable en la vida de un niño, la sintomatología asociada a la misma y su evolución, las pérdidas sucesivas consecuentes y los cambios requeri-

dos en su día a día tanto para el niño como para toda la familia; provocarán dolor y sufrimiento de forma inevitable. Ambos términos, sin ser sinónimos, guardan estrecha relación. Por un lado, aparecerá dolor, definido por la International Association for Study of Pain (IASP) en 2020 como “toda experiencia sensorial y emocional desagradable

asociada o similar a la asociada a un daño tisular, real o potencial” (dolor.com, 2022). La forma de vivir el dolor será distinta para cada individuo y estará mediatizada por los procesos de neurocepción (respuesta a un estímulo, interno o externo, previa al influjo de la conciencia; Porges, 2010), percepción (información sensorial ya mediada por procesos cognitivos superiores) y la huella epigenética de los aprendizajes realizados a través de las experiencias vitales. La información resultante de la interacción entre estos procesos determinará la cualidad y el grado de dolor experimentado por la persona; pudiendo afectar de forma significativa a todas sus dimensiones: física, social, emocional y espiritual, tal como ilustra el concepto “dolor total”, (Saunders, 1964), reflejado en la Figura 1.

Figura 1.
Concepto de dolor total (Saunders, 1964)



Nota: Tomado de (Saunders, 1964) en *The Management of Terminal Illness* (Arnolds, 1967).

Por otro, se gestará sufrimiento, definido como “una valoración subjetiva del significado o sentido que se atribuye al dolor u otras experiencias percibidas como amenazadoras, sean las que sean” (Kahn, 1996, p.10); valoración influida directamente por el estado de ánimo tanto del paciente paliativo pediátrico como de sus familiares y por la percepción de cada uno de ellos acerca de los recursos disponibles que poseen para afrontar una situación tan altamente amenazante. En consecuencia, la definición de sufrimiento se amplió según lo propuesto por Pilar Arranz en 2004 a “la consecuencia, dinámica y cambiante, de la interacción entre amenazas y recursos, modulada por el estado de ánimo”; abriendo la puerta a considerar el sufrimiento como un concepto dinámico y modificable. En este sentido, el sufrimiento se podrá aliviar si las personas aumentan la per-

cepción de recursos propios de afrontamiento frente la adversidad, dotándoles este hecho de mayor sensación subjetiva de control, factor protector clave frente al distress emocional.

Por el contrario, si la percepción de recursos de sustento, externos e internos, tanto del propio niño como de sus familiares, resulta escasa, o es excedida por la percepción de amenaza de la situación de enfermedad, pueden aparecer dificultades de regulación emocional y, como consecuencia, mayor sufrimiento.

La presencia de sufrimiento desregulado dará lugar a efectos nocivos tanto en la posibilidad de responder de forma adaptativa a los requisitos de afrontamiento prácticos y afectivos que la evolución de la enfermedad les exija, como en la relación y comunicación entre paciente, familia y equipo médico. Estos son los postulados del modelo de recursos y amenazas (Bayés, 2006), que se expone de forma sucinta en la Tabla 1.

Tabla 1.
Modelo de recursos y amenazas de Bayés (2006)

AMENAZAS	RECURSOS		RESPUESTA
DESENCADNANTE	COGNICIÓN	EMOCIÓN	SUFRIMIENTO
ADVERSIDAD	INCERTIDUMBRE		
SALUD:	CONTROL	Miedo/Valor	ADECUADA
Noticia	PERCIBIDO	Confianza/Suspacia	ADAPTATIVA
Evolución		Ansiedad/Serenidad	INADECUADA
Situación Terminal		Entusiasmo/Desánimo...	DESADAPTATIVA
Últimos días			
Duelo			

Nota: Esquema relacional-emocional basado en el modelo de recursos y amenazas (Bayés, 2006) y del model TRAC (Ellis, 1998).

Tras lo expuesto, surgen dudas importantes: ¿qué tipo de manifestaciones, tanto de dolor como de sufrimiento, expresarán el niño enfermo y sus familiares?, ¿qué incidencia tendrán éstas en su calidad de vida y en su adaptación a la situación de enfermedad?, y en relación con ello, ¿de qué formas podemos acompañar tanto al niño enfermo como a sus familiares a una regulación emocional suficiente, que les facilite adoptar afrontamientos adaptativos a los desafíos que la situación de enfermedad pediátrica incurable les pone por delante? El concepto respuesta de crisis general, ofrece un modelo para darles respuesta.

Respuesta de crisis general

Como se ha descrito anteriormente, la situación de enfermedad pediátrica incurable, ya desde el momento de su diagnóstico, supone un fuerte traumatismo que acarreará dolor y sufrimiento de forma inevitable por la real amenaza de pérdida de la vida del niño. El concepto respuesta de crisis general (Wainrib, 2000, pp. 34-35), define qué tipología de respuestas pueden ser evocadas por los afectados de una situación inesperada y altamente amenazadora, como la que nos ocupa. Dichas respuestas poseen las características siguientes:

1. A nivel cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y recursos de afrontamiento.
2. A nivel psicológico: el estado temporal de shock puede ser seguido por negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud; reacciones que pueden alterar el equilibrio psicológico del individuo.
3. A nivel fisiológico: pueden presentarse alteraciones de stress general tales como cambios en el ritmo cardíaco, la respiración y sudoración excesiva.

El tipo y formato que adoptarán estas respuestas estará influenciado por la interacción entre el propio individuo, las características propias de la enfermedad incurable y su estadio de desarrollo, la cualidad de la relación con el equipo médico asistencial y el funcionamiento intrafamiliar; pudiéndose evocar respuestas individuales al traumatismo que podrán ubicarse dentro del denominado continuo dilatación-constricción (Lillibridge y Klukkens, 1978). Este concepto define una gama de conductas y actitudes reactivas frente a un trauma que se sitúan entre un extremo de frialdad emocional e imperturbabilidad aparente (constricción), y otro de intensas y explosivas expresiones de emotividad (dilatación); considerándose la proximidad a ambos extremos como desreguladora para la persona y, por ende, fuente de bloqueo de recursos de afrontamiento y de funciones cognitivas superiores.

Así pues, para acompañar a cada individuo a la regulación, deberá considerarse en qué punto del citado continuo se encuentran sus respuestas reactivas al traumatismo y, bien actuar en aras de facilitar la conexión emocional y la verbalización de la experiencia vivida para posibilitar la reexperimentación y reprocesamiento de información emocional, en el caso de respuestas cercanas al extremo de constricción; bien acompañar a la persona a disminuir su reactividad emocional ofreciendo contención desde la validación, la proximidad física y la emisión de expresiones asegurado-

ras de presencia y disponibilidad emocional, en el caso de respuestas intensas y dilatadas.

Además de todo lo expuesto, cuando los afectados por un traumatismo son niños, deben tenerse en cuenta importantes consideraciones específicas, dadas las implicaciones que su momento madurativo tiene en sus reacciones al dolor y al sufrimiento, su permeabilidad al estado emocional de sus referentes afectivos y las necesidades específicas de atención que en base a ello presentan.

Impacto de la enfermedad pediátrica incurable en los niños

Para poder determinar qué tipo de reacciones psicológicas aparecerán en un niño tras la llegada de una enfermedad incurable a su vida deben considerarse dos factores clave:

- El nivel de adquisición de los conceptos “enfermedad” y “muerte”, según su estadio evolutivo.
- La sensibilidad del niño al ambiente emocional de su nicho afectivo, a los cambios tanto en su entorno cotidiano como en sus rutinas habituales y al estado emocional de sus figuras de referencia en el cuidado.

Centrándonos en el primer factor, es necesario previamente definir ambos conceptos. Por “enfermedad”, se entiende una alteración más o menos grave del funcionamiento del organismo, y por “muerte”, el final de la vida, siendo éste un concepto multidimensional para cuya comprensión es necesaria la integración de tres elementos:

- Universalidad: todo el mundo muere. Más tarde o más temprano.
- Irreversibilidad: de la muerte no hay retorno posible.
- Cese de los procesos corporales: el cuerpo ya no funciona (no respira, no se mueve, no come, etc.). (Rogers et al., 2017, pp.585-590).

Así pues, la relación entre ambos conceptos vendrá determinada por la gravedad que presente la enfermedad diagnosticada, pudiendo ser causa de muerte si ésta es lo suficientemente elevada. En este sentido, la comprensión que un niño tiene tanto de ambos conceptos como de la relación entre ellos difiere de forma significativa entre las distintas fases de su desarrollo evolutivo, hecho que determinará qué elementos de su propia situación de enfermedad y qué percepciones en sus familiares y entorno próximo le generarán mayor y menor angustia. La toma de conciencia de esta cuestión permitirá definir el enfoque comunicativo y de atención a los cuidados que el niño requiera de forma adecuada y ajustada a sus necesidades. A continuación, se

presenta la Tabla 2 para enumerar recomendaciones específicas de manejo del sufrimiento psicológico del niño enfermo, según su etapa de desarrollo.

Tabla 2.

Recomendaciones para el manejo psicosocial del sufrimiento psicológico en el niño enfermo.

Edad mental de desarrollo	Recomendaciones de manejo psicosocial en cuidados paliativos pediátricos
0-2 años	Disminuir el sufrimiento a través del contacto directo, masaje, mecerlo, acunarlo, moverlo y hablarle suavemente. Optimizar el confort físico. Promover la coherencia del entorno, los objetos y los cuidadores.
2-6 años	Proporcionar oportunidades para jugar y/dibujar. Ayudar a identificar y verbalizar sus sentimientos y miedos. Usar un lenguaje específico y concreto. Confrontar con delicadeza los pensamientos mágicos. Ha de asegurar que no se sienta responsable de lo que tiene. Ser tolerante con los comportamientos regresivos.
6-9 años	Proporcionar oportunidades para el juego, el dibujo y el arte. Identificar y normalizar miedos específicos. Asegurarse de que el niño no se siente responsable. Dirigir las distorsiones y percepciones. Ayudarles a compartir sus pesadillas. Ayudarles con el control de los impulsos.
9-13 años	Proporcionar oportunidades para dibujar y escribir. Fomentar la discusión de sus preocupaciones. Controlar el impulso de actuar e identificar sus sentimientos.
13-18 años	Permitirles tomar un papel activo en la planificación de sus cuidados al final de la vida. Ayudarles a encontrar compañeros que apoyen sus sentimientos. Dar permiso para la regresión. Ayudarles a controlar sus impulsos para evitar comportamientos imprudentes. Abordar los sentimientos de impotencia.

Nota: Recomendaciones para el manejo psicosocial en cuidados paliativos pediátricos en diferentes edades de desarrollo. Fuente: Medicina Paliativa en Niños y Adolescentes

La familia, el nicho afectivo del niño, es el otro elemento fundamental que debe ser tenido en cuenta. No en vano, es en la familia donde tiene lugar el crecimiento emocional del niño, y en ella se encuentra la fuente principal de sostén y de cuidado cuando un miembro está enfermo, convirtiéndose ésta en su sistema principal de bienestar. Desde el momento del diagnóstico de una enfermedad pediátrica incurable, la familia al completo se verá afectada, generándose un sistema nuevo de demandas y restricciones de comportamiento que conllevaran la necesidad de desarrollar nuevas

habilidades y capacidades de afrontamiento frente a problemas desconocidos hasta ese momento (Baider, 2000); así como la apertura de una profunda crisis emocional.

De igual modo, la angustia provocada por las nuevas demandas y la intensa crisis emocional vivida por una situación en la que la vida de un niño se encuentra amenazada prematuramente, puede generar un contexto interaccional entre el niño y sus familiares en el que se instaure y perpetúe el miedo y el temor de manera no consciente, coparticipando todos los miembros de la familia de esta situación (White, 1989). Esto es así dado que la muerte o la amenaza de muerte, especialmente cuando afecta a un niño, es el suceso vital que más pensamientos dirigidos emocionalmente y más reactividad emocional genera en aquellos que rodean al enfermo. Esta elevada reactividad emocional mediatizará la calidad y cualidad de las interacciones entre los miembros del sistema familiar, pudiéndose ubicar éstas en un continuo entre los denominados sistemas abiertos, aquellos en los que un miembro individual del sistema puede comunicar cuestiones privadas, sentimientos y fantasías, de forma libre, y se sentirá escuchado y correspondido; y los sistemas cerrados, aquellos en los que se evita o niega la comunicación de sentimientos y/o pensamientos privados como consecuencia de un reflejo emocional automático, cuya misión es proteger al individuo de la ansiedad que emana de la otra persona al escucharle (Bowen, 2016).

Así pues, se puede concluir que a mayor reactividad emocional individual, mayor tendencia a constituir sistemas de comunicación cerrados frente a la situación de enfermedad pediátrica incurable, construyéndose en tal caso un contexto interaccional que, por un lado, reforzará los temores y miedos del paciente y, por otro, obstaculizará de forma significativa la posibilidad de manejar información tanto práctica como afectiva acerca de la evolución de la enfermedad, con las consecuentes dificultades de adaptación a la misma que podrán derivarse. Con todo, se considera que el problema fundamental estriba en la posibilidad de encontrar apoyo y sustento en la familia gracias a la posibilidad de comunicar y compartir pensamientos, sentimientos y fantasías acerca de la enfermedad y de la muerte; siendo para ello necesario acompañar tanto al paciente como a sus familiares a la regulación emocional y a recuperar un equilibrio interno suficiente a pesar de tener que lidiar con emociones difíciles, pudiendo dar lugar a un sistema de relaciones más abierto que facilite la relación de cuidado y la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo médico.

Resiliencia familiar: un modelo para sostenerse en las heridas

Desde otra perspectiva, la resiliencia familiar se define como “la capacidad desarrollada en una familia, sacudida profundamente por una desgracia, para sostener y ayudar a uno o varios de sus miembros, víctimas directas de circunstancias difíciles” (Delage, 2020, p. 91); entendiéndose como una capacidad que puede darse en cualquier familia. Las posibilidades resilientes que se desarrollen en una familia, les permitirá movilizar recursos para mantener su funcionalidad, integrar la experiencia de sufrimiento y apoyar las resiliencias individuales de cada uno de sus miembros para seguir adelante con la vida (Delage, 2010).

En este sentido, para que el desarrollo de capacidades resilientes a nivel familiar sea posible, deben darse e interactuar los siguientes 7 factores:

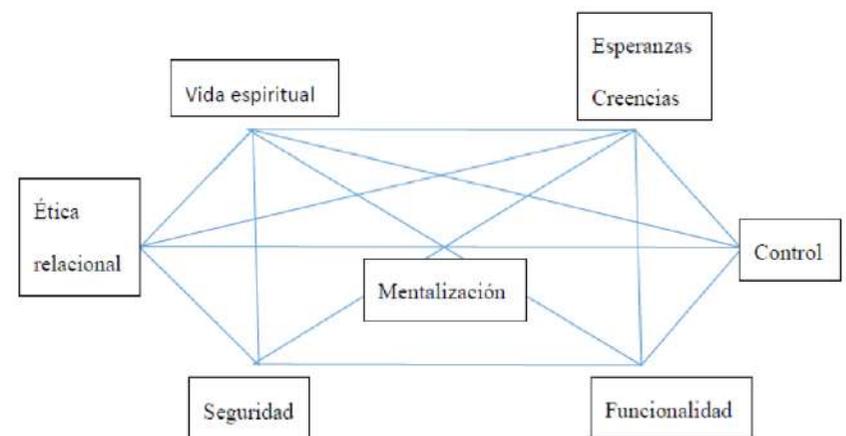
1. En su sistema de creencias, la familia debe incorporar la siguiente: a pesar de todo, de una situación traumática se puede salir adelante.
2. Percepción de control y posibilidad de actuar frente a la situación; alimenta la esperanza y aporta sosiego emocional.
3. Redistribución de tareas y roles, si es preciso, para mantener la funcionalidad familiar.
4. Recuperar sensación de seguridad gracias a la cualidad de las relaciones establecidas a nivel intrafamiliar y con el entorno.
5. Ética relacional (Boszormenyi-Nagy, 2003): disponibilidad emocional y preocupación por el cuidar de los otros miembros de la familia.
6. Espiritualidad: que la familia pueda manejar actividad no racional en su seno.
7. Mentalización: que todos los miembros de la familia puedan tener acceso a dar un sentido y generar una historia del traumatismo vivido para poder seguir encontrando un sentido al vivir. Este séptimo factor es imprescindible, y resultante de todos los anteriores.

A continuación, se muestran en la Figura 2 los 7 factores enumerados se encuentran mutuamente vinculados por una relación circular

Para desarrollar estos factores en una situación tan compleja como la de enfermedad pediátrica incurable, será necesario un abordaje de los cuidados a dispensar por parte de los profesionales asistenciales desde un modelo transdisciplinar, que asegure una atención centrada en la persona e integral, tomando en cuenta todas las dimensiones individuales del niño enfermo y también de sus familiares, entendiendo

Figura 2.

7 factores clave para el desarrollo de la resiliencia familiar.



Nota: Los principales elementos de la resiliencia familiar (Delage, 2010)

al niño y su familia como una unidad de atención indivisible, dada la ya mencionada necesidad del niño de nutrirse de los afectos y el apoyo que sus familiares, referentes afectivos y agentes de bienestar para él, le puedan brindar.

Cuidados paliativos pediátricos: un modelo integral de atención

Los cuidados paliativos pediátricos se definen, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (PEDPAL), como “los cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, incluyendo también el apoyo a la familia” (p. 34). Este enfoque asistencial, según recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) en 2017, es ya tributario desde el momento del diagnóstico de enfermedad pediátrica incurable, y debe aplicarse se administre o no tratamiento activo ante dicha enfermedad.

Los aspectos principales específicos de los cuidados paliativos pediátricos son los siguientes:

1. En los pacientes paliativos pediátricos se presentan gran variedad de enfermedades, cuya duración y evolución es impredecible.
2. Amplio espectro en la edad de los pacientes, abarcando desde la etapa neonatal hasta los 18 años.
3. Reducido número de pacientes, con comparación con pacientes terminales adultos.
4. Disponibilidad limitada de fármacos específicos para niños.
5. Los niños están en continuo desarrollo físico, emocional y cognitivo, lo cual incide en el abordaje de sus cuidados de forma relevante, desde

- la dosis de medicación a administrar hasta el estilo de comunicación y apoyo a adoptar.
6. Los padres han de conformar la unidad de atención e intervención junto a su hijo, dado que están directa y fuertemente involucrados tanto en la toma de decisiones como en los cuidados a dispensarle.
 7. Los cuidados paliativos pediátricos son un área nueva de conocimiento.
 8. Implicación emocional: resulta extremadamente difícil para familiares, cuidadores y equipo asistencial aceptar el fracaso del tratamiento curativo y la muerte de un niño.
 9. Aflicción o duelo: tras la muerte de un niño existe mayor probabilidad de duelo complicado.
 10. Adultos responsables legales de los niños: a menudo no se respetan los derechos y deseos de los niños y su participación a la hora de elegir y tomar decisiones en su proceso de final de vida. Este hecho desencadena conflictos entre ética, conducta profesional y cuestiones legales subyacentes.
 11. Impacto social: resulta muy difícil para el niño y la familia mantener su papel activo en la sociedad (colegio, trabajo, ingresos, etc...).

En este modelo de atención, el presente proyecto de intervención pretende situar la musicoterapia como terapia complementaria a las que ya se estén aplicando a cada caso e integrada en un equipo transdisciplinar de atención psicosocial.

La musicoterapia, el juego y la narrativa como tutores de resiliencia

El término tutor de resiliencia (Cyrulnik, 2003), hace referencia a una persona, una actividad, un interés; incluso a cuestiones más efímeras como una canción, una película o una historia; que nos acompaña incondicionalmente y se convierte en un sostén, administrando confianza e independencia por igual a través del desarrollo de los procesos de resiliencia (Puig y Rubio, 2010). Dichos elementos se convierten en un factor de crecimiento que, a menudo, se proyectan como un camino, nos pone a salvo y nos conduce hacia un nuevo desarrollo tras el traumatismo.

A través de la musicoterapia, entendida como “el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en entornos médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual (WFMT, 2011); y el uso combinado del juego y la narrativa; se busca en el presente proyecto que tanto el musicotera-

peuta como dichas actividades sean por sí mismas tutores de resiliencia para el niño enfermo y sus familiares, favoreciendo de esta forma el desarrollo de la resiliencia familiar en aras de poderse sostener y adaptar a la situación de enfermedad de la mejor manera posible.

La base de esta premisa es que la música, el juego y las historias son los lenguajes que al niño le resultan más naturales. De ellos adquieren sus primeros aprendizajes y recursos para sostenerse en la vida y en el mundo y, por ende, tendrán un gran potencial como tutores de resiliencia acercando su mundo interno al de su familia de forma suave.

En lo concerniente a la música, vemos que desde después del nacimiento tenemos predisposiciones biológicas que nos acercan al ritmo, cuyos efectos se reflejan fisiológicamente de forma natural (por ejemplo, en los ritmos cardíaco y respiratorio); y también a las emociones y los afectos, siendo la melodía de nuestros sollozos nuestro primer acto verbal que comunica necesidades y estados emocionales a quienes nos quieren y nos cuidan.

Tomando en cuenta esta naturalidad con la que los distintos elementos de la música influyen en un niño y el hecho de que la música “funciona como vehículo para transmitir vivencias” (Naranjo, 2015, p.30) gracias a los significados que le aportan la asociación de una melodía y armonía a un tempo, motivos rítmicos e intervalos; se considera que a través de la musicoterapia se pueden obtener importantes beneficios en el niño afectado de una enfermedad incurable a nivel de autoconocimiento, toma de conciencia de estados emocionales y necesidades propias, regulación emocional, procesamiento cognitivo de la experiencia de enfermedad acorde a su estadio evolutivo y en el manejo del dolor, tanto físico como emocional.

Además, la música contribuye a la promoción del desarrollo de los 7 pilares que potencian la resiliencia familiar anteriormente expuestos, facilitando la mejora de la comunicación entre el niño enfermo y sus familiares, así como la disponibilidad emocional y la motivación al cuidado mutuo; ayudando así a que la familia pueda aportar seguridad, sustento y apoyo a sus miembros en situación de vulnerabilidad mediante el uso de un idioma que acerca a los adultos la realidad interna del niño. De esta forma, se posibilitará la generación de un contexto interaccional con menor reactividad emocional frente a las manifestaciones del avance de la enfermedad en el niño y, por ende, con mayor capacidad de sustento, disponibilidad emocional y comunicación abierta y libre.

En este sentido, el uso del juego y la narrativa como facilitadores no musicales, amplificará los mensajes que a través

de la musicoterapia se transmitan y ayudará a crear un contexto de interacción basado en lo simbólico, suavizando así la experiencia de abordaje de la situación de enfermedad, la descarga de tensiones internas y el manejo de emociones difíciles. A partir de estas consideraciones, el objetivo principal de este trabajo es el de mejorar la calidad de vida de los pacientes paliativos pediátricos y sus familiares, atendidos por el equipo de atención psicosocial de la Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia, mediante el desarrollo de procesos de resiliencia familiar a través de la musicoterapia, el juego y la narrativa.

Materiales y Método

Participantes

Pacientes paliativos pediátricos y sus familiares, en contexto domiciliario, atendidos por el equipo de atención psicosocial de la Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia.

Recursos

- Un musicoterapeuta.
- Instrumentos armónicos: guitarra y guitalele.
- Instrumentos melódicos: xilofón, campanas, boomwhackers.
- Instrumentos de pequeña percusión: bongoes, tambor, triángulo, carraca, caja de truenos, palo de lluvia.
- Música pregrabada: listados aplicación Spotify.
- Juegos de mesa simbólico-proyectivos: Dixit, Ikonikus Monster Kit, Dream on, Feelinks Revelations, Emotio y Wavelength.
- Juego de mesa narrativo: Untold.

Procedimiento

En primera instancia tendrá lugar la derivación a musicoterapia por parte del equipo de atención psicosocial y, tras ella, se definirán los objetivos terapéuticos de forma conjunta. Seguidamente se realizará la sesión inicial, junto al profesional derivante, en la que se llevará a cabo una primera exploración de necesidades y se tomarán medidas pretest de los siguientes instrumentos: termómetro de distress emocional para niños, DME, DERS y ER14.

A continuación, se efectuarán 4 sesiones de seguimiento, con periodicidad semanal o quincenal en función de las necesidades que vayan emergiendo durante el proceso terapéutico. Para garantizar un adecuado seguimiento de la eficacia de la intervención, se llevará a cabo una evaluación continuada de lo ocurrido en cada sesión a través de hojas de registro y material videográfico en aquellos casos que la familia de su consentimiento. Dicho seguimiento será comunicado en encuentros de coordinación regulares con el profesional derivante y el equipo psicosocial al completo si

se precisa por criterios de complejidad y/o idoneidad según las necesidades a atender. Para finalizar la intervención, se llevará a cabo una visita de cierre, en la que se tomarán medidas posttest en termómetro de distress emocional, DME, DERS y ER14; y se cumplimentará un cuestionario de satisfacción con el conjunto de la intervención musicoterapéutica.

Estímulos y medidas empleados

Estímulos. Técnicas de musicoterapia activas: improvisación, interpretación instrumental con percusión y canto, songwriting; y receptivas: escucha musical grabada y en vivo; combinadas con ejercicios de respiración consciente y regulación autónoma mediante expresión corporal. Juegos de mesa de carácter simbólico-proyectivo: Dixit, Ikonikus, Monster Kit, Dream On, Feelinks Revelations, Emotio y Wavelength: externalización simbólica del problema (enfermedad) en un dibujo o carta con pictograma que lo represente, etiquetaje de las emociones vinculadas a él en cada miembro y establecimiento de diálogo musical con ellas para regularlas, mediante improvisación, canto y expresión corporal.

Creación y narración de cuentos y metáforas terapéuticas, usando el juego de mesa UNTOLD como facilitador, pudiéndolo aplicar también en técnicas de songwriting.

Medidas

- Malestar emocional: cuestionario DME (adultos) (Limonero, 2012) y termómetro de distress emocional (niño enfermo) (Patel, 2020).
- Regulación emocional: cuestionario DERS (Gratz y Roemer, 2014).
- Resiliencia: cuestionario ER14 (Sánchez-Teruel, 2015).
- Fichas de registro de sesión elaboradas ad hoc para la presente investigación.
- Cuestionario de satisfacción elaborado ad hoc, a través de la herramienta digital Google Forms.

Aprobación ética

El diseño de esta propuesta de intervención cumple con los principios fundamentales que establece la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Todas las sesiones y actividades de musicoterapia propuestas buscan el máximo bien para el niño enfermo y su familia, no resultar iatrogénicas favorecer la autonomía tanto del paciente como de sus familiares y ofrecer a todos los beneficiarios del proyecto las mismas oportunidades de acompañamiento y cuidado. En este sentido, se definen y adaptan los objetivos terapéuticos de forma multidisciplinar, en estrecha comuni-

cación y colaboración con el equipo de atención psicosocial paliativo pediátrico.

Resultados

Los resultados que se espera obtener son una disminución del malestar emocional, expresada en una disminución significativa de las puntuaciones pre y postest en DME y termómetro de distress emocional, así como; mejora en la regulación emocional, expresada en disminución de las puntuaciones en DERS antes y después de las sesiones de musicoterapia. Se espera también el desarrollo de procesos de resiliencia familiar, que deberá traducirse en un incremento en las puntuaciones de ER14 tras las mediciones obtenidas postest.

CONCLUSIONES

La musicoterapia como tratamiento complementario a las intervenciones médicas y psicológicas en pacientes paliativos pediátricos y sus familiares es un modelo de intervención que, aparte de ser poco invasivo y no ocasionar efectos secundarios, ofrece un medio muy eficaz para atender de forma holística al paciente en todas sus dimensiones (física, psicoemocional, sociofamiliar y espiritual) y favorecer de este modo el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), vigente en nuestra sanidad actual y más necesario que nunca. En este mismo sentido, consideramos también a la musicoterapia un medio para favorecer la humanización de la salud en general, y de los cuidados a nivel hospitalario en particular, tanto en procesos de ingreso por agudizaciones, largas estancias, UCI's y, por supuesto, cuidados paliativos, tanto a nivel de adultos como pediátrico.

Pero es en este último contexto, los cuidados paliativos pediátricos, donde el uso de la música conjuntamente con otros elementos facilitadores de la introspección y la expresión a un nivel narrativo y simbólico, como el juego y las historias, deviene más pertinente y relevante, al ser todos ellos medios de comunicación y expresión congruentes con el idioma que al niño le resulta más natural en su realidad interna: la música, el juego y las historias ficcionales; el idioma en que realiza sus primeros aprendizajes e interiorizaciones acerca del mundo y de la vida, siendo por ello una vía de acceso primordial a su realidad psicológica, sus conflictos, sus necesidades emocionales y su mundo espiritual.

Por todo lo expuesto, consideramos son amplios los beneficios que la musicoterapia puede aportar en este contexto, siendo común nuestro planteamiento a este respecto con el de otras investigaciones consultadas; abogando algunas de ellas por los elevados beneficios que supondría la creación de una estrategia que integrara la musicoterapia en la aten-

ción paliativa pediátrica, debiendo incluir dicha estrategia cuatro factores fundamentales: trabajo transdisciplinar, aporte de modelos de aproximación teórica, diseño de estrategias de intervención específicas e investigación (Clark, 2014).

Elementos en común con otras investigaciones acerca de la intervención con musicoterapia en contexto de los cuidados paliativos pediátricos

El presente proyecto de intervención parte de la base de los beneficios recogidos en los estudios consultados acerca de la aplicación de la musicoterapia en el ámbito de los cuidados paliativos pediátricos. Con ellos comparte el planteamiento de mejora del bienestar y la calidad de vida tanto del paciente paliativo pediátrico como de sus familiares a través de la musicoterapia, existiendo evidencia acerca de los efectos positivos en esta dirección en estudios como el realizado por Bradt, y Dileo, (2011) y Stegemann y Getsegger (2019), señalando este último además que la musicoterapia es una forma de intervenir bien aceptada mayoritariamente por parte de quien la recibe.

Este último estudio refiere también la existencia de evidencia favorable al alivio del dolor y otros síntomas que padecen pacientes paliativos pediátricos, evidencia que también confirman otros estudios, como el realizado por Carter (2004) y Tucquet, (2014); buscando el presente proyecto también la intervención directa en manejo sintomático de los pacientes.

En lo concerniente a los familiares y el proceso de duelo tras el fallecimiento del paciente, el presente proyecto de intervención pretende aportar factores protectores ante la posible complicación y eventual patologización del proceso de duelo. Frente a este hecho existe evidencia de los beneficios que la musicoterapia aporta para facilitar el tránsito por el proceso de duelo (Clements-Cortés, 2015).

Cabe destacar también la existencia de evidencia acerca de la valoración subjetiva positiva que los familiares efectúan acerca de la recepción de musicoterapia dentro de la atención dispensada en situación de enfermedad pediátrica incurable (Gallagher et al., 2006).

Tanto el trabajo con la familia en su conjunto, como la facilitación del tránsito por los procesos de duelo vinculados a la situación de terminalidad, son también elementos centrales del presente proyecto de intervención. Los aspectos diferenciales e innovadores que este proyecto de intervención ofrece tienen que ver, por un lado, con el énfasis en el desarrollo de procesos de resiliencia no tan sólo individuales, sino también a nivel familiar, y por otro, con la combinación de técnicas de musicoterapia con el uso de facilitado-

res basados en juegos de mesa y narrativa terapéutica. La visión de la familia como un sistema abierto, con una realidad y un funcionamiento que va más allá de la suma de las realidades internas y externas de sus miembros, permite la inserción de los principios subyacentes a la intervención mediante la musicoterapia en una dimensión de mayor complejidad que trasciende la esfera individual: la dimensión estructural, comunicativa y relacional de la familia.

Partiendo de esta óptica, las técnicas de musicoterapia se dirigirán no solamente a facilitar el bienestar a título individual tanto del paciente con de los familiares que con él conviven y ejercen la labor de cuidadores; sino que también propondrán modificaciones en aquellas pautas de interacción que se identifiquen como fuentes de sufrimiento y/o afrontamientos desadaptativos, promocionando así la autonomía individual y facilitando la disponibilidad emocional y al comunicación a nivel afectivo desde una dimensión suave, lúdica y tierna.

Todo ello desembocará en la posibilidad de ampliar formas y recursos de afrontamiento frente a la dura adversidad que la enfermedad pediátrica incurable supone y, por ende, el desarrollo de procesos que desarrollen la resiliencia; esa capacidad de sobreponerse y salir adelante, como persona y como familia, frente una situación que sin duda les supone una ruptura con la vida en algún nivel.

Finalmente, destacar el uso de dinámicas basadas en juegos de mesa simbólico-proyektivos y de técnicas de narrativa terapéutica, que permiten una forma suave y no invasiva de abordar necesidades y conflictos emocionales en los niños, en un lenguaje que les es muy familiar, hecho que disminuye considerablemente la ansiedad existente en los padres y familiares acerca de cómo poder acompañarles y comunicarse afectivamente con ellos; fomentando además el sentimiento de presencia y proactividad en los cuidados a dispensar al paciente.

Financiación

El proyecto estará financiado completamente con los fondos que aporta la Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia; apostando por la integración en su equipo de atención psicosocial en atención paliativa pediátrica de un musicoterapeuta, y dotando de fondos para la adquisición de recursos materiales.

Conflictos de intereses

La realización del presente proyecto de intervención no acarrea conflicto de interés alguno.

Citación

Ubach, M. (2022). Hogar de arrullos: un proyecto de intervención a través de la musicoterapia con pacientes paliativos pediátricos y sus familiares. *Revista Misostenido*, 3, 8-18.

Recibido: 10 enero de 2022

Aceptado: 1 marzo de 2022

Publicado: 10 abril de 2022

REFERENCIAS

- Amenós, J. (2021). *Detrás de cada historia*. Ediciones B.
- Ariel, S. (2001). *Terapia de juego familiar*. Limusa Wiley.
- Astudillo, W., Astigarraga, I., Salinas, A., Mendinueta, C., Navajas, A., Da Souza, C. y Jassal, S. (2009). *Medicina paliativa en niños y adolescentes*. p.34. Paliativos Sin Fronteras.
- Bayes, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de psicología*, 29(4), 5-17.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Paidós.
- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Desclée De Brouwer
- Bradt, J. y Dileo, C. (2011). Music therapy for end-of-life care (review). *The Cochrane Library Issue 3*. John Wiley and Sons Ltd.
- Carter, B.S., Howenstein, M., Gilmer, M.J., Throop, P., France, D. y Whitlock, J.A. (2004). Circumstances surrounding the deaths of hospitalized children: opportunities for pediatric palliative care. *Pediatrics*, 114(3), 361-366. <https://doi.org/10.1542/peds.2003-0654-F>
- Clark, B.A., Siden, H. y Straatman, L. (2014). An integrative approach to music therapy in pediatric palliative care. *J Palliat Care*, 30(3), 179-87.
- Clements-Cortés, A. (2016). Development and efficacy of music therapy techniques within palliative care. *Complement Ther Clin Pract.*, May, 23, 125-9. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.04.004>
- Cyrulnik, B. (2020). *Escribí soles de noche. Literatura y resiliencia*. Gedisa.
- Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en terapia. Cómo unirse al ritmo de la regulación*. Eleftheria.

- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Gedisa.
- Dolor.com (2022). <http://dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>
- Gallagher, L.M., Lagman, R., Walsh, D., Davis, M.P. y Le-grand, S.B. (2006). The clinical effects of music therapy in palliative medicine. *Support Care Cancer*, 14(8), 859-66. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0013-6>
- Grau, C. y Fernández Hawrylak, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212.
- Himelstein, B.P., Hilden, J.M., Boldt, A.M. y Weissman, D. (2004). *Pediatric palliative care*. *N Engl J Med.*, 350(17), 1752-62. <https://doi.org/10.1056/NEJMra030334>
- International Association for the Study of Pain. (1 de septiembre de 2020). *Nueva definición de dolor según la IASP*. Recuperado de <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>
- Kacem, I., Kahloul, M., El Arem, S., Ayachi, S., Hafsia, M., Maoua, M., Ben Othmane, M., El Maalel, O., Hmida, W., Bouallague, O., Ben Abdessalem, K., Naja, W. y Mrizek, N. (2020). Effects of music therapy on occupational stress and burn-out risk of operating room staff. *Libyan J Med.*, 15(1), 1768024. <https://doi.org/10.1080/19932820.2020.1768024>
- Knapp, C.A., Madden, V.L., Curtis, C.M., Sloyer, P.J., Huang, I.C., Thompson, L.A. y Shenkman, E.A. (2008). Partners in care: together for kids: Florida's model of pediatric palliative care. *J Palliat Med*, 11(9), 1212-20. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0080>
- Kolmar, A., Hueckel, R.M., Kamal, A. y Dickerman, M. (2019). Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Caring for Children in Neonatal and Pediatric Intensive Care Units. *J Palliat Med.*, 22(9), 1149-1153. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0378>
- Lindenfelser, K.J., Hense, C. y McFerran, K. (2012). Music therapy in pediatric palliative care: family-centered care to enhance quality of life. *The American journal of hospice & palliative care*, 29(3), 219-226. <https://doi.org/10.1177/1049909111429327>
- Martino Alba, R. (2007). El proceso de morir en el niño y en el adolescente. *Pediatría Integral*, XI (10), 926-934.
- Michelson, K.N. y Steinhorn, D.M. (2007). Pediatric End-of-Life Issues and Palliative Care. *Clin Pediatr Emerg Med.*, 8(3), 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.cpem.2007.06.006>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Cuidados paliativos pediátricos en el sistema nacional de salud: criterios de atención. SANIDAD.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Naranjo, C. (2018). *La música interior. Hacia una hermenéutica de la expresión sonora*. Ediciones La Llave.
- Roth, G. (1989). *Mapas para el éxtasis. Enseñanzas de una chamana urbana*. Urano.
- Sousa, A., Silva L. y Paiva E. (2019). Nursing interventions in palliative care in Pediatric Oncology: an integrative review. *Rev Bras Enferm.*, 72(2), 531-540. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-012>
- Stegemann, T., Geretsegger, M., Phan Quoc, E., Riedl, H. y Smetana, M. (2019). Music Therapy and Other Music-Based Interventions in Pediatric Health Care: An Overview. *Medicines (Basel)*, 14,6(1),25. <https://doi.org/10.3390/medicines6010025>
- Tucquet, B. y Leung, M. (2014). Music therapy services in pediatric oncology: a national clinical practice review. *J Pediatr Oncol Nurs.*, 31(6), 327-38. <https://doi.org/10.1177/1043454214533424>
- Wainrib, B.R. y Bloch E.L. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Desclée De Brouwer
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.

how I came with coronavirus
in all world.
I came: greate vakchyn
 $R^2 = \sqrt{FEG} \sqrt{25i_{iM}}$
COVID 19



COVID 19



PEDIMOS UN BUEN CIERRE MUSICAL PARA ESTE CAPÍTULO

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA FAVORECER LA CONVIVENCIA Y LA COMUNICACIÓN, A TRAVÉS DE LA MUSICOTERAPIA, EN EDUCACIÓN PRIMARIA

INTERVENTION PROPOSAL TO PROMOTE COEXISTENCE AND COMMUNICATION, THROUGH MUSIC THERAPY, IN PRIMARY EDUCATION

Marta Alonso

<https://orcid.org/0000-0003-0540-906X>

Correspondencia: malonso1713@gmail.com

Resumen

La presente propuesta de intervención abarca un trabajo musicoterapéutico a nivel educativo, el cual propone una actuación para la mejora de la convivencia y la comunicación de niños entre 10 y 12 años que cursan actualmente tercer ciclo de Educación Primaria. Para este fin, se exponen a continuación el estado de las intervenciones musicoterapéuticas en el ámbito educativo, el entorno y las características de sus participantes, así como los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto. De igual forma, se detallan una serie de actividades con las que se trabajarán componentes sociales para la mejora de las relaciones personales. El desarrollo de este trabajo perseguiría alcanzar los siguientes objetivos: mejorar la convivencia del grupo y su interacción, fomentar la creación de un espacio de comunicación y expresión de sentimientos, prevenir futuros problemas en las relaciones sociales, y desarrollar, mediante habilidades musicales, la inteligencia emocional.

Palabras clave

Musicoterapia, comunicación, convivencia, relaciones personales, musicoterapia preventiva

Abstract

The present intervention proposal covers a music therapy work at an educational level, which proposes an action to improve the coexistence and communication of boys and girls between 10 and 12 years of age who are currently in the third cycle of Primary Education. To this end, the status of music therapy interventions in the educational field, the environment, and the characteristics of its participants, as well as the resources necessary to carry out the project, are presented below. Similarly, a series of activities are detailed with which social components will be worked to improve personal relationships. The development of this work would pursue the following objectives: to improve the coexistence of the group and its interaction, to promote the creation of a space for communication and expression of feelings, to prevent future problems in social relationships, and to develop, through musical skills, intelligence emotional.

Keywords

Music therapy, education, communication, coexistence, personal relationships, preventive music therapy.

INTRODUCCIÓN

Cada vez es más frecuente encontrar alumnado con problemas en sus relaciones personales. Trabajar las interacciones sociales en la escuela a través de la Musicoterapia, facilitará la relación con otras personas en otros entornos fuera del

núcleo familiar y así conseguir generar cambios positivos en sus cerebros a nivel cognitivo (López, 2014). A lo largo de la historia, se ha demostrado el gran componente social que tiene la música, ya que, tal y como indica Schütz (2003), los músicos establecen relaciones entre sí para poder interpretar una obra juntos, sin necesidad de comuni-

carse verbalmente. Numerosos estudios actuales como Baker y Jones, 2006; Gooding, 2011; Chao et al. 2015; Sastoque, 2016; Uhlig et al. 2017 (como se citó en Pérez, 2017), confirman la eficacia que ha tenido la implementación de sesiones de musicoterapia en la escuela e institutos con el fin de trabajar, de manera preventiva, la socialización y el sentimiento de comunidad dentro de un grupo. En estos estudios, se llevaron a cabo programas de intervención en los que se pretendía observar el efecto de las sesiones de Musicoterapia sobre las conductas en el aula, relacionados con la mejora de las habilidades sociales (Pérez, 2017). Según Martí (2000), el uso de la música en la escuela con un fin terapéutico es muy eficaz, debido a las características terapéuticas que posee la música. Dentro del ámbito educativo, la música acelera el proceso cognitivo (habilidades de observación, interactivas y de retención) del mismo modo que favorece la identificación y expresión de emociones y con ello el descubrimiento y el entendimiento (Albornoz, 1998). La musicoterapia comunitaria se puede definir como una acción musical cuyo fin se basa en producir un cambio relevante en la realidad de una comunidad a través de la implantación de métodos activos y participativos (Demkura et al, 2007). Persigue un cambio de la salud a nivel grupal (Pellizari, 2010). Se trata, por tanto, de una práctica que reflexiona sobre una problemática de salud en un grupo y plantea un abordaje de esa situación desde un punto de vista expresivo y dialéctico (Pellizari, 2010).

