

SANO  
ENFERMO UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NO ENFERMO NÚCLEO DE SUCRE  
NO-SANO ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

**RELACIÓN TRABAJO  
SOCIAL Y  
MUSICOTERAPIA COMO  
ALTERNATIVA PARA EL  
TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEPRESIVOS AÑO  
2013**

**AUTOR:**

JOSÉ RAFEL CABRERA FERNÁNDEZ

**TUTORA:**

Dra. CARMEN GUEVARA

**Trabajo de Grado, modalidad tesis, presentado como requisito parcial  
para optar al Título de Licenciado en Trabajo Social**

**CUMANÁ, MAYO DE 2013**

**INDICE**

**Pág.**

|   |          |
|---|----------|
| <b>LISTA DE IMÁGENES.....</b>                                   | <b>2</b> |
| <b>DEDICATORIA.....</b>   | <b>3</b> |
| <b>AGRADECIMIENTOS.....</b>                                     | <b>4</b> |
| <b>RESUMEN.....</b>   | <b>5</b> |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>  | <b>6</b> |
| <b>CAPÍTULO I.....</b>  | <b>7</b> |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....                            | 7        |
| 1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....                         | 10       |
| 1.2.1.- Objetivo General:.....                                  | 10       |
| 1.2.2.- Objetivos Específicos:.....                             | 10       |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN.....   | 10       |
| 1.4. MARCO TEÓRICO .....  | 12       |
| 1.4.1. Antecedentes de la Investigación.....                    | 12       |
| 1.4.1.1. Internacionales:.....                                  | 12       |
| 1.4.1.2. Nacionales:.....                                       | 12       |
| 1.4.2. Bases Teóricas.....                                      | 12       |
| 4.2.1.Musicoterapia.....  | 13       |
| 4.2.2.Trastornos Depresivos.....                                | 13       |
| 4.2.3.Rol del Trabajo Social en el área de la salud mental..... | 17       |
| 1.4.3. Definición Operacional de Términos Básicos:.....         | 18       |
| 1.5. METODOLOGÍA.....   | 19       |
| 1.5.1. Nivel de Investigación.....                              | 19       |
| 1.5.2. Diseño de Investigación.....                             | 20       |
| 1.5.3. Fuentes de información.....                              | 20       |
| 1.5.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos.....   | 20       |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CAPÍTULO II.....</b>  | <b>21</b> |
| <b>FUNDAMENTOS DE LA MUSICOTERAPIA.....</b>                          | <b>21</b> |
| 2.1. Fundamentos Históricos de la Musicoterapia.....                 | 21        |
| 1.1.Culturas Primitivas. Textos Bíblicos.....                        | 21        |
| 1.2.Grecia y Roma.....   | 22        |
| 1.3.La Edad Media (400-1400).....                                    | 22        |
| 1.4.El Renacimiento (1400-1600).....                                 | 23        |
| 1.5.El Barroco. La doctrina de los afectos (1600-1750).....          | 23        |
| 1.6.Música Clásica (1750-1800).....                                  | 24        |
| 1.7.El Romanticismo (1800-1880).....                                 | 24        |
| 1.8.Música contemporánea (1900-).....                                | 24        |
| 2.2. Fundamentos Musicales de la Musicoterapia.....                  | 29        |
| 2.2.1. Parámetros y Cualidades del sonido.....                       | 29        |
| 2.2.Instrumentos de cuerdas, también conocido como Cordófonos: ....  | 31        |
| 2.3.Instrumentos de vientos, también conocidos como Aerófonos: ..... | 32        |
| 2.4.Instrumentos de percusión: .....                                 | 32        |
| 2.5.El pentagrama:.....  | 33        |
| 2.6.Clave musical: .....   | 34        |
| 2.7.Las figuras de notas:.....                                       | 34        |
| 2.8.Los silencios: .....   | 35        |
| 2.9.Notas musicales: .....   | 36        |
| 2.2.10. Figuras de notas “sostenida”, “bemoI” y “becuadro” .....     | 37        |
| 2.11.Escalas.....  | 38        |
| 2.2.12. Armadura de clave.....                                       | 38        |

|  |    |
|--|----|
| 2.2.13. Armonía y Texturas Sonoras.....  | 38 |
| 2.2.14. Consonancia y Disonancia.....  | 38 |
| 2.2.15. Ritmo y Métrica.....   | 38 |
| 2.2.16. Dinámica.....  | 39 |
| 2.2.17. Música para combatir los miedos:.....  | 40 |
| 2.2.18. Música para combatir la depresión:.....  | 40 |
| 2.2.19. Música para la concentración, la memoria, para combatir el<br>estrés y para dormir:..... | 41 |
| 2.3. Fundamentos Biológicos de la Musicoterapia.....   | 42 |
| 2.3.1. La Sensación Sonora.....  | 42 |
| 2.3.2. La Percepción Sonora.....   | 42 |
| 2.3.3. Oír y Escuchar.....   | 42 |
| 2.4. Sistema anátomo-fisiológicos de la audición.....  | 45 |
| 2.4.1. Anatomía del y fisiología del oído.....   | 46 |
| 2.4.2. Anatomía del Oído Externo.....  | 46 |
| 2.4.3. Anatomía del Oído Medio.....  | 47 |
| 2.5. Sistema anátomo-fisiológicos de la fonación.....  | 48 |
| 2.5.1. Teorías para explicar la Fonación.....  | 49 |
| 2.5.1.1. Teoría mioelástica (Antoine Ferrain, 1746):.....  | 49 |
| 2.5.1.2. Teoría Aerodinámica (Johannes Müller 1839):.....  | 50 |
| 2.5.1.3. Teoría mioelástica aerodinámica (Van de Berg 1970):.....                                | 50 |
| 2.5.1.4 Teoría de Fant (1960):.....  | 51 |
| 2.6. Fundamentos neurológicos.....   | 51 |
| 2.6.1. Estructura del Cerebro.....   | 51 |