Demkura et al (2007), señalan que la práctica comunitaria de la musicoterapia nos ayuda a identificar nuevas investigaciones e intervenciones que tengan como objetivo el transformar las condiciones de vida de las personas, así como de sus recursos, todo ello a través de interacciones personales. En esta propuesta de intervención comunitaria de musicoterapia que se plantea, la vertiente social estaría reflejada en fomentar la comunicación entre los participantes y su expresión emocional, intentando crear un sentimiento de comunidad. Además, este proyecto plantearía una segunda vertiente musicoterapéutica, la educativa, ya que el contexto en el que se va a realizar es la escuela en consonancia con las ideas que se proponen en recientes investigaciones (Fernández-Company, 2020; García-Rodríguez, 2020; 2021).

Implementar este tipo de prácticas dentro del entorno escolar es cada vez más necesario, debido a que la gravedad de los conflictos que surgen entre los compañeros va en aumento. Mediante la utilización de la musicoterapia social, se puede fomentar la comunicación entre los miembros de un grupo, lo que mejoraría la competencia social y el sentimiento de comunidad (Schwabe y Hasse, 1998). En este sentido, Brooks (1989), también destacan esta faceta de la musicoterapia como herramienta para desarrollar las habili-

dades comunicativas entre adultos y adolescentes. Igualmente, algunos estudios, como el de Chao, Mato y López (2015), han demostrado que el desarrollo de programas de musicoterapia en el ámbito educativo, logrando grandes resultados a la hora de modificar conductas y mejorar las relaciones sociales. En los grupos de adolescentes donde se implantaron las sesiones de musicoterapia, se consiguió llegar a un clima de mucho más tolerante y abierto, potenciando la comunicación positiva entre los miembros del grupo. De igual modo, Sastoque (2016), muestra un proyecto musicoterapéutico en un centro educativo en el que se presta mayor atención en el desarrollo de la empatía y el asertividad de los alumnos con el fin de potenciar sus relaciones personales. Por otro lado, Pérez (2015), demuestra una clara reducción del nivel de ansiedad en un grupo de alumnos que asisten a sesiones de musicoterapia.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Participantes y entorno escolar

Los beneficiarios de la propuesta de intervención serán un grupo de niños y niñas de entre 11 y 12 años que presentan dificultades para la expresión de sentimientos y la comunicación entre iguales. El centro se encuentra dentro de la red de Comunidades de Aprendizaje, por lo que el alumnado en general está acostumbrado a trabajar el diálogo como vía hacia el entendimiento y la puesta en común de distintos puntos de vista, gracias a la realización de actividades semanales tales como Grupos interactivos y Tertulias Dialógicas. No obstante, se ha observado, durante este último año, que los alumnos y alumnas del tercer ciclo de primaria, han perdido esas cualidades de diálogo que venían desarrollando durante cursos anteriores. Dentro del alumnado de este centro, destaca un alto porcentaje de familias de clase-media alta. No obstante, al ser el único centro público de ese distrito de la ciudad, también encontramos muchas familias de clase media-baja procedentes de Marruecos y distintos países de América del Sur, así como algunas familias de etnia gitana. Esto da lugar a grupos de alumnos muy heterogéneos y muy bien integrados entre sí. Para comenzar el proyecto se hará necesaria una aprobación por parte de la dirección del centro y del Consejo Escolar.

Se dividiría la clase en dos, un grupo experimental, cuyos integrantes acudirían a las sesiones de musicoterapia y serían elegidos al azar, y un grupo control que permanecería en clase realizando clase de música con la especialista de manera ordinaria. Para la composición del grupo experimental, se requerirá un permiso parental de cada uno de los integrantes una vez sean seleccionados. Debido a que las sesiones serán realizadas por una musicoterapeuta ajena al centro, se requerirá la presencia del profesor/a tutor a ser posible, o algún otro miembro del claustro.

Recursos

Los recursos materiales constarán de instrumental Orff (instrumentos de pequeña percusión, xilófonos y metalófonos) y un piano electrónico. Todos ellos serán dotados por el centro escolar donde se desarrollará la propuesta, ya que pertenecen al aula de música. Se hará uso, por tanto, del aula de música del centro y del espacio que dispone, se trata de un espacio distribuido en varias zonas, una donde se encontraría la pizarra, la mesa del profesor y el piano; otra zona amplia donde poder desarrollar actividades de movimiento que se encuentra rodeada por las sillas de los alumnos; y por último al final de la clase se encuentra todo el material Orff. El suelo de la clase es de baldosas por lo que se dispondrá de una alfombra para las sesiones que se desarrollen en el suelo la mayor parte del tiempo.

Objetivos

Para poder realizar esta propuesta de intervención, se ha establecido como objetivo general realizar una propuesta de intervención a través de técnicas de musicoterapia con la que se pretende crear un ambiente de aceptación y respeto dentro de un grupo clase de 6º de Educación Primaria. Este objetivo, a su vez, se dividiría en cuatro objetivos específicos:

1. Mejorar la convivencia del grupo y su interacción.
2. Fomentar la creación de un espacio de comunicación y expresión de los sentimientos.
3. Prevenir futuros problemas en las relaciones sociales.
4. Desarrollar, mediante habilidades musicales, la inteligencia emocional.

Para la elaboración de la presente propuesta de intervención se han establecido dos metas para su consecución a largo plazo. Dichas metas, se alcanzarán a través del trabajo de una serie de objetivos a corto plazo específicos para cada sesión. De esta forma, los objetivos a corto y largo plazo de esta propuesta de intervención quedarían organizados de la siguiente manera

Sesiones de Musicoterapia

Desde esta propuesta se plantea el desarrollo de 10 sesiones de musicoterapia que se realizarán de manera semanal en la franja horaria destinada a la asignatura de música, y tendrán una duración de 50 minutos. En las sesiones que se plantean, se alternarán actividades de improvisación musical guiada con otras de improvisación individual libre. Todas tendrán como objetivo favorecer la expresión de emo-

Tabla 1.

Relación entre los objetivos a largo plazo y los objetivos a corto plazo

OBJETIVOS A LARGO PLAZO	OBJETIVOS A CORTO PLAZO
Reflexionar sobre nuestras emociones y sentimientos de las emociones que viven las personas a nuestro alrededor (OLP₁)	Analizar el sentimiento de soledad y de pertenencia a un grupo. (OCP ₁)
	Captar estados de ánimo mediante la interpretación musical. (OCP ₂)
	Trabajar el liderazgo positivo y la conexión emocional a través de la música. (OCP ₃)
	Identificar las actitudes que nos afectan de manera negativa. (OCP ₄)
	Conectar con los sentimientos de la persona que me escucha. (OCP ₅)
Manifestar a través de la música lo que sentimos y ser capaz de comunicarlo a nuestros allegados (OLP₂)	Expresar sentimientos de agrado y desagrado a través de los instrumentos. (OCP ₆)
	Abrir el círculo personal de confianza a través de la interpretación musical. (OCP ₇)
	Expresar un temor interno a través de la música. (OCP ₈)
	Conectar con el estado de ánimo de una persona. (OCP ₉)
	Transmitir nuestras emociones a las personas cercanas a nosotros. (OCP ₁₀)

Nota: Relación de objetivos de la propuesta. Realización propia.

ciones para mejorar la convivencia, unas veces se dejará que las emociones y sentimientos fluyan con total libertad, y en otras se dirigirá la improvisación hacia una determinada emoción. Todas las improvisaciones están planteadas para que los instrumentos suenen de manera agradable y tonal, con el fin de crear en los participantes un sentimiento de satisfacción y logro al realizar las interpretaciones.

Durante todo el proyecto se pretende crear una atmósfera positiva donde se puedan establecer nuevos lazos de confianza y comunicación. Para ello, cada día se comenzará y finalizará la sesión de la misma forma. Al comenzar, todos sentados en círculo escucharán las directrices de la actividad principal que se va a desarrollar en esa sesión. Una vez finalizada la actividad principal, se volverá al círculo donde la musicoterapeuta realizará las preguntas correspondientes a esa sesión y anotará los distintos comentarios de los

participantes. Para facilitar esta atmósfera de confianza y comunicación, se recordará en cada sesión que todas las emociones y sentimientos compartidos en la misma no se harán públicos fuera del grupo de participantes. Para finalizar, se preguntará si alguien necesita añadir algo de manera libre, y se dará por finalizada la sesión.

A continuación, se exponen las distintas sesiones que forman parte de esta propuesta, la actividad principal que se desarrollaría en cada una de ellas, junto al objetivo a corto plazo que persigue y sus correspondientes preguntas para la evaluación final.

Sesión 1.

ACTIVIDAD: Compañía o soledad.

OBJETIVO: Analizar el sentimiento de soledad y de pertenencia a un grupo.

DESARROLLO: El musicoterapeuta, previamente habrá elegido dos o tres integrantes del grupo con mayores dotes de liderazgo y con más popularidad, basándose en las pruebas iniciales realizados al alumnado. Los alumnos elegidos deberán salir de la clase sin más explicaciones y esperar allí 5 minutos, para posteriormente entrar en el aula de manera individual. El resto de los participantes se sitúa de manera libre por el centro del aula con un instrumento y se les indica que una vez entre el compañero que está fuera, deberán acompañar o ignorar su interpretación dependiendo del lugar del aula donde se sitúe.

EVALUACIÓN:

1. ¿Qué hemos sentido cuando el resto de los compañeros nos ignoraban? ¿Y cuando nos acompañaban?
2. ¿Qué nos ha resultado más fácil, ignorar o acompañar musicalmente al compañero que estaba solo?

Sesión 2.

ACTIVIDAD: Baile de emociones.

OBJETIVO: Captar estados de ánimo mediante la interpretación musical.

DESARROLLO: Sentados todos en círculo, se reparte un instrumento de placas a cada participante con la escala pentatónica de Do ya preparada. Se les invita que cierren los ojos por un momento y reflexionen sobre lo que sienten en ese momento. A continuación, se les pide que se concentren mucho en ese estado de ánimo. Un miembro del grupo comienza con la interpretación, su compañero de la derecha, tras escucharle unos segundos debe intentar copiar

esa emoción con su instrumento. Una vez que este segundo participante haya conseguido captar el estado de ánimo de su compañero, debe girarse hacia su derecha mientras cambia su interpretación para adaptarla a su estado de ánimo personal y así poder transmitírselo al compañero siguiente.

EVALUACIÓN:

1. ¿Qué expresaba mi ritmo sobre mí y sobre mi estado de ánimo?
2. ¿Alguno de los ritmos de mis compañeros expresaban lo mismo que el mío?

Sesión 3.

ACTIVIDAD: Seguimos al líder.

OBJETIVO: Trabajar el liderazgo positivo y la conexión emocional a través de la música.

DESARROLLO: Dispuestos de nuevo en círculo, se pide a los miembros del grupo que traten de recordar un sentimiento, positivo o negativo que hay experimentado recientemente. Después se invita a que un participante se siente en el centro del círculo y trate de expresar ese sentimiento, para ello el sujeto podrá elegir el instrumento que crea que se adapta mejor a lo que quiere transmitir. El resto de participantes tratan de imitar su interpretación. Se repetirá la misma acción con el resto de integrantes del grupo

EVALUACIÓN:

1. ¿Cómo me siento ahora?
2. ¿Creo que mis compañeros han logrado conectar conmigo en la improvisación?

Sesión 4.

ACTIVIDAD: Malestar y bienestar.

OBJETIVO: Expresar sentimientos de agrado y desagrado a través de los instrumentos.

DESARROLLO: Esta actividad estará dividida en dos partes, para comenzar, se pide a los integrantes del grupo que piensen en algo que les haya causado un gran malestar durante la semana. A continuación, los participantes deben elegir un instrumento y transmitir ese sentimiento a través de su interpretación. Una vez hayan terminado todos, comenzaremos la segunda parte de la actividad en la que, de nuevo, les pedimos que reflexionen sobre un sentimiento, en este caso positivo. Y comenzaremos de nuevo las improvisaciones permitiendo a los participantes cambiar de instrumento si lo consideran necesario.

EVALUACIÓN:

1. ¿Qué me ha costado más expresar el sentimiento de malestar o de bienestar?
2. ¿Me identifico con la improvisación de algún compañero en particular? ¿Por qué?

Sesión 5.

ACTIVIDAD: Mi gran actuación.

OBJETIVO: Conectar con los sentimientos de la persona que me escucha.

DESARROLLO: se realizará un ejercicio por parejas, se dispondrán sentados uno frente al otro. El ejercicio consiste en que uno de los dos improvisará una canción con instrumento de placas, su compañero mediante gestos debe indicarle si le gusta o no lo que está escuchando. La persona que toca el instrumento, debe modificar su interpretación a favor de los gustos de la persona que le está escuchando. Para finalizar se intercambiarían los roles de actuación y se volvería a repetir el proceso.

EVALUACIÓN:

1. ¿He sabido conectar con los sentimientos de la persona que me escuchaba?
2. ¿He conseguido expresar mis deseos con los gestos?

Sesión 6.

ACTIVIDAD: Esa terrible actitud.

OBJETIVO: Identificar las actitudes que nos afectan de manera negativa.

DESARROLLO: se pide a los alumnos que se distribuyan libremente por el aula, y, con los ojos cerrados imaginen una persona cuya actitud les haya afectado negativamente en algún momento. Se realizará una improvisación que represente esa actitud, todos al mismo tiempo desplazándose por el aula y haciendo uso simplemente de su voz y sus gestos, no se pueden interpretar palabras, pero sí sonidos.

EVALUACIÓN:

1. ¿Cómo era la actitud que he tratado de transmitir?
2. ¿Me encuentro reflejado en alguna de las actitudes que han interpretado mis compañeros?

Sesión 7.

ACTIVIDAD: Una prueba de confianza.

OBJETIVO: Abrir el círculo personal de confianza a través de la interpretación musical.

DESARROLLO: Se divide el grupo en dos, una mitad se sienta en el suelo y se tapa los ojos con un pañuelo, mientras tanto, la otra mitad escoge un instrumento y se sienta delante de uno de los compañeros con los ojos tapados, deben elegir a un compañero con el que menos confianza tengan en este momento. Se realizará una improvisación instrumental que les represente, que se base en las características más básicas de su personalidad. La persona con los ojos tapados intentará averiguar quién tiene sentado en frente. Una vez el terapeuta decida que da por finalizada la primera improvisación, las parejas de los que estaban sentados revelarán su identidad y se intercambiarán los roles para volver a comenzar.

EVALUACIÓN:

1. ¿Por qué creo que mi compañero/a me ha elegido como pareja?
2. ¿Qué siento ahora en relación a mi compañero?

Sesión 8.

ACTIVIDAD: El gran secreto.

OBJETIVO: Expresar un temor interno a través de la música.

DESARROLLO: en esta sesión, se pide a los participantes que, de manera individual, reflexionen sobre un secreto profundo que jamás hayan contado a ningún miembro del grupo. El terapeuta dispondrá a todos los integrantes en círculo, y les enseñará un ritmo que tocarán todos al mismo tiempo a modo de estribillo. Entre cada estribillo, el terapeuta irá dando paso a cada uno de los miembros del grupo para que interpreten su secreto.

EVALUACIÓN:

1. ¿Cómo me siento después de haber expresado mi secreto?
2. ¿Guardo muchos secretos a mis compañeros? ¿Por qué?

Sesión 9.

ACTIVIDAD: ¿Cómo has pasado el día?

OBJETIVO: Conectar con el estado de ánimo de una persona.

DESARROLLO: sentados todos en círculo, se comienza a describir el transcurso de un día desde que sale el sol hasta que se va a dormir. Por turnos, un miembro apunta de ma-

nera verbal la parte del día y lo que ha acontecido. Entre todos los participantes se intenta crear un ritmo que represente ese momento. Del mismo modo, uno por uno, cada sujeto aportará un dato más a la descripción del día y se irán dando forma a los distintos ritmos. Una vez creados todos los ritmos, se unirán formando la canción final.

EVALUACIÓN:

1. ¿En qué se parece esta melodía con lo que ocurre en mi día a día?
2. ¿Qué partes de mi día me gustaría que tuviesen una melodía distinta?

Sesión 10.

ACTIVIDAD: La canción de despedida.

OBJETIVO: Transmitir nuestras emociones a las personas cercanas a nosotros.

DESARROLLO: Sentados todos en círculo, se les pide que reflexionen un momento sobre el transcurso de todas estas sesiones, qué emociones han vivido, sentido, qué parte de ellos es un poco distinta a cuando empezamos. Una vez pasados unos minutos de reflexión se realizará una improvisación grupal, donde habrá turnos para pequeñas improvisaciones individuales de aquellos participantes que deseen expresar algo concreto.

EVALUACIÓN:

1. ¿Cómo es ahora la relación con mis compañeros?
2. ¿Hay algún aspecto que me gustaría cambiar a la hora de comunicarme con los demás?

Recogida y análisis de datos

Tal y como afirmaban Benavides y Gómez (2005), la recopilación y evaluación de datos debe realizarse utilizando un amplio abanico de métodos, lo que ampliará los puntos de vista y dará mayor rigidez al proyecto. Para la evaluación previa y final se han elaborado unos cuestionarios (pretest y postest) que se entregarán, tanto al grupo experimental como al grupo control, antes de comenzar la intervención y una vez que esta haya finalizado, para poder analizar si ha habido una evolución positiva en la convivencia y comunicación de los participantes del proyecto.

Con el análisis de los datos previos se pretende ajustar la intervención al perfil general del grupo de beneficiarios. Se hace necesario perfilar de manera concreta el perfil de cada individuo y su papel dentro del grupo para así poder mejorar la estrategia de acción en el caso de que fuera necesario. El cuestionario dirigido a los componentes del grupo

constaría de una primera parte donde pretende, por un lado, conocer las relaciones que suceden entre los individuos del grupo, con quién prefieren relacionarse y quiénes son las personas más influyentes, para así, realizar el sociograma creado por Moreno (1972, como se citó en Pérez, 2017) para su posterior análisis.

El cuestionario del alumnado, constaría de una segunda parte donde se pretende indagar en aspectos más personales de cada individuo centrados en sus emociones y sentimientos, el control que se tiene sobre ellas, la expresión y afectividad con la que se muestran y el grado en el que se poseen. Para este cuestionario se han tomado como referencia el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) (Martín et al., 2007). También se ha tomado como referencia la Escala de Expresividad Emocional (EES) formulada por Kring et al. (1994). Siguiendo la misma línea de actuación, se ha diseñado también un cuestionario que se entregará al tutor, orientadora y distinto personal docente que trabaja semanalmente con el grupo para analizar el comportamiento del mismo y los conflictos que puedan existir. Para el diseño de este cuestionario se ha utilizado como base los puntos que se plantean en el Protocolo de Alteración del Comportamiento en la Escuela (ACE).

Durante el transcurso de las sesiones, se llevará a cabo una evaluación simultánea por parte del terapeuta la cual consistirá en la recopilación de datos narrativos en una ficha de registro diseñada para poder completarse de manera sencilla al final de la sesión con un apartado reservado para la anotación de observaciones o reflexiones que puedan ser de ayuda para la evaluación final. Este tipo de cuestionario proporcionará una extensa serie de datos cualitativos, por lo que se hará necesario para el posterior análisis, la ordenación de dichos datos en ítems más grandes (Mercadal, s.f., p. 6).

Al finalizar las 10 sesiones que se plantean, se volverían a realizar los cuestionarios de los alumnos y personal docente y se compararían los resultados con los obtenidos en la evaluación inicial. Estos resultados, junto con los obtenidos en la evaluación simultánea realizada por el terapeuta, deberían permitir observar si se han conseguido alcanzar los objetivos a largo y corto plazo planteados para este proyecto. Del mismo modo, estos resultados podrían servir de autoevaluación para mejorar aspectos débiles que se puedan encontrar en el diseño de la intervención.

CONCLUSIONES

El objetivo que se propone con esta intervención es el de mejorar la convivencia y la comunicación en niños y niñas de entre 10 y 12 años de edad. Su situación personal den-

tro de su familia no tiene porqué ser conflictiva, si bien, es cierto que, mejorando esos aspectos, la relación que mantienen con sus familiares podrá mejorar notablemente. Tal y como se ha mostrado en la bibliografía, se esperan buenos resultados de esta propuesta, ya que se han encontrado numerosos estudios donde a través de actividades musicales terapéuticas, se ha logrado dotar a los participantes de nuevos medios para poder expresar sus emociones a través de la música. También se verifica en la bibliografía consultada, que gracias a la práctica progresiva de actividades musicoterapéuticas se consigue que las personas puedan conectar mejor con sus propias emociones y sentimientos, así como, identificar mejor las emociones de los demás. Aunque la bibliografía se centra sobre todo en población adolescente, los datos verifican que este tipo de trabajo musicoterapéutico es perfectamente extrapolable a edades más tempranas, sobre todo las pertenecientes al periodo de la preadolescencia, debido a los numerosos aspectos psicoevolutivos que comparten ambas etapas.

En las distintas investigaciones revisadas para la elaboración de esta propuesta, se ha observado como los sujetos del estudio han llegado a conocerse mejor tras participar en las sesiones, y han mejorado su rendimiento dentro de la escuela tanto a nivel académico como en su actitud y comportamiento. Los problemas de convivencia y comunicación son cada vez más comunes en los niños y niñas de hoy en día, debido al tipo de sociedad individualista en la que se ven inmersos. Es por esto que se hace necesario este tipo de intervenciones en la escuela, no solo para ayudar a los niños y niñas que presenten algún problema de comunicación y convivencia sino también como manera de prevenir futuros problemas de este tipo que puedan agravarse con la edad.

Durante todo el trabajo, se muestra como la música actúa como un medio perfecto para la expresión de emociones, gracias a su componente no verbal. Así como se ha podido observar como las intervenciones grupales fomentan la confianza y la comunicación. Esto es gracias a que la música ayuda a trabajar todo tipo de aspectos, incluyendo nuestras emociones y sentimientos, donde tiene un mayor impacto. Por esto, se puede deducir que la musicoterapia supone una vía de resolución de conflictos muy importante dentro de la escuela, ayudando al alumnado a conectar con sus emociones. Este tipo de intervención ayudará a que se desarrolle una buena integración de todos los niños dentro de su grupo y, como consecuencia, una buena integración dentro de la sociedad en un futuro.

Para finalizar, se quiere destacar la idea de que los musicoterapeutas se encuentran actualmente frente a un momento de cambio. El momento actual se presenta como

un gran desafío a la práctica clínica terapéutica tal y como se venía desarrollando hasta ahora. Es por eso que se deben adoptar actitudes transformadoras de compromiso social, donde se incorporen proyectos de prevención y promoción de la salud a nivel colectivo y social con nuevas metodologías de evaluación participativa. Con esto se podrá garantizar el acceso terapéutico a un mayor número de personas, para así poder fortalecer las comunidades y ayudar a mejorar la salud comunitaria.

Financiación

Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiación institucional.

Conflictos de intereses

La realización del presente proyecto de intervención no acarrea conflicto de interés alguno.

Citación

Alonso, M. (2022). Propuesta de intervención para favorecer la convivencia y la comunicación, a través de la Musicoterapia, en Educación Primaria. *Revista Misostenido*, 3, 19-27.

Recibido: 8 enero de 2022

Aceptado: 1 marzo de 2022

Publicado: 10 abril de 2022

REFERENCIAS

- Baker, E., y Jones, C. (2006). The effect of music therapy services on classroom behaviours of newly arrived refugee students in Australia-a pilot study. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11(4), 249-260. <https://doi.org/10.1080/13632750601022170>
- Benavides, M. O. Y Gómez Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124.
- Chao, R., Mato, M. D. y López, V. (2015). Beneficios de la música en conductas disruptivas en la adolescencia. *Actualidades Investigativas en Educación*, 15(3), 1-24. <https://doi.org/10.15517/aie.v15i3.20902>
- Gooding, L. F. (2011). The effect of a music therapy social skills training program on improving social competence in children and adolescents with social skills deficits. *Journal of Music*, 48(4), 440-462. <https://doi.org/10.1093/jmt/48.4.440>

- Kring, A. M.; Smith, D. A. y Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of personality and social psychology*, 66 (5), 934–949.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.66.5.934>
- Martí, P. (2000). *Visión general y teoría de la Musicoterapia. Fundamentos de Musicoterapia*. Morata
- Martín, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458–467.
<https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>
- Mercadall, M. (s.f.): Tema 7: Análisis de datos y de otros materiales. La Rioja: UNIR.
- Moreno, J. L. (1972). *Fundamentos de la sociometría*. Paidós.
- Pérez, M. (2017). Efectos de la Musicoterapia en las relaciones sociales de grupos de adolescentes en un centro educativo. *Revista Electrónica Complutense de Investigación en Educación Musical*, 18(15), 175-191.
<http://doi.org/10.5209/RECIEM.5362>
- Sastoque, W. M. (2016). *Musicoterapia en el ámbito escolar, una propuesta de intervención para el fortalecimiento de las habilidades sociales en los adolescentes del colegio El Paraíso de Manuela Beltrán (Tesis doctoral editada)*. Universidad Nacional de Colombia.
Recuperado de
<http://www.bdigital.unal.edu.co/56602/>
- Schütz, A. (2003). *Estudios sobre teoría social: escritos II*. Amorrotu.
- Uhlig, S., Jansen, E. y Scherder, E. (2018). “Being a bully isn’t very cool...”: Rap & Sing Music Therapy for enhanced emotional self-regulation in an adolescent school setting – a randomized controlled trial. *Psychology of Music*, 46(4), 568–587.
<https://doi.org/10.1177/0305735617719154>



FRONTERAS DE LA SONRISA

AVIVAVOZ: LA MUSICOTERAPIA COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN EN PRESBIFONÍA

AVIVAVOZ: MUSIC THERAPY AS AN INTERVENTION TOOL IN PRESBYPHONY

Carla Jover Torrado

Logopeda, Vocal Coach y Musicoterapeuta

<https://orcid.org/0000-0002-7949-5784>

Correspondencia: cjovertorrado@gmail.com

Resumen

La presbifonía es el deterioro progresivo de la voz debido al envejecimiento de la persona. Su tratamiento, si se realiza, va ligado a la logopedia y la terapia vocal sin tener en cuenta las consecuencias socioemocionales derivadas. Este artículo tiene como objetivo mostrar los beneficios de la incorporación de la musicoterapia en las terapias vocales en presbifonía. Para ello, se diseña el taller AVIVAVOZ, que cuenta con siete actividades combinables donde se hace uso de la musicoterapia como complemento, herramienta o estrategia de intervención. Aunque no ha podido ser llevado a cabo, según investigaciones y experiencias previas, se prevén resultados positivos no sólo a nivel vocal sino, también, de sociabilidad y de mejora emocional. Con todo ello, se demuestra la importancia de la actividad multidisciplinar y sus beneficios tanto para las disciplinas como para el tratamiento de la presbifonía.

Palabras clave

Presbifonía, trastorno vocal, terapia vocal, tercera edad, musicoterapia.

Abstract

Presbyphonia is the progressive deterioration of the voice due to the aging of the person. Its treatment is linked to speech therapy and voice therapy no matter what the socio-emotional consequences are. This article aims to show the benefits of incorporating music therapy into vocal therapies in presbyphonia. In order to do it, the AVIVAVOZ workshop consists of seven combinable activities where music therapy is used as a complement, tool, or intervention strategy. Although it has not been possible to carry it out and according to previous research and experiences, positive results are expected not only on a vocal level but also on sociability and emotional improvement. All those studies prove the importance of multidisciplinary activity and the benefits both for the disciplines and the treatment of presbyphonia.

Keywords

Presbyphonia, voice disorder, voice therapy, elderly people, music therapy

INTRODUCCIÓN

El presente artículo plantea una propuesta de intervención multidisciplinar de la presbifonía proponiendo un abordaje multidisciplinar que suma la musicoterapia al tratamiento logopédico habitual. Así, esta propuesta no tiene en cuenta

únicamente la mejora del tratamiento en sí, sino que, además, añade a este la intervención de las consecuencias socioemocionales derivadas de la enfermedad. Para desarrollar la propuesta, es necesario establecer la naturaleza y los efectos de la presbifonía en la voz.

La voz es el sonido que se genera en la laringe, se emite y se propaga a través de ondas sonoras permitiendo la comunicación y la relación con el entorno. Una voz sana no requiere esfuerzo para su producción, su emisión es clara, amplia y sin perturbaciones. La presbifonía es el deterioro progresivo de la voz sin ninguna otra causa aparente que el propio envejecimiento y los cambios que este produce a nivel fisiológico y morfológico en las diversas estructuras implicadas en la fonación, del mismo modo que sucede en el resto del cuerpo (Gama et al., 2009). Estos cambios tienen como consecuencia, también, modificaciones a nivel acústico, psicológico y/o social (Dehqan et al., 2013; Gama et al., 2009; Mau et al., 2009). Se debe tener presente que, como proceso natural propio del envejecimiento, la presbifonía no está tipificada como un trastorno vocal, aunque los límites entre estado saludable y patológico sean difíciles de delimitar, como bien destacan Lucas y Marchand (2015). Siguiendo el estudio de Ramig et al. (2001), pueden identificarse diversas afectaciones que se dan en distintos elementos del aparato fonador: atrofia de pliegues vocales y cambios en sus diferentes capas; pérdida, atrofia y degeneración muscular y, finalmente, calcificación y osificación de los cartílagos. Teniendo en cuenta esta clasificación, a continuación, se detallan las afectaciones acústico perceptivas que se derivan de estos cambios fisiológicos y morfológicos y cuál es su impacto en la esfera socioemocional de la persona.

En la presbifonía, las consecuencias a nivel acústico y perceptivo de la voz se centran en cambios en la frecuencia fundamental y se manifiestan de manera diferente en los hombres y en las mujeres: en el primer caso, la frecuencia fundamental aumenta y produce una voz más aguda y, en el segundo, la frecuencia se reduce produciendo una voz más grave (Ramig et al., 2001). Por otro lado, se observa un incremento de las perturbaciones en la frecuencia y amplitud por igual en ambos sexos, según se expone en Dehqan et al. (2013), junto a una mayor rugosidad, presencia de aire y una sensación acústica de voz áspera entre otras percepciones que pueden ser valoradas a través de la escala GRBAS (Gama et al., 2009). Todo ello, junto a alteraciones en el habla como la falta de articulación o la necesidad de realizar más pausas al hablar (Çiyiltepe y Şenkal, 2017), puede provocar serias dificultades en la inteligibilidad.

Los cambios y alteraciones descritos tienen un efecto en la persona que los padece. En este sentido, Gama et al. (2009) destacan la importancia que tienen las alteraciones vocales y cómo de determinantes pueden llegar a ser en la construcción de la identidad. Dichas afectaciones se manifiestan de manera diversa en las personas dependiendo, entre otros motivos, de la relación que éstas tengan o hayan tenido con

la voz y su uso. Por otro lado, sus consecuencias en la vida diaria y en la autoestima de los pacientes pueden ser valoradas a través de escalas estandarizadas y validadas internacionalmente como el Voice Handicap Index (VHI) o el Voice Related Quality of Live (V-RQOL). Por su parte, los estudios de Çiyiltepe y Şenkal (2017) o Wu y Chan (2020) destacan que la sensación de discapacidad o la combinación habitual de las alteraciones vocales con la ansiedad y la frustración son algunas de las consecuencias que afectan a la calidad de vida llegando, incluso, a impedir la interacción social. Esto último es destacado también por Ziegler y Hapner (2020), quienes aseguran que las consecuencias de la presbifonía provocan una menor socialización con el paso de los años. Es importante, por tanto, abordar esta problemática desde una perspectiva socioemocional, pues la falta de comunicación desconecta a las personas del mundo exterior, las aísla y les arrebatada aptitudes y actitudes propias de su condición de seres humanos.

Al tratarse de un deterioro ligado al envejecimiento, la presbifonía aparece y afecta a las personas mayores. En este sentido, es importante tener en cuenta que la población mundial está envejeciendo de manera exponencial y, según las Naciones Unidas (2021), esta será una de las grandes transformaciones del siglo XXI, cuando se pasará de una población mayor de sesenta y cinco años en una relación de 1 de cada 11 personas en el año 2019, a una proporción de 1 de cada 6 en el año 2050. El objetivo general que, como sociedad y como profesionales, debemos plantearnos es el de proporcionar un envejecimiento saludable al mayor número posible de personas. Para ello, se debe tener en cuenta que hay tantos prototipos de persona mayor como personas existen en el mundo, aunque hay trazos comunes compartidos que nos facilitan su clasificación en relación con el deterioro físico y emocional que comporta la edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) destaca, en este ámbito, la gran multitud de daños que conlleva el desgaste gradual de las personas a nivel físico y mental, así como cambios a nivel sensorial que pueden afectar la vida diaria y que conllevan la pérdida de la autonomía, ansiedad y depresión. Según la *American Psychological Association* (APA, 2021), uno de los trastornos emocionales que se presenta de manera más habitual es, justamente, la depresión, pero también pueden aparecer la tristeza, la ansiedad o la baja autoestima, entre otros.

Es en este escenario en el que situamos, pues, este trabajo y la propuesta de intervención en la presbifonía. Aunque, habitualmente, los problemas vocales son y deben ser tratados por un profesional en logopedia, las terapias vocales se centran en la voz y son pocas las que incluyen el trabajo corporal o la atención al sistema respiratorio. En todo caso, este es el centro de interés y el ámbito de intervención de la lo-

gopedia. ¿Dónde quedan, entonces, las atenciones a la salud mental y emocional de los pacientes? La musicoterapia aporta recursos, estrategias y conocimientos que pueden no solo mejorar las terapias vocales tradicionales, sino que, además, puede abordarlas de forma mucho más holística y con la atención centrada en la persona como ser físico, psíquico y emocional. En este sentido, entre las diferentes terapias descritas en diversos artículos que contemplan el enfoque que aquí se ha descrito, destacamos el estudio de Godoy et al. (2020), que presenta¹ el *Voice Therapy for the elderly program (VTE)*, centrado específicamente en la presbifonía y enfocado en la mejora de las características vocales y en cómo éstas afectan a la calidad de vida. No se ha encontrado, todavía, ningún estudio que aborde, también, el tratamiento de las consecuencias socioemocionales derivadas de la presbifonía. Con el fin de incluir en el diagnóstico y el tratamiento estos elementos socioemocionales y mejorar así la intervención vocal tradicional, se propone el programa AVIVAVOZ, que incorpora al tratamiento logopédico la musicoterapia como herramienta y como estrategia de intervención.

Musicoterapia y presbifonía

El programa AVIVAVOZ incorpora la musicoterapia de dos modos distintos: por un lado, hace uso de los conocimientos musicales para determinar qué canciones, ritmos o modos deben usarse, y por qué, en el ámbito de la respiración, la relajación, el trabajo corporal y el trabajo vocal, entre otros. Por otro lado, incluye tres métodos específicos que ofrecen nuevos enfoques del trabajo vocal: el vocal toning, el songwriting y el canto terapéutico. Estos tres métodos de intervención (MacDonald, 2013; Moon et al., 2020; Snow et al., 2018; y Stager et al., 2020) así como respectivamente, han demostrado beneficios no solo a nivel vocal sino, especialmente, a nivel socioemocional con mejoras en la autoestima, el sentimiento de pertenencia a un grupo, la reducción de la ansiedad y el estrés y una mejora del bienestar emocional general a la vez que se ejercita, de una forma u otra, la voz. A partir de estas consideraciones, este trabajo tiene como objetivo mostrar los beneficios de la incorporación de la musicoterapia en las terapias vocales en presbifonía, el beneficio del trabajo interdisciplinar y la importancia del abordaje holístico de la patología vocal

Propuesta de intervención

Participantes

1. Se hace referimos a los siguientes estudios: Vocal Function Exercises (Bane et al., 2014); Lee Silverman Voice treatment (El Sharkawi et al., 2002); el método PhoRTE (Belsky et al., 2021) o los ejercicios de tracto vocal semiocluido, donde se incluye el método Lax Vox (Wu y Chan, 2020).

El programa está diseñado para intervenir en personas con presbifonía y se propone en el marco de un programa de atención a la gente mayor ofrecido por un Ayuntamiento como parte de las políticas públicas de bienestar y atención social. Para acotar y valorar la propuesta, se puede contar con un grupo de cinco a diez personas con edades comprendidas entre los sesenta y cinco y los setenta y cinco años, con síntomas propios de la presbifonía sin comorbilidad con otras patologías, alfabetizadas y sin problemas de movilidad.

Recursos

- Recursos humanos: para poder obtener unos resultados válidos, se debería contar con un médico otorrino o bien la aportación de un diagnóstico oficial para asegurar que la patología vocal es compatible solo con la presbifonía; un logopeda para realizar las grabaciones y analizar los parámetros acústicos y perceptivos a través del programa Praat y la escala GRBASI; y, finalmente, un musicoterapeuta para realizar las sesiones y para elaborar los informes de seguimiento y las evaluaciones de carácter socioemocional a través del cuestionario MTCSI y VHI. Para el análisis DAFO posterior se añadirían, también, empleados de la empresa de servicios, si existe, y del propio ayuntamiento.
- Recursos materiales y técnicos: se incluyen en estos el mobiliario y las herramientas e instrumentos necesarios para las sesiones. Sería adecuada una sala amplia bien equipada con asientos y mesas, así como con acceso a internet. Instrumentos de pequeña percusión y el propio del musicoterapeuta (guitarra o piano), papel, lápices, pizarra y reproductor de música u ordenador con altavoces (también será necesario para realizar las grabaciones vocales). Para las grabaciones, se necesitará un micrófono de una calidad suficiente para realizar análisis con el programa Praat. Aparte de este programa, serán útiles los cuestionarios VHI y MTCSI, así como registros de seguimiento y, lo más importante, el consentimiento informado del paciente para realizar las grabaciones.
- Recursos económicos: estos variarán en función de la inclusión de más o menos profesionales, especialmente del médico otorrino y el logopeda. Cabe la posibilidad, y sería de gran utilidad, que el profesional musicoterapeuta sea, también, logopeda. Por otro lado, al tratarse en este caso de una contratación del Ayuntamiento, costes como el del alquiler de la sala o de los instrumentos no se incluirían, al hacerse cargo el ente público a través, por ejemplo, de la Escuela

municipal de música, que puede cederlos. Se deben tener presentes los gastos, si fuesen necesarios, de creación de publicidad, sesiones de evaluación de los profesionales de la salud que intervengan, de los cuestionarios y las escalas de evaluación y del micrófono de grabación, si no se dispone. No se incluye el coste de la adquisición del programa Praat pues es de descarga gratuita.

Procedimiento

Esta propuesta de intervención se plantea en un plazo temporal de seis meses con posibilidad de realizarse también de manera trimestral o anual. Se propone una sesión de hora y media de duración por semana, cada una de ellas con una estructura diferente donde se combinan entre tres y cuatro de las siete propuestas de actividades siguientes:

1. Relajación y consciencia corporal
2. Ejercicios vocales. *Lax Vox*
3. Canto coral terapéutico
4. *Songwriting*
5. *Vocal toning*
6. Musicalización de un poema
7. Trabajo de respiración

En el caso de las actividades de respiración, relajación y consciencia corporal, se trabajará a través de un repertorio seleccionado de entre 60 y 70 pulsaciones por minuto; en el canto coral terapéutico se propondrán canciones del gusto de los participantes procurando que, además, la estructura, la melodía y la letra propicien el debate y la activación de la memoria, así como la buena adecuación a las capacidades vocales, que también se tendrán en cuenta en los ejercicios vocales y de *Lax Vox*. Tanto para la musicalización de poemas como para el *songwriting* o el *vocal toning*, se podrá hacer uso de la técnica de aportación de fondo armónico y/o rítmico, así como los métodos propios de cada propuesta. Para poder llevar un buen registro de los avances vocales, se debe realizar una grabación antes y después de una sesión cada cuatro o cinco semanas, aunque, en condiciones ideales, debería realizarse en cada sesión. Durante las sesiones, se podrán recoger otros datos que participarán en la evaluación final y que se describen a continuación.

Recogida y análisis de datos

Con el propósito de analizar los resultados de la propuesta de intervención y poder evaluar la mejora, o no, de las personas que realizan el taller, se proponen una serie de instrumentos de evaluación de carácter directo que aportan datos tanto cuantitativos como cualitativos:

- *Questionario Voice Handicap Index* (VHI). Cuantitativo. Para cuantificar cómo el paciente recibe su disfunción vocal en relación con su autoconcepto y a la afectación en su vida social.
- *Escala Music Therapy Communication and Social Interaction Scale* (MTCISI). Cuantitativo. Documenta y evalúa las respuestas interactivas que se dan en las sesiones de musicoterapia.
- Análisis acústico de la voz. Cuantitativo. A través del programa informático *Praat* y de la escala *GRBAS*, que también ofrece un análisis cualitativo.
- Registro de sesiones e informes de seguimiento. Cualitativo. Registro para evaluar el progreso durante las sesiones, qué interacciones realizan, qué pensamientos y sentimientos verbalizan y en qué estado emocional inician y finalizan las sesiones entre otros.
- Análisis DAFO. Cualitativo. Permite analizar la situación del proyecto, cómo mejorarlo y enfocar mejor una eventual realización o investigación de este en el futuro.

Resultados

A pesar de que la propuesta no ha podido ser implementada, las experiencias previas y los resultados obtenidos en diferentes estudios avalan la validez de esta. Es el caso de los buenos resultados relacionados con el canto terapéutico de Stager et al. (2020) y Moon et al. (2020), que consiguen mantener los parámetros alterados en la voz e incluso incrementar los valores positivos. Además, el canto coral favorece el aumento de la oxitocina, lo cual explica la mejora en la confianza y la cooperación entre los participantes (Caicedo, 2021). Esta sensación de pertenencia también la aporta la actividad del *songwriting* que, como exponen Baker y MacDonald (2014), tras años de estudio e investigación, se erige, también, como una actividad ideal para mejorar la calidad de vida y el lenguaje a la vez que actúa frente a trastornos emocionales como la depresión. Por otro lado, el *songwriting* puede ayudar a hacer emerger vivencias y usarse como medio de expresión. El estudio de Snow et al. (2018) desarrolla los resultados obtenidos donde destacan, en relación con esta propuesta de intervención, los beneficios para el bienestar general de la persona con especial énfasis en la reducción de la ansiedad y la mejora de la autoestima. Por último, son muchos los autores que destacan las bondades de la rehabilitación y la terapia vocales para intervenir en trastornos de la voz como la presbifonía, pero cabe destacar los resultados obtenidos por Godoy et al.

(2020) en su programa VTE, que presentan mejoras en la calidad de la voz y sus diferentes parámetros.

CONCLUSIONES

Esta propuesta se ha realizado con el objetivo de mostrar los beneficios que puede aportar la introducción de la musicoterapia en el tratamiento logopédico de la presbifonía. Tanto la presbifonía como el uso de la musicoterapia en intervención vocal son áreas poco desarrolladas pero que pueden ir de la mano para, de este modo, ofrecer un tratamiento de esta dolencia mucho más profundo, holístico y centrado en la persona.

La presbifonía es un deterioro de la voz ligado al envejecimiento, por lo que es de esperar que, en las próximas décadas, la prevalencia de esta afectación aumente del mismo modo que lo hará el marco poblacional al cual se dirige. El objetivo principal debe ser el de procurar un envejecimiento saludable y una atención plena de la persona. Es importante hacer hincapié en la prevención y/o el tratamiento precoz de alteraciones como la presbifonía que puedan derivar en otras afectaciones más profundas e importantes como la depresión y el aislamiento social. Con la introducción de la musicoterapia en las terapias vocales se muestra que, además de añadir nuevas formas de tratamiento como el *songwriting* o el *vocal toning*, el estudio de la música y el sonido aplicados en la terapia vocal pueden favorecer el tratamiento e incidir mejor en los aspectos emocionales asociados. A pesar de que la propuesta no ha podido ser implementada, los estudios y experiencias previos constatan que el uso por separado de diversas técnicas, tanto de terapia vocal como de musicoterapia, generan buenos resultados en ambos ámbitos. De este modo, unir estas dos disciplinas no puede más que aportar nuevas direcciones en el tratamiento de las dolencias vocales y abrir nuevos campos de investigación.

Financiación

Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiación institucional.

Conflictos de intereses

La realización del presente proyecto de intervención no acarrea conflicto de interés alguno.

Contribuciones de autor

La autora declara ser la responsable del desarrollo intelectual de la propuesta, así como de la redacción del presente artículo.

Citación

Jover-Torrado, C. (2022). AVIVAVOZ: la musicoterapia como herramienta de intervención en presbifonía. *Revista Misostenido*, 3, 28- 34.

Recibido: 26 enero de 2022

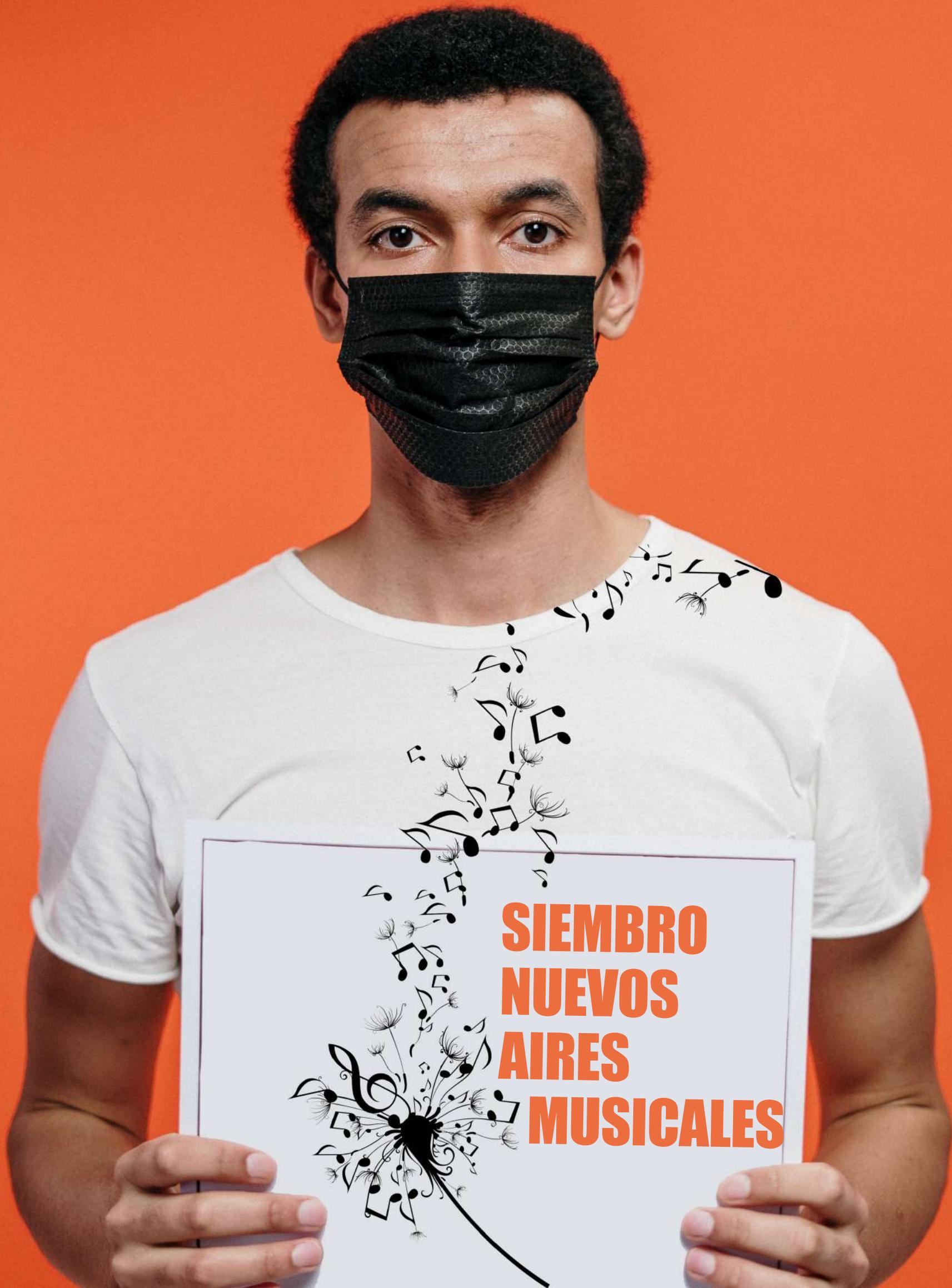
Aceptado: 1 marzo de 2022

Publicado: 10 abril de 2022

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2021). La tercera edad y la depresión
<https://www.apa.org/centrodeapoyo/edad>
- Baker, F. y MacDonald, R. (2014). Experiences of creating personally meaningful songs within a therapeutic context. *Arts and Health*, 6(2), 143-161.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2013.808254>
- Bane, M., Angadi, V., Dressler, E., Andreatta, R. y Stemple, J. (2019). Vocal function exercises for normal voice: The effects of varying dosage. *International journal of speech-language pathology*, 21(1), 37-45.
<https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1373858>
- Belsky, M.A., Shelly, S., Rothenberger, S. D., Ziegler, A., Hoffman, B., Hapner, E.R., Gartner-Schmidt, J.L., y Gillespie, A.I. (2021). Phonation Resistance Training Exercises (PhoRTE) With and Without Expiratory Muscle Strength Training (EMST) For Patients with Presbyphonia: A Noninferiority Randomized Clinical Trial. *Journal of voice: official journal of the Voice Foundation*, S0892-1997(21)00077-1.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2021.02.015>
- Caicedo, P. (2021). *Somos lo que escuchamos*. Mundo Arts Publications.
- Çiyiltepe, M. y Şenkal, Ö.A. (2017). The ageing voice and voice therapy in geriatrics. *Aging Clinical and Experimental Research*, (29)3, 403-410.
<https://doi.org/10.1007/s40520-016-0597-3>
- Dehqan, A., Scherer, R.C., Dashti, G., Ansari-Moghaddam, A., Fanaie, S. (2013). The effects of aging on acoustic parameters of voice. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 64(6), 265-270.
<https://doi.org/10.1159/000343998>

- El Sharkawi, A., Ramig, L., Logemann, J.A., Pauloski, B.R., Rademaker, A.W., Smith, C.H., Pawlas, A., Baum, S., y Werner, C. (2002). Swallowing and voice effects of Lee Silverman Voice Treatment (LSVT): a pilot study. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 72(1), 31-36. <https://doi.org/10.1136/jnnp.72.1.31>
- Gama, A.C.C., Alves, C.F.T., Cerceau, J.S.B. y Teixeira, L.C. (2009). Correlation between acoustic-perceptual data and voice-related quality of life in elderly women. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 21(2), 125-130. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872009000200007>
- Godoy, J., Silverio, K., Andrade, E. y Brasolotto, A. (2020) Método intensivo de terapia vocal para idosos. *Audiology - Communication Research*, 25, 1-6. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2098>
- Lucas, D. y Marchand, P. (2015). Voice Speech Therapy in the Aged: Exploratory Systematic Review of Literature. *Distúrbios comun*, 27(2), 309-317. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1200.6008>
- MacDonald R.A. (2013). Music, health, and well-being: a review. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 8, 20635. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20635>
- Mau, T., Jacobson, B. y Garrett, C. (2009). Factors associated with voice therapy outcomes in the treatment of presbyphonia. *Laryngoscope*, 120(6) 1181-1187. <https://doi.org/10.1002/lary.20890>
- Moon, S., Park, J. y Yang, S. (2020). The Effects of Therapeutic Singing on Vocal Functions of the Elderly: A Study on Korean Elderly. *Journal of voice: official journal of the Voice Foundation*, S0892-1997(20)30233-2. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.06.007>
- Naciones Unidas (s.f.). Desafíos globales. Envejecimiento. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Organización Mundial de la Salud. (5 de febrero de 2018) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Ramig, L., Gray, S., Baker, K., Corbin-Lewis, K., Buder, E., Luschei, E., Coon, H. y Smith, M. (2001). The aging voice: A review, treatment data and familial and genetic perspectives. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 53(5), 252-265. <https://doi.org/10.1159/000052680>
- Snow, S., Bernardi, N., Sabet-Kassouf, N., Moran, D. y Lehmann, A. (2018). *Exploring the Experience and Effects of Vocal Toning Journal of Music Therapy*, 55(2), 221-250. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy003>
- Stager, S., Sparks, A., Bielamowicz, S. y Edgar, J. (2020). The role of choral singing in speaking voice preservation of aging adults. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(7) 2099-2114. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-19-00347
- Wu, C. y Chan, R. (2020). Effects of a 6-week straw phonation in water exercise program on the aging voice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(4), 1018-1032. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-19-00124
- Ziegler, A. y Hapner, E. (2020). Vocal Dose in Older Adults with Presbyphonia: An Analytic, Cross-Sectional Study. *Journal of Voice*, 34(2), 221-230. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.09.005>



MEJORAR LAS HABILIDADES LECTORAS Y LA AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES CON DISLEXIA. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA

IMPROVE READING SKILLS AND SELF-ESTEEM IN DYSLEXICAL STUDENTS. AN INTERVENTION PROPOSAL BASED ON MUSIC THERAPY

Alejandra Pérez LLorens

Correspondencia: alepello1@hotmail.com

Resumen

Actualmente, los estudiantes de Educación Primaria presentan diversos trastornos de aprendizaje, los cuales dificultan el proceso de enseñanza y aprendizaje de estos. En este sentido, el trastorno específico del aprendizaje más común en la realidad educativa se denomina dislexia del desarrollo, padeciéndolo entre un 5 % - 15 % del alumnado en las escuelas, y constituyendo el 80 % de los diagnósticos de los trastornos de aprendizaje. Este trastorno supone un gran obstáculo para la adquisición de la lectura en los estudiantes que lo padecen, repercutiendo, así, en sus habilidades lectoras, su rendimiento académico, motivación, autoestima y autoconfianza. Además, se pueden encontrar problemas emocionales y de conducta, así como situaciones de abandono escolar. Resulta evidente que dicho trastorno genera una importante necesidad educativa al respecto. Consecuentemente, el presente artículo plantea el diseño de una propuesta de intervención basada en la disciplina de la musicoterapia para poder favorecer las habilidades lectoras y la autoestima del alumnado con dislexia en Educación Primaria, tratando de destacar el gran valor terapéutico de la música y su eficacia en el tratamiento de este trastorno.

Palabras clave

Musicoterapia, Educación Primaria, dislexia del desarrollo, habilidades lectoras, autoestima

Abstract

Currently, Primary Education students may suffer from various learning disorders, which can hinder the teaching and learning process. In this sense, the most common specific learning disorder in the educational realm is called developmental dyslexia, which affects between 5-15 % of students in schools, and constitutes 80 % of the diagnoses of learning disorders. This disorder is a major obstacle to reading acquisition in students who have it, thus affecting their reading skills, academic performance, motivation, self-esteem and self-confidence. In addition, emotional and behavioural problems may be encountered, as well as school drop-out situations. It is evident that this disorder generates an important educational need in this regard and therefore this article proposes the design of an intervention plan based on the area of music therapy to promote reading skills and self-esteem in students with dyslexia in primary education, thus highlighting the great therapeutic value of music and its effectiveness in the treatment of this disorder.

Keywords

Music therapy, primary education, developmental dyslexia, reading skill, self-esteem

INTRODUCCIÓN

Los obstáculos para la adquisición de la lectura y las dificultades lectoras están ampliamente relacionados con la dislexia del desarrollo, un trastorno del aprendizaje de origen neurológico (Ramus et al., 2003; Vellutino et al., 2004; Lou-

leli et al., 2020). La dislexia constituye el 80% de los diagnósticos de los trastornos de aprendizaje y es el más habitual en la realidad educativa, hallándose entre un 5% y 15% de alumnos con dicha problemática (De la Peña y Bernabéu, 2018; Soriano-Ferrer y Piedra, 2017).

Igualmente, los problemas académicos generados por la dislexia tienen un impacto en el ámbito educativo (Cogo-Moreira et al., 2012), pero también en el emocional (Forteza et al., 2019), provocando baja autoestima, frustración, ansiedad social y problemas emotivos-conductuales (Snowling et al., 2020). Debido a ello, el empleo de la música de forma terapéutica podría resultar significativamente eficaz para tratar de combatir tal impedimento, favoreciendo las habilidades de lectura en el alumnado disléxico (Cogo-Moreira et al., 2012; Flaugnacco et al., 2015; Goswami et al., 2013; Standley, 2008), su atención (Wolfe y Noguchi, 2009; Pasiali et al., 2014; Gfeller, 1999; Jellison, 2000; Madsen y Alley, 1979) y autoestima (Montello, 1998).

El presente artículo surge de la necesidad de beneficiar a aquellos estudiantes de la etapa de Educación Primaria con dislexia, fomentando sus habilidades lectoras y autoestima a través de una intervención de musicoterapia. Asimismo, se trata de hacer ver al lector las posibilidades que ofrece la musicoterapia en relación con este trastorno, así como su relevancia y eficacia.

Dislexia del desarrollo en Educación Primaria

La dislexia se manifiesta en los problemas relacionados con la fluidez y comprensión lectora, la ortografía, los déficits en codificación y la lectura inexacta o lenta de palabras (Serrano y Defior, 2008; Peterson y Pennington, 2012). Tales inconvenientes influyen directamente en el aprendizaje de los estudiantes y, consecuentemente, en su éxito y rendimiento, ya que la lectura es una de las áreas que mayor impacto genera en los resultados académicos (Habib et al., 2016; Sugaya et al., 2019). Los síntomas que advierten un posible trastorno relacionado con la dislexia comienzan durante la etapa de Educación Primaria, ya que es en esta cuando el estudiante inicia su proceso de aprendizaje lectoescritor. El colectivo disléxico siempre presentará dificultades en el lenguaje escrito y en la ortografía, además de mostrar un lento aprendizaje de la lectura y problemas para comprender y escribir en lenguas extranjeras. Es posible que tengan dificultades en el área matemática, en el aprendizaje de símbolos y cifras, problemas de memoria a corto plazo y de organización. También son comunes las dificultades para seguir instrucciones y secuencias y los problemas en la comprensión de textos escritos (Artigas-Pallarés, 2002; Etchepareborda, 2002). Atendiendo al ámbito emocional, los estudiantes disléxicos experimentan un elevado nivel de estrés y emociones de miedo, ansiedad, timidez y soledad, lo cual desemboca en una disminución de su autoconcepto y autoestima (Alexander-Passe, 2007).

Musicoterapia y dislexia

Cabe resaltar que la investigación sobre musicoterapia y dislexia se encuentra en sus inicios. No obstante, atendiendo a Habib et al. (2016), son numerosos los argumentos en la reciente literatura neurocientífica que apoyan el uso de la música como herramienta terapéutica para el tratamiento de la dislexia. Flaugnacco et al. (2015) probaron el efecto positivo del entrenamiento musical en la mejora de las habilidades fonológicas y de lectura en niños disléxicos, destacando la importancia del ritmo frente a la precisión del tono. Igualmente, Flaugnacco et al. (2014) fortalecieron el empleo de la música en la rehabilitación de la dislexia, recomendando las actividades rítmicas frente a las de precisión tonal. Por su parte, Cogo-Moreira et al. (2012) afirmaron que la formación musical produce efectos positivos en las habilidades de lectura y el rendimiento educativo del alumnado disléxico.

Przybylski et al. (2013) proponen utilizar la estimulación rítmica en los protocolos de rehabilitación diseñados para niños con trastornos del desarrollo del lenguaje oral y escrito. Igualmente, Goswami et al. (2013) afirman que la música, específicamente las tareas relacionadas con la ejecución y percepción de destrezas rítmicas, favorece el proceso de lectoescritura. Standley (2008) resalta que las intervenciones musicales diseñadas para trabajar la lectura tienen efectos fuertemente significativos. Por su parte, Mina et al. (2021) concluyen su revisión sistemática destacando la importancia de la musicoterapia en la mejora de las habilidades lectoras y los problemas de reconocimiento fonológico en el alumnado disléxico. Anvari et al. (2002) descubrieron una correlación significativa entre las habilidades musicales, la conciencia fonológica y el desarrollo de la lectura en estudiantes infantiles. Por consiguiente, favorecer algunos de los procesos implicados en la percepción de la música puede también mejorar la percepción del habla y las habilidades lectoras (Besson et al., 2011).

Overy (2000, 2006) diseñó un programa de investigación que implicaba el desarrollo de sesiones de música grupales centradas en el canto y los juegos rítmicos. Pudo argumentar que tales actividades fomentan el desarrollo de habilidades auditivas, motoras y lingüísticas y, por tanto, proporcionan un poderoso instrumento de apoyo multisensorial para los disléxicos. Asimismo, en la literatura sobre musicoterapia existen datos que respaldan el éxito académico, la capacidad del lenguaje expresivo, la adquisición de nuevo vocabulario, la mejora de la lectura y el desarrollo del cerebro mediante la creación musical y la escucha activa de música (Madsen, 1991; Standley, 1997). Forgeard et al. (2008) sugieren que una intervención musical que favorezca las habilidades básicas de percepción auditiva de la música podría

remediar alguna de las deficiencias lingüísticas de la población disléxica.

Cabe destacar que la música y la lectura concuerdan de forma natural, tal y como advierten Register et al. (2007), quienes indican que un programa de música y lectura a corto plazo logra mejorar las habilidades básicas de lectura de los estudiantes. Además, sostienen que las canciones poseen un gran potencial para enseñar vocabulario y practicar el uso de palabras. Por tanto, el empleo de canciones puede convertirse en una magnífica herramienta para trabajar la fluidez lectora y las habilidades de comprensión. Asimismo, Mina et al. (2021) mencionan en su trabajo que cantar puede ayudar a mejorar la lectura. Seguidamente, Habib et al. (2016) proponen un método novedoso de Entrenamiento Cognitivo-Musical (Cognitive Musical Training - CMT), basado en la práctica musical para mejorar las habilidades lectoras en estudiantes con dislexia, a través de la estimulación de la atención y percepción auditiva, así como las habilidades de la memoria de trabajo. Igualmente, el desarrollo de la atención en las personas con dislexia es de gran relevancia, debido a su repercusión en las habilidades lectoras. Pasiali et al. (2014) ponen de manifiesto las tendencias positivas de la musicoterapia con respecto al entrenamiento de la atención.

Según Montello (1998), las actividades de improvisación rítmica pueden ser empleadas para mejorar las habilidades sociales y la autoestima, pero también para reducir los déficits de atención. Igualmente, diversos estudios apoyan el uso eficaz de la música para mejorar la atención de los estudiantes cuando se les pide que escuchen elementos específicos de la música, palabras o frases concretas en letras de canciones (Gfeller, 1999; Jellison, 2000). Esta propuesta cuenta con el siguiente objetivo general mejorar las habilidades de lectura y la autoestima de estudiantes entre 8 y 11 años en Educación Primaria. Igualmente, la intervención en musicoterapia y las diversas sesiones tendrán sus propios objetivos terapéuticos, los cuales se expondrán más adelante.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Participantes

El colectivo al que va dirigido la propuesta de intervención es un grupo de cuatro alumnos (dos niñas y dos niños) entre 8 y 11 años. Los estudiantes se encuentran escolarizados en la etapa de Educación Primaria y presentan dislexia del desarrollo. A rasgos generales, tienen gran dificultad en la comprensión lectora, en la atención y concentración para leer o escribir. Debido a la gran concentración intelectual que tienen que realizar para superar sus dificultades, suelen presentar un alto grado de cansancio que les produ-

ce una atención inestable. Consecuentemente, el aprendizaje lectoescriptor requiere un gran esfuerzo por parte de los beneficiarios, tras el cual no siempre obtienen los resultados deseados. También presentan una baja autoestima y un pronunciado sentimiento de inseguridad como resultado de la propia consciencia de sus dificultades.

Cronograma

La organización temporal de la propuesta constará de cuatro fases. La primera estará destinada a la presentación de la propuesta al equipo directivo del centro donde se vaya a realizar. En la segunda se llevará a cabo la coordinación con el equipo multidisciplinar formado por el equipo directivo, el equipo de orientación, los tutores y el profesorado especialista de los beneficiarios. En esta fase se realizará una reunión inicial con el equipo multidisciplinar para conocer en mayor medida el perfil de los participantes y sus características particulares, establecer el horario destinado a las sesiones y el espacio para las mismas, así como especificar los objetivos terapéuticos a trabajar si fuese necesario. Asimismo, se preparará un documento de consentimiento informado para que sea firmado por los tutores legales de los beneficiarios antes del comienzo de las sesiones.

Seguidamente, el proceso terapéutico se implementará durante una tercera fase, en la cual se realizará una evaluación inicial a los beneficiarios, previa al comienzo de las sesiones, con el fin de determinar las habilidades específicas de lectura de cada estudiante al inicio y poder conocer el progreso y evolución de estas durante y tras la intervención. Se realizará una sesión semanal, tras las cuales se realizará un seguimiento de los objetivos trabajados. La última fase se destinará al proceso de evaluación y a la elaboración del informe final con los resultados obtenidos tras la intervención.

Sesiones de musicoterapia

Las sesiones perseguirán el objetivo general de mejorar las habilidades lectoras y la autoestima de los beneficiarios. Dicho objetivo general se verá reforzado por los siguientes objetivos específicos: mejorar la lectura oral, favorecer la comprensión lectora, optimizar la fluidez en la lectura, desarrollar la atención y la concentración, ampliar la memoria de trabajo, controlar la impulsividad y fomentar la autoestima y confianza en uno mismo.

La propuesta se compone de 8 sesiones grupales de musicoterapia, cada una de las cuales tendrá una duración de 50 minutos aproximadamente. Con respecto a la estructura de las sesiones, se tomará como referencia la propuesta por López (2015), realizando algunas variables sobre la misma.

Tomando como referencia a Habib et al. (2016), las sesiones contendrán los siguientes componentes:

1. Un componente auditivo dirigido a la similitud lenguaje-música en la percepción auditiva.
2. Un componente motor, centrándose principalmente en la producción de ritmo e imitación.
3. Un componente transmodal, haciendo hincapié en el procesamiento simultáneo de información de diferentes modalidades que incluyan la auditiva, visual, sensorial y motora, así como sus combinaciones.

Tabla 1. Estructura de las sesiones.

Estructura de las sesiones
Canción de bienvenida - Momento inicial de adaptación y motivación
Primera actividad - Actividades orientadas a trabajar los objetivos específicos de la propuesta
2.1. Tarea 1
2.2. Tarea 2
3. Diálogo verbal y /o musical - Expresión verbal y/o musical
Segunda actividad - Actividades orientadas a trabajar los objetivos específicos de la propuesta
4.1. Tarea 1
4.2. Tarea 2
5. Despedida verbal y musical - Recapitulación de lo realizado en la sesión, expresión de lo vivido y cierre de la misma

Nota: Adaptado de López (2015)

Además, muchas de las actividades propuestas se basan en el ritmo como eje principal, debido a su repercusión en relación con los objetivos establecidos (Flaughnacco et al., 2014). También, se utilizará una variedad de técnicas de musicoterapia que incluyen música y movimiento, escucha activa de música, cantos grupales, juegos musicales, dramatizaciones, improvisaciones, entrenamiento rítmico y lectura, canto y análisis de letras, entre otras. También se incluye el procedimiento cloze, el cual es un procedimiento en el que los estudiantes deben rellenar con palabras los espacios en blanco de las letras de las canciones tras haber escuchado la canción completa, fomentando su escucha activa, atención y concentración (Kennedy y Scott, 2005).

Las actividades están diseñadas teniendo en cuenta su naturaleza multisensorial, brindando numerosas oportunidades a los estudiantes para que puedan tener éxito y aumentar su autoestima. Asimismo, se tratará de crear un vínculo terapéutico con los usuarios, intentando generar un clima de

confianza y seguridad en el que los participantes puedan expresarse libremente y desarrollar sus potencialidades al máximo.

Recursos

- Humanos: un musicoterapeuta y el equipo multidisciplinar del centro educativo.
- Materiales: Aula de música, pantalla digital, proyector, ordenador con acceso a internet, altavoces, piano, teclado, pentagrama de suelo, guitarra, yambés, instrumentos de pequeña percusión (Orff), campanas afinadas, pelotas de tenis, etc.

Recogida y análisis de datos

La evaluación es una fase imprescindible en toda intervención musicoterapéutica, por lo que durante la tercera fase de la propuesta se realizará una evaluación inicial, continua y final de los participantes, teniendo como finalidad efectuar el seguimiento de la consecución de los objetivos establecidos. Se comenzará con una evaluación inicial, la cual servirá para conocer el estado inicial de las habilidades lectoras de los participantes (lectura oral, fluidez y comprensión lectora), su grado de atención, impulsividad y autoestima, y así poder comparar tales resultados con los obtenidos durante y tras la implementación de la propuesta. Para ello, una semana previa al comienzo de las sesiones se tendrá un encuentro con cada uno de los participantes para llevar a cabo tal evaluación. Asimismo, se volverá a evaluar a los usuarios tras las cuatro primeras sesiones y, finalmente, tras completar las ocho intervenciones de la propuesta.

Tabla 2. Evaluación de la propuesta.

Antes de la intervención	Durante la intervención	Tras la intervención
Reunión inicial con el equipo multidisciplinar. Recogida de información relevante de los beneficiarios.	Reunión con el equipo multidisciplinar. Tras las cuatro primeras sesiones de la propuesta.	Reunión final con el equipo multidisciplinar. Al finalizar la implementación de la propuesta.
Evaluación inicial de los participantes.	Evaluación continua de los participantes.	Evaluación final de los participantes.
	Observación sistemática (hojas de registro). Diario de reflexión personal.	Ficha de registro para la evaluación final.
Test estandarizados		
Escala Magallanes de Lectura y Escritura, Test de Análisis de Lectura y Escritura (EMLE: TALE-2000) - habilidades lectoras.		
Escala de autoestima de Rosenberg - grado de autoestima.		

Nota: Elaboración propia.

Igualmente, para poder evaluar los logros de los beneficiarios, el musicoterapeuta registrará a través de la observación sistemática la información relevante de cada participante en cada una de las sesiones, utilizando hojas de registro que permitirán valorar el progreso a lo largo de la intervención. También podrá emplear un diario de reflexión personal donde anotar diversas ideas, sentimientos o impresiones. Asimismo, al finalizar la fase de intervención se cumplimentará una ficha para registrar la evolución de los beneficiarios a lo largo de las sesiones en relación con los diferentes objetivos específicos.

Por otro lado, se emplearán tests estandarizados que se muestran en la Tabla 2 para evaluar las habilidades de lectura y el nivel de autoestima de los beneficiarios.

Resultados

Al presentar una propuesta de intervención con un planteamiento hipotético, la cual no ha sido llevada a cabo, no se disponen de resultados reales que comentar. No obstante, teniendo en consideración las investigaciones anteriormente citadas que destacan la efectividad de la música en personas disléxicas, se esperan obtener resultados positivos en relación con los objetivos planteados. Resultaría previsible alcanzar mejoras en las habilidades lectoras, puesto que así lo destacan diversos autores (Register et al., 2007; Cogomora et al., 2012; Habib et al., 2016 y Standley, 2008). Asimismo, Flaugnacco et al. (2015) probaron el efecto positivo del entrenamiento musical mediante la percepción y las habilidades rítmicas en la mejora de las habilidades fonológicas y de lectura en niños disléxicos. Igualmente, a través del canto y los juegos rítmicos se fomenta el desarrollo de habilidades auditivas, motoras y lingüísticas, suponiendo un apoyo multisensorial para los disléxicos (Overy, 2000, 2006) y diversos estudios apoyan el uso eficaz de la música para mejorar la atención y concentración (Wolfe y Noguchi, 2009; Pasiali et al., 2014; Gfeller, 1999; Jellison, 2000; Madsen y Alley, 1979).

También, se espera una valoración positiva por parte de los participantes sobre la experiencia musicoterapéutica, ya que la propuesta podría considerarse altamente motivadora, pues facilita la libre expresión, la comunicación y la participación conjunta, fomentando el sentido de pertenencia a un grupo en la realización de tareas grupales, lo cual da lugar a un aumento considerable de la autoestima y seguridad de los beneficiarios (Montello, 1998).

CONCLUSIONES

A pesar de la existencia de gran variedad de estudios que tratan de establecer relaciones significativas entre el entre-

namiento musical, las actividades y capacidades musicales y el tratamiento de las habilidades lectoras en disléxicos, no son suficientes para establecer unas conclusiones estables y unificadas al respecto. Consecuentemente, existe cierta incertidumbre sobre la eficacia de la musicoterapia en las habilidades lectoras de los estudiantes disléxicos, así como la insuficiencia de estudios científicos al respecto. Por lo tanto, se podría justificar la necesidad de una mayor investigación en este ámbito y población, con el fin de destacar y comunicar los beneficios de la musicoterapia y dar valor científico a esta disciplina. También se podría llevar a cabo un futuro estudio para comprobar los beneficios de la musicoterapia en el tratamiento de la dislexia en relación con las habilidades lectoras, autoconfianza y autoestima, vinculando tales mejoras con el rendimiento académico de los estudiantes. Para finalizar, habría que llevar a la práctica la propuesta de intervención diseñada con el fin de poder valorar la efectividad de esta y así demostrar los beneficios de la musicoterapia al respecto.

Financiación

Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiación institucional.

Conflictos de intereses

La realización del presente proyecto de intervención no acarrea conflicto de interés alguno.

Contribuciones de autor

La autora declara ser la responsable del desarrollo intelectual de la propuesta, así como de la redacción del presente artículo.

Citación

Pérez-Llorens, A. (2022). Mejorar las habilidades lectoras y la autoestima en estudiantes con dislexia. una propuesta de intervención musicoterapéutica. *Revista Misostenido*, 3, 35- 43.

Recibido: 26 enero de 2022

Aceptado: 1 marzo de 2022

Publicado: 10 abril de 2022

REFERENCIAS

Alexander-Passe, N. (2007). The sources and manifestations of stress amongst school-aged dyslexics, compared with sibling controls. *Dyslexia*, 14, 291-313. <https://doi.org/10.1002/dys.351>

- Anvari, S. H., Trainor, L. J., Woodside, J. & Levy, B. A. (2002). Relations among musical skills, phonological processing, and early reading ability in preschool children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 83(2), 111-130. [https://doi.org/10.1016/S0022-0965\(02\)00124-8](https://doi.org/10.1016/S0022-0965(02)00124-8)
- Artigas-Pallarés, J. (2002). Problemas asociados a la dislexia. *Revista de Neurología*, 34(1), 7-13. <https://doi.org/10.33588/rn.34S1.2002063>
- Besson, M., Chobert, J. & Marie, C. (2011). Transfer of training between music and speech: common processing, attention, and memory. *Frontiers in Psychology*, 2(94). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00094>
- Cogo-Moreira, H., Andriolo, R., Yazigi, L., Ploubidis, G., Brandao de Ávila, C. R. & Mari, J. (2012) Music education for improving reading skills in children and adolescents with dyslexia. *Cochrane Library: Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009133.pub2>
- De la Peña, C. y Bernabéu, E. (2018). Dislexia y discalculia: una revisión sistemática actual desde la neurogenética. *Universitas Psychologica*, 17(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsyl7-3.ddrs>
- Etchepareborda, M. C. (2002). Detección precoz de la dislexia y enfoque terapéutico. *Revista de Neurología*, 34(1), 13-23. <https://doi.org/10.33588/rn.34S1.2002041>
- Flaugnacco, E., Lopez, L., Terribili, C., Montico, M., Zoia, S. & Schön, D. (2015). Music Training Increases Phonological Awareness and Reading Skills in Developmental Dyslexia: A Randomized Control Trial. *PLoS ONE*, 10(9), e0138715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138715>
- Flaugnacco, E., Lopez, L., Terribili, C., Zoia, S., Buda, S., Tilli, S., Monasta, L., Montico, M., Sila, A., Ronfani, L. & Schön, D. (2014). Rhythm perception and production predict reading abilities in developmental dyslexia. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 392. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00392>
- Forgeard, M., Schlaug, G., Norton, A., Rosam, C., Iyengar, U. & Winner, E. (2008). The relation between music and phonological processing in normal-reading children and children with dyslexia. *Music Perception*, 25(4), 383-390. <https://doi.org/10.1525/mp.2008.25.4.383>
- Forteza, D., Fuster, L. y Moreno-Tallón, F. (2019). Barreras para el Aprendizaje y la Participación en la Escuela del Alumnado con Dislexia: Voces de familias. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 8(2), 113-130. <https://doi.org/10.15366/riejs2019.8.2.006>
- Gfeller, K. E. (1999). Music therapy in the schools. En Davis, W. B., Gfeller, K. E. & Thaut, M. H. (Eds.). *An introduction to music therapy: Theory and practice* (pp. 259-272). McGraw-Hill.
- Goswami, U., Huss, M., Mead, N., Fosker, T. & Verney, J. P. (2013). Perception of patterns of musical beat distribution in phonological development dyslexia: Significant longitudinal relations with word reading and reading comprehension. *Cortex*, 49(5), 1363-1376. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.05.005>
- Habib, M., Lardy, C., Desiles, T., Commeiras, C., Chobert, J. & Besson, M. (2016). Music and Dyslexia: A New Musical Training Method to Improve Reading and Related Disorders. *Frontiers in Psychology*, 7(26), 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00026>
- Jellison, J. A. (2000). A content analysis of music research with disabled children and youth (1975-1999): Applications in special education. En Smith, D. S. (Ed.). Effectiveness of music therapy procedures: Documentation of research and clinical practice (pp. 199-264). Silver Spring, MD. *The American Music Therapy Association*.
- Kennedy, R. & Scott, A. (2005). A Pilot Study: The Effects of Music Therapy Interventions on Middle School Students' ESL Skills. *Journal of Music Therapy*, 42(4), 244-261. <https://doi.org/10.1093/jmt/42.4.244>
- López, A. (2015). Musicoterapia con adolescentes bajo medidas judiciales en régimen abierto. *Música, Terapia y comunicación*, 35, 31-48.
- Louleli, N., Hämäläinen, J. A., Nieminen, L., Parviainen, T. & Leppänen, P. H. T. (2020). Dynamics of morphological processing in pre-school children with and without familial risk for dyslexia. *Journal of Neurolinguistics*, 56, 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2020.100931>

- Madsen, C. K. & Alley, J. M. (1979). The effect of reinforcement on attentiveness: A comparison of behaviorally trained music therapists and other professionals with implications for competency-based academic preparation. *Journal of Music Therapy*, 16(2), 70-82. <https://doi.org/10.1093/jmt/16.2.70>
- Madsen, S. (1991). The effect of music paired with and without gestures on the learning and transfer of new vocabulary: experiment-derived nonsense words. *Journal of Music Therapy*, 28(4), 222-230. <https://doi.org/10.1093/jmt/28.4.222>
- Mina, F., Darweesh, M. E., Khavab, A. N. & Serag S. M. (2021). Role and efficacy of music therapy in learning disability: a systematic review. *The Egyptian Journal of Otolaryngology*, 37(1). <https://doi.org/10.1186/s43163-021-00091-z>
- Montello, L. (1998). Effects of active versus passive group music therapy on preadolescents with emotional, learning, and behavioral disorders. *Journal of Music Therapy*, 35(1), 49-67. <https://doi.org/10.1093/jmt/35.1.49>
- Overy, K. (2000). Dyslexia, temporal processing, and music: the potential of music as an early learning aid for dyslexic children. *Psychology of Music*, 28, 218-229. <https://doi.org/10.1177/0305735600282010>
- Overy, K. (2006). Dyslexia and Music. From Timing Deficits to Musical Intervention. *The New York Academy of Sciences*, 999(1), 497-505. <https://doi.org/10.1196/annals.1284.060>
- Pasiali, V., LaGasse, A. B. & Penn, S. L. (2014). The effect of musical attention control training (MACT) on attention skills of adolescents with neurodevelopmental delays: A pilot study. *Journal of Music Therapy*, 51(4), 333-354. <https://doi.org/10.1093/jmt/thu030>
- Peterson, R. L. & Pennington, B. F. (2012). Developmental dyslexia. *Lancet*, 379(9830), 1997-2007. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60198-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60198-6)
- Przybylski, L., Bedoin, N., Krifi-Papoz, S., Herbillon, V., Roch, D., Léculier, L., Kotz, S.A. y Tillmann, B. (2013). Rhythmic auditory stimulation influences syntactic processing in children with developmental language disorders. *Neuropsychology*, 27(1), 121-131. <https://doi.org/10.1037/a0031277>
- Ramus, F., Rosen, S., Dakin, S. C., Day, B. L., Castellote, J. M., White, S. y Frith, U. (2003). Theories of developmental dyslexia: insights from a multiple case study of dyslexic adults. *Brain*, 126(4), 841-865. <https://doi.org/10.1093/brain/awg076>
- Register, D., Darrow, A., Standley, J. y Swedberg, O. (2007). The Use of Music to Enhance Reading Skills of Second Grade Students and Students with Reading Disabilities. *Journal of Music Therapy*, 44(1), 23-37. <http://dx.doi.org/10.1093/jmt/44.1.23>
- Serrano, F. y Defior, S. (2008). Dyslexia speed problems in a transparent orthography. *Annals of Dyslexia*, 58, 81-95. <http://dx.doi.org/10.1007/s11881-008-0013-6>
- Snowling, M. J., Hulme, C. y Nation, K. (2020). Defining and understanding dyslexia: past, present, and future. *Oxford Review of Education*, 46(4), 501-513. <https://doi.org/10.1080/03054985.2020.1765756>
- Soriano-Ferrer, M. y Piedra, E. (2017). Una revisión de las bases neurobiológicas de la dislexia en población adulta. *Neurología*, 32(1), 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.08.003>
- Standley, J.M. (1997). Evaluation of an early intervention music curriculum for enhancing prereading/writing skills. *Music Therapy Perspectives*, 15, 79-85.
- Standley, J. M. (2008). Does music instruction help children learn to read? Evidence of a meta-analysis. *Update: Applications of Research in Music Education*, 27, 17-32. <http://dx.doi.org/10.1177/8755123308322270>
- Sugaya, A., Fukushima, K., Takao, S., Kasai, N., Maeda, Y., Fujiyoshi, A., Kataoka, Y., Kariya, S. y Nishizaki, K. (2019). Impact of reading and writing skills on academic achievement among school-aged hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 126. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.109619>
- Vellutino, F.R., Fletcher, J.M., Snowling, M.J. y Scanlon, D.M. (2004). Specific reading disability (dyslexia): What have we learned in the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(1), 2-40. <https://doi.org/10.1046/j.0021-9630.2003.00305.x>
- Wolfe, D.E. y Noguchi, L.K. (2009). The use of music with young children to improve sustained attention during a vigilance task in the presence of auditory distractions. *Journal of music therapy*, 46(1), 69-82. <https://doi.org/10.1093/jmt/46.1.69>

GEL MUSICAL



INTERVENCIÓN CON MUSICOTERAPIA PARA MUJERES EMBARAZADAS EN UNA ESCUELA DE MÚSICA

MUSIC THERAPY INTERVENTION DURING PREGNANCY IN A MUSIC SCHOOL

Patricia González Calle

Escuela Municipal de Música y Danza de Las Gabias

Correspondencia: pgc18395@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0373-9647>

Resumen

Para numerosas mujeres el embarazo es una etapa única en la que experimentan emociones y sensaciones agradables, pero también aparecen momentos de dudas e incertidumbre. Desde hace algunos años la musicoterapia se ha consolidado como una disciplina capaz de atender algunas de las necesidades que presentan las madres durante la gestación, como reducir el estrés y la ansiedad o fortalecer el vínculo prenatal.