|  |    |
|--|----|
| 6.1.1.El Córtex:.....  | 51 |
| 6.1.2.El Sistema Límbico:.....   | 52 |
| 6.1.3.El Hipotálamo:.....  | 53 |
| 6.1.4.El Hipocampo:.....   | 53 |
| 6.1.5.La Amígdala.....   | 53 |
| 6.1.6.El Cerebelo. ....  | 54 |
| 6.1.7.El Tallo Cerebral.....   | 54 |
| 6.1.8.Los Hemisferios Cerebrales.....  | 54 |
| 2.7. Fundamentos Psicológicos de la Musicoterapia.....                       | 56 |
| 2.7.1. Psicología de la música.....  | 56 |
| 7.1.1.La percepción de la música.....  | 56 |
| 7.1.2.La memoria musical.....  | 57 |
| 2.7.1.3. La Música, recurso terapéutico desde fuera de la musicoterapia..... | 57 |
| 2.7.1.3.1. El psicoanálisis: el lenguaje no verbal (1896).....               | 57 |
| 2.7.1.3.2. Psicoterapia psicodinámica breve (1874).....                      | 58 |
| 2.7.1.3.3. Carl Gustav Jung (1875-1961).....                                 | 58 |
| 2.7.1.3.4. Alfred Adler: La psicología individual (1912).....                | 59 |
| 2.7.1.3.5. Terapias de la conducta (Terán citado por Betés 2000):...         | 59 |
| 2.7.1.3.6. Terapias cognitivas (Terán citado por Betés 2000):.....           | 60 |
| 2.7.1.3.7. La psicología centrada en el cliente (1942).....                  | 60 |
| 2.7.1.3.7. La Psicología y Psicoterapia Gestalt (1940).....                  | 60 |
| 2.7.1.3.8. La terapia primal o terapia primaria (1970).....                  | 61 |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.7.1.3.9. El psicodrama (psicomúsica).....                                    | 61        |
| 2.8. Fundamentos Teóricos de la Musicoterapia.....                             | 61        |
| 2.9. Fundamentos Prácticos de la Musicoterapia .....                           | 65        |
| 2.9.1. Orientaciones Metodológicas.....  | 65        |
| 2.9.2. Modelo de la musicoterapia conductista (1970).....                      | 65        |
| 2.9.3. Modelo I.S.O. de Benenzon de la Musicoterapia (1960). .....             | 66        |
| 2.9.4. Modelo de Imágenes Guiadas por Música (GIM) (1972).....                 | 68        |
| 2.9.5. Modelo Humanista de la Musicoterapia (Nordoff - Robbins)<br>(1959)..... | 69        |
| <b>CAPÍTULO III.....</b>   | <b>71</b> |
| <b>ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL.....</b>               | <b>71</b> |
| 3.1. Reseña histórica del trabajo social en el área de la salud mental.....    | 71        |
| 3.1.1. Fase de beneficencia/caridad pública:.....                              | 71        |
| 3.1.2. Fase de Asistencia Social:.....   | 71        |
| 3.1.3. Fase de Servicio Social:.....   | 71        |
| 3.1.4. Fase de Trabajo Social: .....   | 73        |
| 3.2. Salud y Enfermedad Mental.....  | 74        |
| 3.3. Función y Rol del trabajo social en el área de la Salud Mental.....       | 75        |
| <b>CAPÍTULO IV.....</b>  | <b>78</b> |
| <b>RELACIÓN ENTRE LA MUSICOTERAPIA Y LOS TRASTORNOS<br/>DEPRESIVOS.....</b>    | <b>78</b> |
| 4.1. Musicoterapia y las emociones.....  | 78        |
| 4.2. Musicoterapia, Ondas Cerebrales y depresión.....                          | 80        |
| <b>Fuente: Elaboración del Autor .....</b>                                     | <b>80</b> |
| 4.3. Musicoterapia, Relajación (Método no verbal).....                         | 81        |
| 4.4. Musicoterapia y Bio-danza (Danzaterapia).....                             | 82        |