La presente investigación tiene como finalidad diseñar y ejecutar un proyecto de intervención musicoterapéutica con mujeres embarazadas, para facilitar la reducción del estrés y la ansiedad y el fortalecimiento del vínculo con sus bebés. La propuesta se ha llevado a cabo durante ocho sesiones, a través de actividades basadas en el canto, la escucha musical activa y la improvisación en la Escuela Municipal de Música y Danza del municipio granadino de Las Gabias. Con todo ello, se ha comprobado que la musicoterapia es un método efectivo para incrementar el bienestar de las mujeres embarazadas y sus hijos, propiciando el cuidado de la salud mental y un estilo de vida saludable.

Palabras clave

Embarazo, musicoterapia, vínculo prenatal, ansiedad.

Abstract

Pregnancy is a unique stage for many women that makes them experience various emotions and pleasant sensations, yet there is also room for doubts and uncertainty in this process. For some years now, music therapy has been established as a discipline capable of meeting the needs of mothers during pregnancy, such as reducing stress and anxiety levels or strengthening the mother and child bond.

This study aims to design and implement a music therapy social project involving pregnant women to reduce their stress and anxiety levels and strengthen prenatal bonding. This proposal has been carried out at Escuela Municipal de Música y Danza Las Gabias, a town within the province of Granada. It has been developed through eight sessions which employed activities like singing, improvisation and active music listening. As a result, music therapy has been proved as an effective method to increase the well-being of pregnant women and their children, furthering their mental health care, and promoting a healthy lifestyle.

Keywords

Pregnancy, music therapy, prenatal bonding, anxiety.

INTRODUCCIÓN

Gracias a los avances científicos en las últimas décadas, ha sido posible comprender numerosos detalles acerca del desarrollo y el comportamiento fetal. Este mayor conocimiento ha permitido desterrar la idea de que los bebés que es-

tán en el vientre no reciben estímulos ni se relacionan con el exterior. De hecho, los investigadores otorgan especial importancia a la información que reciben los fetos, a cómo la procesan y a las respuestas que producen. Mercadal Brotons y Martí (2010) señalan que el modo en el que los bebés perciben su entorno condiciona de forma notable su

desarrollo intrauterino, pero también su crecimiento una vez que llegan al mundo.

Federico (2011) asegura que la audición es el único sentido que permite a los bebés comunicarse con el exterior. Por su parte, Ibarrola (2012) destaca que los seres humanos nacen inmaduros en cuanto a la mayoría de las funciones más importantes a excepción de la audición. El aparato auditivo fetal se termina de desarrollar aproximadamente en la decimocuarta semana de gestación y a partir de este momento se captan los primeros sonidos, comenzando por aquellos que provienen del cuerpo materno. Alrededor de la vigesimoquinta semana, momento en el que el nervio auditivo comienza a ser operativo, los fetos perciben los sonidos del exterior y comienzan a reaccionar a ellos. Recientemente, López et al. (2015) han comprobado que, a partir de la decimosexta semana de embarazo, los fetos reaccionan moviendo la boca cuando escuchan una melodía a través de la vagina y que estos movimientos se incrementan conforme van pasando las semanas y el bebé crece. Así pues, los investigadores han resaltado la importancia que tiene la audición para favorecer el desarrollo del bebé y establecer un canal de comunicación con su entorno (Graven y Browne, 2008).

La etapa prenatal es un periodo en el que surgirán nuevas necesidades relacionadas con el correcto desarrollo del bebé y el fortalecimiento del vínculo con su madre. Además, se presentarán grandes desafíos para las mujeres: nuevas experiencias, cambios físicos y emocionales, inseguridades o temores que pueden provocar un aumento en los niveles de estrés y ansiedad, influyendo negativamente en el embarazo.

Como señalan Persico et al. (2017) la musicoterapia puede convertirse en una herramienta adecuada para atender las necesidades que presentan las futuras madres y sus hijos en la etapa prenatal. A través de la música es posible desarrollar y fortalecer el vínculo entre la madre y el bebé, además de propiciar un ambiente tranquilo y relajado que repercutirá de forma positiva en el bienestar de ambos. Durante los últimos años, numerosas intervenciones musicoterapéuticas se han llevado a cabo de forma exitosa en distintos contextos como hospitales o centros de salud en nuestro país (Arranz Betegón et al., 2017; García González et al., 2017; García González et al., 2018b). Sin embargo, cada vez es más frecuente que otros espacios ofrezcan programas de musicoterapia especialmente diseñados para satisfacer las necesidades de las futuras madres y sus hijos. Las escuelas de música, que no están sujetas a la normativa que impone la educación musical reglada, se están consolidando como lugares en los que ofrecer este tipo de actividades. Por este motivo, se ha considerado llevar a cabo la presente investi-

gación en una escuela de música en el municipio granadino de Las Gabias.

Musicoterapia para favorecer el desarrollo del bebé y fortalecer el vínculo prenatal

Graven y Browne (2008) sostienen que es necesario que los bebés sean expuestos a diferentes estímulos auditivos como la voz o la música durante el embarazo, para que sus células neuronales conecten de forma óptima el oído con el cerebro. Asimismo, afirman que, aparte de mejorar las conexiones en las áreas cerebrales relacionadas con la audición y el lenguaje, gracias a la estimulación auditiva se crean conexiones con el sistema límbico, encargado de las emociones. Aunque no distinga las palabras y su significado, el bebé es capaz de discernir entre los distintos estados emocionales de las personas que le hablan o de la música que escucha. Por esta razón, es fundamental que la madre y su entorno presten especial atención a la manera en la que se comunican con el bebé. Un feto que percibe el afecto, cariño y emoción de las personas que le esperan crecerá en un ambiente seguro y confortable, y esto le permitirá crecer y desarrollarse de manera óptima (Federico, 2001).

Siguiendo esta línea, Ruan et al. (2018) destacan que la intervención con musicoterapia junto al habla materna puede ser beneficiosa para reducir la posibilidad de que los niños desarrollen comportamientos relacionados con el trastorno del espectro autista. Andrés y Gutiez (2018) coinciden con los estudios anteriores, incidiendo en la importancia de la estimulación durante la gestación. Las autoras explican que la utilización de música es muy frecuente en los programas de educación prenatal. Igualmente, señalan que, a través de este tipo de intervenciones, se busca concienciar a los futuros padres para que sigan un estilo de vida saludable y estimulen a sus hijos desde antes del nacimiento, con el objetivo de que el desarrollo de los bebés sea óptimo.

Uno de los pilares fundamentales sobre los que se asienta la educación prenatal es el vínculo entre las madres y sus hijos. Andrés y Gutiez (2018) inciden en que ayuda a disminuir los miedos de los progenitores, aporta confianza y seguridad a la madre para afrontar los problemas que puedan ocasionarse, acrecienta la sensibilidad para comprender a la pareja y al hijo, y anima a adoptar hábitos de vida saludables que protejan la salud de la madre y el bebé. Las aportaciones de Nakata y Trehub (2004), Carolan et al. (2012b), Persico et al. (2017) y Wulff et al. (2021) evidencian que el canto materno y las canciones de cuna durante y después del embarazo ayudan a fortalecer el vínculo entre madres e hijos y repercuten de forma positiva en el bienestar de ambos.

Musicoterapia para reducir el estrés y la ansiedad durante el embarazo

Según Chang et al. (2008), la gestación puede ser una etapa difícil para las mujeres, ya que aparecen importantes retos fisiológicos y psicológicos que tienen que enfrentar. Liu et al. (2016), Federico (2011), Gratacós y Escales (2017), entre otros, enumeran también algunos de estos desafíos que provocan un aumento del estrés y la ansiedad de las futuras madres: cambios emocionales, físicos, dolores y molestias constantes producidos por la alteración hormonal y el crecimiento del feto, cansancio y disminución de la calidad del sueño, alteración de la dinámica con la pareja y el entorno, inquietud por su salud y la del bebé con numerosas pruebas médicas, preocupación por el parto, dudas sobre la crianza y la maternidad, y nuevas cargas económicas.

Carolan et al. (2012b) indican cómo aquellas mujeres que desarrollan su embarazo con miedo, ansiedad y problemas que no llegan a resolver tienen una mayor probabilidad de padecer desajustes y depresión antes y después del parto. Además, el estrés puede provocar que el vínculo entre la madre y el bebé no sea sólido (Andrés & Gutiez, 2018).

No se debe olvidar que durante la gestación madre e hijo forman una única entidad y todo lo que ocurre en el cuerpo de la mujer afecta al bebé. Cuando las madres están estresadas generan cortisol, que pasa a sus hijos a través de la placenta. Por lo tanto, el estrés puede generar también problemas en el feto y su desarrollo, como la disminución de la actividad cerebral, la variabilidad de la frecuencia cardíaca y los movimientos corporales del bebé. Además, es presumible que aparezcan defectos congénitos o meconio en el líquido amniótico. (García et al., 2017). Teckenberg-Jansson et al. (2019) señalan cómo los bebés cuyas madres sufren estrés medio o moderado durante el embarazo pueden tener un peso y talla menores que los correspondientes para su edad gestacional o pueden nacer de forma prematura. A largo plazo, los niños tienen un riesgo mayor de padecer depresión, ansiedad o problemas relacionados con trastornos de la conducta como el TDAH. El estrés puede afectar también a su desarrollo físico y cognitivo e incluso a su sistema inmunológico.

Ante la aparición del estrés y la ansiedad, cada vez son más numerosas las mujeres embarazadas y profesionales que demandan un tratamiento no farmacológico para evitar los posibles efectos adversos de la medicación en las mujeres y sus hijos. Desde hace dos décadas la musicoterapia se ha consolidado como un tratamiento efectivo ante el estrés y la ansiedad durante el embarazo. Desde hace aproximadamente seis años, la proliferación de distintos estudios ha

aumentado de forma notable, observando los beneficios que produce la terapia musical en mujeres con embarazos de alto riesgo que permanecen hospitalizadas (Arranz et al., 2017; Bauer et al., 2010; Yang et al., 2009; Toker & Kömürçü, 2016; Teckenberg-Jansson et al., 2019) durante la realización de pruebas específicas o el parto (Erkun & Basar, 2019; García et al., 2018a; García et al., 2018b; Kafali et al., 2010), o como talleres complementarios al trabajo que se realiza desde los centros de salud u hospitales (Carolan et al., 2012b; Chang et al., 2018; Chang et al., 2015; Liu et al., 2016; Nwebube et al., 2017).

El uso de la música es muy apropiado para intervenciones de este tipo por su poder para evocar sensaciones y emociones, además de ser una actividad lúdica y amena para las participantes, que les permite olvidar sus preocupaciones cotidianas. Carolan et al., (2012a) destacan que escuchar música y a la vez crear imágenes mentales puede ser útil para alcanzar un mayor estado de relajación. Si además está acompañada de letra, su gran poder sugestivo aumenta. Los investigadores señalan también que la música, por su contenido estético, puede ser útil para favorecer la expresión de sentimientos de plenitud y belleza y ayudar a las madres a expresar sus emociones en un momento en el que aparece una nueva sensibilidad y revolución creativa. Asimismo, es una herramienta adecuada para exteriorizar emociones complejas y puede actuar como un bálsamo, ayudando a relajarse y calmar las preocupaciones.

Los autores previamente citados consideran que la realización de los talleres de musicoterapia en grupo es muy positiva para las mujeres. Es una oportunidad para que compartan experiencias similares, miedos, preocupaciones, pero también el placer y la alegría con otras compañeras que se encuentran en una situación parecida. El hecho de compartir este espacio íntimo junto a otras mujeres aporta a las futuras madres seguridad y fortaleza para afrontar los posibles retos que aparezcan. Por este motivo, se ha considerado que esta intervención debía llevarse a cabo con un grupo de mujeres, en lugar de sesiones individuales.

Por todas las razones previamente expuestas, el principal objetivo de esta investigación ha sido diseñar una propuesta de intervención musicoterapéutica en una escuela de música destinada a mujeres embarazadas para facilitar la reducción del estrés y la ansiedad y el fortalecimiento del vínculo con sus bebés.

Materiales y Método

Participantes

La intervención se ha llevado a cabo en una escuela de música municipal en la localidad granadina de Las Gabias.

Esta propuesta se enmarca como un nuevo espacio en la escuela en el que ofrecer una actividad destinada a mujeres embarazadas. En el taller han participado dos mujeres que acuden sin el acompañamiento de sus parejas, debido a la falta de disponibilidad por sus trabajos. En las tablas 1 y 2 se realiza una descripción más detallada de las beneficiarias:

Tabla 1:

Perfil Beneficiaria 1

Beneficiaria 1: mujer de 34 años	
Semanas de embarazo al inicio del taller	14 semanas
Enfermedades o trastornos previos	Ninguna, pero operada previamente de pólipos en las cuerdas vocales, por lo que no puede realizar ninguna actividad relacionada con el canto
Características del embarazo	Segundo embarazo tras un parto con muerte perinatal. Embarazo sin riesgo y deseado

Nota: Elaboración propia

Tabla 1:

Perfil Beneficiaria 1

Beneficiaria 2: mujer de 41 años	
Semanas de embarazo al inicio del taller	32 semanas
Enfermedades o trastornos previos	Ninguna
Características del embarazo	Primer embarazo, sin riesgo y deseado

Nota: Elaboración propia

Estímulos y medidas

La música que se ha empleado en este estudio tiene unas características muy concretas para adecuarse a las necesidades de los bebés y de sus madres. Se han utilizado grabaciones, pero el canto y el uso de instrumentos de pequeña percusión han sido también esenciales. Wulff et al. (2021) aseguran que a través del canto las mujeres tienen un mayor control de su respiración (esencial en el momento del parto), disminuyen sus niveles de estrés y fortalecen su apego con los bebés. Asimismo, Teckenberg-Jansson et al. (2019) afirman que la ejecución de música tiene mayores beneficios que la “simple” escucha musical.

Como indican Mercadal-Brotons y Martí (2010), el oído del feto percibe mejor los sonidos agudos. Por eso, han predominado las melodías agudas, sencillas y fluidas con instrumentos como el violín, la flauta travesera, la guitarra, el arpa o el piano. Siguiendo a Chang et al. (2008) se han seleccionado grabaciones en las que los timbres no fueran estridentes, con predominio de instrumentos de cuerda, algunos de viento madera y el uso de sintetizadores. La voz materna ha jugado un papel esencial, ya que está siempre

presente en el universo fetal y los bebés son capaces de reconocerla incluso antes de nacer (Kisilevsky et al., 2009).

Uno de los sonidos que siempre está presente en el universo fetal es el latido cardíaco de su madre, que aporta al bebé seguridad y tranquilidad (Graven & Browne, 2008). Está comprobado que el ritmo cardíaco es capaz de adecuarse al pulso musical. Por eso, el tempo de la música empleada en este estudio ha sido tranquilo y regular, entre sesenta y ochenta b.p.m. para asemejarse lo máximo posible al latido del corazón en reposo (Chang et al., 2015; García et al., 2017). Como señala Federico (2001), el oído de los futuros bebés es muy sensible y los sonidos fuertes pueden dañar su audición. Por eso la música nunca ha superado los 60 o 70 dB.

Respecto a los géneros Liu et al. (2016) recomiendan la música clásica, música tradicional del lugar de procedencia de las madres, música que evoque los sonidos de la naturaleza o New Age. Siguiendo a Persico et al. (2017) y a Wulff et al. (2021) las canciones de cuna, las canciones infantiles y las preferencias de las madres han tenido también bastante protagonismo, ya que son muy adecuadas para estrechar el vínculo madre-hijo y para motivar a las mujeres.

Por todo ello, se han seleccionado las siguientes obras musicales, tratando de adecuarse lo máximo posible a los criterios mencionados anteriormente: Le jardin féérique, perteneciente a Ma Mère l'Oye de Maurice Ravel; nana Arrorró (popular); álbum Discreet music de Brian Eno; Coro a bocca chiusa, perteneciente a la ópera Madama Butterfly de Giacomo Puccini; La aventura de vivir de Manuel Carrasco; Ave María de Giulio Caccini; álbum Animamina de Amiina; Granada, perteneciente a la Suite Española de Isaac Albéniz; Trigales verdes de El Consorcio; Gymnopédie No.1, de Erik Satie; Estaba una pastora (popular); álbum The Celts de Enya.

Para la recogida y posterior análisis de los datos se han empleado cuestionarios, hojas de registro y hojas de observación diseñadas específicamente para esta intervención. Se han elaborado dos cuestionarios: un cuestionario inicial para completar durante la primera sesión y un cuestionario online para el registro personal de las actividades musicales realizadas por las beneficiarias en sus domicilios.

Con el cuestionario inicial se han recogido los datos personales de las beneficiarias y se han conocido cuestiones relacionadas con el desarrollo del embarazo y sus preferencias musicales. Por su parte, el formulario online se ha diseñado con el propósito de que las mujeres tengan una herramienta para anotar el tipo de actividad, su duración, sus sensaciones físicas y sus emociones antes y después de realizar

las. Mediante las hojas de registro se ha podido llevar un control de distintos aspectos relacionados con el transcurso de las sesiones, tales como la fecha, la hora, el lugar, el número de participantes o la duración. Además, se ha diseñado para que la investigadora pueda evaluar su propio trabajo y anotar cuestiones relativas al desarrollo general de las sesiones, como posibles interrupciones, distribución correcta del tiempo, actividades realizadas y aspectos a tener en cuenta en las sesiones consecutivas. Gracias a la hoja de observación se han podido registrar las distintas conductas de las beneficiarias y su progreso a lo largo de las sesiones.

Procedimiento

Las sesiones colectivas de musicoterapia se han realizado una vez a la semana en horario de mañana, con una duración de noventa minutos. En el diseño se plantearon ocho sesiones, pero finalmente solo se han llevado a cabo seis, debido a la falta de disponibilidad de las participantes (reincorporación al puesto de trabajo y nacimiento del bebé). En el transcurso de las sesiones se han intercalado diferentes actividades musicales con espacios dedicados a conversar y reflexionar sobre los procedimientos realizados y las posibles ideas o reflexiones que van surgiendo.

Se ha procurado que las actividades sean variadas, funcionales y sencillas para que puedan ser realizadas en las sesiones junto a la investigadora, pero también en los domicilios de manera individual. En cada sesión se han realizado varias de las siguientes actividades:

- Escucha musical activa. Se han seleccionado cuidadosamente una serie de obras musicales para que las mujeres creen imágenes mentales a la vez que escuchan la música. Guiadas por la investigadora, cada obra seleccionada se ha relacionado con un tema o situación para que las mujeres imaginen mientras la música suena. Las beneficiarias se han colocado sentadas en las sillas con los ojos cerrados. Se ha indicado que pueden acariciar su vientre mientras la música se reproduce, ya que como señalan Ibarrola (2012) y Gratacós y Escales (2017) gracias a las caricias se puede establecer una comunicación con los bebés y mandarles un mensaje de amor y cariño. Después de la escucha se han comentado los detalles de lo que han imaginado y sus sensaciones, emociones, etc.
- Canto. Antes de realizar los ejercicios de canto, se han explicado de manera teórica las diferencias entre la respiración diafragmática y la respiración torácica. Se han realizado diferentes ejercicios de calentamiento para adquirir consciencia de la respiración y se ha animado a las participantes a cantar utilizando la res-

piración diafragmática, indicando los lugares de las canciones más apropiados para coger el aire. Una de las mujeres no puede cantar debido a problemas en las cuerdas vocales, pero tiene conocimientos musicales. Por eso, ha utilizado un metalófono para tocar las melodías de las canciones y sentir las respiraciones con las distintas frases musicales. Para cantar se han seleccionado nanas, canciones infantiles y algunas canciones elegidas por de las participantes y la investigadora ha realizado el acompañamiento con el piano.

- Improvisación. Se han realizan dos tipos de improvisación: sobre las letras de las canciones e improvisación con instrumentos de pequeña percusión. En la primera, una vez que se han interiorizado las melodías y formas de las canciones se ha pedido a las participantes que creen su propia estrofa con el mensaje que quieran transmitir a sus hijos. En las improvisaciones instrumentales, cada beneficiaria ha utilizado un instrumento de pequeña percusión para acompañar las canciones como deseen una vez que se han interiorizado.

- Composición de canciones. Ayudadas por la investigadora se han compuesto canciones personales para los bebés. Cada participante ha elegido un tema o mensaje sobre el embarazo, sobre su hijo, etc., y ha confeccionado la música junto a la investigadora.

- Relajación con música. Esta actividad se ha realizado al final de las sesiones. Las mujeres se han tumbado en una esterilla y se ha dispuesto un ambiente tranquilo y silencioso con una luz tenue. Mientras suena música tranquila la investigadora guía la relajación. Los diferentes ejercicios están basados en técnicas como la meditación, la relajación muscular progresiva de Jacobson o la relajación de Schultz, siguiendo el ejemplo de Akmeşe y Oran (2014).

Aprobación ética

Los procedimientos llevados a cabo en este proyecto se han realizado de acuerdo con las normas éticas establecidas en el Código Ético para los Musicoterapeutas Profesionales en España. Asimismo, la autora declara que tiene en su poder los documentos relativos al consentimiento informado de las dos beneficiarias y que se ha respetado en todo momento la privacidad de las participantes, así como la confidencialidad de toda la información y datos recogidos.

Análisis de datos

Cada semana durante la ejecución del proyecto, se organizaron y etiquetaron las distintas hojas de registro, las hojas de observación y los cuestionarios. Igualmente, se fueron anotando los comentarios y actitudes observadas durante las sesiones. De este modo se ha podido organizar y clasificar la información de cada beneficiaria de forma cronológica.

Los datos obtenidos de 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 podido observar, por ejemplo, cuál ha sido la asistencia de las participantes a las sesiones, si ha habido cambios en las conductas observables o si la distribución del tiempo por parte de la investigadora ha sido correcta.

Las anotaciones recogidas en las hojas de registro y observación, así como en las preguntas abiertas de los cuestionarios han aportado datos de carácter cualitativo. Por lo tanto, se ha realizado un análisis temático extrayendo las ideas esenciales de cada participante en cada sesión y comprobando si eran comunes a las de la otra beneficiaria o variaron con el transcurso del tiempo.

Resultados

Respecto al seguimiento de las sesiones, hay que señalar que la Beneficiaria 1 asistió al 75%, mientras que la Beneficiaria 2 asistió 62,5%. Al comienzo de la intervención, la primera beneficiaria se encontraba en situación de ERTE, pero tuvo que incorporarse a su puesto de trabajo y acudir a las sesiones fue incompatible con su nueva situación laboral. En el caso de la Beneficiaria 2, su avanzada gestación le impidió acudir a la sesión número seis y el nacimiento de su hijo se produjo antes de finalizar la intervención. Pese a estas situaciones, las beneficiarias mostraron siempre una actitud muy participativa y receptiva en todas las actividades propuestas. Colaboraron e intervinieron en el 100% de las actividades realizadas y el ambiente general siempre fue ameno, agradable y distendido, con numerosos momentos para compartir e intercambiar reflexiones.

Durante la primera sesión, el bebé de la Beneficiaria 2 se movió en cuanto la investigadora hizo sonar el piano. Su madre se sorprendió gratamente y antes de irse se dirigió a la investigadora para decirle que le había parecido muy interesante y le había gustado la sesión. Esto le animó a realizar las actividades en su domicilio y la semana siguiente comentó que había efectuado algunos de los ejercicios previos. A raíz de los movimientos del bebé en el primer

encuentro, la Beneficiaria 1 manifestó que deseaba con ilusión empezar a apreciar la actividad de su hijo. Señaló que percibir el movimiento de su hija en el embarazo anterior fue una de las sensaciones más bonitas que había experimentado nunca y que solo por eso su previa gestación había merecido la pena.

En los ejercicios basados en el canto, el control de la respiración fue mejorando según avanzaban las sesiones. Sin embargo, hay que señalar que, mientras las mujeres aprendían una nueva canción, las primeras interpretaciones se centraban en cantar la letra correctamente, siguiendo el pulso y el contorno melódico, por lo que la atención se desviaba y no eran tan conscientes del control respiratorio.

En la tercera sesión, después de cantar la canción La aventura de vivir surgió una conversación interesante con la Beneficiaria 1. La mujer manifestó que, aunque la letra hablara de la amistad, la idea que subyacía se podía también extrapolar a la relación de una madre con su hijo, dado que se mencionaban temas como el apoyo incondicional o compartir una vida juntos. Expresó también que el hecho de criar a su hijo en una sociedad tan diferente a la que conoció ella en su infancia le preocupaba, ya que su intención era transmitirle los mismos valores y enseñanzas que recibió de su familia.

Con las actividades basadas en el canto y los ejercicios de relajación, las mujeres fueron capaces de tomar conciencia de sus sensaciones físicas, como detectar hacia dónde dirigían el aire cuando inhalaban o identificar algunas tensiones corporales. Las relajaciones guiadas con música fueron muy efectivas, dado que las mujeres conseguían adoptar un estado calmado y tranquilo. Esto se reflejó también en sus comentarios, porque después de llevar a cabo los ejercicios de relajación siempre aseguraban que habían conseguido relajarse y desconectar.

La escucha de música activa y la composición de la canción personal dio pie a que las mujeres pudieran expresar pensamientos positivos sobre ellas mismas y sobre su embarazo. En una de las sesiones, la Beneficiaria 2 habló de la obra Ave María del compositor Giulio Caccini y ese día se utilizó para el ejercicio de escucha activa. Mientras la música sonaba, la mujer expresó su admiración por la belleza de la pieza y señaló que la había escuchado durante el confinamiento. Esos días fueron duros para ella porque enfrentó la pérdida de un familiar querido y aseguró que la música actuó como un bálsamo. Comentó también que esa melodía le recordaba a aquellos días tristes, pero destacó su capacidad para sobreponerse a las dificultades y afrontar la vida de una forma positiva. Por su parte, la Beneficiaria 1 aportó su visión y contó también cómo había sufrido la pér-

dida de tres familiares muy importantes para ella. La conversación dio pie a que las dos se definieran como personas con un carácter muy alegre y dispuestas a disfrutar de los buenos momentos con optimismo, a pesar de haber vivido circunstancias difíciles. Ambas concluyeron que la llegada de sus hijos era un motivo para adquirir la fortaleza necesaria para hacer frente a las dificultades y disfrutar de la vida con ilusión y felicidad. Señalaron también cómo esa forma de afrontar la vida fue inculcada en sus casas desde la infancia, y ese era uno de los valores más importantes que querían transmitir a sus hijos en su nuevo hogar.

Cuando se realizó la composición de la canción Paso a paso, la Beneficiaria 1 sugirió que fuera un recorrido por las etapas estaba viviendo durante su embarazo. El título buscó reflejar los pequeños avances del proceso: desde las primeras veces que escuchó los latidos de su hijo, pasando por las sensaciones que se despertaron en ella cuando comenzó a sentir sus movimientos. Por su parte, el estribillo trató de plasmar el amor de la madre por su futuro bebé y la ilusión que para ella representaba el embarazo. Mientras trabajaba en el proceso de composición, la Beneficiaria 1 comentó cómo había pasado por una situación muy dolorosa, debido a la muerte de las mencionadas tres personas muy cercanas a ella y a la pérdida de su otra hija, que falleció antes de nacer. Aseguró que el nuevo bebé era una ilusión para ella y su familia y uno de los principales motivos para seguir adelante con fuerza y optimismo. Manifestó, además, que era un hijo muy deseado y esperado.

Respecto a los cuestionarios online entregados para evaluar el impacto de las actividades realizadas en sus domicilios, la Beneficiaria 1 solo rellenó uno, mientras que la Beneficiaria 2 completó ocho formularios. Por este motivo, los cuestionarios se han analizado de forma individual, ya que no es posible comparar los resultados entre ambas participantes.

Beneficiaria 1

La actividad que se llevó a cabo fue la escucha de música activa. Se realizó a las 16:00 de la tarde y tuvo una duración de 30 minutos. Se utilizó la música favorita de la mujer (pop actual en español). La sensación física de la beneficiaria antes de realizar la actividad era “cansancio” y en el apartado de pensamientos y emociones seleccionó también el cansancio para definir su estado. Tras la escucha musical sus sensaciones cambiaron: su cuerpo se relajó y se sintió en calma. No pudo concretar ninguna reacción del bebé, ya que aún no sentía sus movimientos. Entonces, se deduce que la actividad favoreció de manera positiva la relajación y la desaparición del cansancio.

Beneficiaria 2

Los distintos tipos de actividades que realizó están representados en el gráfico de la figura 1. Respecto a la hora de hacer las actividades, el 50% se realizaron por la mañana, el 37,5% se realizaron por la tarde y el 12,5% se realizó por la noche. La figura 2 recoge la duración de las distintas actividades.

FIGURA 1.

Tipos de actividades realizadas por la Beneficiaria 2.



Nota: Elaboración propia

FIGURA 2.

Duración de las actividades realizadas por la Beneficiaria 2.



Nota: Elaboración propia

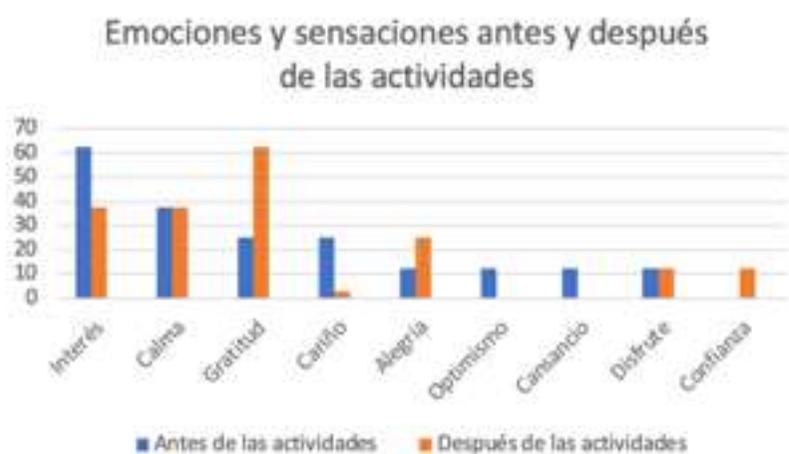
La música utilizada para las diferentes actividades fue: música que se había utilizado en las sesiones (50%), música

significativa para la beneficiaria (37,5%) y música jazz aleatoria que escuchó por la radio (12,5%).

En la figura 3 se muestran las sensaciones y emociones antes y después de realizar las actividades. Se constata la intención de la madre de dedicar un momento del día a comunicarse con su hijo mediante la música, además de ayudarle a preservar o incrementar su bienestar emocional.

FIGURA 3.

Emociones y sensaciones recogidas por la Beneficiaria 2 antes y después de realizar las actividades musicales.



Nota: Elaboración propia

Discusión y conclusiones

El desarrollo y la aplicación de este proyecto de musicoterapia ha sido beneficioso para las mujeres que han participado y también para sus futuros hijos. Gracias a esta intervención, las mujeres se han acercado a la música desde un enfoque diferente: no se trata solo de una actividad lúdica, sino que puede ayudarles a fortalecer el apego con sus hijos y a reducir su estrés. Este hecho se ha comprobado durante las sesiones, ya que desde el primer día el bebé de la Beneficiaria 2 reaccionó a la música. Su madre se mostró muy sorprendida y descubrió una nueva herramienta para comunicarse con su hijo.

Se ha demostrado que la musicoterapia es una actividad en la que las mujeres se implicaron y participaron desde el principio. Si bien es cierto que no pudieron asistir a todas las sesiones, siempre se mostraron muy activas y dispuestas a la hora de realizar los ejercicios propuestos. Por su parte, la flexibilidad que aporta la música a las intervenciones de este tipo permitió establecer un espacio para la conversación y el intercambio de ideas, además de adaptar la propuesta a las circunstancias de las beneficiarias. Hay que señalar también, que el diseño de las actividades conforme a

las preferencias de las participantes fue útil para que permaneciesen motivadas.

El hecho de desarrollar las sesiones en la escuela de música ha tenido varias ventajas, como la capacidad de disponer de materiales, instrumentos y recursos suficientes y de calidad, pero también inconvenientes, como las interrupciones por parte del personal para recoger material o molestias de otros usuarios de las instalaciones. No obstante, estos contratiempos no han sido un impedimento para llevar a cabo las sesiones de forma satisfactoria. Asimismo, realizar las sesiones en grupo ha sido muy positivo, ya que las dos participantes pudieron intercambiar ideas con otra persona que se encontraba en la misma situación que ellas. Cabe destacar que se generó un ambiente óptimo durante los encuentros y las dos estuvieron siempre animadas y dispuestas a realizar todas las actividades sin sentirse juzgadas.

Se debe indicar, que las diferentes actividades propuestas han resultado beneficiosas, tanto para las futuras madres como para sus hijos. Por un lado, los ejercicios basados en el canto han permitido a las mujeres adquirir mayor conciencia sobre su respiración y, según avanzaban las sesiones, ser capaces de regularla y controlarla. Además, las letras de las canciones han sido útiles para generar reflexiones en torno a la maternidad. Por otro lado, se ha comprobado cómo la escucha de música y la composición de canciones, han resultado beneficiosas para favorecer la relajación, pero también para exteriorizar emociones complejas y para generar sensaciones o pensamientos positivos sobre el embarazo y el bebé de una forma personal y creativa.

La realización de las actividades en los domicilios se ha mostrado útil para perpetuar los beneficios de la intervención. Los cuestionarios online han sido de gran utilidad para evaluar el trabajo personal de las beneficiarias, si bien es cierto que han presentado una desventaja: el bajo número de registros realizados por las participantes, sobre todo por la Beneficiaria 1. Esto puede ser debido a varios factores. En primer lugar, el hecho de tener un embarazo con molestias, dolores y malestar evitó que la mujer se encontrara en condiciones para realizar las actividades y rellenar los formularios. En segundo lugar, la edad gestacional del feto ha sido determinante. La Beneficiaria 2 estaba en el tercer trimestre del embarazo y podía percibir todas las reacciones del bebé. Esto hizo que su implicación fuera mayor y además sirvió para estrechar el vínculo entre ambos. La Beneficiaria 1, sin embargo, estaba en el inicio del segundo trimestre y todavía no sentía los movimientos del bebé ni sus reacciones, aunque la intervención ha sido también positiva para ella.

Una de las principales limitaciones de esta investigación ha sido el tamaño reducido de la muestra. Si bien hubo varias personas que llamaron para interesarse en el proyecto, finalmente solo participaron dos. Esto fue debido a la incompatibilidad horaria con alguna de las interesadas, aunque es cierto que no existió una alta demanda. Otro de los motivos por los que quizá no hubo una gran cantidad de personas interesadas puede deberse a que este tipo de intervenciones son aún poco conocidas y también a las circunstancias actuales de emergencia sanitaria, que ha provocado cierto rechazo a realizar actividades con personas ajenas al grupo de convivencia estable. Dado que solo han participado dos personas, no se ha podido recoger una gran cantidad de datos. Además, se ha presentado el inconveniente de que las mujeres abandonaron las sesiones antes de su finalización. Por eso, la intervención no ha podido llegar a su fin tal y como estaba diseñada.

Sería recomendable que las futuras intervenciones se propusieran en otros espacios, además de las escuelas de música. Instituciones tales como centros especializados, clínicas u hospitales serían lugares adecuados para llevar a cabo este tipo de proyectos, ya que permanecen en contacto con las mujeres durante toda la gestación. Esto sería especialmente beneficioso para las mujeres que se encuentren en la última etapa del embarazo, ya que, debido a su avanzado estado de gestación, a veces no se sienten seguras para acudir a las sesiones o estas les coinciden con las constantes citas médicas del último periodo.

Sin embargo, aunque se hayan propuesto otros lugares para llevar a cabo este tipo de intervenciones, la inclusión de programas como este en las escuelas de música es también una buena alternativa. Este proyecto ha servido para desarrollar una actividad novedosa en la Escuela de Música y Danza de Las Gabias, que permite atender a las mujeres embarazadas en un nuevo espacio y con una perspectiva diferente. Las beneficiarias mostraron siempre voluntad y disposición para participar en todas las actividades diseñadas y la propuesta tuvo buena acogida por parte del centro. Asimismo, su ejecución ha sido sencilla y económica, y por eso se podría implementar en otras escuelas.

Otro de los puntos fuertes de este tipo de intervenciones es que fomentan el autocuidado entre las mujeres embarazadas y hacen especial énfasis en la educación prenatal. Por eso, su implantación en las escuelas de música puede ser una buena oportunidad para promover un estilo de vida saludable entre los miembros de una comunidad, e incidir especialmente en el cuidado de la salud mental de las futuras madres.

Financiación

Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiación institucional.

Conflictos de intereses

La realización del presente proyecto de intervención no acarrea conflicto de interés alguno.

Contribuciones de autor

La autora declara ser la responsable del desarrollo intelectual de la propuesta, así como de la redacción del presente artículo.

Citación

González-Calle, P. (2022). Intervención con musicoterapia para mujeres embarazadas en una escuela de música. *Revista Misostenido*, 3, 43-54.

Recibido: 15 enero de 2022

Aceptado: 7 marzo de 2022

Publicado: 10 abril de 2022

REFERENCIAS

- Akmeşe, Z.B. yOran, N.T. (2014). Effects of progressive muscle relaxation exercises accompanied by music on low back pain and quality of life during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(5), 503-509.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12176>
- Andrés Viloría, C. Gutiez Cuevas, P. (2018). Oportunidad y Continuidad de la Educación Prenatal. En A. de la Herrán Gascón, M. Hurtado Fernández y P. García Sempere (Coords.), *Educación y Pedagogía prenatales: nuevas perspectivas para la investigación, la enseñanza y la formación* (pp. 25-48). Red Iberoamericana de Pedagogía (REDIPE).
- Arranz Betegón, Á., García, M., Parés, S., Montenegro, G., Feixas, G., Padilla, N., Camacho, A., Goberna, J., Botet, F. y Gratacós, E. (2017). A program aimed at reducing anxiety in pregnant women diagnosed with a small-for-gestational-age fetus: Evaluative findings from a spanish study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 31(3), 225-235.
<https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000270>

- Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales. (2011). *Código Ético para los Musicoterapeutas Profesionales en España* (CEMPE). Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales. <https://musicoterapeutas.wixsite.com/aemp/documentos>
- Bauer, C. L., Victorson, D., Rosenbloom, S., Barocas, J. y Silver, R. K. (2010). Alleviating distress during antepartum hospitalization: A randomized controlled trial of music and recreation therapy. *19*(3), 523-531. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1344>
- Carolan, M., Barry, M., Gamble, M., Turner, K. y Mascareñas, Ó. (2012a). Experiences of pregnant women attending a lullaby programme in Limerick, Ireland: A qualitative study. *Midwifery*, *28*(3), 321-328. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.04.009>
- Carolan, M., Barry, M., Gamble, M., Turner, K. y Mascareñas, Ó. (2012b). The Limerick Lullaby project: an intervention to relieve prenatal stress. *Midwifery*, *28*(2), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.12.006>
- Chang, H., Yu, C., Chen, S. y Chen, C. (2015). The effects of music listening on psychosocial stress and maternal-fetal attachment during pregnancy. *Complementary Therapies in Medicine*, *23*(4), 509-515. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.05.002>
- Chang, M., Chen, C. y Huang, K. (2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(19), 2580-2587. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02064.x>
- Erkun Dolker, H. y Basar, F. (2019). The effect of music on the non-stress test and maternal anxiety. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *35*, 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.03.007>
- Federico, G.F. (2001). *El embarazo musical. comunicación, estimulación y vínculo prenatal a través de la música*. Kier.
- Federico, G. F. (2011). Viaje musical por el embarazo. musicoterapia prenatal. Kier.
- García González, J., Ventura Miranda, M. I., Manchón García, F., Pallarés Ruíz, T. I., Marín Gascón, M. L., Requena Mullor, M., Alarcón Rodríguez, R. y Parrón Carreño, T. (2017). Effects of prenatal music stimulation on fetal cardiac state, newborn and vital signs of pregnant women: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *27*, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.03.004>
- García González, J., Ventura Miranda, M. I., Requena Mullor, M., Parrón Carreño, T. y Alarcón Rodríguez, R. (2018a). State-trait anxiety levels during pregnancy and foetal parameters following intervention with music therapy. *Journal of Affective Disorders*, *232*, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.008>
- García González, J., Ventura Miranda, M. I., Requena Mullor, M., Parrón Carreño, T. y Alarcón Rodríguez, R. (2018b). Effects of prenatal music stimulation on state/trait anxiety in full-term pregnancy and its influence on childbirth: A randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *31*(8), 1058-1065. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1306511>
- Gratacós Solsona, E. y Escales Jiménez, C. (2017). *9 meses desde dentro: Una guía diferente del embarazo para descubrir lo que siente tu hijo desde las primeras semanas de vida*. Paidós.
- Graven, S. N. y Browne, J. V. (2008). Auditory development in the fetus and infant. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, *8*(4), 187-193. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2008.10.010>
- Ibarrola, B. (2012). *Música para antes de nacer. Educación emocional en la etapa prenatal*. SM.
- Kafali, H., Derbent, A., Keskin, E., Simavli, S. y Gözdemir, E. (2011). Effect of maternal anxiety and music on fetal movements and fetal heart rate patterns. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, *24*(3), 461-464. <https://doi.org/10.3109/14767058.2010.501122>
- Kisilevsky, B. S., Hains, S. M. J., Brown, C. A., Lee, C. T., Cowperthwaite, B., Stutzman, S. S., Swansburg, M. L., Lee, K., Xie, X., Huang, H., Ye, H., Zhang,

- K. y Wang, Z. (2009). Fetal sensitivity to properties of maternal speech and language. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 59-71.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.10.002>
- López Teijón, M., García Faura, Á. y Prats Galino, A. (2015). Fetal facial expression in response to intravaginal music emission. *Ultrasound*, 23, 216-223.
<https://doi.org/10.1177/1742271X15609367>
- Liu, Y., Lee, C. S., Yu, C. y Chen, C. (2016). Effects of music listening on stress, anxiety, and sleep quality for sleep-disturbed pregnant women. *Women & Health*, 56(3), 296-311.
<https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1088116>
- Mercadal-Brotons, M. y Martí, P. (2010). Musicoterapia en medicina: Aplicaciones prácticas. *Médica JIMS*.
- Nakata, T. y Trehub, S. E. (2004). Infants' responsiveness to maternal speech and singing. *Infant Behavior & Development*, 27(4), 455-464.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2004.03.002>
- Nwebube, C., Glover, V. y Stewart, L. (2017). Prenatal listening to songs composed for pregnancy and symptoms of anxiety and depression: A pilot study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17(256).
<https://doi.org/10.1186/s12906-017-1759-3>
- Persico, G., Antolini, L., Vergani, P., Costantini, W., Nardi, M. T. y 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).
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.007>
- Ruan, Z., Liu, L., Strodl, E., Fan, L., Yin, X., Wen, G., Sun, D., Xian, D., Jiang, H., Jing, J., Jin, Y., Wu, C. y Chen, W. (2018). Antenatal training with music and maternal talk concurrently may reduce autistic-like behaviors at around 3 years of age. *Frontiers in Psychiatry*, 8(305).
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00305>
- Sotilo Tabarro, C., Botinhon de Campos, L., Oliveira Galli, N., Ferreira Novo, N. y Marins Pereira, V. (2010). Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 44(2), 445-452.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200029>
- Teckenberg-Jansson, P., Turunen, S., Pölkki, T., Lauri-Haikala, M., Lipsanen, J., Henelius, A., Aitokallio-Tallberg, A., Pakarinen, S., Leinikka, M. y Huottilainen, M. (2019). Effects of live music therapy on heart rate variability and self-reported stress and anxiety among hospitalized pregnant women: A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(1), 7-26.
<https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1546223>
- Toker, E. y Kömürcü, N. (2017). Effect of turkish classical music on prenatal anxiety and satisfaction: A randomized controlled trial in pregnant women with pre-eclampsia. *Complementary Therapies in Medicine*, 30, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.11.005>
- Wulff, V., Hepp, P., Wolf, O. T., Balan, P., Hagenbeck, C., Fehm, T. y Schaal, N. K. (2021). The effects of a music and singing intervention during pregnancy on maternal well-being and mother-infant bonding: A randomised, controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 303, 69-83.
<https://doi.org/10.1007/s00404-020-05727-8>
- Yang, M., Li, L., Zhu, H., Alexander, I. M., Liu, S., Zhou, W. y Ren, X. (2009). To relieve anxiety in pregnant women on bedrest: A randomized, controlled trial. *MCN the American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34(5), 316-323.
<https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000360425.52228.95>

SE BUSCA PIANO



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE MUSICOTERAPIA APLICADA EN SALUD MENTAL

PROPOSAL FOR INTERVENTION OF MUSIC THERAPY APPLIED IN MENTAL HEALTH

Nuria Escudé

Institut Català de Musicoteràpia

Correspondencia: nuriescude@yahoo.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8194-6153>

Resumen

Con el paso del tiempo, los trastornos psiquiátricos se han convertido en una problemática de salud pública que va en aumento, tras la pandemia, las cifras se dispararon en todo el mundo, desencadenando una crisis sanitaria que afecta a personas de todas las edades. El tratamiento de los enfermos en salud mental requiere, además de fármacos específicos, otras técnicas no farmacológicas que se han ido desarrollando en los últimos años. La Musicoterapia se ha ido posicionando como una profesión que genera un impacto positivo en los trastornos psiquiátricos, que suelen presentarse con depresión, insomnio, anhedonia, apatía y ansiedad, facilitando el abordaje de estos síntomas como un tratamiento no farmacológico. Se presenta una propuesta de intervención de musicoterapia en el ámbito de salud mental, encaminada en realizar una investigación futura sobre el impacto de la musicoterapia en los síntomas negativos de los pacientes con trastornos de depresión mayor y esquizofrenia que acuden al Hospital de San Pau de Barcelona. Para tal fin, se ha propuesto una justificación teórica sobre la sintomatología del TGM (trastorno grave mental) y el análisis de diversas investigaciones que demuestran como la musicoterapia favorece estados de ánimo positivos, disminuye la ansiedad, y mejora la calidad de vida del paciente. Se propone alternar instrumentos cualitativos y cuantitativos de alta precisión (EEG) para evidenciar los cambios significativos esperados producidos por la musicoterapia y de esta manera, potenciar más los datos para dar una evidencia más científica de los efectos de la musicoterapia.