|  |                   |
|--|-------------------|
| <u>4.5. Estrategias terapéuticas del modelo de creatividad y de improvisación (Nordoff Robbins) a pacientes con trastornos depresivos.....</u> | <u>83</u>         |
| <u>4.6. Estrategias terapéuticas de musicoterapia analítica o de orientación psicoanalítica, a pacientes con trastornos depresivos.....</u>    | <u>85</u>         |
| <u>4.7. Estrategias terapéuticas del “Modelo Benenzon” de musicoterapia a pacientes con trastornos depresivos.....</u>                         | <u>87</u>         |
| <u>4.8. Estrategias terapéuticas del Modelo GIM (Imágenes Guiadas con Música), para pacientes con trastornos depresivos.....</u>               | <u>90</u>         |
| <b><u>CAPÍTULO V.....</u></b>  | <b><u>92</u></b>  |
| <b><u>RELACIÓN TRABAJO SOCIAL Y MUSICOTERAPIA COMO ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEPRESIVOS.....</u></b>          | <b><u>92</u></b>  |
| <b><u>CONCLUSIÓN.....</u></b>  | <b><u>97</u></b>  |
| <b><u>RECOMENDACIONES.....</u></b>   | <b><u>99</u></b>  |
| <b><u>BIBLIOGRAFÍA.....</u></b>  | <b><u>99</u></b>  |
| <b><u>HOJAS DE METADATOS.....</u></b>  | <b><u>110</u></b> |

## LISTA DE IMÁGENES

|   | Pág.     |
|---|----------|
| <b>LISTA DE IMÁGENES.....</b>                                   | <b>2</b> |
| <b>DEDICATORIA.....</b>   | <b>3</b> |
| <b>AGRADECIMIENTOS.....</b>                                     | <b>4</b> |
| <b>RESUMEN.....</b>   | <b>5</b> |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>  | <b>6</b> |
| <b>CAPÍTULO I.....</b>  | <b>7</b> |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....                            | 7        |
| 1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....                         | 10       |
| 1.2.1.- Objetivo General:.....                                  | 10       |
| 1.2.2.- Objetivos Específicos:.....                             | 10       |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN.....   | 10       |
| 1.4. MARCO TEÓRICO .....  | 12       |
| 1.4.1. Antecedentes de la Investigación.....                    | 12       |
| 1.4.1.1. Internacionales:.....                                  | 12       |
| 1.4.1.2. Nacionales:.....                                       | 12       |
| 1.4.2. Bases Teóricas.....                                      | 12       |
| 4.2.1.Musicoterapia.....  | 13       |
| 4.2.2.Trastornos Depresivos.....                                | 13       |
| 4.2.3.Rol del Trabajo Social en el área de la salud mental..... | 17       |
| 1.4.3. Definición Operacional de Términos Básicos:.....         | 18       |
| 1.5. METODOLOGÍA.....   | 19       |
| 1.5.1. Nivel de Investigación.....                              | 19       |
| 1.5.2. Diseño de Investigación.....                             | 20       |



|  |           |
|--|-----------|
| 1.5.3. Fuentes de información.....                                   | 20        |
| 1.5.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos.....        | 20        |
| <b>CAPÍTULO II.....</b>  | <b>21</b> |
| <b>FUNDAMENTOS DE LA MUSICOTERAPIA.....</b>                          | <b>21</b> |
| 2.1. Fundamentos Históricos de la Musicoterapia.....                 | 21        |
| 1.1.Culturas Primitivas. Textos Bíblicos.....                        | 21        |
| 1.2.Grecia y Roma.....   | 22        |
| 1.3.La Edad Media (400-1400).....                                    | 22        |
| 1.4.El Renacimiento (1400-1600).....                                 | 23        |
| 1.5.El Barroco. La doctrina de los afectos (1600-1750).....          | 23        |
| 1.6.Música Clásica (1750-1800).....                                  | 24        |
| 1.7.El Romanticismo (1800-1880).....                                 | 24        |
| 1.8.Música contemporánea (1900-).....                                | 24        |
| 2.2. Fundamentos Musicales de la Musicoterapia.....                  | 29        |
| 2.2.1. Parámetros y Cualidades del sonido.....                       | 29        |
| 2.2.Instrumentos de cuerdas, también conocido como Cordófonos: ....  | 31        |
| 2.3.Instrumentos de vientos, también conocidos como Aerófonos: ..... | 32        |
| 2.4.Instrumentos de percusión: .....                                 | 32        |
| 2.5.El pentagrama:.....  | 33        |
| 2.6.Clave musical: .....   | 34        |
| 2.7.Las figuras de notas:.....                                       | 34        |
| 2.8.Los silencios: .....   | 35        |
| 2.9.Notas musicales: .....   | 36        |
| 2.2.10. Figuras de notas “sostenida”, “bemol” y “becuadro”.....      | 37        |