Palabras clave

Esquizofrenia, depresión mayor, musicoterapia, EEG, sintomatología negativa.

Abstract

Over time, psychiatric disorders have become a public health problem that is increasing. After the pandemic, the numbers skyrocketed around the world, triggering a health crisis that affects people of all ages. The treatment of mental health patients requires, in addition to specific drugs, other non-pharmacological techniques that have been developed in recent years. Music therapy has been positioning itself as a profession that generates a positive impact on psychiatric disorders, which usually present with depression, insomnia, anhedonia, apathy and anxiety, facilitating the approach of these symptoms as a non-pharmacological treatment. A proposal for a music therapy intervention in the field of mental health is presented, aimed at conducting future research on the impact of music therapy on the negative symptoms of patients with major depression and schizophrenia who attend the Hospital de San Pau in Barcelona. To this end, a theoretical justification has been proposed on the symptoms of MCD (serious mental disorder) and the analysis of various investigations that show how music therapy favors positive moods, reduces anxiety, and improves the patient's quality of life. It is intended to alternate high-precision qualitative and quantitative instruments (EEG) to demonstrate the expected significant changes produced by music therapy and, thereby, strengthen the data to provide more scientific evidence of the effects of music therapy.

Keywords

Schizophrenia, major depressive, musicotherapy, EEG, negative symptoms

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios (Aalbers et al., 2017; Bradt y Dileo, 2010; Freitas et al., 2022; Heinz et al., 1994) exponen los beneficios de la musicoterapia en varias condiciones de salud mental, posicionándose como uno de los tratamientos

no farmacológicos con mayor impacto en los trastornos psiquiátricos, ayudando a procesar las emociones, sobre todo las negativas como el trauma y el dolor, pero también se puede utilizar como herramienta para regular o reducir la ansiedad y mejorar el estado de ánimo.

Desde esta perspectiva, la Musicoterapia puede ser una herramienta efectiva en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor, sobre todo en mejorar la eficacia de los tratamientos tradicionales (Aalbers et al., 2017), mientras una revisión de la literatura ha demostrado que la Musicoterapia sumada a la atención estándar, puede mejorar los síntomas negativos en pacientes con esquizofrenia (Mössler et al., 2011). Por otro lado, un innovador estudio de García-Rodríguez et al. (2021), muestra una correlación interesante entre la anhedonia social, o sea la falta de interés en el contacto social y falta de placer en situaciones sociales asociada, tanto a los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia como al Trastorno Depresivo Mayor (Heinz et al., 1994) y la anhedonia musical, condición caracterizada por una incapacidad para obtener placer de la música.

Uno de los aspectos principales con respecto a la investigación en MT tiene que ver con las limitaciones y dificultades al momento de analizar cuantitativamente su aplicación, como el reducido tamaño de las muestras o la falta de grupos control y aleatorización (Bradt y Dileo, 2010). El uso de nuevas tecnologías como la electroencefalografía en la detección y clasificación de las emociones, está revelando su potencial prometedor (Choppin, 2000; Picard y Klein, 2002) en comparación con la evaluación tradicional mediante las respuestas a test, encuestas y escalas subjetivas proporcionadas por el paciente (Wheeler, 2005). Un estudio pionero en la evaluación de los efectos emocionales de la MT a partir del uso de las nuevas tecnologías, ha hecho posible determinar el grado de arousal relajación-activación) y valencia (estado emocional negativo-positivo) de los participantes durante la sesión a través técnicas de electroencefalograma, mostrando una mejora significativa del estado emocional en los sujetos del grupo experimental. (Ramírez et al., 2018).

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor, es un trastorno del ánimo que afecta al 2.82% de la población mundial, valores que aumentan en adultos de la tercera edad, 4,59% (Global Health Data Exchange, s.f.), provocando en quienes lo padecen, un sentimiento de tristeza, pérdida de interés e incapacidad de experimentar placer (anhedonia) persistentes, además, es una condición que afecta los pensamientos, sentimientos y comportamientos, y a menudo, puede causar problemas emocionales y físicos como dificultades en realizar las normales actividades cotidianas, hasta llegar a ideaciones suicidas y, en algunos casos, llevar a cabo esos pensamientos (Vandivort y Locke, 1979). La mayoría de las teorías biológicas que explican las causas de la depresión, se centran en algunos neurotransmisores que están presentes de forma natural en el cerebro como la serotonina y la do-

pamina, alterando la química cerebral. Normalmente, los pacientes son tratados con fármacos antidepresivos, pero, según una revisión de la literatura realizada por Aalbers et al. (2017), el tratamiento habitual (TAU) combinado con musicoterapia parece mejorar los síntomas depresivos en comparación con la TAU sola. La musicoterapia también muestra eficacia para disminuir los niveles de ansiedad y mejorar el funcionamiento de las personas deprimidas.

Esquizofrenia

En el año 1911, el psiquiatra Eugen Bleuler acuñó El término “esquizofrenia” para indicar la confusión y fragmentación mental característica de los pacientes con este trastorno. afectando su concepción del mundo. Bleuler agrupó los síntomas en "positivos" y "negativos". Según la agrupación definida por Bleuler, los positivos “reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales” (American Psychiatric Association, 2000) e incluyen las alucinaciones, los delirios y el lenguaje o el comportamiento desorganizado. Los negativos, por otro lado, reflejan un aplanamiento afectivo, pérdida de la fluidez del pensamiento, del lenguaje y con abulia. Debido a la complejidad de síntomas y expresiones de la esquizofrenia, varios autores apuntan a la necesidad de un tratamiento multidisciplinario que incluya medicación y terapias no farmacológicas (Hernández, 1999). Las terapias no farmacológicas trabajan de forma conjunta con las farmacológicas, en una recuperación centrada en las necesidades de la persona con el fin de que pueda convivir con su condición y ganar independencia. La musicoterapia se centra en las necesidades individuales del paciente más que en las características específicas del trastorno, lo que la acerca a esta idea más holística de recuperación. Además, según un meta Jia et al. (2020) la musicoterapia puede considerarse un tratamiento auxiliar que mejora los síntomas y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.

Propuesta de intervención

La propuesta de intervención planteada pretende evidenciar la efectividad de la MT en TGM (trastornos graves mentales) y la detección de los estados emocionales, con base a la actividad fisiológica y en particular a su actividad cerebral, así como mediante cuestionarios más apropiados.

Participantes

Se propone realizar el estudio en el Hospital de Sant Pau, con pacientes ingresados con trastorno esquizofrénico y/o de depresión mayor, una vez seleccionados los pacientes que respondan a los criterios de inclusión, se realizara un grupo experimental y un grupo control. Los criterios de inclusión a tener en cuenta son usuarios mayores de edad,

en capacidad de entender el estudio y el consentimiento informado debidamente diligenciado, así mismo, los criterios de exclusión para este estudio son pacientes con deterioro cognitivo que impida la comprensión del estudio y en casos en los que la MT no sea conveniente por causas médicas (valoradas por el equipo médico) o por negativa previa del paciente.

Diseño

Se trata de un estudio clínico aleatorizado con un total de 40 muestras, 20 casos y 20 controles, por lo tanto, la intervención del grupo experimental (MTx), constará previamente en aplicar los cuestionarios pertinentes, así como los registros de electroencefalografía durante la sesión de MT. El estudio se basará en un Historial musical para saber los gustos y preferencias del usuario y poder trabajar a partir de sus músicas y técnicas receptivas a través de relajación con visualización y protocolo de sedación musical. El grupo control usa los mismos registros que el grupo experimental, pero en vez de musicoterapia se realizará un acompañamiento verbal, teniendo en cuenta como se encuentra el paciente, dificultades presentes, preocupaciones, aspiraciones y hobbies. Se presenta en la tabla 1 el tratamiento de MT.

Tabla 1. MTx: tratamiento de MT

		Estudio
Paciente caso	MTx	Antes, después, cuestionarios emocionales, registros de parámetros EEG.
Paciente control	(Intervención, acompañamiento verbal)	antes, después cuestionarios emocionales, registros de parámetros EEG

Nota: Elaboración propia

Instrumentos de medida

Los instrumentos seleccionados para esta propuesta se aplicarán antes y después de cada sesión. 1. La Escala Visual Analógica (EVA), que mide la graduación de bienestar que reporta el paciente. 2. La Escala de Valoración de Musicoterapia, valora la participación del paciente en las actividades musicoterapéuticas a nivel de audición-relajación, canto-expresión vocal, participación instrumental, improvisación musical y expresión emocional. 3. Escala de Impresión Clínica Global, diseñada por Guy (1976) es un instrumento que permite medir el cuadro clínico del paciente y la mejoría debido a las intervenciones terapéuticas. 4. Así mismo, la Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) Andreasen (1989) la cual evalúa síntomas como: Embotamiento afectivo, alogia, apatía, anhedonia y aten-

ción. 5. Escala Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) es un instrumento desarrollado para valorar el nivel de depresión en la esquizofrenia, así mismo. 6. De igual modo, se propone utilizar Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 1973). Esta herramienta, queda configurada por dos escalas independientes de 20 ítems cada una: Ansiedad Rasgo –personalidad ansiosa- y Ansiedad Estado –ansiedad en un momento determinado. 7. Para finalizar, la Escala de Dolor de Wong Baker es una escala visual de caras muy apropiada cuando el lenguaje resulta complicado o no es apropiado a la enfermedad. Se considera una escala que puede ayudar a identificar las emociones a los usuarios con problemas de alogia que tienen dificultades con el lenguaje. De igual modo, se los Indicadores biofisiológicos (frecuencia cardíaca, respiratoria y pulsioximetría) son registrados antes y después de la sesión.

Recursos

Para el desarrollo de la propuesta se requieren instrumentos musicales como la guitarra, l'océan drum, teclado, gato box, bongos e instrumentos de pequeña percusión, así como la voz, EEG, ordenador, cancionero, papeles, rotuladores y pañuelos. El espacio dispuesto para llevar a cabo las sesiones serán las instalaciones del hospital, espacios confortables para los pacientes y adaptables a las necesidades del proyecto.

Metodología

A partir de la aplicación de este método es posible valorar el estado emocional del paciente en tiempo real, con el fin de ajustar la MT de acuerdo con el estado emocional, así como obtener lecturas cuantitativas del impacto emocional de la terapia en los enfermos, así mismo, evaluar como las técnicas receptivas inducen a un estado de calma y relajación y las técnicas activas estimulan áreas cerebrales relacionadas con la parte corporal, animando al paciente y mejorando su estado de ánimo. Para poder cuantificar la respuesta emocional de los pacientes al tratamiento de MT y proporcionar feedback de esta respuesta al musicoterapeuta, se emplean técnicas de electroencefalografía (EEG). Inicialmente, se brinda la información necesaria a los pacientes sobre el procedimiento de captación de datos EEG y se les pedirá seguir las pautas habituales en estos procedimientos, como puede ser evitar movimientos innecesarios. Posteriormente se procederá a la colocación del dispositivo Emotive EPOC que habitualmente dura de 2 a 5 minutos. Se obtendrá la señal de actividad cerebral de los pacientes durante 2 minutos para conseguir un indicador de su estado emocional previo a la MT. Seguidamente, se procederá a grabar la actividad cerebral durante la MT y después de la

MT durante dos minutos más. Durante la sesión de MT se tomará nota de los tiempos en los que las diferentes técnicas de MT han sido aplicadas. Los pacientes seleccionados según criterios de inclusión al grupo experimental recibirán tres sesiones de MT individual con una duración por sesión de 20 a 30 minutos. Previamente a la primera sesión, se realizará la historia musical del paciente, así como los datos sociodemográficos y clínicos. Así mismo, es fundamental una evaluación previa de los pacientes basada en su historial, consultas con el personal sanitario sobre las necesidades de cada paciente, las observaciones iniciales del musicoterapeuta y la aplicación de los instrumentos clínicos pertinentes, el registro de constantes vitales (antes y después de cada sesión). Se establecen las áreas de mayor necesidad y se procede a la intervención musicoterapéutica. Cabe agregar que para Los pacientes caso, se realizará el mismo procedimiento de EEG y cuestionarios, pero no se administrará musicoterapia, estará centrado al acompañamiento verbal.

Técnicas en musicoterapia y desarrollo de las sesiones

La intervención tendrá desde un punto global las siguientes fases:

- **Introducción y valoración:** espacio inicial para crear rapport o vínculo terapéutico, teniendo en cuenta su ritmo y necesidades, así mismo se exploran sus gustos musicales y relación con la música, se explica el proceso de la intervención y las técnicas a usar durante el proceso. Se procurará brindar un espacio de bienestar, seguridad y confort, favoreciendo la comunicación y expresión emocional. La información recolectada en la evaluación inicial, previa al tratamiento es clave para orientar el mismo.
- **Desarrollo:** esta etapa consta de 2 sesiones en las que se trabajarán los objetivos planteados, se fomentarán las relaciones interpersonales y se promoverá un espacio terapéutico a partir de experiencias positivas usando la música como un medio transformador.
- **Cierre:** en esta fase se analizará el proceso vivido, favoreciendo la reflexión acerca de los aprendizajes, herramientas y recursos que se han adquirido a lo largo del proceso. En la tabla dos se presentan las técnicas a implementar.

Tabla 2.

Técnicas de musicoterapia propuestas para el proyecto.

TÉCNICAS ACTIVAS	TÉCNICAS RECEPTIVAS
Basándonos en el historial musical, escogeríamos canciones significativas y el paciente las acompañaría vocal/instrumentalmente	Técnica de Imaginación guiada a través del lugar preferido del paciente, también puede incluir el protocolo de sedación musical.

Nota: Elaboración propia

Las técnicas activas planteadas para el desarrollo de esta propuesta de intervención son las siguientes:

- La recreación musical es una técnica que promueve el estado de ánimo y la vivencia de experiencias positivas a partir de la ejecución de canciones especialmente significativas para el paciente, esta actividad potencia el disfrute y genera cambios positivos en el estado de ánimo (Unwin et al., 2002). Así mismo, el hecho de poder elegir sus músicas e interpretarlas ayuda a incrementar la autoestima, motivación y autoeficacia.
- El análisis conjunto de canciones es una técnica que consiste en la elección de canciones con las que el paciente se siente especialmente identificado, las que le permiten proyectar sentimientos en la música y/o en la letra de la canción, elemento que puede potenciar el proceso terapéutico. Cantar juntos la canción ayudará a realzar la relación terapéutica, lo cual es muy útil en las primeras sesiones de tratamiento (Grocke y Wigram, 2008).
- El songwriting es una técnica activa de musicoterapia que consiste en crear, escribir y adaptar canciones dentro de un proceso terapéutico centrado en las necesidades del paciente, el musicoterapeuta es facilitador y el usuario siente la composición resultante como una expresión propia de sus necesidades, pensamientos y/o emociones.

Asimismo, la intervención se basa en las siguientes técnicas receptivas:

- La relajación asistida con música es una técnica receptiva que se utilizará principalmente para enseñar a los usuarios a tomar conciencia de su propio cuerpo y a relajarlo. Esta técnica se implementará hacia el final de la sesión, como una estrategia de regulación emocional.

- Para escoger la música apropiada para la relajación, se tendrán en cuenta los criterios descritos por Grocke y Wigram (2008): tiempo constante y estable, ritmo lento, compás doble o triple, línea melódica previsible y repetitiva, rango de intervalos corto, conectando la melodía con la respiración, armonía usualmente tonal, acordes que resuelven, usando instrumentos de cuerda, viento, frases ligadas y en general con pocas dinámicas. En esta intervención, intentaremos que puedan ser los propios participantes los que escojan la música. Si no es posible llegar a un consenso, se procurará sondear los gustos musicales de los participantes y escoger música que cumpla en la medida de lo posible con los criterios de música relajante anteriormente expuestos. Se utilizarán secciones musicales entre 10m y 15 minutos, la música estará sonando durante todo el proceso, que será el siguiente: primero, con la música ya de fondo, se llevará a cabo una preparación para la relajación; a continuación, se hará la inducción a la relajación; después, se pedirá a los usuarios que mantengan y refuercen el estado de relajación concentrándose en la música; por último, se le devolverá lentamente al estado de alerta. Esta técnica se llevará a cabo con los pacientes, sentados cómodos en la silla o cómo ellos prefieran y estén más cómodos, pero que no interfiera en el proceso del EEG.

Otra de las técnicas que se utilizará para la relajación será el protocolo de sedación musical: según protocolo RBL (Loewy y Stewart, 2005).

- Assessment: averiguar la canción transicional (song of kin) del paciente.
- Tocar/cantar la pieza para/con el paciente.
- Modificar el compás (si es necesario) a 3/4 ó 6/8.
- Seleccionar una cadencia y simplificar (destilar) la letra.
- Usar el efecto “mantra musical” con una cadencia V-I simple.
- Repetir y fundir la cadencia, dejando la tónica.
- Retirar el soporte armónico.
- Cambiar a una sola palabra – silaba – tónica.

Aprobación ética

La realización del presente estudio no alterará la práctica clínica habitual, por lo tanto, no se espera ningún perjuicio para los pacientes. Es importante resaltar que se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos, los cuales se recogerán en un Cuaderno de Recogida

de Datos (CRD) para cada paciente, y cada uno de ellos se codificará con un "número de recogida". Se velará por la correcta manipulación y almacenamiento seguros de los CRD y por mantener la privacidad de los pacientes. Los pacientes que cumplan los criterios de inclusión (valorados por el equipo médico) serán considerados potencialmente por inclusión, habiendo firmado posteriormente el consentimiento. En ningún caso se presionará o intentará influir en la decisión de los potenciales participantes para participar.

Recogida de datos

La señal EEG registrará el nivel de excitación / relajación, de una persona (enfermo caso o control), por ejemplo, que tan excitada o relajada está la persona, calculando el nivel de las ondas cerebrales beta (12-30 Hz) y alfa (8-12 Hz). Por su parte, las ondas beta están asociadas al estado mental de alerta o excitación mientras que las ondas alfa son más dominantes en un estado relajado. La actividad alfa también ha sido asociada con la inactivación cerebral. Así pues, el cociente beta / alfa es un indicador validado del estado de excitación de una persona. Para determinar el nivel de valencia como puede ser el estado mental positivo o negativo a comparar los niveles de activación de los dos hemisferios corticales. Este hecho está soportado por investigaciones psicofisiológicas que han probado la importancia de la diferencia en activación de los dos hemisferios corticales. La inactivación en el córtex frontal izquierda es un indicador de un estado de indiferencia, que a menudo, está ligado a un estado emocional negativo. Por otra parte, la inactivación en el córtex frontal derecho está asociado a un estado de acercamiento, interés o emoción positiva (Ramírez et al., 2018).

Análisis de datos

Establecimiento de una hipótesis nula H0: las sesiones de MT no tienen ningún efecto o un efecto Negativo en el estado emocional de los pacientes, selección de un nivel de confianza alfa (5% ó 1%), un nivel de probabilidad bajo en el cual la hipótesis nula será descartada, posteriormente, se calcula el valor estadístico de la prueba T de los resultados observados de los indicadores emocionales. Con base a T, se calcula la probabilidad (valor p) de los resultados observados bajo la hipótesis H0. Se procederá a descartar la hipótesis nula si, y solamente si, el valor p es menor que el nivel de confianza alfa. Se espera que el efecto del valor p sea menor que alfa en los pacientes que reciban MT, por lo tanto, se podrá descartar la hipótesis nula y asegurar que las sesiones de MT tienen un efecto positivo en el estado emocional de los pacientes. La eficacia de las intervenciones se valorará también a través de mejora de sín-

tomas, mejora global del bienestar, EEG e instrumentos de evaluación clínica.

Resultados

Basándonos en la señal EEG de los pacientes obtendremos indicadores emocionales antes, durante y después de las sesiones de MT y en pacientes-control a los que no se aplicará MT. Las observaciones obtenidas, por ejemplo, niveles de excitación y valencia en diferentes momentos de la sesión

Discusión y conclusiones

La musicoterapia en pacientes con trastornos graves mentales ha comprobado tener beneficios estadísticamente significativos en el bienestar y los síntomas emocionales, así mismo, su aplicación dentro de un abordaje integral impacta en la calidad de vida de los usuarios. Por lo tanto, se debe generar más investigación clínica y estudios rigurosos para comprender mejor el impacto de las intervenciones y obtener pruebas sólidas del efecto de la musicoterapia en salud mental.

Las nuevas tecnologías, inteligencia artificial, técnicas de Neuroimagen son profesiones que contribuyen al crecimiento de la musicoterapia como disciplina científica, así como el hecho de trabajar con un equipo multidisciplinario (matemáticos, técnicos de inteligencia artificial, médicos, psicólogos, psiquiatras, personal sanitario, etc.) acerca a un abordaje holísticos de la persona, desde todas sus dimensiones, y a partir de esta integración, promover la publicación de investigaciones y la práctica clínica basada en la evidencia.

Los proyectos de musicoterapia que involucran las nuevas tecnologías ayudan al musicoterapeuta a discernir y a tomar decisiones en tiempo real acerca de su práctica clínica, generando un mayor impacto en las intervenciones, aspectos que ayudan a incrementar la calidad de vida del paciente, siempre con un gran respeto por la persona, partiendo de base humanista.

Financiación

Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiación institucional.

Conflictos de intereses

La realización del presente proyecto de intervención no acarrea conflicto de interés alguno.

Contribuciones de autor

La autora declara ser la responsable del desarrollo intelectual de la propuesta, así como de la redacción del presente artículo.

Citación

Escudé, N. (2022). Propuesta de intervención de musicoterapia aplicada en salud mental. *Revista Misostenido*, 3, 55-62.

Recibido: 15 enero de 2022

Aceptado: 7 marzo de 2022

Publicado: 10 abril de 2022

REFERENCIAS

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J.C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X.J. y Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Published.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd004517.pub3>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision)*. Author.
- Andreasen N.C. (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 7, 49–58.
- Bradt, J. y Dileo, C. (2010). Music therapy for end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd007169.pub2>
- Choppin, A. (2000). *EEG-Based Human Interface for Disabled Individuals: Emotion Expression with Neural Networks*. Master's thesis, Tokyo Institute of Technology, Yokohama.
- Freitas, C., Fernández-Company, J.F., Pita, M.F. y García-Rodríguez, M. (2022). Music therapy for adolescents with psychiatric disorders: An overview. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1177/13591045221079161>
- García-Rodríguez, M., Fernández-Company, J.F., Alvarado, J.M., Jiménez, V. e Ivanova-Iotova, A. (2021). Pleasure in music and its relationship with social anhedonia (Placer por la música y su relación con la anhedonia social). *Studies in Psychology*, 42(1), 158-183.
<https://doi.org/10.1080/02109395.2020.1857632>

- Groke, D. y Wigram, T. (2008). Métodos receptivos en musicoterapia: técnicas y aplicaciones para musicoterapeutas educadores y estudiantes. Agruparte
- Heinz, A., Schmidt, L. y Reischies, F. (1994). Anhedonia in Schizophrenic, Depressed, or Alcohol-Dependent Patients - Neurobiological Correlates. *Pharmacopsychiatry*, 27(S1), 7–10.
<https://doi.org/10.1055/s-2007-1014317>
- Hernández, M. (1999). Perspectiva integral del tratamiento del paciente con esquizofrenia. En J. Sáiz (Ed.), *Esquizofrenia. Enfermedad del cerebro y reto social 1* (pp. 215–230). Masson.
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). (s.f). Consultado el 10 de enero de 2021).
<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Jia, R., Liang, D., Yu, J., Lu, G., Wang, Z., Wu, Z., Huang, H. y Chen, C. (2020). The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293, 113464.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113464>
- Loewy, J. y Stewart, A. (2005) the use of lullabies as a transient motif in ending life. Jeffrey Books.
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T.O. y Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Published.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd004025.pub3>
- Picard, R.W. y Klein, J. (2002). Computers that recognise and respond to user emotion: theoretical and practical implications. *Interacting with Computers*, 14(2), 141–169.
[https://doi.org/10.1016/s0953-5438\(01\)00055-8](https://doi.org/10.1016/s0953-5438(01)00055-8)
- Subdirección General de Información Sanitaria (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. [BDCAP Series n. °2]. Ministerio de Sanidad.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Ramirez, R., Planas, J., Escude, N., Mercade, J. y Farriols, C. (2018). EEG-Based Analysis of the Emotional Effect of Music Therapy on Palliative Care Cancer Patients. *Frontiers in Psychology*, 9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00254>
- Unwin, M.M., Kenny, D.T. y Davis, P.J. (2002). The Effects of Group Singing on Mood. *Psychology of Music*, 30(2), 175–185.
<https://doi.org/10.1177/0305735602302004>
- Vandivort, D.S. y Locke, B.Z. (1979). Suicide Ideation: Its Relation to Depression, Suicide and Suicide Attempt. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 9(4), 205–218.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1979.tb00439.x>
- Wheeler, B.L. (2005). *Music Therapy Research*. Barcelona Publishers.



**CON LOS OJOS NO
PODEMOS DECIRLO TODO**

MUSICOTERAPIA Y RELACIONES SOCIALES EN EDUCACIÓN INFANTIL: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

MUSIC THERAPY AND SOCIAL RELATIONS IN EARLY CHILDHOOD EDUCATION: INTERVENTION PROPOSAL

Olga González Claros

Correspondencia: olgagonzalezclaros@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2133-1779>

Resumen

Esta propuesta de intervención de Musicoterapia en el contexto educativo va dirigida al alumnado escolarizado de 5 años y nace de la necesidad de prevenir y abordar posibles conflictos sociales en el aula. La etapa de Educación Infantil es un periodo de pleno crecimiento personal en la que cada niño se encuentra en un proceso de formación de su personalidad e identidad propia. Para contribuir en dicho proceso, el objetivo principal de la propuesta es mejorar la cohesión grupal y las habilidades socioafectivas de un número aproximado de 10 participantes para la prevención del acoso escolar en etapas posteriores. Para ello, se propone un proyecto plurimodal de ocho semanas de duración que incida sobre la dinámica de la estructura grupal mediante la improvisación experimental de Riordon-Bruscia y la iniciación al GIM bajo una dinámica de juego que provoque oportunidades de interacción social evaluadas a través del método sociométrico. Tras la implementación de esta propuesta se espera alcanzar datos de mejora en la inteligencia emocional y en el fortalecimiento de la estructura del grupo, además de contribuir a la propagación de los beneficios de la Musicoterapia en el contexto educativo, ofreciendo una posible herramienta de prevención de bullying.

Palabras clave

Musicoterapia, Educación Infantil, cohesión grupal, GIM y Riordon-Bruscia.

Abstract

This Music Therapy intervention proposal in the educational context is aimed at 5-year-old school students and arises from the need to prevent and address possible social conflicts in the classroom. The Early Childhood Education stage is a period of full personal growth in which each child is in a process of forming their own personality and identity. To contribute to this process, the main objective of this intervention proposal is to improve group cohesion and socio-affective skills of an approximate number of 10 participants for the prevention of bullying in later stages. To do this, an eight-week multimodal project is proposed that focuses on the dynamics of the group structure through the experimental improvisation of Riordon-Bruscia and the introduction to GIM under a game dynamic that provokes opportunities for social interaction evaluated through the sociometric method. After the implementation of this proposal, it is expected to achieve an improvement in emotional intelligence data and in the strengthening of the group structure, in addition to contributing to the propagation of the benefits of Music Therapy in the educational context, offering a possible tool for the prevention of bullying.

Keywords

Music therapy, Early Childhood Education, group cohesion, GIM and Riordon-Bruscia.

INTRODUCCIÓN

Si bien es cierto que se han realizado estudios y propuestas de intervención con el fin de abordar problemas de bullying en contextos educativos (Martins y García-Rodríguez, 2021), hasta donde conocemos no son frecuentes las que se han realizado con población infantil. Según constatan los estudios realizados por la Asociación Mundial de

Educadores Infantiles, el bullying se gesta entre los cinco y seis años de edad y el desarrollo del perfil de acosador puede verse influenciado por el tipo de estructura familiar, así como por la intervención temprana y el rol de mediador del docente ante situaciones de violencia (AMEI-WAECE, 2018). La necesidad de evitar que los infantes sufran un estado de estrés continuo que desencadene problemas de gravedad en la integridad cognitiva y emocional (Bonilla-

Santos et al., 2017) ha motivado el diseño de esta propuesta de intervención de musicoterapia.

Musicoterapia y relaciones socioafectivas

Una de las principales causas de los conflictos en el alumnado de 5 años, pueden ser las crisis de desarrollo por las que atraviesa el individuo para dar paso a su siguiente etapa evolutiva (Mújina, 1997); aunque como mencionábamos antes, debemos evaluar el origen de los conflictos, es decir, si son provocados por el propio desarrollo del niño o por la influencia de otros factores. Independientemente de la causa, la superación de las crisis de desarrollo sería menos compleja si existiera un buen grado de Inteligencia Emocional, ya que esta nos permite alcanzar la eficiencia en la interacción entre individuos. Por consiguiente, las habilidades sociales son una de las cinco dimensiones que la componen, junto al autoconocimiento emocional, la autorregulación, la motivación y la empatía (Goleman, 1996).

Desde la musicoterapia, se puede contribuir al abordaje de todas estas dimensiones, ya que, según estudios realizados en este campo, la música en la infancia tiene entre sus beneficios el desarrollo de la inteligencia emocional y de las habilidades prosociales (Blasco-Magraner et al., 2021), y también invita a establecer conexiones sociales ya que es una herramienta de expresión idónea para niños que presenten dificultades lingüísticas (Mössler et al., 2019). Por otra parte, Hargreaves et al. (2003), señalaron que las interacciones musicales suelen ser actividades sociales relacionadas con el desarrollo de las habilidades interpersonales y el trabajo cooperativo. Además, se relaciona con un efecto positivo en el comportamiento y con la mejora de la cohesión grupal (Eidson, 1989; Fried y Berkowitz, 1979) siendo el enriquecimiento artístico un motor para el desarrollo socioemocional necesario para un buen nivel de resolución de conflictos (Brown y Sax, 2013) y la participación de actividades musicales grupales un impulso para el trabajo en equipo y para la mejora de las habilidades de liderazgo (Fernández-Company et al. 2021). A su vez, estudios como el realizado por Gooding et al. (2011) corroboran los beneficios de técnicas musicoterapéuticas como la interpretación musical, el movimiento y la improvisación para la mejora de déficits en las relaciones socioafectivas.

La improvisación musical como fuente de intercambio social

Dentro del amplio contexto de la diversidad en educación infantil, la improvisación musical favorece el desarrollo de habilidades socioemocionales de comunicación no verbal (del Barrio et al., 2019). Asimismo, la improvisación musical en grupo puede ser una estrategia terapéutica facilitado-

ra de cooperación social (Ponce de León y del Olmo, 2021; Burova, 2019; Faber y McIntosh, 2020).

Como modelo terapéutico enraizado en la improvisación entendida como la expresión espontánea ejercida desde la libertad o una serie de pautas que la regulen (Benson, 2003; Hemsy de Gainza, 1987; Sutton, 2002), es necesario mencionar la terapia de improvisación experimental de Riordon-Bruscia.

Este modelo tiene sus orígenes en un método de improvisación de danza impulsado por Anne Riordon en 1972 con el objetivo de desarrollar la creatividad, autoexpresión y habilidades personales en personas con discapacidad. El cual, años más tardes, derivó en una adaptación a la Musicoterapia de la mano de Kenneth Bruscia, dando lugar a un modelo interdisciplinar en el que confluyen la improvisación musical y la improvisación de baile complementadas entre sí (Bruscia, 2010).

Entre los aspectos concretos sobre los que actúa la improvisación experimental se encuentran: la creatividad, la libertad interpersonal y la responsabilidad, elementos que podemos relacionar de manera directa con la resolución de conflictos. Por este motivo, será uno de nuestros principios metodológicos de intervención condicionando gran parte de la estructura de nuestras sesiones.

El juego y la relajación como medio integrador

El juego provoca actividad en el niño en forma de preguntas y respuestas, observaciones y elecciones que amplían su imaginación y creatividad (Gil-Espinosa, 2018). A su vez, es un punto de encuentro donde convergen los intereses y discrepancias de cada participante, siendo inevitable el intercambio social, permitiendo al mismo tiempo desarrollar una conducta prosocial enfocada al beneficio de los demás de manera altruista (Garaigordobil y Fagoaga, 2006), siendo esta entendida como uno de nuestros objetivos principales.

Asimismo, a la vez que se crean tensiones y distensiones sociales durante las sesiones de musicoterapia, el juego ofrecerá información sobre los cambios en la dinámica de las relaciones del grupo, aspecto imprescindible para el abordaje de la educación de las relaciones socioafectivas (Andueza y Lavega, 2017).

A causa de la actividad física provocada por el juego, debemos prestar atención al nivel de activación de los participantes, ya que un excesivo y constante estado nervioso puede originar conflictos a raíz de la impulsividad intrínseca. Por tanto, será imprescindible introducir técnicas de relaja-

ción que nos inviten a retrasar nuestras respuestas para responder conscientemente ante situaciones de agitación, aprendiendo así a utilizar el cerebro para la inacción antes que para la acción (Grau, 2014) promoviendo el desarrollo de la autorregulación emocional.

Asimismo, intervenciones de musicoterapia como escuchar música con un tempo lento facilita la relajación, ya que afecta directamente al sistema nervioso autónomo y al sistema límbico cerebral, principal encargado de regular las emociones (Ćirik y Efe, 2018; Jauset, 2018; Umbrello et al., 2019). Además, si preparamos a los participantes para la escucha activa de la música y para la introspección en un estado de relajación profundo, podremos alcanzar la comprensión de las situaciones cotidianas (Petrovik et al. 2021). A su vez, este viaje sonoro por nuestro interior nos permitirá dar respuesta y solución a posibles conflictos del pasado y nos dotará de herramientas para la resolución pacífica de los futuros que puedan surgir en el aula. Este estado de relajación y de reflexión de la influencia de la música en nuestros procesos emocionales lo alcanzaremos gracias al método GIM (imágenes guiadas y música) propulsado por Helen Bonny (Rothpflug, 2017); cada vez más extendido en el ámbito educativo.

Método sociométrico como instrumento de evaluación

Para hacer perceptibles los cambios de la dinámica del grupo y comprobar el impacto real de nuestra intervención musicoterapéutica, Jacob Levy Moreno (1953) nos ofrece una herramienta con la que realizar un registro sociodinámico de nuestro grupo, denominada método sociométrico. Como concepto clave en este método, destacamos la *telé* o fuerza que hace que seamos compatibles o no con otras personas, dando lugar a la aceptación o al rechazo. Podríamos hacer un símil con lo que comúnmente llamamos *feeling* para describir esta compatibilidad.

La *telé* estructura, surge de la observación de las elecciones y rechazos que se emiten dentro de un grupo, por lo que, si analizamos el afecto de los miembros mediante sociogramas, podremos determinar si la *telé* estructura es fuerte o débil, y por consiguiente si hay una alta o débil cohesión grupal (Bezanilla y Miranda, 2019). El resultado de una *telé* estructura débil, será un mayor número de casos de personas aisladas, siendo importante distinguir entre aislados, aislados voluntarios y aislados involuntarios. Se denomina aislado a la persona que no elige ni es elegida, por tanto, no recibe rechazos. El aislado involuntario es aquel que no encuentra reciprocidad en sus elecciones y el aislado involuntario transmite la necesidad de estar solo, eliminando la posibilidad de que los compañeros lo elijan (More-

no, 1953). Este conocimiento nos servirá para decidir dónde debemos poner la mirada terapéutica, si en el aislado en sí o en el resto del grupo.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Nos encontramos ante un diseño plurimodal que pone en juego elementos propios de modelos como la improvisación experimental de Riordon-Bruscia y de GIM de Helen Bonny, ya que la espontaneidad característica de la improvisación facilitará la interacción grupal y la relajación provocada por el GIM nos servirá para gestionar nuestros impulsos y emociones.

Participantes

Este proyecto ha sido diseñado para el alumnado de tercer nivel del segundo ciclo de Educación Infantil de un centro educativo, concretamente de 5 años, para un número aproximado de 10 participantes. En el proceso de selección se debe contar con la ayuda de los tutores y del equipo de atención psicopedagógica del centro para la detección de posibles déficits socioafectivos. Una vez pasado el proceso de selección, se presentará el proyecto a los padres del grupo-clase de forma general sin cerrar las puertas a cualquier alumno interesado en participar, pero haciendo hincapié en transmitir delicadamente a las familias de los niños seleccionados los beneficios que podría suponer para sus hijos la participación en este proyecto.

Recursos

Los recursos requeridos para la realización de esta propuesta se pueden dividir en:

- Recursos humanos: dos musicoterapeutas, el terapeuta principal será el encargado de controlar y dirigir las dinámicas musicales mientras que el coterapeuta guiará los movimientos corporales y los cambios en el setting para facilitar la fluidez de las actividades.
- Recursos espaciales: aula espaciosa y despejada, con buena luz y ventilación y con dos espacios definidos, uno para los instrumentos y otro para el movimiento.
- Recursos materiales: instrumentos musicales (un teclado, una guitarra, triángulo, maracas, cajón flamenco, xilófono, güiro, cascabeles, shaker, caja china, cencerro, huevos sonoros, bongós y palo de lluvia) También, necesitaremos un altavoz, un dispositivo electrónico, dados con consignas, pañuelos de

colores, notas adhesivas, blinds para vendar los ojos y una lámpara de luz negra.

Objetivos de la propuesta

El objetivo principal de la propuesta es fortalecer la cohesión grupal a través del trabajo de las habilidades socioafectivas en el alumnado de 5 años para la prevención del acoso escolar. Asimismo, como objetivos específicos proponemos desarrollar la inteligencia emocional mediante la improvisación experimental, trabajar la autorregulación conductual a través del modelo GIM, promover la interacción interpersonal a través de la música y el movimiento y trabajar la empatía mediante del diálogo verbal.

Sesiones de Musicoterapia

Las sesiones están diseñadas para ser llevadas a cabo en un total de ocho semanas, contando con una sesión semanal con una duración aproximada de 45 minutos. Para no interrumpir a los participantes durante el desarrollo de su jornada escolar, las sesiones se realizarán fuera del horario lectivo como actividad extraescolar ofrecida por el centro.