|   |    |
|---|----|
| 2.11. Escalas.....  | 38 |
| 2.2.12. Armadura de clave.....  | 38 |
| 2.2.13. Armonía y Texturas Sonoras.....   | 38 |
| 2.2.14. Consonancia y Disonancia.....   | 38 |
| 2.2.15. Ritmo y Métrica.....  | 38 |
| 2.2.16. Dinámica.....   | 39 |
| 2.2.17. Música para combatir los miedos:.....   | 40 |
| 2.2.18. Música para combatir la depresión:.....   | 40 |
| 2.2.19. Música para la concentración, la memoria, para combatir el estrés y para dormir:..... | 41 |
| 2.3. Fundamentos Biológicos de la Musicoterapia.....  | 42 |
| 2.3.1. La Sensación Sonora.....   | 42 |
| 2.3.2. La Percepción Sonora.....  | 42 |
| 2.3.3. Oír y Escuchar.....  | 42 |
| 2.4. Sistema anátomo-fisiológicos de la audición.....   | 45 |
| 2.4.1. Anatomía del y fisiología del oído.....  | 46 |
| 2.4.2. Anatomía del Oído Externo.....   | 46 |
| 2.4.3. Anatomía del Oído Medio.....   | 47 |
| 2.5. Sistema anátomo-fisiológicos de la fonación.....   | 48 |
| 2.5.1. Teorías para explicar la Fonación.....   | 49 |
| 2.5.1.1. Teoría mioelástica (Antoine Ferrain, 1746):.....                                     | 49 |
| 2.5.1.2. Teoría Aerodinámica (Johannes Müller 1839):.....                                     | 50 |
| 2.5.1.3. Teoría mioelástica aerodinámica (Van de Berg 1970):.....                             | 50 |
| 2.5.1.4 Teoría de Fant (1960):.....   | 51 |

|  |    |
|--|----|
| 2.6. Fundamentos neurológicos.....   | 51 |
| 2.6.1. Estructura del Cerebro.....   | 51 |
| 6.1.1.El Córtex:.....  | 51 |
| 6.1.2.El Sistema Límbico:.....   | 52 |
| 6.1.3.El Hipotálamo:.....  | 53 |
| 6.1.4.El Hipocampo:.....   | 53 |
| 6.1.5.La Amígdala.....   | 53 |
| 6.1.6.El Cerebelo. ....  | 54 |
| 6.1.7.El Tallo Cerebral.....   | 54 |
| 6.1.8.Los Hemisferios Cerebrales.....  | 54 |
| 2.7. Fundamentos Psicológicos de la Musicoterapia.....                       | 56 |
| 2.7.1. Psicología de la música.....  | 56 |
| 7.1.1.La percepción de la música.....  | 56 |
| 7.1.2.La memoria musical.....  | 57 |
| 2.7.1.3. La Música, recurso terapéutico desde fuera de la musicoterapia..... | 57 |
| 2.7.1.3.1. El psicoanálisis: el lenguaje no verbal (1896).....               | 57 |
| 2.7.1.3.2. Psicoterapia psicodinámica breve (1874).....                      | 58 |
| 2.7.1.3.3. Carl Gustav Jung (1875-1961).....                                 | 58 |
| 2.7.1.3.4. Alfred Adler: La psicología individual (1912).....                | 59 |
| 2.7.1.3.5. Terapias de la conducta (Terán citado por Betés 2000):...59       |    |
| 2.7.1.3.6. Terapias cognitivas (Terán citado por Betés 2000):.....           | 60 |
| 2.7.1.3.7. La psicología centrada en el cliente (1942).....                  | 60 |
| 2.7.1.3.7. La Psicología y Psicoterapia Gestalt (1940).....                  | 60 |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.7.1.3.8. La terapia primal o terapia primaria (1970).....                    | 61        |
| 2.7.1.3.9. El psicodrama (psicomúsica).....                                    | 61        |
| 2.8. Fundamentos Teóricos de la Musicoterapia.....                             | 61        |
| 2.9. Fundamentos Prácticos de la Musicoterapia .....                           | 65        |
| 2.9.1. Orientaciones Metodológicas.....  | 65        |
| 2.9.2. Modelo de la musicoterapia conductista (1970).....                      | 65        |
| 2.9.3. Modelo I.S.O. de Benenzon de la Musicoterapia (1960). .....             | 66        |
| 2.9.4. Modelo de Imágenes Guiadas por Música (GIM) (1972).....                 | 68        |
| 2.9.5. Modelo Humanista de la Musicoterapia (Nordoff - Robbins)<br>(1959)..... | 69        |
| <b>CAPÍTULO III.....</b>   | <b>71</b> |
| <b>ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL.....</b>               | <b>71</b> |
| 3.1. Reseña histórica del trabajo social en el área de la salud mental.....    | 71        |
| 3.1.1. Fase de beneficencia/caridad pública:.....                              | 71        |
| 3.1.2. Fase de Asistencia Social:.....   | 71        |
| 3.1.3. Fase de Servicio Social:.....   | 71        |
| 3.1.4. Fase de Trabajo Social: .....   | 73        |
| 3.2. Salud y Enfermedad Mental.....  | 74        |
| 3.3. Función y Rol del trabajo social en el área de la Salud Mental.....       | 75        |
| <b>CAPÍTULO IV.....</b>  | <b>78</b> |
| <b>RELACIÓN ENTRE LA MUSICOTERAPIA Y LOS TRASTORNOS<br/>DEPRESIVOS.....</b>    | <b>78</b> |
| 4.1. Musicoterapia y las emociones.....  | 78        |
| 4.2. Musicoterapia, Ondas Cerebrales y depresión.....                          | 80        |
| <b>Fuente: Elaboración del Autor .....</b>                                     | <b>80</b> |
| 4.3. Musicoterapia, Relajación (Método no verbal).....                         | 81        |