Tomando como base la estructura de las sesiones de Mateos-Hernández (2004), contaremos con siete fases: introducción, motivación para la sesión, activación corporal consciente, desarrollo perceptivo, relación con el otro, representación y simbolización y despedida.

A lo largo de las sesiones, el grupo se dividirá en dos subgrupos, quedando alternativamente uno dedicado a la improvisación musical y otro a la improvisación de danza a fin de realizar dos tipos de actividades de improvisación en la fase de activación corporal consciente: una que tenga como premisa la sugestión del baile para la creación de música y viceversa.

Al mismo tiempo, como herramienta metodológica esencial para darle vida a nuestras improvisaciones utilizaremos los dados de consignas de Bruscia (2010). Los adaptaremos a la edad de nuestros participantes quedando clasificados en dados de emociones, de procedimientos e interpersonales. Los primeros determinarán la emoción que debe predominar en nuestra improvisación musical y de movimiento, los segundos el “cuándo”, es decir, las relaciones de simultaneidad entre el baile y la música y los últimos marcarán los tipos de agrupamiento durante la improvisación.

Otro elemento clave de las sesiones será la iniciación al GIM en la fase de desarrollo perceptivo, donde utilizemos música relajante, por ejemplo: “First Ray of Sun” de Northern Lights, de género New Age.

Finalmente, cada sesión será concluida con una discusión verbal a modo de asamblea de cierre, la cual podrá ser orientada hacia la interacción grupal al compartir cómo nos hemos sentido, cuál ha sido nuestra parte favorita de la sesión, haciendo comparaciones entre cómo entramos a la sesión y cómo salimos... o bien, hacia la instrucción para la obtención clínica sobre la dinámica grupal.

A continuación, explicaremos la tipología de las actividades:

1. Canción de bienvenida y asamblea: se recibirá al alumnado con música y posteriormente, sentados en círculo, preguntaremos individualmente con entonación melódica: “Nombre, ¿cómo sueñas hoy?” Esta pregunta será respondida mediante la elección y uso de un instrumento que habrá colocados en el centro: palo de lluvia, shaker, maracas, triángulo, cascabeles, xilófono...
2. Motivación: en la primera sesión para invitar a la participación, habrá un código QR donde aparecerá un mago que nos explique que la música tiene superpoderes y que es capaz de cambiar nuestro estado de ánimo. Podemos ayudarnos de una lámpara de luz negra y dramatizaciones de los terapeutas.
3. Improvisación con dados: en sesiones alternativas, el grupo de danza guiará la improvisación musical o al contrario (Bruscia, 2010). Los movimientos serán amplios y acordes a sus posibilidades motrices. Por ejemplo: movimientos fluidos como espirales y ondas con los brazos, o bien movimientos secos.
4. Percepción sensorial: identificación de sus compañeros e instrumentos por vía auditiva o táctil y uso de susurradores para proporcionar percepciones conscientes.
5. Técnicas de imitación: por parejas, para aprender a respetar los puntos de vista de los demás, utilizaremos la técnica del espejo, donde uno de ellos marque los movimientos y el otro lo imite. Para ello, también utilizaremos el modelaje del compañero a modo de arcilla y alfarero, la imitación de pasos de baile y seguir patrones rítmicos en conjunto con instrumentos de pequeña percusión.
6. Relajación GIM: escucha relajada de música, por ejemplo “Small but nice” de Majestic Sleep, con características modales, consonantes y repetitivas para crear una atmósfera hipnótica acompañada

de narración del terapeuta de sensaciones agradables que implique los distintos sentidos, por ejemplo: olor al perfume de mamá, la brisa marina en la cara, visualizar pompas de jabón, etc. Además, narrará experiencias sociales imaginadas dentro del grupo para invitar a la reflexión.

7. Discusión verbal y canción de despedida: asamblea enfocada a expresar cómo nos sentimos después de las dinámicas realizadas o a la interacción grupal finalizando con una canción en conjunto.

Recogida y análisis de datos

Con la finalidad de registrar los cambios en la estructura grupal del grupo, utilizaremos una prueba sociométrica pretest-postest basado en 5 preguntas: la 1 y los 2 referentes a la relación de trabajo, la 3 y 4 sobre la relación de entretenimiento informal y la 5 determinará los lazos de confianza. Asimismo, las impares reflejarán elecciones positivas y las pares elecciones negativas.

1. ¿Con quién te gustaría sentarte para trabajar en clase?
2. ¿Con quién no te gustaría hacer un dibujo?
3. ¿Con quién te gustaría ir al cine?
4. ¿Con quién no te gustaría ir a comerte un helado?
5. ¿Quién es tu mejor amigo del grupo?

El resultado de las pruebas se volcará en una representación gráfica del sociograma en el que se distinga el sexo mediante formas geométricas y el tipo de elección positiva o negativa a través de flechas con colores codificados.

Posteriormente, insertaremos los datos en una matriz sociométrica de doble entrada, y se ponderarán las elecciones según sean positivas o negativas para calcular el índice sociométrico de cada participante y así conocer su índice de popularidad ($ERP/N (-1)$) y de antipatía ($ERN/N (-1)$) dividiendo el número de elecciones recibidas positivas o negativas entre el número total de participantes menos uno. El índice de expansión positiva ($ESP/N (-1)$) siendo el numerador las relaciones positivas emitidas y la conexión afectiva (Rp/EP) dividiendo las elecciones recíprocas entre las elecciones positivas recibidas. Finalmente, se procederá a realizar una comparación entre el pretest y el postest para determinar cuantitativamente el impacto social tanto a nivel grupal como individual que ha tenido nuestro proyecto de Musicoterapia.

Resultados

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en las investigaciones mencionadas en las distintas secciones de la introducción (Blasco-Magraner et al., 2021; Burova, 2019; del Barrio et al., 2019; Faber y McIntosh, 2020; Gooding et al., 2011; Ponce de León y del Olmo, 2021), se espera que la realización de actividades de improvisación musical y corporal, juegos con distintos tipos de agrupamientos, técnicas de imitación y de relajación ayuden a los participantes a desarrollar su inteligencia emocional y a fortalecer la telé del grupo, previniendo la aparición de conductas disruptivas que desencadenen un posible y futuro acoso escolar.

CONCLUSIONES

Esta propuesta viene motivada por la apreciación de la falta de recursos del sistema educativo actual para la prevención, detección precoz y atención temprana de casos de acoso escolar, aun viendo cómo produce carencias permanentes en sus víctimas tanto a nivel físico como emocional y psicológico (Sanmartín, 2019). Sin embargo, aunque este proyecto esté diseñado para la etapa de Educación Infantil, sería interesante la normalización de la Musicoterapia en todo el contexto educativo de forma habitual, continuando con ella en las etapas educativas posteriores para mejorar el clima de aprendizaje en las aulas.

Asimismo, hemos de añadir que un proyecto de ocho sesiones sería insuficiente para realizar cambios de forma permanente en las relaciones sociales, pero debido al escepticismo de la sociedad ante los beneficios de la musicoterapia, puede ser favorable dar visibilidad a resultados de investigaciones científicas a corto plazo para abrir paso a futuros proyectos de larga duración.

No obstante, como principal limitación encontramos el alto grado de subjetividad que envuelve a las relaciones sociales, ya que estas pueden verse influenciadas por sesgos que nos impidan determinar científicamente los cambios estructurales de preferencia y rechazo en el grupo de participantes (Mikami et al., 2013). Al mismo tiempo, otro aspecto delicado puede ser la comunicación a las familias de la importancia o beneficios que supondría para su hijo la participación en el proyecto, ya que previamente habrá que meditar la manera de transmisión más oportuna para evitar posibles rechazos. Como conclusión, podemos decir que, frente a estas limitaciones, las intervenciones de Musicoterapia en Educación Infantil que tengan como objetivo mejorar la cohesión grupal y aumentar el grado de inteligencia emocional, entre otros, podrían ser herramientas eficaces de prevención de bullying en etapas educativas posteriores.

Financiación

Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiación institucional.

Conflictos de intereses

La realización del presente proyecto de intervención no acarrea conflicto de interés alguno.

Contribuciones de autor

La autora declara ser la responsable del desarrollo intelectual de la propuesta, así como de la redacción del presente artículo.

Citación

González-Claros, O. (2022). Musicoterapia y relaciones sociales en educación infantil: propuesta de intervención. *Revista Misostenido*, 3, 63-70.

Recibido: 10 enero de 2022

Aceptado: 8 marzo de 2022

Publicado: 10 abril de 2022

REFERENCIAS

- Andueza, J. y Lavega, P. (2017, junio-marzo). Incidencia de los juegos cooperativos en las relaciones interpersonales. *Revista de educación física de Ufrgs*, 23(1), 213-228.
- Benson, B. (2003). *The improvisation of musical dialogue: A phenomenology of music*. Cambridge University Press.
- Bezanilla, J. M. y Miranda, M. A. (2019). *Sociometría: un método de investigación psicossocial*. Editorial Académica Española.
- Blasco-Magraner, J.S., Bernabe-Valero, G., Marín-Liébaña, P. y Moret-Tatay, C. (2021). Effects of the Educational Use of Music on 3- to 12-Year-Old Children's Emotional Development: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3668. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073668>
- Bonilla-Santos, J., González, A. y Bonilla-Santos, G. (2017). Características neuroendocrinas del trauma temprano y su relación con el bullying. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 25(3), 258-265.
- Brown, E.D. y Sax, K.L. (2013). Arts enrichment and preschool emotions for low-income children at risk. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(2), 337-346. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2012.08.002>
- Bruscia, K. (2010) *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. AgrupArte.
- Burova, T. (2019). *Improvising equality*. Trabajo de fin de Máster, Universidad de Aarhus, Aarhus, Dinamarca.
- Cirik, V. y Efe, E. (2018). El efecto de la musicoterapia en la salud infantil. *Revista de estudios educativos y de instrucción en el mundo*, 8 (2).
- del Barrio Aranda, L., Sabbatella, P., & Brotons, M. M. (2019). Musicoterapia en educación: un proyecto de innovación orientado a la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales. *Revista Música Hodia*, 19. <https://doi.org/10.5216/mh.v19.51723>
- Eidson, C. (1989). The effect of behavioral music therapy on the generalization of interpersonal skills from sessions to the classroom by emotionally handicapped middle school students. *Journal of Music Therapy*, 26, 206-221.
- Equipo pedagógico de la Asociación Mundial de Educadores Infantiles AMEI-WAECE. (2018). El bullying se gesta en la etapa de Educación Infantil. *Independently Published*.
- Faber, S. & McIntosh, A. (2020). Towards a standard model of musical improvisation. *European Journal of Neuroscience*, 51(3), 840-849. <https://doi.org/10.1111/ejn.14567>
- Fernández-Batanero, J.M. y Cardoso Felício, J.M. (2016). Musicoterapia e integración social en menores infractores. Un estudio de casos. *Perfiles educativos*, 38(152), 163-180.
- Fernández-Company, J.F., García-Rodríguez, M., Gamella, D. y Moreno, A. (2021). Identificación emocional a través de la música en la infancia. En E. Castro (Ed.), *Oportunidades y retos para la enseñanza de las artes, la educación mediática y la ética en la era digital* (pp. 975-1006). Dykinson.
- Fried, R. y Berkowitz, L. (1979). La música tiene encantos y puede influir en la amabilidad. *Revista de psicología social aplicada*, 9(3), 199-208. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1979.tb02706.x>
- Garaigordobil, M., y Fagoaga, J. (2006). *El juego cooperativo para prevenir el acoso en los centros escolares*. Madrid: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Información y Publicaciones.

- Gil-Espinosa, F., Romance García, Á. y Nielsen Rodríguez, A. (2018). Juego y actividad física como indicadores de calidad en Educación Infantil (Games and physical activity as indicators of quality in Early Childhood Education). *Retos*, 34, 252-257. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i34.60391>
- Goleman, D. (1996). *Working with Emocional Intelligent*. Bloomsbury.
- Gooding L.F. (2011). The effect of a music therapy social skills training program on improving social competence in children and adolescents with social skills deficits. *Journal of music therapy*, 48(4), 440-462. <https://doi.org/10.1093/jmt/48.4.440>
- Grau, P. (2014). La relajación. Temas Para La Educación. *Revista Digital Para Profesionales De La Enseñanza*, 26(9).
- Hargreaves, D., Marshall, N., & North, A. (2003). Music education in the twenty-first century: a psychological perspective. *British Journal of Music Education*, 20, 147-163.
- Hemsey de Gainza, V. (1987). *La improvisación musical*. Ricordi.
- Jauset, J. A. (2018). *Música y neurociencia: la musicoterapia. Fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas*. Editorial UOC.
- Mateos-Hernández, L. A. (2004). *Actividades musicales para atender a la diversidad*. ICCE.
- Martins, M. y García-Rodríguez, M. (2021). Propuesta de intervención con Musicoterapia comunitaria para la mejora de la autoestima en adolescentes víctimas de bullying. En María del Mar Simón Márquez (Coord.) *Investigación y práctica en salud: nuevos retos en el contexto sanitario*, (pp. 115-122). Dykinson.
- Mikami, A. Y., Griggs, M. S., Lerner, M. D., Emeh, C.C., Reuland, M.M., Jack, A., & Anthony, M. R. (2013). Un ensayo aleatorizado de una intervención en el aula para aumentar la inclusión social de los compañeros de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 81(1), 100-112. <https://doi.org/10.1037/a0029654>
- Moreno, J. L. (1953). *¿Quién sobrevivirá? Fundamentos de la sociometría, la psicoterapia de grupo y el sociodrama*. Beacon House.
- Mössler, K., Gold, C., Aßmus, J., Schumacher, K., Calvet, C., Reimer, S., Iversen, G. y Schmid, W. (2019). The Therapeutic Relationship as Predictor of Change in Music Therapy with Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(7), 2795-2809. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3306-y>
- Mújina, V. S. (1997). *Vozrastnaya Psijologia (I. Filanova, trad.)*. Machado
- Perkovic, R., Tustonja, M., Devic, K. Y Kristo, B. (2021). Music Therapy and Mental Health in Pregnancy. *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 4), 786-789.
- Ponce de León, L. & Del Olmo, M. J. (2021). 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*, 18, 217-233. <http://dx.doi.org/10.5209/reciem.69085>
- Rothpflug, V. (2017). Método GIM y educación emocional: Adaptaciones del método en el ámbito educativo. *ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, 2(2), 74-103.
- Sanmartín Esplugues, J. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto ya la clasificación de la violencia. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (42), 9-21.
- Sutton, J. (2002). The pause that follows. *Nordic Journal of Music Therapy*, 11(1), 27-38. <https://doi.org/10.1186/s13612-014-0020-9>
- Umbrello, M., Sorrenti, T., Mistraretti, G., Formenti, P., Chiumello, D. y Terzoni, S. (2019). La musicoterapia reduce el estrés y la ansiedad en pacientes críticamente enfermos: una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios. *Minerva Anestesiologica*, 85 (8), 886-898. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.19.13526-2>



MUSICOTERAPIA Y SU IMPACTO EN PERSONAS CON TDAH EN COMORBILIDAD CON MICROCEFALIA. ESTUDIO DE CASO

MUSIC THERAPY AND ITS IMPACT ON PEOPLE WITH ADHD IN COMORBIDITY WITH MICROCEPHALY. CASE STUDY

Alba San Genaro Arribas

Correspondencia: albasga@hotmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2123-3922>

Resumen

En el presente trabajo se plantea la aplicación de sesiones de musicoterapia en un contexto educativo a una paciente de 16 años que tiene diagnosticados TDAH en comorbilidad con microcefalia. La usuaria presenta una gran afectación de las funciones ejecutivas y graves dificultades en el aprendizaje desde edad muy temprana. Por ello, se han trabajado diversos objetivos focalizados en sus necesidades principales, tales como el freno motor, incrementar la autoestima o las habilidades en lectoescritura. Los resultados obtenidos tras las doce sesiones en las que se ha basado el tratamiento terapéutico han arrojado indicadores suficientes como para afirmar que se ha producido una mejora en el control y freno motor, un incremento de la expresión emocional y se ha conseguido una mejora significativa de las habilidades en lectoescritura. En cuanto al trabajo en autoestima y autoconcepto, sí se ha podido apreciar un ligero incremento, siendo necesario continuar trabajando este objetivo, si es posible, en sesiones posteriores para conseguir un incremento de su autoestima.

Palabras clave

Musicoterapia, TDAH, comorbilidad, microcefalia.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo versa sobre la aplicación de la Musicoterapia en un contexto de patología TDAH, las modificaciones que este tipo de terapia tiene a nivel conductual en el individuo, incrementando el control sobre sus propios impulsos, favoreciendo la mejora de sus relaciones interpersonales y ayudando a mejorar su autoconcepto. Además, en el caso único en que se han llevado a cabo las sesiones de intervención, el TDAH entra en comorbilidad con otra pa-

Abstract

This study proposes the application of music therapy sessions in an educational context to a 16-year-old patient diagnosed with ADHD in comorbidity with microcephaly. The user is severely affected by executive functions and has serious learning difficulties from a very early age. For this reason, we have worked on various objectives focused on her main needs, such as motor braking, increasing self-esteem and reading and writing skills. The results obtained after the twelve sessions on which the therapeutic treatment was based, have shown sufficient indicators to affirm that there has been an improvement in motor control and braking, an increase in emotional expression and a significant improvement in reading and writing skills. As for the work on self-esteem and self-concept, a slight increase has been observed, and it is necessary to continue working on this objective, if possible, in subsequent sessions to achieve a more positive self-concept.

Keywords

Music therapy, ADHD, comorbidity, microcephaly.

toología, la microcefalia, siendo ésta última más incapacitante que la primera para el desarrollo y evolución, tanto académica como social, de la paciente en cuestión.

De este modo, ha sido articulado un proyecto de intervención de musicoterapia en una alumna de 16 años, que cursa 3º de ESO y que, además de padecer TDAH diagnosticado en los primeros cursos de primaria, se añade otro trastorno de nacimiento: microcefalia. En el proceso de intervención han sido tenidas en cuenta ambas patologías y se

han establecido distintos objetivos a cumplir en las 12 sesiones planteadas inicialmente y de las que hablaremos más adelante.

Características principales: Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH)

Partiendo de la información que queda recogida en el manual de psicología DSM-V, la hiperactividad se basa, al igual que la inatención, en la presencia de 6 o más síntomas, que se explican a continuación, los cuales tienen una duración de al menos 6 meses y no concuerdan con el nivel de desarrollo del individuo afectando a su vida académica y social. Algunos de esos síntomas son:

1. Se levanta en situaciones en las que se espera que esté sentado o sentada.
2. Habitualmente corre, salta, etcétera en situaciones no apropiadas.
3. Parece que lo impulsa un motor, siempre en movimiento.
4. Habla excesivamente y sin control.
5. Responde antes de que haya concluido la pregunta.

Algunos síntomas de inatención o hiperactividad pueden aparecer antes de los 12 años (como es el caso que nos ocupa), éstos deben darse en uno o más ámbitos de la vida del paciente, interfiriendo en la vida tanto social como académica del individuo. Por otro lado, en cuanto a la relación con otros trastornos, se señala que los síntomas descritos anteriormente no se producen exclusivamente durante el curso de otras enfermedades como la esquizofrenia o el trastorno psicótico ni, por tanto, las explican.

El TDAH es un trastorno muy común en edad escolar, afectando en torno al 5,2% de la población infantil mundial según recogen Polanczyk, Silva de Lima, Lessa, Biederman, y Rohde (2007). El trastorno afecta principalmente a la atención, asociada de igual forma a la disfunción cognitiva de distintas áreas, como la impulsividad, la ausencia de organización o planificación. Además, suelen presentar problemas en la memoria operativa y su comportamiento social suele afectar a las relaciones del individuo TDAH con sus semejantes. Todo esto tiene su explicación a nivel neurológico. En el estudio de Ruiz Gómez, Cuadros, y Hard (2019), explican que las áreas prefrontales del cerebro, que son las que se encargan de la función ejecutiva, no trabajan igual que en un individuo sin TDAH, la hipofunción en estas áreas es la que provoca las alteraciones de comportamiento en individuos con este trastorno.

Diversos estudios han demostrado la organización jerárquica de la corteza cerebral, las áreas prefrontales, anteriormente citadas, son esenciales en la recepción y respuesta de la información externa. Por todo ello, en el trastorno tratado en este trabajo, las funciones ejecutivas (FE) que se presentan más afectadas son aquellas en las que las respuestas cognitivas tienen su funcionalidad en resolver cuestiones imprevistas, enfrentarse a grandes cambios, metas, planificación, estrategias, logros, etc. Todo esto afecta especialmente al ámbito académico, pero no es el único, las relaciones sociales se ven fuertemente perjudicadas y con frecuencia, los alumnos con TDAH presentan características como baja autoestima, se sienten diferentes, no saben relacionarse correctamente, suelen generar rechazo y se sienten desplazados del grupo al que pertenece afectando, por tanto, no sólo a los procesos cognitivos, si no también (en ocasiones con más perjuicios) emocionales. Es decir, las funciones ejecutivas (FE) son diferentes piezas que funcionan con cierta independencia, no como una unidad; por ello, sirviéndonos de esta afirmación, se plantean numerosos estudios que facilitan el análisis de estas partes y su relación conductual y del aprendizaje.

Es una realidad que se han llevado a cabo un gran número de intentos para clasificar esas funciones ejecutivas, llegando a la conclusión (entre otras), que dichas funciones son muy flexibles y dinámicas, por lo que sus funciones asociadas, dependen en gran medida de otras regiones cerebrales como las zonas corticales posteriores, estructuras límbicas y basales. Por ello, los tratamientos que se aplican en el TDAH se enfocan a estimular las diferentes partes cerebrales que están relacionadas con el área prefrontal; estos tratamientos abarcan desde los farmacológicos a otros tipos de terapia, donde se encuadraría la musicoterapia.

Rickson (2006), en su estudio, explica que entre el 50 y el 80 % de los niños que tienen TDAH también sufren comorbilidad con otros trastornos, generalmente relacionados con comportamientos disruptivos, retraso en el desarrollo cognitivo, trastornos de ansiedad etc. Además, señala que en los niños diagnosticados con TDAH suelen tener una variante en el receptor de la dopamina D4 (Barkley, 1998). Este neurotransmisor está presente en distintas áreas del cerebro e implicada en diversas funciones motoras y de expresión de emociones. La medicación utilizada en el tratamiento del TDAH, metilfenidato, ha resultado ser muy eficaz en cuanto al tratamiento del TDAH, ya que aumenta la capacidad del individuo para inhibir y controlar los impulsos, ralentizando los transportadores de la dopamina, dando al sujeto más tiempo para considerar las opciones antes de moverse o responder. Además del tratamiento farmacológico, otro tipo de tratamiento son las técnicas de modificación de conducta a través de la psicoterapia y la

musicoterapia, las cuales sí han demostrado avances en algunas áreas. Si bien es cierto que la investigación debe seguir su curso para arrojar datos empíricos suficientemente estables.

Características principales: microcefalia

En nuestra paciente, la etiología de la microcefalia es desconocida, si bien es cierto que se descarta el virus Zika u otras variantes, todo apunta el posible origen genético ya que hay más casos en la familia. En estos casos clínicos la circunferencia del cráneo es igual o menor a 31,9 cm. en el género masculino y es igual o menor a 31,5 cm. en el femenino. Además, se aplica para nacimientos que han llegado a la semana 37 de gestación o más según recoge Rocha (2015).

Según Chiriboga et al. (2003), la microcefalia, se define como una medida de la circunferencia de la cabeza por debajo del quinto centil en niños, estando por debajo del décimo en el momento del nacimiento. Esta patología está asociada a distintas problemáticas en el neurodesarrollo del individuo que la padece. En cuanto a la etiología de la microcefalia influye factores genéticos, ambientales, agentes infecciosos y otras anomalías congénitas. A esto se unen los partos prematuros y el bajo peso, que incrementan el riesgo de padecer microcefalia (Hack, 1991), no estableciéndose por el momento, las causas claras que llevan el deterioro del crecimiento cerebral. En este mismo artículo, se señala, que la introducción del ultrasonido cerebral de manera rutinaria ha facilitado la detección de hemorragia intraventricular (HV), así como distintas complicaciones neurológicas en niños prematuros. Además, se establece una clara relación entre esta patología y un mal funcionamiento cognitivo del individuo que lo padece.

Chiriboga et al. (2003), desarrollan un estudio con 1607 niños, que tuvieron muy bajo peso al nacer y fueron sometidos a estudios mediante ultrasonidos en los días 1-3 y del 7-10 y posteriormente, entre 3 y 8 semanas más tarde. El estudio se centra en niños entre 8 meses y 6 años estableciendo la microcefalia como variable dependiente. Los resultados del estudio pueden resumirse en que la presencia de microcefalia, entendiendo esta como una circunferencia por debajo del 5º centil, en la población infantil de muestra nacidos prematuramente y con bajo peso (entre otras variantes), es del 15%, asociándose significativamente dicha patología con un peso y altura por debajo del citado centil ya en edad escolar. En este mismo estudio se habla de la hemorragia intraventricular asociándose con un aumento de probabilidades de microcefalia, así como un aumento del riesgo perinatal asociado con displasia broncopulmonar, hipotiroxinemia, o una edad gestacional menor de 26 semanas,

entre otras. En definitiva, la microcefalia tiene varias causas y establecen parámetros físicos y cognitivos concretos que la hacen fácilmente identificable.

Comorbilidad entre TDAH y Microcefalia

En el caso tratado confluyen las dos patologías en el mismo individuo, no habiéndose encontrado ningún estudio concreto que aúne microcefalia y TDAH. De este modo, se puede señalar que la alumna presenta una edad cognitiva muy por debajo de su edad biológica, el uso de memoria es muy limitado y, si bien es cierto que escribe, no sin cierta dificultad, sus habilidades en lectoescritura están poco desarrolladas. En ocasiones presenta problemas de orientación y una capacidad de concentración limitada. No presenta problemas motores de importancia.

Las características que presenta de manera general y en las cuales se puede observar la confluencia de las dos patologías anteriormente explicadas son:

- 1.- Dificultad para mantener la concentración.
- 2.- Problemas para controlar y coordinar movimientos.
- 3.- Dificultad en habilidades de lectoescritura.
- 4.- Imposibilidad de retención.
- 5.- Problemas para expresarse emocionalmente.

TDAH y musicoterapia

La posibilidad de las artes de mediar en el fortalecimiento de las funciones ejecutivas en niños con TDAH es muy alta. Citando el proyecto neuroArte, se trata de un programa enfocado al fortalecimiento de las funciones ejecutivas y también de los procesos sociales que influyen directamente en la creación de redes neuronales, potenciando el aprendizaje de los individuos que sufren este trastorno como señalan en su estudio Ruiz Gómez et al., (2019).

Ese mismo estudio sitúa la música como entidad neurocognitiva y con capacidad para modificar funciones de procesamiento de estímulos. En él se tratan temas como la memoria asociada a la música y su análisis, o los elementos que conllevan una modulación conductual y la modificación del comportamiento motor del individuo. Se señala además que la música es capaz de provocar movimiento, también de manera inconsciente, por lo que el uso de la estimulación a través del ritmo puede aplicarse en diversas alteraciones cerebrales y con patologías que afecten a dicho movimiento, pudiendo utilizarse la música como elemento para la rehabilitación cognitiva.

Como señalan Ruiz Gómez et al. (2019), se ha demostrado a través de la neuroimagen, que los procesamientos que el cerebro hace de la audición o interpretación musical son diferentes a otros procesos cognitivos. Se evidencia que la música se procesa a través de redes neuronales específicas, que son distintas a aquellas que se encargan del lenguaje hablado o del procesamiento de sonidos ambientales (Zatorre et al., 2002). Es decir, en ese proceso, interviene una red cortical y subcortical distribuidas por ambos hemisferios y por diversas estructuras que dan a la música la posibilidad de estimular procesos cognitivos y no cognitivos; o lo que es lo mismo, no se puede establecer un solo área de actuación musical, ni limitar a un tipo de patología ya que, en el proceso musical, intervienen los dos hemisferios en alguna de las acciones musicales.

Por otro lado, siguiendo a Ledoux, (1999), las emociones unen la vida mental, siendo éstas, funciones biológicas del sistema nervioso. Los dos hemisferios se unen a través de la música, siendo las distintas destrezas musicales activadoras de uno u otro hemisferio. Las funciones del lenguaje se registran en el hemisferio izquierdo, por tanto, lo activamos si estamos cantando una canción, pero va más allá; si un individuo sufre una lesión en esa área y no puede comunicarse verbalmente, la música, al afectar a los dos hemisferios, puede conseguir que se comunique de alguna manera. Son muchas las teorías que tienen el objetivo de rehabilitación cognitiva, Mckelvie y Low (2002), realizaron un estudio de intervención en un grupo de niños, con elementos musicales, entre los cuales se ratificó un mejor desempeño escolar frente al grupo de control que no había sido sometido a la terapia. Pero este estudio no es un caso aislado, un gran número de ellos demuestran que la intervención musical incrementa y mejora el desempeño en distintos procesos cognitivos como señala Schellenberg (2001).

Muchos autores relacionados con la terapia neurocognitiva musical, entre los que podemos destacar Sihvonen (2017) o Custodio y Cano-Camos (2017), plantean la necesidad de continuar con las investigaciones para fortalecer el soporte empírico de la musicoterapia en esta área. Señalando que existe poca literatura y/o estudios completos, por lo que la evidencia científica sobre la estimulación musical en las funciones ejecutivas, necesitan más datos que sigan refutando lo que sabemos hasta el momento. Por ello, es importante tener presente la necesidad de crear y evaluar nuevos tratamientos neuropsicológicos que ayuden a fortalecer las funciones ejecutivas en individuos con TDAH; en su estudio, Ruiz Gómez, Cuadros, y Hard (2019), habla de un programa denominado Estimularte, multimodal y cuyo objetivo es combinar estrategias neurocognitivas utilizadas para potenciar y desarrollar las funciones ejecutivas, utilizando además herramientas musicales para incrementar procesos co-

mo memoria de trabajo, control inhibitorio o flexibilidad cognitiva, determinando si ese programa, influye en dichas funciones ejecutivas en individuos diagnosticadas con TDAH.

Según Rickson (2006) se observa que los sujetos en edad escolar suelen interpretar con golpes desordenados y tienen muchas dificultades para mantener un ritmo constante, relacionado con la incapacidad para contener impulsos. Barkley (2001), por su parte, establece una asociación entre la capacidad para inhibir una respuesta con la memoria de trabajo, es decir; las interferencias de esta última por elementos de distracción internos y externos influye directamente en esas respuestas motoras no controladas.

Por ello, la precisión en las reproducciones rítmicas que el individuo con TDAH presenta, puede ser un indicador medible y ofrecer información sobre los niveles de impulsividad y su capacidad de inhibición precisa del niño/adolescente.

Tal y como recoge Rickson (2006), existen muchos enfoques musicoterapéuticos que a lo largo del tiempo han aplicado esta terapia con éxito en adolescentes. El trabajo creativo de música organizada, especialmente en grupo, hace necesaria la atención y la auto-regulación, produciendo una mejora en la organización interna y de control de la impulsividad. Por otro lado, no todos los estudios en esta línea de investigación arrojan resultados positivos. Rickson y Watkins (2003), recogen que no en todos los casos la creación musical es beneficiosa para los niños o adolescentes con TDAH. Este tipo de prácticas podría alterar en exceso a los individuos con este tipo de patología.

Generalizando, los sujetos con TDAH responden mejor si los programas están estructurados y son previsibles. Tanto Rickson y Watkins (2003) como Barkley (1998), sugieren que los programas de musicoterapia enfocados a este grupo concreto deberían tener actividades rítmicas con una marcada estructura, y deberían aplicarse a grupos muy pequeños o en sesiones individuales. Rickson (2006) afirma que el ritmo es un elemento muy importante a tener en cuenta en la aplicación de musicoterapia con niños o adolescentes con TDAH, debiendo prestar atención a la influencia del mismo en el comportamiento ya que puede desencadenar una alteración excesiva y no generar beneficios al sujeto.

Para concluir, todos los estudios abordados, arrojan buenos resultados en cuanto a la efectividad de la aplicación de musicoterapia en sujetos con TDAH, abriendo además la puerta a distintos ámbitos de aplicación, generando una base cada vez más sólida que sigan fortaleciendo la terapia musical.

Microcefalia y musicoterapia

Tan sólo se ha encontrado una referencia que aúne musicoterapia y microcefalia, dicho estudio trata a un adolescente que padece microcefalia, con retraso madurativo motor y cognitivo. Publicado por Garcia, Röpke, y Marcia (2020), se establecen en primer lugar las herramientas utilizadas que son IMPAP, y los sistemas de neurodesarrollo (Levine, 2003), reflejando la positiva evolución desde el inicio de las sesiones hasta el final, mejorando sustancialmente la atención, el lenguaje y el control motor del usuario. Por último, cabe señalar que no ha sido posible encontrar ninguna referencia ni estudio que aúne TDAH, microcefalia y musicoterapia. Los objetivos que se plantean abordan:

- 1.- Demostrar los beneficios y modificaciones a nivel conductual que las sesiones de musicoterapia ofrecen a los individuos con TDAH.
- 2.- Controlar la impulsividad motora y verbal de los alumnos con TDAH como patología única o en comorbilidad con otras.
- 3.- Mejorar la autoestima y autoimagen de los alumnos TDAH incluidos en las sesiones de intervención.
- 4.- Mejorar la memoria y las habilidades de lectoescritura a través de canciones.
- 5.- Incrementar la escucha mantenida y concentración.
- 6.- Reforzar la autoestima y mejorar el autoconcepto.

Material y Métodos

Participantes

Este proyecto se enfoca a una sola participante, adolescente de 16 años nacida en el año 2005. Desde el momento del nacimiento se le diagnostica microcefalia sin especificar la etiología, aunque todo parece apuntar a un origen genético. En su informe psicopedagógico, se refleja que a finales del primer trimestre de 2º de Educación Infantil (año 2009) se detectan alteraciones de la comunicación y retraso simple del lenguaje. En el año 2010 se le reconoce un 42% de discapacidad psíquica (retraso madurativo) y al año siguiente en el año 2011, ya figura como ACNEE y se confirma una discapacidad psíquica moderada. En el año 2012, aparece también el diagnóstico de TDAH y en el 2015 se le reconoce un grado total de discapacidad del 67%.

Estímulos y medidas

Las pruebas principales que han sido utilizadas para la evaluación de las capacidades cognitivas, psicomotoras o

lingüísticas son, entre otras Peabody y Wisc-IV. La primera de ellas evalúa el vocabulario receptivo y la adquisición de este, además de detectar las dificultades de aptitud verbal y evaluar los procesos cognitivos; los resultados obtenidos por nuestra beneficiaria se sitúan en el percentil 0,1. Es decir, si se tiene en cuenta que la edad biológica es de 16 años, el resultado de esta prueba sitúa a B. MJ (beneficiaria) en una edad cognitiva de entre 6 y 8 años.

Además, este resultado debe relacionarse con su CI (cociente intelectual), situándose en 55, una puntuación que es considerada muy baja. Por otro lado, fue utilizado la prueba Wisc-IV, que en líneas globales arrojó un CI menor de 41 (percentil <1), obteniendo resultados parejos tanto en comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento; es decir, en todas las áreas B. MJ obtuvo resultados iguales o menores al percentil 0,1 (indicadores entre bajo y muy bajo). En líneas generales, B. MJ es autónoma en cuanto a tareas como vestirse, comer o mantener su higiene personal, según se recoge en el informe pedagógico, manteniéndose en el momento de la aplicación de las sesiones de musicoterapia. En cuanto a las relaciones personales, el clima de la clase durante las etapas de Educación Infantil y Primaria era considerado bueno y estable, con un grupo de alumnas que incluían a B. MJ en sus actividades. Al llegar a Secundaria, esto comienza a cambiar, alejándose sus etapas cognitivas, también lo hacen sus relaciones interpersonales; B. MJ tiene una alta inteligencia emocional y percibe esas diferencias con el grupo. Aunque inicialmente mantenía una actitud tranquila, participativa y, sobre todo, positiva y alegre dentro y fuera del aula, esta actitud ha ido cambiando y tornándose más triste durante el curso 20-21. B. MJ, comienza a mostrar actitudes de apatía y comportamientos compulsivos como pedir salir al baño reiteradamente. A esto se une que el uso de fichas adaptadas comienza a ser rechazado de manera sistemática intentando adherirse al discurrir general de la clase. En cuanto al nivel de competencia curricular, tiene ACIs (Adaptaciones curriculares) en todas las materias y su nivel está situado entre 3º de Educación Infantil y 1º de Educación Primaria, sin evolución significativa en contenidos académicos durante varios años. Dichas adaptaciones se centran en potenciar la autonomía e independencia de B. MJ de cara a su vida adulta.

Sesiones de musicoterapia

Las sesiones fueron articuladas en un total de doce, siendo dos sesiones por semana de 45-50 minutos. A continuación de manera representativa, se exponen dos

de las mismas que se llevaron a cabo con la paciente durante los meses de abril, mayo y junio del año 2021.

Tabla 1*Organización de la sesión número 5*

Fases de la sesión	Actividades y procedimientos	Objetivos de desarrollo	Indicadores de evaluación
Preparación Introducción (exteriorización)	- Conversación sobre sus emociones. - Canción inicial (improvisación creativa Nordorff-Robbins)	- Calentar - Relajar - Comenzar	- Escucha atenta - Esfuerzo en verbalizar emociones - Atmósfera distendida
Motivación para la sesión (interiorización)	- Hablamos de música, sus gustos. - Escuchamos y cantamos una de ellas (trabajo lingüístico).	- Escuchar - Reconocer frases y reproducirlas - Trabajar el área lingüística a través de las letras. - Trabajar la memoria - Atender aquello que nos hace sentir bien	- Desarrollamos la escucha mantenida - Escucha y expresa sus opiniones - Refuerzo a su autoestima a través del reconocimiento de sus opiniones. - Esfuerzo ante actividades de memoria
Activación corporal consciente (exteriorización)	- Trabajo del freno motor a través de pautas sencillas con instrumento de percusión y variaciones de <i>tempo</i>	- Trabajar freno motor consciente - Escuchar distintos <i>tempos</i> y adaptar su propio movimiento - Ser consciente del propio cuerpo y movimiento - Sincronizar movimientos y sonidos	- Escucha atenta y mantenida - Control sobre el propio cuerpo y el movimiento - Incremento de la confianza en uno mismo
Desarrollo perceptivo (interiorización)	- Trabajamos en el piano. Libertad para expresar cómo se siente	- Concentrar la atención en la actividad - Controlar el movimiento - Incrementar el sentido del oído - Expresar emociones	- Consciencia de su propio movimiento - Apertura a expresar emociones - Mejora del control motor - Escuchamos lo que ocurre fuera y dentro
Relación con el otro (exteriorización)	- Exteriorizamos emociones a través de instrumentos - Trabajo vinculando emociones a colores con tubos sonoros (<i>boomwhackers</i>) - Ejercicio rítmico, técnica de repetición. Distinción entre dos y tres golpes.	- Fortalecer vínculo musicoterapeuta-paciente - Reconocer y exteriorizar emociones - Trabajar autoestima - Mantener la atención	- Vinculamos emociones y distintas dinámicas - Sensación de "ser capaz" - Incrementamos la atención
Representación y simbolización (interiorización)	- Actividad de relajación, preparación del final.	- Ser consciente de nuestro cuerpo y sus cambios	- Recordamos dinámicas realizadas - sensación de tranquilidad
Despedida (exteriorización)	- Repasamos las actividades realizadas y expresamos opiniones - Canción de despedida (técnica de improvisación creativa Nordorff-Robbins)	- Reforzar el uso de la memoria - Aceptar el final de la sesión - Agradecer el aprendizaje	- Repasamos lo que hemos realizado y cómo nos hemos sentido - Preparación para el final - Ilusión por volver a la siguiente sesión.

Nota: Elaboración propia

Tabla 2*Organización de la sesión número 8*

Fases de la sesión	Actividades y procedimientos	Objetivos de desarrollo	Indicadores de evaluación
Preparación Introducción (exteriorización)	- Expresamos sobre sus emociones. - Repaso de las actividades de la sesión anterior - Canción inicial	- Calentar - Reforzar el uso de la memoria	- Escucha atenta - Esfuerzo en verbalizar emociones - Refuerzo del uso de la memoria
Motivación para la sesión (interiorización)	- Actividad con percusión a través de la letra de canción; marcamos con un golpe cada final de frase por turnos (técnica <i>scaffolding</i>)	- Trabajar la memoria - Controlar la impulsividad - Incrementar el freno motor - Fomentar la escucha activa	- Uso mantenido de la memoria. - Trabajo de las habilidades en lectoescritura - Incremento de la atención
Activación corporal consciente (exteriorización)	- Trabajamos a través de una canción infantil ya trabajada en las primeras sesiones la representación de acciones cotidianas. Iniciamos la actividad y dejamos que ella continúe escuche y represente.	- Trabajar la memoria a través de la escucha - Generar bienestar - Participar activamente - Reforzar autoestima y sensación de ser capaz	- Uso de la memoria - Control del lenguaje - Implementamos la confianza en uno mismo - Refuerzo del uso de la memoria - Reconocimiento e identificación de distintas acciones a través del cuerpo
Desarrollo perceptivo (interiorización)	- Interiorizamos el mensaje de la actividad anterior. Trabajamos sobre el contenido	- Fomentar la escucha activa - Concentrar la atención en la actividad - Controlar la impulsividad - Trabajar el sentido del oído	- La relación con nosotros mismos mejora - Escucha de lo interior y lo exterior - Desarrollamos el sentido del oído
Relación con el otro (exteriorización)	- Compartimos experiencias musicales. Hablamos sobre sus gustos, preferencias y opiniones	- Reforzar el vínculo entre el musicoterapeuta y paciente - Reconocer nuestros logros - Expresar opiniones - Potenciar autoestima	- Mejoramos nuestra autoestima - Mantenemos la concentración - Expresamos nuestras opiniones y gustos - Sensación de ser capaz
Representación y simbolización (interiorización)	- Hablamos de emociones con los ojos cerrados - Nos relajamos preparando el final de la sesión	- Relajar el cuerpo y la mente - Tomar consciencia de nuestro cuerpo y sus cambios - Aceptar y distinguir distintas emociones	- Búsqueda de la relajación y el bienestar - Evocamos sensaciones
Despedida (exteriorización)	- Repasamos las actividades realizadas durante la sesión - Canción de despedida	- Reforzar el uso de la memoria - Aceptar el final de la sesión - Agradecer el aprendizaje	- Trabajamos desde el recuerdo - Preparación para el final - Ilusión por volver a la siguiente sesión.

Nota: Elaboración propia

Procedimiento

Tras las doce sesiones, de las cuales quedan recogidas dos en este artículo, se procedió a su análisis y evaluación; sien-

do destacable que antes y después de cada sesión se realizaba una recogida de datos sobre la predisposición y situación de B. MJ ante cada sesión, de este modo y en forma de gráficas se puede resumir del siguiente modo:

FIGURA 1.

Actividad física y mental al comienzo de las sesiones



Nota: Elaboración propia

FIGURA 2.

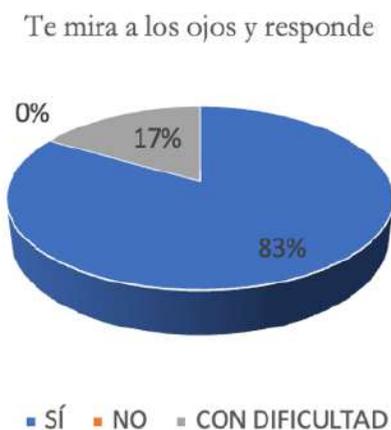
Capacidad de escuchar con calma



Nota: Elaboración propia

FIGURA 3.

Capacidad de centrar la atención, mirar a los ojos y responder cuando le hablas

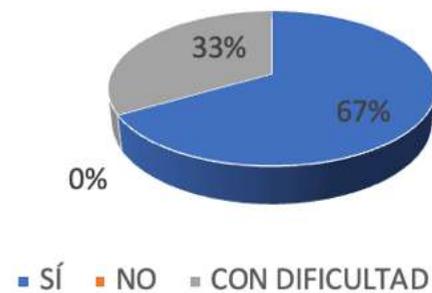


Nota: Elaboración propia

FIGURA 4.

Capacidad de seguir las pautas de inicio de sesión

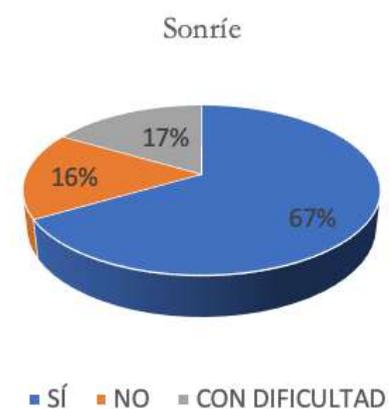
Es capaz de seguir las pautas de inicio de sesión



Nota: Elaboración propia

FIGURA 5.

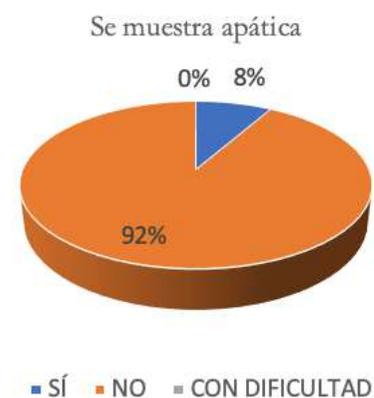
Sonríe y se muestra cómoda



Nota: Elaboración propia

FIGURA 6.

Muestra apatía hacia las dinámicas y actividades propuestas



Nota: Elaboración propia

FIGURA 7.

Muestra interés y motivación hacia las actividades propuestas en las sesiones

Se muestra motivada ante las actividades

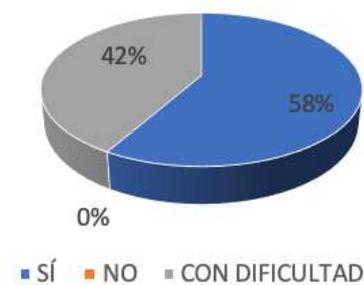


Nota: Elaboración propia

FIGURA 8.

Capacidad de recordar las pautas dadas al inicio de la sesión

Es capaz de recordar las pautas dadas de inicio de sesión

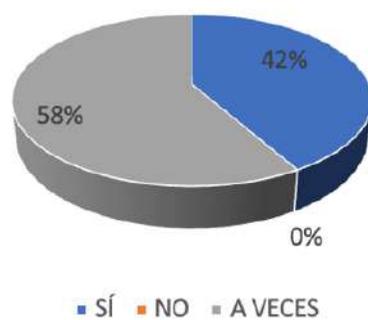


Nota: Elaboración propia

FIGURA 9.

Capacidad de controlar sus impulsos físicos durante la sesión

¿Controla sus impulsos físicos?

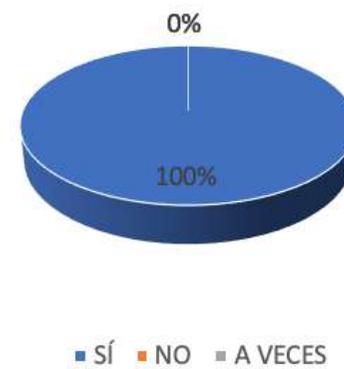


Nota: Elaboración propia

FIGURA 10.

Capacidad de controlar sus impulsos emocionales durante las sesiones

¿Controla sus impulsos emocionales?

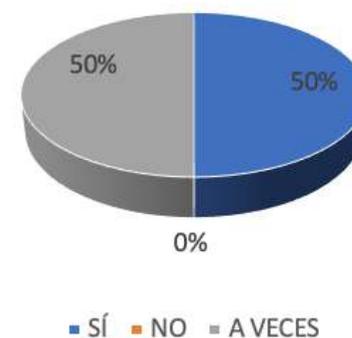


Nota: Elaboración propia

FIGURA 11.

Capacidad de escucha y entendimiento de las indicaciones de las actividades

¿Escucha y entiende las indicaciones de la actividad?

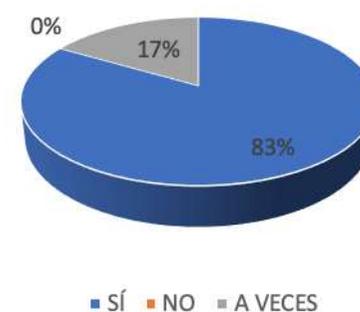


Nota: Elaboración propia

FIGURA 12.

Capacidad de afrontar con tranquilidad las actividades propuestas durante las sesiones

¿Muestra una actitud tranquila en las diferentes actividades?



Nota: Elaboración propia

Análisis y observaciones de las sesiones

Al finalizar cada una de las sesiones se llevaba a cabo un análisis detallado en el que se recogían observaciones, actitudes, cambios y evolución de la terapia con B. MJ; de este modo, reflejamos dicha información de las dos sesiones que con anterioridad se expusieron a modo de ejemplo. En el inicio de esta 5ª sesión B. MJ está muy tranquila, aunque escucha atenta nuestras indicaciones y nos mira a los ojos. La canción de bienvenida le sigue generando inseguridad y le resulta difícil cantar con nosotros. Continuamos trabajando el freno motor, esta vez a través de una de las canciones de su elección, la indicación es simplemente que debe moverse mientras suene la música y detenerse cuando pare. Notamos una leve mejoría en parar y reanudar la marcha cuando la música suena.

Tras esto, pasamos al piano modificando velocidades para que ella se mueva en función del tempo. En sesiones anteriores esta actividad no tuvo ningún éxito, en esta ocasión hay un pequeño cambio y parece que B. MJ va controlando mejor sus impulsos, si bien es cierto que la mejoría es muy leve, sí existe. Le damos libertad de movimiento, pero rápidamente desconecta de la actividad limitándose a caminar monótonamente sin prestar ninguna atención al sonido, al tempo ni tampoco a la actividad.

Modificamos la dinámica, vinculando saltos a duraciones cortas y pasos largos a duraciones largas. Esta modificación no tiene ningún éxito, B. MJ no entiende bien las pautas dadas, por lo que pasamos a ir reforzando verbalmente las duraciones y después intercalar con sonidos sin refuerzo. De este modo va comprendiendo mejor la dinámica, pero no funciona sin refuerzo verbal. Por lo que adaptamos la actividad y terminamos tocando lo que ella interpreta, lo que parece incrementar su interés y su concentración.

Tras esto, le cedemos el puesto en el piano y le damos libertad. Al principio se siente abrumada, pero poco a poco toca y se aprecia una gran sensibilidad y expresión, tiene preferencia por los agudos. A continuación, improvisamos, la musicoterapeuta imita lo que ella toca. La concentración y atención en esta actividad es muy positiva, estable además de apreciarse un incremento del tiempo de focalización. Trasladamos emociones a los tubos, no hay un cambio significativo en comparación con las sesiones anteriores, sigue expresando las distintas emociones de manera diferente en la interpretación, pero sigue teniendo dificultades para verbalizar su propio estado anímico.

Con los tubos, realizamos una actividad de percusión, ella imita lo que nosotros hacemos. Apreciamos de nuevo una gran dificultad para dar los golpes exactos, es decir, si da-

mos tres sí repite los tres, pero si damos dos, ella continúa dando tres. Tras esto, realizamos una actividad de relajación, al igual que en otras sesiones, aunque sí cierra los ojos, no deja de mover las manos en ningún momento y manifiesta un grado alto de impulsividad motora. No entra en estado de calma.

Finalizamos la sesión con la improvisación de despedida en la que B. MJ se muestra igualmente inseguridad y en esta ocasión no canta en ningún momento. Iniciamos la sesión con una breve charla, en la que nos cuenta con fluidez como se encuentra, está especialmente contenta y activa. Toma la iniciativa en la canción de bienvenida cantando sola acompañándose con el xilófono. Está muy atenta, motivada y contenta.

En sesiones anteriores ya habíamos escuchado la canción de Pan y mantequilla, y habíamos observado que tenía un fuerte efecto motivador, por lo que, para trabajar la lectoescritura, llevamos la letra, vamos leyendo cada verso y lo cantamos. Comenzamos por el estribillo que es lo que B. MJ conoce. Comprobamos que, a pesar de que B. MJ, como ya hemos señalado en otras ocasiones, tienen grandes dificultades en el ámbito lingüístico, cuando lee la frase varias veces, es capaz de cantar con fluidez. Es destacable que su atención y concentración en esta actividad se mantiene durante un amplio espacio de tiempo. Vamos reforzando cada logro y ella muestra orgullo de ese reconocimiento. Aplicamos la técnica de Scaffolding, como soporte para trabajar el autocontrol, la espera de turnos, etc. Utilizamos un tambor y vamos cambiando el turno en cada palabra golpeando el instrumento. Encontramos dificultades para introducir esta técnica, parece demasiado compleja para el punto en el que estamos, por lo que continuamos cantando por versos juntos. Se aprecia una rápida mejora en la repetición de los versos con la letra de apoyo. B. MJ tiene serias dificultades para leer, confunde fonemas y orden de letras, además, la microcefalia hace que olvide rápidamente todo lo que se trabaja, por lo que trabajar la letra, volviendo periódicamente atrás comprobando que sigue leyendo con cierta fluidez, es un gran avance. En esta actividad sonrío en numerosas ocasiones, se aprecia que está relajada y que disfruta de esta actividad, la cual se dilata durante varios minutos sin perder la concentración.

Tras esta, volvemos a trabajar con la canción que señala distintos movimientos como caminar, correr o comer, seguido de una pausa. Aunque escucha las indicaciones y va siguiendo mejor las pautas que en las primeras sesiones, se aprecia una fuerte tendencia a la impulsividad y poca capacidad de escucha e identificación en este tipo de actividades.

Finalizamos la sesión escuchando otra de las canciones de la lista que ella misma está confeccionando, nos explica y cuenta porqué le gustan y qué partes conoce. Repasamos lo que hemos realizado durante la sesión y cantamos la canción de despedida donde ella vuelve a tomar la iniciativa, pero rápidamente pierde la concentración, cantamos juntas y la sesión termina.

Aprobación ética

Este proyecto de intervención cuenta con los pertinentes permisos tanto del centro educativo donde se llevó a cabo como de los tutores legales de la beneficiaria de las sesiones de musicoterapia.

Resultados

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio de caso, se puede afirmar que:

- Las sesiones de musicoterapia influyen directamente en la mejora del freno motor en los individuos con TDAH. Comparativamente, el control motor de nuestra usuaria B. MJ se ha incrementado notablemente desde la primera sesión hasta la última, siendo necesario el mantenimiento de este trabajo puesto que dicho control no es total.
- La musicoterapia mejora la atención mantenida de individuos con TDAH en comorbilidad con microcefalia. Dicha hipótesis queda validada puesto que B. MJ presentaba una atención prácticamente nula y una rápida desconexión de cualquier actividad. Durante las sesiones con MT, su tiempo de atención fue incrementándose progresivamente, llegando a varios minutos de atención mantenida sin ninguna dificultad.
- Con relación a la mejora de las relaciones socioafectivas a través de sesiones de MT, la evaluación resulta compleja, si bien es cierto que se ha logrado construir un fuerte vínculo entre la musicoterapeuta y la beneficiaria, no se puede afirmar que, fuera de dicho vínculo, la terapia haya mejorado las relaciones sociales puesto que no se tienen datos suficientes como para realizar dicha afirmación.
- Que la musicoterapia tiene un impacto positivo en la autoestima de los usuarios con TDAH en comorbilidad con microcefalia u otras patologías, no queda demostrado, aunque contamos con indicios e indicadores de mejora en su propio autoconcepto. Para poder validar dicha hipótesis, serían necesarias

más sesiones, alargar la terapia en el tiempo, así como utilizar herramientas de evaluación, test y trabajar en equipo multidisciplinar con el departamento de orientación para poder medir estos cambios.

- Por último, queda demostrado que la aplicación de sesiones de musicoterapia en individuos con las patologías que presentaba nuestra usuaria mejora la memoria y la escucha atenta. Habiendo una clara mejora en las habilidades de lectoescritura, en el uso e intervención de la memoria, así como un reconocimiento de sus propias opiniones y gustos, implementando la escucha atenta, la concentración y la atención mantenida en distintas dinámicas.

A pesar de las limitaciones temporales que han influido en el número total de sesiones realizadas y, por tanto, en la recogida de datos e indicadores obtenidos. Afirmando que todos los objetivos planteados al inicio han sido logrados, si no totalmente, al menos, de forma parcial. Mejorando la calidad de vida de nuestra usuaria.

CONCLUSIONES

En cuanto a las conclusiones a las que se han llegado a partir de este estudio es, en primer lugar, que la musicoterapia debería ser una herramienta habitual en cualquier tipo de institución, su aplicación ofrece una serie de beneficios a los alumnos que difícilmente se puede conseguir con otro tipo de apoyos.

Por otro lado, a pesar de las limitaciones encontradas en la aplicación de las sesiones, podemos afirmar que los beneficios de las mismas, aplicadas a B.MJ han servido para trabajar problemas concretos asociados a las patologías que nuestra usuaria padece como es el control motor, en el cual se ha visto un incremento significativo en el reconocimiento de sus propios movimientos, un aumento sustancial del tiempo de atención mantenida, así como indicadores de mejora en autoestima y expresión emocional.

En definitiva, podemos afirmar el desarrollo de este proyecto ha arrojado resultados positivos y concluyentes sobre los beneficios que la musicoterapia tiene en los individuos con distintas patologías, aunque sin lugar a duda se debe seguir trabajando tanto a nivel individual con B. MJ como en la difusión de la musicoterapia como terapia empírica y demostrable científicamente.

Financiación

Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiación institucional.

Conflictos de intereses

La realización del presente proyecto de intervención no acarrea conflicto de interés alguno.

Contribuciones de autor

La autora declara ser la responsable del desarrollo intelectual de la propuesta, así como de la redacción del presente artículo.

Citación

San Gernaro-Arribas, A. (2022). Musicoterapia y su impacto en personas con TDAH en comorbilidad con microcefalia. estudio de caso. *Revista Misostenido*, 3, 71-82.

Recibido: 26 enero de 2022

Aceptado: 8 marzo de 2022

Publicado: 10 abril de 2022

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2015). *DSMV: Manual de Diagnóstico Diferencial*. Panamericana.
- Chiriboga, C. A., Kuban, K. C., Durkin, M., Hinton, V., Kuhn, L., Sanocka, U. y Bellinger, D. (2003). Factors associated with microcephaly at school age in a very-low-birthweight population. *Developmental medicine and child neurology*, 45(12), 796–801. <https://doi.org/10.1017/s0012162203001488>
- Vasconcelos De Freitas, J.D. y Pérez Venegas, M. (2016). ConcentrArte: una propuesta de intervención para niños venezolanos diagnosticados con Trastorno de Déficit de Atención. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 11, 293-307. <https://doi.org/10.5209/ARTE.54133>
- Díaz Santamaría, S., y Moliner García, O. (2020). Redefiniendo la educación musical inclusiva: Una revisión teórica. *Revista Electrónica Complutense De Investigación En Educación Musical*, 17, 21-31. <https://doi.org/10.5209/reciem.69092>
- García, M., Röpke, J. y Mária, C. (2020). Musicoterapia E A Microcefalia. Despertando a musicalidade de um adolescente. *Ciencias da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa* 7, 75-82. <https://doi.org/10.22533/at.ed.8992011029>.
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Planeta.
- Lou, M.A., López, N. (1999). *Bases psicopedagógicas de la Educación Especial*. Ediciones Pirámide.
- Lozano, M. P. Ferreras, A. P. Gomariz, M. J., y Bogdanovitch, A. P. (2010). Rasgos conductuales y cognitivos de los síndromes RETT CRI-DU-CHAT, X-FRÁGIL y WILLIAMS. *Liberabit*, 16(1), 39-50. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68615511005>
- Mansilla Rosas, S. P. y Varón Pérez, J. E. (2020). Microcefalia asociada a infección congénita por Zika Primer caso confirmado en el Tolima. *Revista Med*, 28(1), 51-57. <https://doi.org/10.18359/rmed.3691>
- Lin, Y. N., Lee, Y. S., Li, S. K. y Tang, T. K. (2020). Loss of CPAP in developing mouse brain and its functional implication for human primary microcephaly. *Journal of cell science*, 133(12), jcs243592. <https://doi.org/10.1242/jcs.243592>
- Dunn, L. M., Dunn, L. M. y Arribas, D. (2010). *PPVT-III peabody*: Test de vocabulario en imágenes TEA.
- Ramón Ubieto, J. R. (2014). *TDAH: hablar con el cuerpo*. Editorial UOC.
- Ruiz Gómez, F. J., Cuadros, J. y Hard, S. (2019). NeuroArte un programa de fortalecimiento de las funciones ejecutivas en niños con TDAH. *Inclusión y Desarrollo*, 6 (1), 83-92. <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.6.1.2019.83-92>
- Rickson D. J. (2006). Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison of the effects on motor impulsivity. *Journal of music therapy*, 43(1), 39–62. <https://doi.org/10.1093/jmt/43.1.39>
- Ten Donkelaar, H. J., Wesseling, P., Semmekrot, B. A., Liem, K. D., Tuerlings, J., Cruysberg, J. R., & de Wit, P. E. (1999). Severe, non-X-linked congenital microcephaly with absence of the pyramidal tracts in two siblings. *Acta neuropathologica*, 98(2), 203–211. <https://doi.org/10.1007/s004010051070>
- Vasalli, M. (2015). *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. Elsevier.
- Wechsler D. (2010). Wisc. IV. Escala de inteligencia de wechsler para niños IV. *Manual técnico y de interpretación*. TEA.



MUSICOTERAPIA CON MUJERES REFUGIADAS Y SOLICITANTES DE ASILO EN BERLÍN

MUSIC THERAPY WITH REFUGEE AND ASYLUM SEEKER WOMEN IN BERLIN

Alba san quirico

Violinista, profesora de violín del método Suzuki y musicoterapeuta

Contacto: albasanquirico@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5287-5496>

Resumen

En todo el mundo existen movimientos migratorios de personas que buscan una vida mejor. Muchas de estas personas se ven obligadas a huir de guerras, de desastres naturales o son acosadas o expulsadas de sus propios países. La mitad de las personas que migran en todo el mundo son mujeres. Tras el viaje migratorio, estas mujeres necesitan apoyo y ayuda para poder continuar con su vida dignamente y de la mejor forma posible. El objetivo de esta propuesta es, a través de sesiones de Musicoterapia en un centro de acogida MUF en Berlin Reinickendorf, ayudar y mejorar la calidad de vida de las mujeres refugiadas y solicitantes de asilo que lleguen a esta ciudad. Se quiere apoyar a estas mujeres en su transición de cambio después del viaje o huida migratoria hacia su integración e inclusión en la sociedad alemana. Las sesiones de Musicoterapia serán en su mayoría sesiones únicas, individuales o grupales. Se trabajará con los métodos de Juliette Alvin y Nordoff-Robbins con técnicas como el canto, el songwriting, tocando instrumentos y el mindfulness. Se desea poder llevar a cabo este proyecto en el futuro y se espera obtener buenos resultados.

Palabras clave

Musicoterapia, mujeres, refugiadas, solicitantes de asilo, impacto socioemocional, trastorno de estrés postraumático..

Abstract

Human migration happens all over the world as people search for a better life. Many are forced to leave their home countries, fleeing from wars, natural disasters, or abuse. Half of this people are women. After the migratory journey these women need assistance to continue living with dignity and in a proper way. The aim of this work is to create a Music Therapy intervention project at the MUF arrival center in Berlin-Reinickendorf, which will help and improve quality of life of just arrived refugee and asylum seeker women. The goal is to support these women in their transition after their journey or migratory flight towards their integration and inclusion in German society. Music Therapy sessions will be mostly a single session format, one-on-one or in a group setting. The Juliette Alvin and Nordoff-Robbins's methods will be applied, using singing, songwriting, playing instruments and mindfulness techniques. The intention is to carry out this project in the future and to get positive results.

Keywords

Music therapy, women, refugee, asylum seekers, social-emotional impact, post-traumatic stress disorder.

INTRODUCCIÓN

Las personas solicitantes de asilo y refugiadas representan un grupo de población vulnerable en todo el mundo. Dentro de él se encuentra el colectivo de las mujeres que se enfrentan a una doble condición: ser solicitantes de asilo o refugiadas y además ser mujeres (Binder y Tošić, 2005; Kando, 2020; Schmidt et al., 2018). Esto supone verse expuestas a transiciones extremas, tanto sociales como físicas, psicológicas y emocionales, que implican un impacto en el corto, medio y largo plazo en su salud, bienestar y capacidad de adaptación (Hundertmark, 2018). Desde 2015 has-

ta la mitad del año 2021 han llegado a Alemania 1.987.257 personas solicitantes de asilo o refugiadas, 101.181 de ellas se han asentado en Berlín (ver Tabla 1). Esta llegada de personas ha sido desigual cada año. Desde 2015 hasta 2020 ha habido una disminución de casos del 92% (ver Figura 1). Los principales países de donde provienen son Siria, Afganistán, Irak, Turquía y Somalia (ver figura 2).

Frecuentemente se puede escuchar en los massmedia expresiones de queja tales como: “pero si solo vienen hombres jóvenes”. No obstante, Los datos expresan otra realidad. La mitad de las personas que huyen de sus países a

Tabla 1.

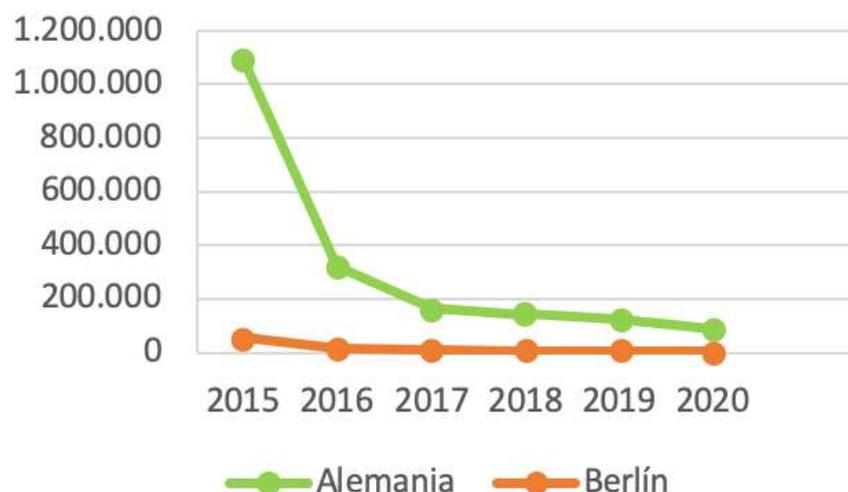
Personas refugiadas y solicitantes de asilo llegadas a Berlín desde 2015 a 2021

Personas refugiadas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Alemania	1.091.8	321.3	164	142.8	122.7	89.9	54.5
Berlín	55	16.8	8.2	7.2	6.3	4.5	2.8

Nota: Datos tomados de Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (junio de 2021)

Figura 1.

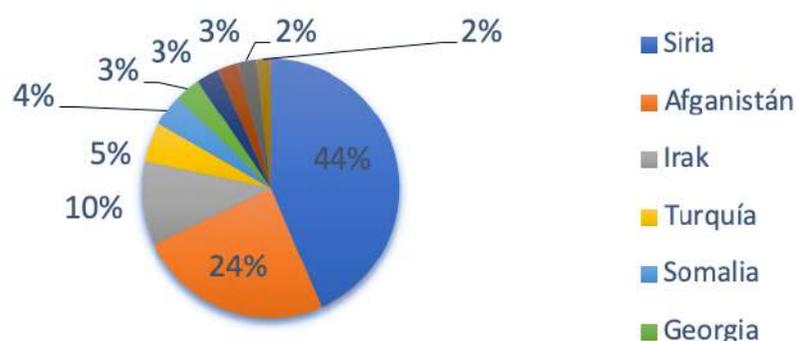
Personas refugiadas y solicitantes de asilo llegadas a Berlín desde 2015 a 2020



Nota: Datos tomados de Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (junio de 2021).

Figura 2.

Países de origen de personas solicitantes de asilo y refugiadas llegadas a Berlín en junio de 2021



Nota: Datos tomados de Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (junio de 2021)

causa de guerras, expulsiones o desastres naturales en todo el mundo son mujeres (Schmidt et al., 2018). En el caso de Alemania el porcentaje de mujeres refugiadas y solicitantes de asilo ha aumentado desde 2015 a 2020. En 2015 se recoge un porcentaje de 69,2% de hombres frente al 30,8% de mujeres, observándose en los datos de 2020, un descenso al 57,6% en el caso de los hombres, frente al 42,4% de las mujeres.

Asimismo, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2018) determina que las personas migrantes son aquellas que han salido de su país en busca de oportunidades laborales. Especifica particularmente que las refugiadas son aquellas personas que huyen de conflictos armados, violencia o persecución y que se ven por ello obligadas a salir de su país para buscar espacios seguros y estables. Por otra parte, las solicitantes de asilo son quienes solicitan el reconocimiento de su condición de refugiados y cuya solicitud todavía no ha sido evaluada en forma definitiva. Tanto las personas refugiadas como las solicitantes de asilo provienen de situaciones adversas comunes. Les unen experiencias tan devastadoras como guerras, hambre, persecución, maltrato, pobreza, huida, pérdida de amigos, familiares, alejamiento del país de procedencia, imposibilidad de volver a su país, carencia de documentos identitarios oficiales y se ven expuestas a situaciones de racismo y discriminación.

En este sentido, es conveniente diferenciar claramente entre migración voluntaria u obligada. La mayoría de las personas que migran se ven obligadas a ello. Las razones por las que las mujeres migran son similares a las de los hombres:

- Por la mera necesidad de sobrevivir.
- Para lograr una formación y estudios.
- Por ganas de aventura o de un cambio.
- Para buscar trabajo o de mejores oportunidades profesionales.
- Otras siguen a sus parejas o a otros familiares que ya están en el país de acogida.

Sin embargo, hay razones que afectan en exclusividad a las mujeres, así como a las personas del colectivo LGTBIQ+. Entre ellas destacamos la discriminación estructural y la opresión, la violencia sexual, los problemas derivados de la pérdida de la virginidad, el adulterio, la ablación o el aborto (Treibel, 2000). Estas situaciones implican un conflicto solamente resoluble mediante la huida como única alternativa posible. Adoptar este paso es lo que puede garantizar su emancipación y libertad.

Así, través de la historia, estos colectivos de migrantes, refugiadas y las solicitantes de asilo han quedado invisibilizadas

tanto en la vida cotidiana como en estudios científicos, aunque los datos publicados constatan un movimiento real y creciente. El porcentaje de mujeres migrantes ha aumentado en Alemania en los últimos años. Una de las razones que lo explican es la reagrupación familiar que se facilitó en 2015 y en 2018 para las personas refugiadas y solicitantes de asilo (*Redaktionsnetzwerk Deutschland*, 2018). Por ello, muchas mujeres han decidido desplazarse hacia Europa. Las mujeres realizan todo este periplo a menudo con niños a su cargo, por lo que acarrearán más responsabilidad y se exponen a más riesgos, lo que las hace más vulnerables.

De este modo, algunas mujeres procedentes de sociedades que presentan grandes diferencias sociales, culturales y religiosas con respecto a los países de destino, se ven abocadas a experimentar grandes contrastes. Las costumbres en sus lugares de origen las condicionan y limitan, lo que representa un notable desafío adaptativo ante la nueva realidad psicosocial. En este proceso pueden surgir nuevos conflictos internos a la hora de realizar actividades tan comunes y cotidianas como hacer la compra o educar a las hijas e hijos. Esta oportunidad de cambio social es a la postre una liberación que empuja y ayuda al empoderamiento y que lleva a que estas mujeres puedan asumir su independencia.

Debido a los roles sociales y familiares en los que estas mujeres han sido educadas y han vivido en su lugar de procedencia, desconocen las diferentes alternativas a las que tienen acceso y que son ofertadas en distintos ámbitos en Alemania (Schmidt et al., 2018). El hecho de reconsiderar sus valores y estándares culturales las sitúa ante el riesgo de sufrir discriminación en su propia familia y en su círculo de amigos y conocidos.

Según De Paiva (2021), para las mujeres refugiadas o solicitantes de asilo en Alemania existen diferencias en sus posibilidades de integración que desembocan en desigualdad de oportunidades, en comparación con los logros que se observan en los hombres. Lo vemos reflejado en tres datos:

- Muestran un menor nivel de estudios (Brücker et al., 2020).
- Se encuentran en mayor situación de desempleo y un menor conocimiento de la lengua alemana (Fendel, 2019).
- Tienen menos contacto con personas alemanas (Siebert, 2019).

A estos datos añadimos el que refleja la media de edad de las mujeres. Es superior en tres años con respecto a los hombres: mujeres 33 años y hombres 30 años (de Paiva, 2021). Este mismo autor refiere otras diferencias en el ámbito familiar que marcan una diferencia de género: un 71% de las mujeres están casadas frente al 39% de los hombres y un

70% de las mujeres conviven con niños/as frente al 30% de los hombres. De esto se desprende que la situación tanto antes como después de la migración de las mujeres refugiadas y solicitantes de asilo no es tan diferente entre sí como pudiera parecer. Las personas migrantes no se despiden en su totalidad de su país de procedencia, de su familia y de sus tradiciones. Especialmente las mujeres no migran solo para librarse de las restricciones familiares, sino que muchas veces lo hacen para apoyar y sustentar a ese núcleo familiar de origen (Treibel, 2000).

Aunque la migración es también una forma de autonomía para las mujeres, la mirada occidental de empoderamiento femenino depositada sobre la emancipación como forma de liberación, no es suficiente para describir el proceso migratorio de estas mujeres (Treibel, 2000). La emancipación (que es el deseo de liberarse de una autoridad o una subordinación) no es la causa exclusiva del proceso de migración femenina. En ella intervienen otros factores tales como la violencia por motivos de género o violencia por razones de género. Desde 2015 el Derecho de Asilo alemán reconoce causas de huida específicas para mujeres, tales como la huida por violencia machista o por la violación de los derechos de la mujer en el país de origen, donde son castigados con represión y violencia (Schmidt et al., 2018).

Las personas refugiadas o solicitantes de asilo normalmente pasan por distintas fases emocionales. Los estados emocionales más comunes que pueden darse son los de rabia, agresividad, desesperación, impotencia, culpa, pena y dolor. Según Lee (1988) estas emociones son reprimidas durante las guerras y los periodos de huida y solo se expresan después de asentarse en el nuevo lugar (Citado en Baker y Jones, 2005, p. 67).

Muchas de las personas refugiadas o solicitantes de asilo sufren Trastorno de Estrés Posttraumático que puede manifestarse en forma de insomnio, pesadillas, dolores agudos psicósomáticos, miedos y problemas de comunicación (Hermann, 1992). Dicho estado influye negativamente en el manejo de las habilidades sociales y en la gestión de la memoria, lo cual afecta al aprendizaje y causa distanciamiento o aislamiento social. Estas afecciones reducen la calidad de vida y hacen más difícil la integración, la creación de nuevas relaciones sociales y la estabilidad personal (Beck et al., 2018). Los síntomas emocionales, cognitivos y de comportamiento que se han observado habitualmente son la depresión, la pérdida de control, los pensamientos obsesivos sobre el país de origen y la apatía. Físicamente también se han apreciado trastornos como problemas intestinales, trastornos de sueño, pérdida de apetito, dolores de cabeza y fiebre. El hogar en el país de origen puede no solo estar relacionado con la añoranza sino también con el miedo y

otras emociones desagradables. Aunque el nuevo entorno en el que viven ofrece seguridad y nuevas oportunidades, es un espacio desconocido que no resulta apenas familiar, por lo que acerca a estas personas a una situación con sentimientos de ambigüedad y duda (Dietrich-Hartwell y Koch, 2017).

Desde otra perspectiva, según Dietrich-Hartwell y Koch (2017), otra causa de insatisfacción en los procesos de transición son los aspectos de género. Aunque las mujeres generalmente se adaptan con mayor facilidad y flexibilidad a la nueva cultura, no obstante, y debido a los diferentes valores tradicionales de sus culturas de procedencia, sus familias les pueden “parar” o “ralentizar” en el proceso de aculturación. Para muchas refugiadas esto genera gran tensión y les supone nuevos retos que se añaden a la dificultosa situación de experimentar una transición emancipatoria y una adaptación a su nuevo desempeño social (Binder y Tošić, 2005). De acuerdo con estos mismos autores, las mujeres refugiadas procedentes de sociedades en las que el poder es ejercido autoritariamente, huelga decir que, por un sistema de creencias masculinizado, son particularmente vulnerables y se enfrentan a un doble desafío que añade a la condición de refugiada, la de ser mujer (Binder y Tošić, 2005; Kando, 2020).

Procedimiento de acomodación en Berlín

El periplo por el que pasan las mujeres recién llegadas a Berlín comienza con el traslado a los *Ankunftscentren* (centros de llegada) en donde permanecen durante unos días hasta que se lleva a cabo su registro. Estos centros ofrecen supuestamente una llegada segura a la ciudad. Posteriormente son desplazadas a otros Estados Federados o a *Aufnahmeeinrichtungen* (centros de Acogida dentro de Berlín) (*Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten*, 2021). En estos centros de acogida se les realiza una revisión médica y se les ofrecen diferentes vacunas. Siempre están acompañadas por trabajadores/as sociales, traductores/as, los servicios sociales del LAF (*Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten* – Ministerio de Asuntos para Refugiados) y el departamento de trauma transcultural del hospital Vivantes. En estos centros se realizan también otros trámites burocráticos.

Después de estas primeras diligencias y ya en los nuevos centros de acogida, las personas refugiadas esperan a que se gestionen los procedimientos de asilo. En estos centros la ley establece que se reciba manutención completa. Aquí la estancia puede alargarse hasta seis meses. Posteriormente, las personas refugiadas o solicitantes de asilo pueden buscarse un piso y mudarse por su cuenta. Debido a la gran crisis existente en Berlín respecto al alquiler de pisos y a la falta de oferta, el Estado Federal de Berlín ofrece como al-

ternativa las *Gemeinschaftsunterkünfte* (Residencias Comunes). En estas residencias hay más espacios para la privacidad que en los centros de llegada o centros de acogida, aunque ya no hay manutención subvencionada por el estado. Estos centros, independientemente de su finalidad, son denominados MUF (*Modulare Unterkünfte für Flüchtlinge*, Alojamientos Modulares para Refugiados/as). Los MUF son edificios construidos a base de módulos prefabricados de hormigón. En 2018 había en Berlín 28 centros en construcción y hay otros 25 en espera de ser aprobados por parte de las autoridades berlinesas (LAF, 2018).

¿Por qué trabajar con Musicoterapia con estas mujeres?

La Musicoterapia es un tratamiento idóneo para trabajar con las mujeres refugiadas y solicitantes de asilo porque la música es un lenguaje universal que comparten todas las culturas del mundo. El aspecto no verbal de la música también es un componente importante a tener en cuenta, ya que puede haber limitaciones en la comunicación debido al desconocimiento del idioma (Clair, 1996. Citado en Howe Ortiz y Pérez-Eizaguirre, 2019, p.108).

Otra característica a favor del empleo de la Musicoterapia como recurso atencional es el complemento que ofrece a la falta de familiaridad con terapias psicológicas tradicionales en los países de procedencia de las personas refugiadas y solicitantes de asilo. Las terapias convencionales son adecuadas para abordar elementos cognitivos y emocionales del trauma, pero no tratan el trauma directamente a un nivel corporal (Koch y Weidinger-von der Recke, 2009). Estas autoras refieren que muchos síntomas del trauma tienen fuertes características somáticas y por ello las terapias no verbales son un complemento importante a las terapias verbales. Las terapias con movimiento (danza, tocar un instrumento) tratan el trauma a través del nivel sensomotor, que activa los recursos del cuerpo estimulando el procesamiento emocional y cognitivo del trauma (Koch y Weidinger-von der Recke, 2009).

A través de las sesiones de musicoterapia se puede afianzar el sentimiento de pertenencia, fortalecer la autoestima, potenciar la escucha, crear un espacio seguro y de confianza, mejorar la expresión oral y el idioma del país de acogida, apoyar el mantenimiento de la identidad cultural, tratar los roles jerárquicos e incentivar el empoderamiento personal.

Escuchar, tocar y cantar música del país de procedencia puede ayudar a las mujeres a mantener su individualidad cultural y personal. En algunas terapias grupales es posible que las beneficiarias no provengan de la misma cultura, pero que se abran y compartan la música de la cultura pro-

pia puede aumentar la confianza, la solidaridad y la sororidad en el grupo (Ansdell, 2002). Empujadas por la música, las mujeres pueden animarse y contar las historias que necesitan ser contadas. El concepto de musicoterapia puede resultar nuevo y extraño para las refugiadas y solicitantes de asilo, pero frecuentemente hacer música es una parte natural de la vida en comunidad de la sociedad de origen (Ansdell, 2002).

También cabe mencionar la terapia feminista (Curtis, 2009) como una de las mayores contribuciones en el área del bienestar de las mujeres. Esta aborda cuestiones que atañen únicamente a las mujeres: proporciona un entendimiento más completo en el contexto sociopolítico del patriarcado y de la opresión institucionalizada, rellena los espacios en la investigación y teorías actuales y aporta nuevos acercamientos terapéuticos creativos que cumplan mejor las necesidades de las mujeres. Las y los terapeutas feministas deben posibilitar a sus clientes a entender, a valorar y a ser conscientes de las perspectivas de las mujeres.

La musicoterapia ayuda a los y las clientes a contactar con sus recursos internos para crecer. Utilizando sus propios recursos musicales que les permiten estar más presentes en la nueva cultura. La música se puede convertir en “la fuerza de cambio”, haciendo que las refugiadas se vean a sí mismas y sean percibidas por la nueva sociedad (Zharinova-Anderson, 2008).

Musicoterapia Comunitaria

La Musicoterapia Comunitaria muestra la potencialidad de la música como fenómeno social (Stige et al., 2010). Esta ofrece un acercamiento a trabajar musicalmente con personas en su contexto, admitiendo los factores sociales y culturales vinculados con su salud, enfermedad y relaciones sociales. Asimismo, refleja la realidad esencial de comunidad de hacer música y es una respuesta tanto a un modelo de tratamiento individualizado como al aislamiento social que experimentan algunas personas (Ansdell, 2002). En este sentido, la Musicoterapia Comunitaria no es ni un método ni un modelo de musicoterapia (Stige et al., 2010). Según Ansdell (2009) es un “anti-modelo” que anima a los y las musicoterapeutas a resistirse a usar solo un modelo de Musicoterapia e incita a seguir el camino que los y las clientes, la música y el contexto necesitan.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Participantes

La derivación de las mujeres refugiadas o solicitantes de asilo al proyecto de Musicoterapia se realizará después de su registro en el centro. Tras el registro, las recién llegadas

reciben atención médica y psicológica. También se organizan entrevistas con trabajadores/as sociales y terapeutas ocupacionales. Idealmente el/la musicoterapeuta establecería contacto con las mujeres juntamente con los/las trabajadoras sociales o terapeutas ocupacionales y les explicaría en qué consisten los talleres y sus características, como posibilidad de comenzar con un taller individual o grupal. El perfil de las mujeres que se esperan para el proyecto no está claramente definido, sino que cualquier mujer mayor de 18 años puede participar en los talleres si así lo desea. Esta propuesta de intervención está diseñada pensando en el Centro MUF de Reinickendorf. Este centro de llegada MUF es de nueva construcción situado en el antiguo hospital Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik en Reinickendorf al norte de Berlín. Los alojamientos de este centro entraron en funcionamiento a finales de 2020 y el resto de las instalaciones a partir de abril de 2021. En este centro hay 389 plazas que pueden llegar a 598 en caso de necesidad. Debido a la pandemia de Covid19 y a la distancia de seguridad que se debe mantener, se han construido otras casetas en el recinto para poder acoger a las nuevas personas desde su llegada hasta que el registro haya finalizado.