|   |            |
|---|------------|
| 4.4. Musicoterapia y Bio-danza (Danzaterapia).....  | 82         |
| 4.5. Estrategias terapéuticas del modelo de creatividad y de improvisación (Nordoff Robbins) a pacientes con trastornos depresivos..... | 83         |
| 4.6. Estrategias terapéuticas de musicoterapia analítica o de orientación psicoanalítica, a pacientes con trastornos depresivos.....    | 85         |
| 4.7. Estrategias terapéuticas del “Modelo Benenzon” de musicoterapia a pacientes con trastornos depresivos.....                         | 87         |
| 4.8. Estrategias terapéuticas del Modelo GIM (Imágenes Guiadas con Música), para pacientes con trastornos depresivos.....               | 90         |
| <b>CAPÍTULO V.....</b>  | <b>92</b>  |
| <b>RELACIÓN TRABAJO SOCIAL Y MUSICOTERAPIA COMO ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEPRESIVOS.....</b>          | <b>92</b>  |
| <b>CONCLUSIÓN.....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>RECOMENDACIONES.....</b>   | <b>99</b>  |
| <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>  | <b>99</b>  |
| <b>HOJAS DE METADATOS.....</b>  | <b>110</b> |
| <b>IMAGEN N°45: Carreras relacionadas con la musicoterapia.....</b>   | <b>238</b> |
| <b>IMAGEN N°46: Relación del Trabajo Social con la Musicoterapia.....</b>   | <b>241</b> |
| <b>IMAGEN N°47: Acción del Trabajo Social en el grupo multidisciplinario.....</b>   | <b>245</b> |
| <b>IMAGEN N°48: Cuadro Sinérgico en el Proceso Terapéutico.....</b>   | <b>252</b> |

## DEDICATORIA

Después de la difícil decisión de estudiar siendo adulto, quiero dedicar este trabajo de investigación a **DIOS** todopoderoso por ser mi guía espiritual.

A mi hermosa madre **ROSA**, por darme la vida, por ser un ejemplo de sacrificio y trabajo, de amor y comprensión; Gracias Madre que Dios te tenga en su santa gloria.

A mi padre **JOSÉ**, por enseñarme el valor de la vida, el amor a los hijos, el luchar por lo que se desea rompiendo las barreras que te limitan.

A mi segundo padre **FELIPE**, ejemplo de constancia, del amor al prójimo, de enseñarme que la familia es lo primero, que los hijos son la prolongación de tu propio ser.

A mis hermanos **LUISA, MÓNICA, JOSÉ, EVELIN, JOSEPH, RAFAEL, MAYERSIT**, por su amor, su unión de hermanos a pesar de la distancia, los amo a todos.

A mi esposa **NAIROVYS**, por su inmenso amor, por ser ejemplo de logro, por acompañarme en los momentos duros y también por los hermosos momentos, por darme los seres que más amo, mis hijas.

A mis hijas **MÓNICA, KENYA, YENNIFER Y VALERIA**, cuatro ángeles que Dios me envió para llenar mi corazón de alegría, ustedes son la razón de este logro, las amo.

**José R. Cabrera F.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Que hermosa experiencia vivida en mi etapa como estudiante de la grandiosa Universidad de Oriente, el aprendizaje adquirido lo aplico día a día y en todo momento de mi vida.

A la Universidad de Oriente por haberme permitido estudiar en tan prestigiosa institución universitaria.

A la profesora **CARMEN GUEVARA**, ejemplo de ética, enseñanza, paciencia y sobre todas las cosas una gran consejera y amiga; que Dios te bendiga grandemente.

A los amigos del cubículo del **CPE**, todos son excelentes compañeros y amigos incondicionales.

A todos los profesores de la Escuela de Ciencias Sociales, cada uno han sido un ejemplo a seguir, por su ética profesional.

**José R. Cabrera F.**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO DE SUCRE**  
**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**RELACIÓN TRABAJO SOCIAL Y MUSICOTERAPIA COMO  
ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON  
TRASTORNOS DEPRESIVOS AÑO 2012**

**Autor:** José Rafael Cabrera Fernández

**Tutora:** Profa. Carmen Guevara

**Fecha:** mayo de 2013

**RESUMEN**

El Trabajo Social y la Musicoterapia son dos áreas del conocimiento con bases musicales, sociológicas y psicológicas, que busca lograr el bienestar del individuo o grupo a tratar. La presente investigación busca Analizar la relación entre el Trabajo Social y la Musicoterapia, como alternativa para el tratamiento de personas con trastornos depresivos. En virtud de la naturaleza del estudio, la investigación se planteó bajo un nivel analítico desarrollado dentro de un diseño documental, utilizando como fuente de información primaria libros, enciclopedias, periódicos, revistas, fichas bibliográficas, tesis, además de fuentes electrónicas. En la investigación se desarrolla todo lo relacionado con los fundamentos de la musicoterapia, el rol del Trabajador Social en el área de la salud mental, además de la relación que hay entre la musicoterapia y los trastornos depresivos. Obteniendo los siguientes resultados: El Trabajo Social y la Musicoterapia se complementan formando un dúo terapéutico, ya que la Musicoterapia necesita de información relacionada a la vida social y familiar del paciente para su diagnóstico y terapia y el Trabajador Social está formado académicamente y científicamente para abordar esas áreas. La música también tiene un efecto neuroprotector que estaría mediado por el aumento de neurotransmisores, lo que permite una mayor viabilidad neuronal; esto podría explicar los efectos beneficiosos en enfermedades psiquiátricas y neurológicas crónicas, como demencias, enfermedad de Parkinson y trastornos afectivos. El Trabajador Social es un terapeuta social ya que su meta final es lograr el bienestar del individuo, el grupo y la comunidad, a través de estrategias como: el modelo socio-reduccionista, psicosocial y psicoterapéutico del Trabajo Social.

**Palabras Claves:** Musicoterapia, Rol del Trabajador Social en la Salud Mental y Trastornos Depresivos.





## INTRODUCCIÓN

La música y la ayuda mutua han sido dos factores importantes en la vida del hombre, basta revisar la historia evolutiva del mismo para darse cuenta que en ella siempre ha estado presente la necesidad de agruparse como la de crear y escuchar música para su supervivencia; es decir, la música ha sido utilizada desde tiempos inmemoriales como estímulo tanto para generar tranquilidad, como para drenar iras, rabias (catarsis), entendiéndose entonces la relación existente entre la música y las emociones; tal como lo señala Jauset (2011:106):

*El sonido y la música nos producen emociones...las emociones modifican nuestra fisiología, alteran nuestro ritmo cardíaco, nuestras pulsaciones, nuestras hormonas y percibimos esas sensaciones de bienestar, felicidad, tristeza, melancolía.*

Conjuntamente con la música, la necesidad de ayuda ha permitido que el hombre-mujer sobreviva en el tiempo, haciéndole frente a problemas comunes y constituir de esta manera una defensa contra el mundo exterior que los rodea; así como lo señala Peralta y Porfirio (2012:1):

*Los seres humanos somos gregarios. Esto quiere decir que nacemos y vivimos como miembros de una agrupación de personas llamada sociedad; sin la cual no podríamos existir, porque individualmente somos los seres más incapaces e indefensos. Cada uno de nosotros necesitamos de los demás y, a la vez todos necesitamos de uno. Solamente así existe la especie humana y ha podido subsistir y evolucionar hasta el presente.*

Es entonces que los seres humanos por la misma necesidad de supervivencia se unen para la conservación de la especie y por protección, concluyendo en sociedades con hábitos y costumbres características de cada sociedad, en donde la práctica de ayuda mutua era fundamental. Además de la utilización de la música como medio de levantar los ánimos y

de curación. Quiere decir entonces que la Historia del Trabajo Social y la Musicoterapia van de la mano, debido a sus antecedentes históricos, ya está intrínseco en la vida y necesidad del ser humano.

Por otro lado, la musicoterapia consiste en la utilización de los elementos de la música (danza, improvisación, entonación, sonido, ritmo, melodía) como un proceso terapéutico para promover la comunicación, las relaciones interpersonales y sociales, el aprendizaje, el movimiento y la expresión; con el objetivo de restaurar las funciones del individuo, de manera tal, que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento (Fernández, García y Guzmán 2004:5).

En Venezuela existe una asociación integrada por musicoterapeutas llamada Asociación Venezolana de Musicoterapeutas (ASOVEMUS), la cual fue creada en el año mil novecientos noventa y ocho (1998) en el estado Carabobo, que en su mayoría, sus integrantes han recibido formación en el extranjero, debido a las pocas instituciones educativas universitarias dedicadas en formar musicoterapeutas en el país. Dentro de los logros de ASOVEMUS se encuentra la creación del post-grado de musicoterapia en la Universidad de los Andes, además de la promoción de diplomados y talleres con las universidades de Carabobo, el pedagógico de Caracas y la Universidad de Lara.

En cambio, el Trabajo Social es una carrera científica, que utiliza todas las teorías sociológicas y psicológicas relacionadas con el comportamiento humano para resolución de problemas sociales e individuales; la Federación Internacional de Trabajo Social (2004:1) lo define como:

*La profesión del trabajo social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social.*

Por otro lado, los Trastornos Depresivos son una enfermedad multicausal, con consecuencias en alteraciones neurológicas produciendo conductas de tristeza, baja autoestima, pensamientos suicidas, conflictos en las relaciones sociales e interpersonales; tal como lo señalan De la Rosa, García y Mercado (2012:18):

*Si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguna de ellos estará en función del diagnóstico que, de acuerdo con el criterio sustentado se divide en tres cuadros depresivos; sicóticos, neuróticos y simples. La etiología de la depresión es multifactorial.*

Tanto el Trabajo Social como la Musicoterapia se presentan como alternativas para el tratamiento y atención terapéutica de personas con trastornos depresivos; formando un dúo desde sus perspectivas teórico-práctico e integrando los conocimientos para la resolución y logro del bienestar de los pacientes con este tipo de trastornos.