Objetivos

Para esta propuesta de intervención, se plantean los siguientes objetivos generales:

- Mejorar la autopercepción
- Facilitar la expresión emocional
- Acompañar el proceso de adaptación de identidad

De igual modo, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Conseguir crear un espacio de confianza en el que poder abrirse emocionalmente.
- Aprender a identificar las emociones, a expresarlas y compartirlas con respeto hacia una misma y teniendo empatía hacia el resto de las compañeras.
- Modificar conductas jerarquizantes y reducir las conductas de sumisión a través del empoderamiento personal.
- Mejorar el diálogo interno a fin de crear más seguridad para manifestar las necesidades, opiniones e ideas en una conversación y disminuir el miedo al fracaso.
- Permitir que cada participante tenga su propia identidad, de una forma libre y a pesar de las diferencias, superando los estereotipos sobre su cultura de procedencia.

- Hablar positivamente sobre el país de procedencia y el de acogida e involucrarse en actividades con mujeres de la nueva cultura.

Sesiones de Musicoterapia

La estructura de las sesiones está basada en el modelo Nordoff-Robbins: bienvenida, desarrollo/improvisación y despedida (Howe Ortiz y Pérez-Eizaguirre, 2019). Las sesiones individuales permiten un gran espacio para la autoexpresión y la apertura emocional en un ámbito íntimo y privado. Las sesiones grupales también generan espacio para la autoexpresión y la apertura emocional, así como para la escucha, la empatía, la sororidad y la comunicación. Los grupos pueden ser heterogéneos con mujeres de distintas nacionalidades, hecho que permite apertura y ver que mujeres de otras culturas, con otras historias, han vivido situaciones similares.

A continuación, se exponen diferentes actividades relacionadas con los objetivos terapéuticos a realizar en las sesiones:

- Presentación y bienvenida: canción de bienvenida con la guitarra, por ejemplo, decir el nombre y de dónde es.
- Expresión de emociones: La musicoterapeuta propone emociones y todas juntas tocan instrumentos e improvisan intentando representar cada emoción. De esta forma se puede poner nombre a diferentes emociones (también ayudando al aprendizaje del vocabulario en alemán) y al ser de forma conjunta, se pueden exteriorizar sin que ninguna beneficiaria sea el foco de atención.
- Creación espacio de confianza: compartir canciones del país de origen.
- Sentimiento de pertenencia al grupo: Songwriting: componer una canción conjunta.
- Relajación y mindfulness: Escuchar música elegida por las participantes y/o la musicoterapeuta que sea adecuada para la relajación y para la circunstancia. La musicoterapeuta puede hacer un recorrido por el cuerpo para prestar atención a cada parte y darle cariño.
- Relacionadas con la voz: cantar canciones del país de origen.
- Recreativas: En un círculo, cada beneficiaria improvisará un pequeño patrón con un instrumento y la compañera siguiente repetirá el mismo y creará otro nuevo, y así sucesivamente
- Despedida: canción de despedida, agradeciendo y resumiendo la sesión.

Se propone utilizar la musicoterapia activa, ya que a través de los sonidos que se crean, se establece un lenguaje que promueve la comunicación entre las integrantes de la sesión. Al tocar se genera movimiento corporal que fomenta la actividad física y la capacidad sensitiva. El objetivo es expresar (Poch, 2011) y “para ello puede usar cualquier medio musical dentro de las posibilidades existentes” (Bruscia, 1998, p. 100). El o la terapeuta pone al alcance del/la cliente las instrucciones y demostraciones necesarias. La técnica principal que se plantea en este proyecto es la improvisación creativa basada en el modelo de Juliette Alvin y en el método Nordoff-Robbins.

Escuchar música grabada (musicoterapia receptiva) otorga a las clientes la posibilidad de mostrar sus raíces e historia propias. Esto les proporciona un espacio de expresión y protagonismo que puede impactar positivamente en su autoestima y autopercepción. A través de la música grabada también se puede modificar el estado de ánimo de las beneficiarias según sus necesidades puntuales y el criterio terapéutico adecuado. Asimismo, se pueden evocar recuerdos, imágenes, símbolos y emociones del pasado, vivencias del presente o proyecciones hacia el futuro. Añadir el baile a la música escuchada (por ejemplo, bailes tradicionales) incorpora movimiento en las sesiones.

Las técnicas que se van a usar en las sesiones son el canto, el songwriting y tocar instrumentos. Como complemento específico se empleará la técnica del mindfulness, que consiste en la observación sin juicios. En un estudio de Hinton et al. (2013) se habla de que la aceptación y el mindfulness son terapéuticos para personas refugiadas y para grupos minoritarios. Los beneficios incluyen el aumento de la flexibilidad psicológica, la disminución de angustia somática, la disminución de preocupación, el aprendizaje de técnicas de regulación emocional y el formar parte de un nuevo proceso adaptativo.

Ejemplo de sesión única

Debido a que no se sabe cuánto tiempo van a estar las mujeres en el centro MUF, no se sabe cuántas sesiones van a poder recibir (ver tabla 2).

Muchas recibirán solo una sesión, por ello a continuación se expone el ejemplo de una sesión única, individual o grupal:

- El/la coterapeuta rellena hoja de observación
- Se realiza una actividad de bienvenida. Se habla sobre cómo se encuentra la beneficiaria, si hay algún idioma en común, si se necesita traductor/a, cuál es el lugar de procedencia.

- Se realizan una, dos o tres actividades según los objetivos a cumplir.
- Se realiza una actividad de despedida.

Tabla 2.
Diagrama de Gant

Temas	Semanas		
	Actuaciones anteriores	Sesión única individual/grupal	Actuaciones posteriores
Elaboración de la propuesta de proyecto			
Elaboración del tríptico informativo			
Presentación del proyecto al LAF			
Consentimiento informado			
Preparar el setting			
Sesión 1			
Grabación sesión			
Evaluación continua			
Rellenar hoja de observación			
Transcripción de hoja de observaciones a Excel			
Evaluación de las hojas de observación			
Elaboración de un informe final			

Nota: Elaboración propia

Organigrama

Se va a trabajar con un equipo multidisciplinar formado por trabajadores/as sociales, psicólogos/as, terapeutas ocupacionales y traductores/as. Se trabajará siempre en equipo manteniendo reuniones regularmente.

Cronograma

Se espera que los grupos sean de un máximo de 6 mujeres y mínimo de 3, aunque debe quedar espacio para la flexibilidad según las circunstancias. La duración de las sesiones individuales será de 45 minutos y las grupales de 60 minutos. Dependiendo del número de refugiadas que lleguen al centro, se realizarán más o menos sesiones.

Aprobación ética

Se necesitará un consentimiento informado de cada beneficiaria. También hay que tener en cuenta el punto 6 del código ético que dice que se deberá tratar la información recibida en la terapia de forma absolutamente confidencial.

Análisis y recogida de datos

La evaluación deberá ser continua para ir valorando si los objetivos se van alcanzando, si se ajustan a la realidad o si hace falta cambiarlos. También será cualitativa y debido a que probablemente cada beneficiaria asista solo a una sesión de Musicoterapia, la evaluación va a ser sobre cada dato o parámetro observándolo en muchas mujeres. Para saber si los objetivos se cumplen, se rellenarán hojas de observación antes y después de cada sesión. La evaluación se llevará a cabo a través de estas hojas de observación y de las grabaciones de las sesiones.

También se pasará un cuestionario a las participantes de cada sesión para evaluar su opinión y experiencia personal.

Recursos humanos

Se requieren dos puestos de musicoterapeuta. Ambos/as deben tener la formación profesional homologada y formar parte de la *Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft* (Asociación de Musicoterapia Alemana). En el estudio de Landes et al. (2013) se defiende que las mujeres prefieren tener terapeutas de su mismo sexo, concluyendo que las mujeres se abren más y de forma más sincera con otras mujeres. Estos autores advierten que sabiendo esto, las organizaciones y entidades que ofrezcan terapia deben informarse de antemano sobre la preferencia del sexo del/la terapeuta por parte de los/las clientes y priorizar estas preferencias siempre que sea posible. Por ello, para este proyecto se requiere que ambas musicoterapeutas sean mujeres para que sea más fácil conectar y empatizar con las beneficiarias. Debido a la incertidumbre sobre cuántas sesiones se podrán realizar, se busca que la conexión entre beneficiaria y terapeuta se lleve a cabo lo antes posible y de una forma natural, a través de la empatía y de la sororidad.

Resultados

El concepto de terapia occidental puede ser muy nuevo para algunas de estas mujeres (Ansdell, 2002) y el desconocimiento puede generarles desconfianza. Puede haber cosas que ellas encuentren de ayuda que a nosotras nos sorprenda. Según Ansdell (2002) lo que sí está claro es que, aunque la idea de musicoterapia sea nueva y extraña para la mayoría de ellas, el hacer música no lo es, ya que habitualmente

es una forma natural de la vida en comunidad de sus sociedades de origen. Así lo confirman los resultados de un estudio de Hundertmark (2018), que muestran que eventos públicos relacionados con la música juegan un papel crucial facilitando la participación cultural de grupos de personas refugiadas. En este caso un coro, siendo los participantes solo hombres jóvenes sirios.

Dado que la puesta en práctica aún no se ha desarrollado, únicamente cabe mencionar que se espera que los resultados de esta intervención sean exitosos y que evidencien beneficios para las mujeres refugiadas y solicitantes de asilo del MUF en *Reinickendorf*.

CONCLUSIONES

La mayor limitación que se ha encontrado para la realización de este proyecto ha sido la falta de estudios y publicaciones relacionadas con la musicoterapia y las mujeres en todo el mundo. Se han encontrado muchas referencias, trabajos, artículos, libros y estudios sobre tratamientos con Musicoterapia con personas refugiadas en la que las personas beneficiarias son hombres o grupos mixtos, pero muy pocos en los que las beneficiarias son solo mujeres. Algunos proyectos encontrados que trabajan solo con mujeres utilizan otras terapias como la arteterapia, danzaterapia o terapias combinadas. Pero con Musicoterapia, aunque sea de forma combinada, hay pocos trabajos.

Un ejemplo es el estudio de Hundertmak (2018), que finaliza con que en su proyecto no se pueden sacar conclusiones sobre el efecto de actividades musicales en procesos de integración con respecto a las mujeres porque no había ninguna en el coro. Agrega que es fundamental continuar con la investigación centrada en las mujeres.

Existen algunas contraindicaciones como que algunos estímulos musicales, sensoriales o contextuales pueden evocar recuerdos traumáticos, desembocando en episodios de estrés u otras reacciones físicas o psíquicas (Alanne, 2010).

Para las musicoterapeutas, el trabajo con personas con experiencias traumáticas puede ser muy duro y requiere de experiencia, madurez y terapia personal (Kando, 2020). Deben estar preparadas para este trabajo y saber que psicológicamente puede llegar a ser un reto. Si en algún momento de la terapia alguna de las musicoterapeutas siente que no puede llevar bien a cabo el tratamiento y siguiendo el punto 4.4. del código ético, se lo hará saber a la otra musicoterapeuta y en caso necesario, dará por finalizada la terapia.

La obtención de resultados positivos en este tipo de propuestas puede inspirar nuevas investigaciones en la misma línea dedicadas a estandarizar los métodos y técnicas utilizados. En este caso se ha tratado este centro en Berlín como centro de referencia para implementar el proyecto, pero se sugiere que la propuesta se aplique en otros centros en Berlín, en Alemania o en otros países donde haya flujo de personas refugiadas.

Financiación

Este trabajo no cuenta con ningún tipo de financiación institucional.

Conflictos de intereses

La realización del presente proyecto de intervención no acarrea conflicto de interés alguno.

Contribuciones de autor

La autora declara ser la responsable del desarrollo intelectual de la propuesta, así como de la redacción del presente artículo.

Citación

San Quirico, A. (2022). Musicoterapia con mujeres refugiadas y solicitantes de asilo en Berlín. *Revista Misostenido*, 3, 83-93.

Recibido: 16 enero de 2022

Aceptado: 11 marzo de 2022

Publicado: 10 abril de 2022

REFERENCIAS

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2018). *Migrantes y refugiados, ¿qué diferencia hay?* ACNUR responde. Comité español. Recuperado el 4 de enero de 2021 en <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/migrantes-y-refugiados-que-diferencia-hay-acnur-responde>
- Alanne, S. (2010). *Music psychotherapy with refugee survivors of torture: Interpretations of three clinical case studies*. Sibelius Academy.
- Ansdell, G. (2002). *Community Music Therapy & The Winds of Change. Voices: A World Forum for Music*

- Therapy*, 2(2).
<https://doi.org/10.15845/voices.v2i2.83>
- Baker, F., y Jones, C. (2005). Holding a steady beat: The effects of a music therapy program on stabilizing behaviours of newly arrived refugee students. *British Journal of Music Therapy*, 19(2).
<https://doi.org/10.1177/135945750501900205>
- Beck B.D., Lund, S.T., Sogaard, U., Simonsen, E., Telliier, T.C., Cordtz, T.O., Laier, G.H. y Moe, T. (2018). Music therapy versus treatment as usual for refugees diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, 19(1).
<https://doi.org/10.1186/s13063-018-2662-z>
- Binder, S. y Tošić, J. (2005). Refugees as a particular form of transnational migrations and social transformations: Socioanthropological and gender aspects. *Current Sociology*, 53(4), 607-624.
<https://doi.org/10.1177/0011392105052717>
- Brücker, H., Kosyakova, Y. y Schuß, E. (mayo de 2020). Fünf Jahre seit der Fluchtmigration 2015: Integration in Arbeitsmarkt und Bildungssystem macht weitere Fortschritte. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung. *IAB-Kurzbericht*. Nürnberg.
- Bruscia, K. E. (1998). Musicoterapia, Métodos y prácticas. Pax México.
- Curtis, S.L. (2009). Feminist Music Therapy: Transforming Theory, Transforming Lives. *The Arts in Psychotherapy*. 36(5): 289-296.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.07.002>
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG). (2009). Berufsordnung und Ethik-Kodex. *Recuperado de*
http://www.musik-bim.de/images/verein/ethikkodex_dmtg-04-09.pdf
- Dieterich-Hartwell, R., y Koch, S. C. (2017). Creative Arts Therapies as Temporary Home for Refugees: Insights from Literature and Practice. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 7(4), 69.
<https://doi.org/10.3390/bs7040069>
- Fendel, T. (2019). Die Arbeitsmarktintegration geflüchteter Frauen. WISO Direkt, *Friedrich-Ebert-Stiftung*. Bonn.
- Hermann, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books.
- Hinton, D. E., Pich, V., Hofmann, S. G. y Otto, M. W. (2013). Acceptance and Mindfulness Techniques as Applied to Refugee and Ethnic Minority Populations With PTSD: Examples From "Culturally Adapted CBT". *Elsevier Ltd*, 20(1).
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.09.001>
- Howe Ortiz, A. y Pérez-Eizaguirre, M. (2019) La musicoterapia como acompañamiento al duelo migratorio: un estudio de caso único sobre la identidad. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 3, 108-130.
<https://doi.org/10.15366/rim2019.3.007>
- Hundertmark, L. (2018). Music and Transition: Understanding Young Refugees Developing Music and Dance Groups in Germany. *ISME Commission on Music Policy: Culture, Education and Media*, 115-122.
<https://n9.cl/pu60h>
- Kando, A. M. (2020). An Open-Group Music Therapy Program Design for Asylum-Seeking Prenatal Women. [Doctoral dissertation, Concordia University].
<https://spectrum.library.concordia.ca/id/eprint/986639/>
- Koch, S. C. y Weidinger-von der Recke, B. (2009). Traumatised refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *Arts Psychother*, 36, 289-296.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.07.002>
- Landes, S. J., Burton, J. R., King, K. M. y Sullivan, B. F. (2013). Women's Preference of Therapist Based on Sex of Therapist and Presenting Problem: An Analogue Study. *Counselling psychology quarterly*, 26(3-4), 330-342.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2013.819795>
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten. (Junio de 2018). *Modulare Unterkünfte*. Berlin Online Stadtportal.
<https://www.berlin.de/laf/wohnen/allgemeine-informationen/modulare-unterkuenfte/>
- Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten. (5 de enero de 2012). *Anwohnerinformation zum neuen Berliner Ankunftszenrum*. Berlin Online Stadtportal.
<https://www.berlin.de/laf/wohnen/information>

[n-fuer-anwohner/aktuelles/aktuelle-meldungen/artikel.760498.php](https://www.berlin.de/laf/ankommen/aktuelle-ankunftszahlen/artikel.625503.php)

Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten. (31 de marzo de 2021). *Aktuelle Ankunftsahlen*. Berlin Online Stadtportal.

<https://www.berlin.de/laf/ankommen/aktuelle-ankunftszahlen/artikel.625503.php>

De Paiva Lareiro, C. (2021). *Geflüchtete Frauen in Deutschland – Freizeitverhalten und soziale Kontakte. Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge*, 02/2021, Nürnberg.

Poch Blasco, S. (2011). *Compendio de musicoterapia*. Volumen I. Herder

Redaktionsnetzwerk Deutschland (30 de julio de 2018). Neue Regeln zum Familiennachzug: *Das ändert sich jetzt*.

<https://www.rnd.de/politik/neue-regeln-zum-familiennachzug-das-andert-sich-jetzt-LKCNAYI52IJ3IWYCEDSOQV3BOQ.html>

Schmidt, A, Rassmusen, W. y Rohm, J. (10-2018). Expertise Empowerment – Geflüchtete Frauen in Deutschland stärken. *Revista Phineo*. <https://www.phineo.org/magazin/gefluechtete-frauen-in-deutschland-staerken>

Stige, B., Ansdell, G. y Pavlicevic, M. (2010). *Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection*. Routledge

Siegert, M. (Abril de 2019). *Die sozialen Kontakte Geflüchteter. Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge*. 04/2019. Nürnberg.

Statista (2021). *Verteilung der Asylbewerber in Deutschland nach Geschlecht innerhalb verschiedener Altersgruppen im Jahr 2021*.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/452165/umfrage/asylbewerber-in-deutschland-nach-geschlecht-innerhalb-altersgruppen/>

Treibel, A. (2000). Migration als Form der Emanzipation? Motive und Muster der Wanderung von Frauen. En C. Butterwegge y G. Hentges (Eds.), *Zuwanderung im Zeichen der Globalisierung* (pp. 103-120). VS.

Zharinova-Sanderson, O. (2004). Promoting integration and Socio-cultural Change: Community Mu-

sic Therapy with Traumatized Refugees in Berlin. En M. Pavlicevic y G. Ansdell (Eds.), *Community Music Therapy* (pp. 233–248). Jessica Kingsley.



Fotografía de Jahmed Akchaen Pexel. Creative Commons

DOBLES BARRERAS

EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA Y ARTETERAPIA EN CASOS DE PERSONAS AFECTADAS DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE TIPO REACTIVO TRAS LA SEXTA OLA DEL COVID-19

EFFECTS OF MUSIC THERAPY AND ART THERAPY IN CASES OF PEOPLE AFFECTED BY REACTIVE-TYPE DEPRESSIVE SYMPTOMS AFTER THE SIXTH WAVE OF COVID-19

José Alberto Sotelo Martín
Profesor Máster en Musicoterapia
Universidad Internacional de La Rioja
Correspondencia: jose.sotelo@unir.net
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5400-6788>

Resumen

A finales de 2019 una pandemia mortal comenzó a extenderse rápidamente por el mundo. Desde ese momento quedó claro que la desprotección frente a amenazas invisibles pero letales podían poner en peligro la existencia misma de la humanidad. La afectación fisiológica del cuerpo por el coronavirus provocó miles de víctimas mientras afectaba a millones de personas, pero no solo desde el punto de vista orgánico. Ante nuestra impotencia también se extendía otra pandemia muy preocupante y peligrosa, la afectación psicológica producida por la enfermedad; depresión, ansiedad, miedo y toda una serie de problemas y trastornos psicológicos marcaban un antes y un después en la vida de la población. Esto provocó una afluencia masiva de personas con problemáticas psíquicas diversas que obligándonos profesionalmente a proponer programas efectivos contra estos efectos. Este es el caso de una muestra de 33 pacientes cuya sintomatología depresiva de tipo reactiva derivada directamente de los efectos de la pandemia. De entre ellos, 17 fueron incluidos en un programa de intervención que incluía la musicoterapia como componente principal del tratamiento. A este programa se unieron dos casos tratados con arteterapia y otros dos con audiciones musicales a medida de cada paciente. El resultado fue un rápido descenso de la sintomatología depresiva en todos los casos.

Palabras clave

Coronavirus, musicoterapia, tratamiento psicológico, pandemia, arteterapia

Abstract

At the end of 2019, a deadly pandemic began to spread rapidly around the world. From that moment it became clear that the lack of protection against invisible but lethal threats could endanger the very existence of humanity. The physiological affectation of the body by the coronavirus caused thousands of victims while affecting millions of people, but not only from the organic point of view. Given our impotence, another very worrying and dangerous pandemic was also spreading, the psychological effects caused by the disease; depression, anxiety, fear and a whole series of psychological problems and disorders marked a before and after in the life of the population. This caused a massive influx of people with various mental problems, forcing us professionally to propose effective programs against these effects. This is the case of a sample of 33 patients whose reactive-type depressive symptoms derived directly from the effects of the pandemic. Among them, 17 were included in an intervention program that included music therapy as the main component of the treatment. This program was joined by two cases treated with art therapy and another two with musical auditions tailored to each patient. The result was a rapid decrease in depressive symptomatology in all cases.

Keywords

Coronavirus, music therapy, psychological treatment, pandemic, art therapy

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se detectaron en Wuhan varias docenas de casos con síntomas a nivel respiratorio y la sospecha directa de que el causante de estas manifestaciones desconocidas era un virus. Las inmediatas investigaciones de la OMS desvelaron la aparición de un nuevo tipo de coronavi-

rus, el SARS-CoV-2. Las primeras comunicaciones de fallecimientos se produjeron en China el 11 de enero de 2020 y rápidamente la infección se extendió a otros países. En pocas semanas el nuevo virus irrumpía en el escenario internacional, afectando la salud de la población, y la OMS declaró una emergencia de salud pública a nivel internacional (Sandín et al., 2020).

En España se decretó un estado de alarma a nivel nacional para tomar medidas directas sobre lo que ya se consideraba una pandemia, a lo que le siguió un estricto confinamiento en un intento de frenar o disminuir los contagios. En muchos casos de usuarios atendidos por los servicios de salud a domicilio se encontraron sintomatología adicional y se alertó sobre las consecuencias psicológicas de la pandemia (Inchausti et al., 2020). Surgen así varios servicios de asistencia psicológica telemática, pioneros en nuestro país, de manera conjunta con servicios similares en otros países de nuestro entorno, detectando un grave aumento de psicopatología comórbida sumada a la sintomatología estrictamente médica. Las causas desencadenantes derivadas de las quejas de los pacientes, y que se presumían agravadas por el propio confinamiento y el aislamiento social que ocasionó, fueron, de manera destacable, la falta de actividad laboral, que causó una pérdida económica importante para una gran parte de la población; afectaciones por fallecimientos de personas allegadas y familiares, así como miedos relativos a la propia enfermedad. Uno de los servicios más solicitados fue el servicio telefónico, organizado conjuntamente por la Comunidad de Madrid y el Colegio de la Psicología de Madrid (Herráez et al., 2020).

Las quejas que los usuarios comunicaban con mayor frecuencia pueden verse en la tabla 1.

Romero-González et al. (2020) estudiaron una muestra de 83 universitarios españoles y concluyeron un elevado aumento de sintomatología obsesivo-compulsiva y depresiva, y un incremento de niveles de estrés, así como niveles más bajos de resiliencia. Otro estudio llevado a cabo en nuestro país, a partir de una muestra de 1161 participantes, arrojó una alta frecuencia en miedos específicos referidos a miedo al contagio, a enfermar y a la muerte, así como insomnio y sueño no reparador, desesperanza, síntomas ansioso-depresivos y altos niveles de intolerancia a la incertidumbre (Sandín et al., 2020). De forma similar, Llorca-Bofi et al. (2020) exponen en su estudio, con una muestra de 1165 participantes, un impacto psicológico clínicamente significativo en ansiedad fóbica, síntomas obsesivo-compulsivos, somatización, depresión reactiva y desconexión social severa.

En un estudio realizado por Chacón-Fuertes et al. (2020) se pone de manifiesto la complejidad de la atención psicológica en los sistemas de salud en momentos de pandemia, ya desde un punto de partida deficiente per se. El inicio en las intervenciones desveló una desventaja representada por falta de profesionales con la formación y experiencia necesarias para intervenir de inmediato, especialmente con población vulnerable y con patologías previas a la aparición del virus (Inchausti et al., 2020). Así mismo, Chacón-Fuer-

tes et al. (2020) recogen en su revisión las conclusiones derivadas de los diferentes servicios colegiales y resaltan, entre otras, los problemas del sueño, duelo, ansiedad y depresión, miedo y preocupaciones excesivas acorde a los peligros del contagio, síntomas somáticos e ideación autolítica.

Tabla 1.

Quejas de mayor frecuencia durante los meses de confinamiento y posteriores detectados por las consultas telefónicas.

Listado de quejas más frecuentes de usuarios de la línea telefónica

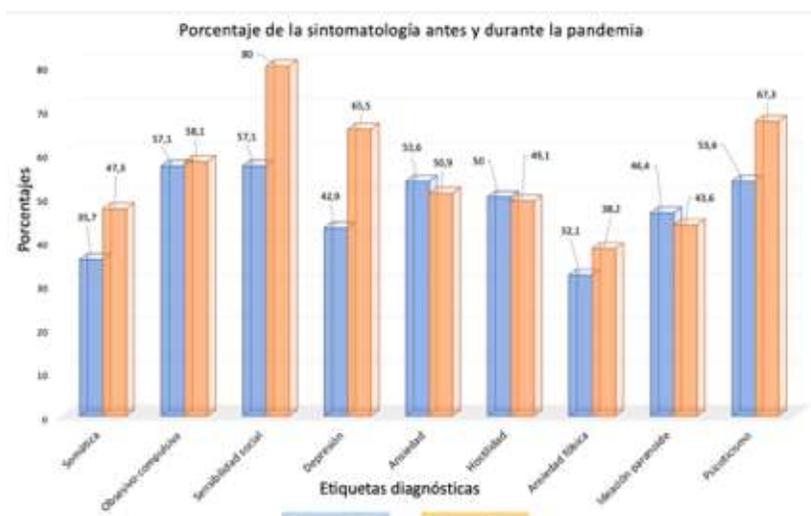
Cambios en hábitos de vida y conductas rutinarias
Malestar psicológico general
Dificultades de concentración
Dificultad para desconectar de las preocupaciones
Incertidumbre
Ataques de ansiedad
Preocupaciones excesivas y miedo al contagio
Depresión, indefensión y desesperanza
Sentimiento de culpa
Ideación autolítica
Miedo a la pérdida y al duelo
Sentimientos de soledad y aislamiento
Ira
Ansiedad sostenida
Ciclotimia a nivel sub-tímico
Delirios de persecución
Desrealización
Problemas sexuales
Menor capacidad para tomar decisiones y resolver problemas
Baja autoestima
Problemas físicos de salud
Policonsumo. Consumo y abuso de sustancias psicoactivas

Nota: Adaptado de Herráez et al. (2020)

De la misma forma que los estudios anteriores, la investigación llevada a cabo por López (2022) refleja, predominantemente, quejas somáticas, sintomatología obsesivo-compulsi-

va, sensibilidad social, ansiedad, depresión, hostilidad inespecífica, fobias, ideación paranoide y psicoticismo, y muestra un incremento en casi todos los elementos sintomáticos comparativamente entre los niveles previos a la pandemia y durante la misma. En la figura 1 pueden observarse estos grupos de síntomas antes y durante.

Figura 1.
Sintomatología predominante en los periodos pre y durante la pandemia.



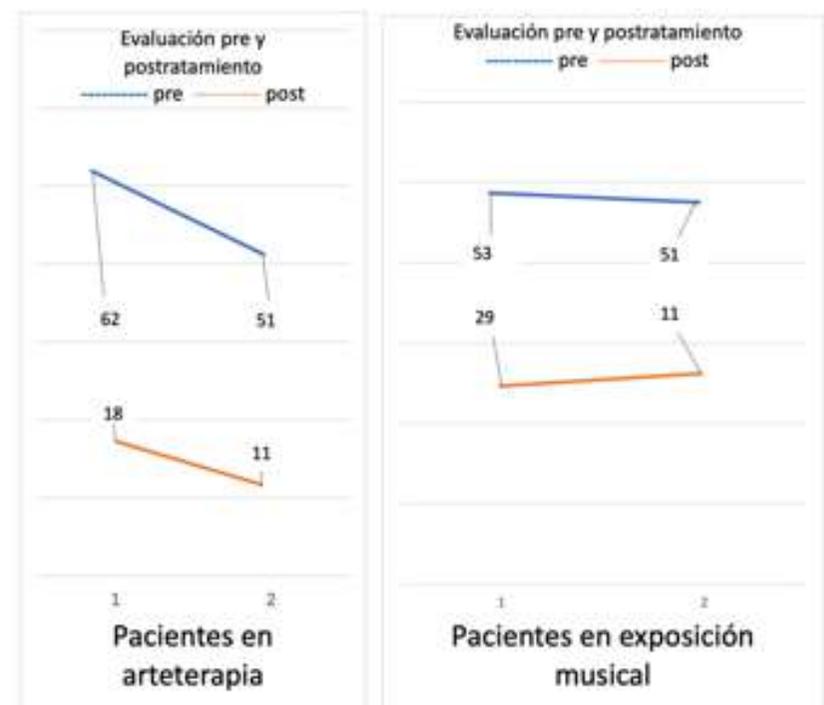
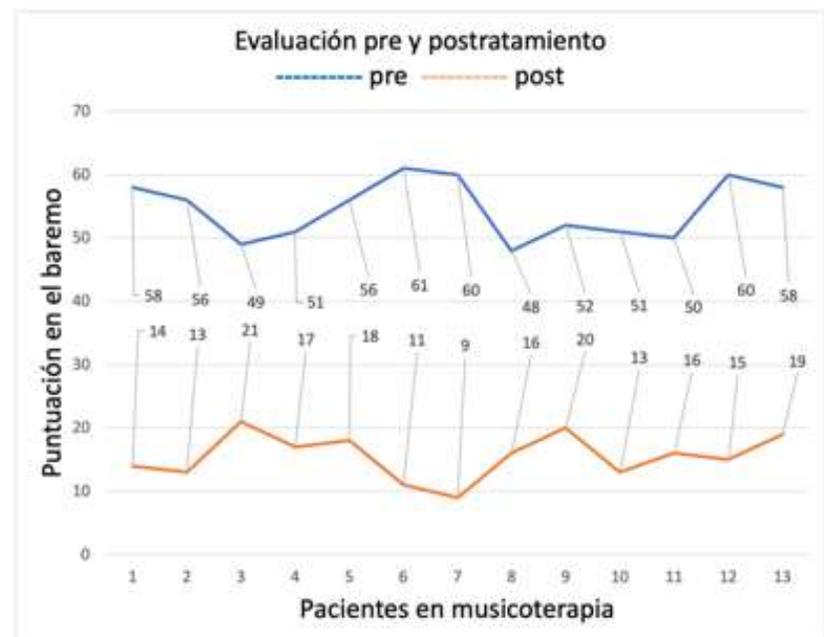
Nota: Adaptado de Chacón et al. (2020).

Nosotros, hemos atendido en consulta individual de psicología un grupo de pacientes con quejas relacionadas con los efectos de la pandemia, cuyo tratamiento ha girado en torno a la musicoterapia entre ocho y doce sesiones, casos con arteterapia expresiva y simbólica basada en el dibujo terapéutico, entre seis y diez sesiones y otros casos derivados del Servicio de Atención Psicológica no Presencial del Colegio de la Psicología de Madrid y la Comunidad de Madrid, entre dos y seis sesiones.

En total se han tratado más de 30 casos en 2021 con algún tipo de influencia relacionada con la irrupción del coronavirus SARS-CoV-2 en su sintomatología, de los que 17 mostraron claramente síntomas depresivos directos por efecto del COVID-19; 13 fueron tratados con musicoterapia, dos casos con enfoque arteterapéutico y otros dos casos desde el Servicio de Atención Psicológica no Presencial donde se prescribe una selección de fragmentos musicales a elección de los pacientes. En todos los casos se atenuó el tratamiento psicológico convencional que actuaba solamente de soporte.

Los resultados respecto a la sintomatología depresiva, síntoma destacable como queja principal en los pacientes tratados con las tres modalidades anteriores en 2021, se expresan en la figura 2.

Figura 2.
Evolución pre- y postratamiento con pacientes con sintomatología depresiva derivada del efecto psicológico del SARS-CoV-2

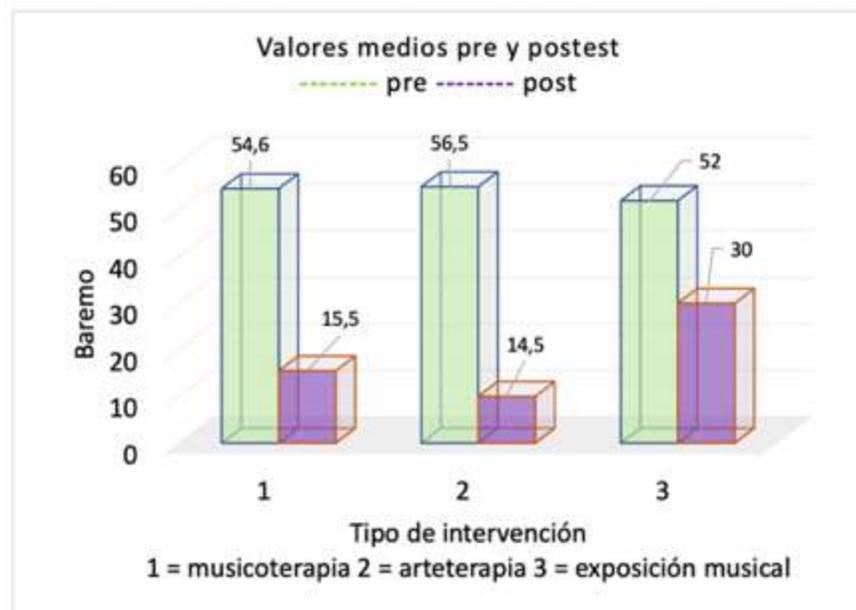


Nota: Relación de resultados pretest y postest. Elaboración propia.

En la figura 3 se observan las diferencias entre las puntuaciones medias entre pretest y postest en los grupos de pacientes.

Figura 3.

Diferencias entre las puntuaciones entre pretest y postest en los grupos de pacientes.



Nota: Diferencias entre las puntuaciones entre pretest y postest en los grupos de pacientes.

CONCLUSIONES

Del análisis visual de los gráficos se desprende una gran diferencia en la sintomatología depresiva de los pacientes antes y después del tratamiento con musicoterapia; una mejora significativa, aunque en menor grado con arteterapia; y una mejoría en el alivio de los síntomas, aunque no suficiente a nivel terapéutico, en los dos casos tratados adicionalmente con escucha intencional de los fragmentos musicales de elección del paciente.

El resto de los pacientes que presentaban sintomatología relacionada con los efectos del COVID-19 fueron tratados en terapias convencionales de tercera generación obteniendo excelentes resultados, aunque precisaron mayor número de sesiones. Dos de los 33 siguen aún en terapia; un tercero se adhirió a un tratamiento de beber controlado, aunque no fue motivo de consulta.

Conflictos de intereses

La realización del presente proyecto de intervención no acarrea conflicto de interés alguno.

Contribuciones de autor

El autor declara ser el responsable de la redacción del presente artículo.

Citación

Sotelo Martín, J.A. (2022). Efectos de la musicoterapia y arteterapia en casos de personas afectadas de sintomatología depresiva de tipo reactivo tras la sexta ola del COVID-19. *Revista Misostenido*, 3, 94-98.

Recibido: 20 febrero de 2022

Aceptado: 8 marzo de 2022

Publicado: 10 abril de 2022

REFERENCIAS

- Chacón, F., Fernández-Hermida, J. R., y García-Vera, M. P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la organización colegial. *Clínica y Salud*, 31(2), 119-123. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a18>
- Herráez-Collado, E., (coord.), Álvarez-Aparicio, A. I., Fernández-Márquez, L., Pereira-Dávila, M., Puerta-López, P., Sánchez-Torras, P., Sotelo-Martín, J. A., Soto-Baño, M. A. y Verdugo-Martínez, A. (2020). Guía de Casos. Intervención psicológica ante la situación derivada del brote de coronavirus COVID-19. *Colegio Oficial de la Psicología de Madrid*.
- Inchausti, F., García-Poveda N.V., Prado-Abril J. y Sánchez-Reales S. (2020). La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud. Avance online*. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- Llorca-Bofi, V., Palacios, R., Buil-Reiné, E., Adrados-Pérez, M., Sánchez, M., Pàmols, S., Gisbert-Solà, A., Tortorolo, G. y López-Fernández, E. (2020). Psicopatología en la población general durante las fases iniciales de confinamiento por COVID-19 en España. *Psicosomática y Psiquiatría*, (15).
- López, D. (2020). Predicted HLA Class I and Class II Epitopes From Licensed Vaccines Are Largely Conserved in New SARS-CoV-2 Omicron Variant of Concern. *Front. Immunología*: 13:832889. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.832889>
- Romero-González, Borja, et al. (2021). "Síntomas psicopatológicos, estrés y resiliencia en estudiantes universitarios antes y durante la pandemia por la COVID-19". En: Satorre Cuerda, Rosana (ed.). *Nuevos retos educativos en la enseñanza superior frente al desafío COVID-19*. Octaedro, pp. 123-131
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

MÁS MÚSICA MÁS SALUD

COMPENDIO DE CASOS CLÍNICOS EN MUSICOTERAPIA

Una aproximación práctica a esta disciplina terapéutica a lo largo del ciclo

Juan Carlos Juárez

ENCO Mariposa Blanca A.C

Contacto: jcju92_9297@hotmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0975-9972>

Este compendio concentra en sus capítulos una herramienta basada en experiencias profesionales que permiten conocer, comprender y analizar el trabajo clínico del musicoterapeuta, así como la responsabilidad ética que conlleva, pues en su contenido encontramos de manera amena y sencilla los fundamentos teóricos y prácticos de la práctica hospitalaria y clínica del terapeuta musical que están respaldados y ejemplificados en 15 casos clínicos, siendo esta obra una aproximación inicial para todo estudiante de las áreas de la salud o de la musicoterapia que quiera conocer el efecto clínico de la música a lo largo del ciclo vital. Los autores son musicoterapeutas que han registrado y documentado en su ejercicio profesional cómo la musicoterapia puede ser beneficiosa en diferentes patologías y contextos clínicos, desde atención temprana hasta cuidados especializados, presentando numerosos casos con la más variada población desde cuidados prenatales hasta adultos mayores con demencia, que a continuación se abordarán mediante algunos ejemplos.

El manual muestra 15 casos de estudio y cada uno de ellos se encuentra estructurado bajo un esquema de historia clínica presentando una introducción al problema o trastorno, el motivo de consulta o los antecedentes, los objetivos perseguidos, así como el tratamiento y las técnicas empleadas, el seguimiento, la evaluación del caso y el proceso musicoterapéutico aplicado, encontrando de esta manera casos tan diversos e interesantes como:

- Caso 1: Musicoterapia en neurorrehabilitación



- Caso 2: Musicoterapia y resiliencia en una situación de maltrato
- Caso 3: Musicoterapia en discapacidad (holoprosencefalia tipo lobar)
- Caso 4: Trastornos neuropsiquiátricos en personas con demencia, un caso de Alzheimer
- Caso 5: Musicoterapia en cuidados paliativos pediátricos
- Caso 6: Musicoterapia en trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Caso 7: Musicoterapia y tetraparesia espástica
- Caso 8: Musicoterapia en Trastorno del Espectro Autista
- Caso 9: Musicoterapia bmgim individual y su análisis a través de los mandalas
- Caso 10: Musicoterapia prenatal
- Caso 11: Musicoterapia en trastorno mental grave
- Caso 12: Musicoterapia hospitalaria con una paciente con cáncer de colon y demencia
- Caso 13: Musicoterapia individual en envejecimiento activo
- Caso 14: Musicoterapia y daño cerebral
- Caso 15: Musicoterapia comunitaria con mujeres en centros penitenciarios

Lamentablemente por falta de espacio no podré hablar de cada uno de los casos que sin duda alguna su contenido es enriquecedor, pero mencionaré como ejemplo el caso 4 que aborda el tema de trastornos neuropsiquiátricos en personas con demencia: intervención a través de un programa de musicoterapia en un caso de Alzheimer, debido a que mi formación profesional me

ha acercado a este trabajo específico con personas con demencias y a conocer más sobre el tema. En este capítulo, Sheila Cano menciona el caso de una mujer de 88 años con la enfermedad de Alzheimer que presentaba algunos trastornos neuropsiquiátricos graves como delirios, paranoias y agresividad, que con un programa de musicoterapia se intentaba aminorar dichos trastornos y mejorar las capacidades cognitivas, logrando concluir que el tratamiento

aplicado con la musicoterapia ayudó a mejorar su calidad de vida, mostrando las evidencias, las etapas y el proceso clínico bajo un esquema metodológico que siguen los otros casos citados en el libro, fortaleciendo este caso el necesario uso de la música para apoyar a esta población.

No obstante, aunque estas lecturas transmiten la pasión del trabajo realizado por diferentes musicoterapeutas, en cuanto a aspectos metodológicos, de revisión de la literatura pertinente, utilización y descripción de las herramientas de evaluación, técnicas y análisis empelados, discusión de los resultados, limitaciones de los estudios realizados, prospectiva y réplica de estas investigaciones en otros posibles supuestos, es necesario aclarar que en estos trabajos, el lector especializado, no encontrará los estándares de calidad que habitualmente se exigen en editoriales y revistas de impacto.

En definitiva, se recomienda la lectura de esta obra como un acercamiento introductorio y de divulgación a los distintos ámbitos de aplicación de la musicoterapia. Así mismo, se considera que puede ser una obra que dé a conocer tanto a estudiantes como a musicoterapeutas en activo otras experiencias que se han realizado en diferentes contextos terapéuticos. En definitiva, y como señalan las conclusiones de varios de los autores, es necesario continuar desarrollando la investigación desde entornos clínicos en los que es empleada la musicoterapia.



MÁS MÚSICA QUE PARE GUERRAS



YA ESTAMOS INCUBANDO EL CUARTO NÚMERO DE