El presente trabajo está realizado bajo un nivel de investigación analítico, ya que fue necesario analizar textos y documentos sobre el tema para el desarrollo del mismo, con un diseño de tipo documental, teniendo como unidades de análisis a cada uno de los libros, enciclopedias, periódicos, revistas, fichas bibliográficas, tesis, además de fuentes electrónicas, utilizando como técnicas e instrumentos de recolección de información de datos las fuentes primarias, ya que fue necesario analizar la

información de manera amplia, como técnicas de procesamiento y análisis de los datos, se utiliza el análisis documental.

Cabe destacar, que el trabajo de investigación está estructurado en cinco capítulos, tales como: CAPÍTULO I: incluye el Planteamiento del Problema, Objetivo General y Específicos, Justificación, Marco Teórico, Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas, Definición Operacional de Términos Básicos, Metodología, Nivel de Investigación, Diseño de Investigación, Unidad de Análisis, Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos, Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos. En el CAPÍTULO II se desarrolla todo lo relacionado con los Fundamentos de la Musicoterapia que a su vez está dividido en cinco partes que son: Fundamentos Históricos, Musicales, Biológicos, Neurológicos, teóricos y Psicológicos de la Musicoterapia. En el CAPÍTULO III se desarrolla el Rol del Trabajador Social en el área de la Salud Mental. En el CAPÍTULO IV se desarrolla la Relación entre la Musicoterapia y los Trastornos Depresivos. El CAPÍTULO V el cual se trata de la Relación Trabajo Social y Musicoterapia como Alternativa para el Tratamiento de Personas con Trastornos Depresivos. Al final la Conclusión y las Recomendaciones que se llegó en la presente investigación.

## CAPÍTULO I

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La música ha sido utilizada desde hace siglos como método de curación; en la mitología griega se decía que Orfeo tocaba el laúd para curar la melancolía. Así mismo, como la música ha sido utilizada en los ritos mágicos o religiosos de curación; de esta forma Cañas (2005:17) señala que:

*...en la antigüedad ningún rito tenía eficacia si no iba acompañado de cantos y sonidos paulatinamente se desarrolla dentro del enfoque científico de la medicina para luego hacer parte de tratamientos psicológicos y físicos.*

Otro ejemplo más actual, son los beneficios que genera la utilización de la música como método de estimulación en mujeres embarazadas, relajando a la madre y al feto, ayudando a ambos a tener emociones más equilibradas, evitando depresiones post-parto, entre otros; a propósito Martínez (2011:1) afirma que:

*La música produce relajación y esto genera una descarga hormonal y de endorfinas que se traducen en una sensación de bienestar que se acompaña de una frecuencia cardíaca sin variaciones y una respiración materna tranquila y rítmica. Eso, indudablemente beneficia a la madre y a su hijo).*

Así mismo, se ha comprobado que los niños cuando están en el vientre de la madre y se les coloca música, una vez nacidos son capaces de reconocer los sonidos, lo que les provoca tranquilidad y seguridad. Aspecto importante para su crecimiento y desarrollo intelectual y emocional; tal como lo señala Guindi (2013:1):

*Sheila Woodward, doctora en Educación Musical y Filosofía en la Universidad de Cape Town de Sudáfrica, en su más reciente investigación, demostró científicamente la penetración de la música en el ambiente acústico intrauterino, y la respuesta del bebé por nacer hacia el estímulo de la música. Ella comenta: "Durante el tercer trimestre, el bebé por nacer es capaz de recordar un sonido, relacionar el presente sonido con aquel que ha escuchado previamente, e interpretar su significado.*

Se pudiera conceptualizar entonces que la música es una forma de expresión (verbal y no-verbal) compleja, llevando inserto pensamientos, emociones y sentimientos, influenciando en los demás de manera directa e indirecta; y ya desde tiempos antiguos o primitivos se tenía conocimiento de la influencia de la misma en las emociones y en la salud.

Tan grande era considerada la influencia de la música sobre los seres humanos, que se utilizó tanto para potenciar la agresividad como la tranquilidad, del mismo modo que se emplea para dormir, relajar, estimular o concentrar (Jiménez 2009:1). Todo depende del tipo de música y el momento adecuado para escucharla. Por ejemplo: los esclavos negros del norte de América se daban fuerza y ánimos con los "blues" y en algunos casos se transmitían mensajes con canciones como el "Rap" que luego dio origen a lo hoy se conoce como el jazz.

La utilización de la música como método de curación no ha cambiado en la actualidad, la diferencia del pasado a lo actual es que adquiere un carácter más científico, puesto que en muchos países, tales como: España, Inglaterra, Italia, Argentina, Chile, Colombia, Brasil y Venezuela se forman académicamente en Licenciatura en Musicoterapia, además del post-gradados en musicoterapia (Palacios 2004). Aunque es una carrera nueva, se considera una disciplina científica, ya que se apoya en otras carreras como psicología y música.

Cabe destacar, que el creador de la musicoterapia fue el compositor y educador austriaco Dalcroze Emile entre los años mil novecientos cincuenta (1950); el cual sostenía que el organismo humano es susceptible de ser educado eficazmente conforme al impulso de la música (Correa, Benjumea y Colazo 2013:1). Unió los ritmos musicales y corporales (música-danza), como método catártico. Denominándolo como, Terapia Educativa Rítmica.

En principio la Terapia Educativa Rítmica era utilizada en estudiantes y su intención era desarrollar las facultades musicales de los mismos, creando con la ayuda del ritmo una corriente de comunicación rápida y regular entre el cerebro, el cuerpo y las personas.

Es en el mismo año de mil novecientos cincuenta (1950) se funda en los Estados Unidos la Asociación Nacional de Terapia Musical, la cual edita una revista, realiza un congreso anual e inicia la formación de terapeutas musicales. Sin embargo, es en Inglaterra en el año mil novecientos cincuenta (1958) donde se acuña el nombre de Musicoterapia, creando la Sociedad Británica de Musicoterapia que extiende el grado de musicoterapeuta.

Coincidentemente la historia de la Musicoterapia se desarrolla conjuntamente con la evolución histórica del Trabajo Social; así como los seres humanos tuvieron la necesidad de expresarse, probablemente a través de los sonidos, éste también, tuvo la necesidad de agruparse y organizarse para poder sobrevivir. La ayuda mutua hizo que el hombre permaneciera en el tiempo. En este orden de ideas, Ander-Egg (1971:10) señala que *“El comienzo de la ayuda al otro, se inicia cuando los hombres advierten problemas comunes y se acercan a sus semejantes en busca de apoyo y defensa contra el medio circundante”*; sin embargo, se han encontrados



registros antiguos de más de cinco mil (5000) años, el cual permite estimar un origen de la ayuda; de esta forma Casanova (2005:7) señala que:

*Conforme al criterio más aceptado de dividir la historia en períodos, la antigüedad comprende un lapso de más o menos 5,000 años... el apoyo mutuo y la ayuda a los necesitados es tan antigua como la humanidad, o al menos desde el momento que se tienen noticias de la presencia del hombre en la Tierra.*

Es así como, luego de ese largo período histórico de ayuda mutua y altruismo, el Trabajo Social surge como práctica específica en las acciones de beneficencia implementadas en Inglaterra (1601), estableciéndose un conjunto de leyes por parte de la Reina Isabel, para la atención (socorro) de los enfermos, huérfanos y los más pobres, tal como lo señala Ramírez (1987:74) *“En 1601, Isabel de Inglaterra codificó las leyes para el socorro de los pobres...”*. Este tipo de ayuda se mantuvo hasta el aumento de las manifestaciones de la cuestión social, como producto de los procesos de pauperización que desató la Revolución Industrial, demandó una tecnificación de la ayuda social que brindaban las instituciones privadas ante la ineficacia que presentaban las prácticas caritativas.

Constituyéndose las prácticas filantrópicas en la forma de dar respuestas políticas a las necesidades del individuo, que vivían en situaciones difíciles, producto del hacinamiento que se generaban a raíz de la revolución industrial. Su desarrollo se basó en el despliegue de acciones basadas en el consejo y en la internalización de normas de comportamiento para lograr la adaptación de la población pobre a la sociedad liberal propiciando una integración pacífica para evitar el surgimiento de conflictos y demandas colectivas. A propósito Friedlander citado por Molina (1994:25) señala:

*La Asistencia Social organizada fue una respuesta de la sociedad inglesa ante la avalancha de problemas sociales provocados por la Revolución Industrial y por el Liberalismo económico y político reinante...*

Desde el punto de vista histórico el Trabajo Social ha estado relacionado intrínsecamente con la medicina y especialmente al área de la salud mental; sólo que su intervención (praxis) durante los años ha variado, asumiendo compromisos con características más científicas y profesionales, con referencias teóricas y metodológicas, dando respuestas a las necesidades del individuo.

Es en los Estados Unidos donde se institucionaliza el trabajo social (principios del siglo XX) como una profesión subordinada a la medicina, en términos ocupacionales y de conocimiento. Richmond Mary (citado por la Universidad Nacional de Educación a Distancia U.N.E.D 1995) (en documento en línea), es la primera en sistematizar un método de intervención en la profesión: **el caso social individual**. Su preocupación se encuentra dirigida a diseñar una metodología que aporte en el ordenamiento de la intervención y establecerá para ello diferentes etapas: estudio, diagnóstico y tratamiento.

De esta manera, y dado que sus experiencias profesionales se desarrollan junto a médicos psiquiatras, se evidencia la apropiación que realiza del modo de atención de los médicos y lo instaure como modalidad de intervención del Trabajo Social en el abordaje de los casos.

Aunado a lo antes señalado, debido a la experiencia adquirida durante la praxis con los psiquiatras y médicos, el Trabajador Social adquiere conocimientos importantes que le permitían intervenir en las terapias, fungiendo como terapeuta. Lo que hace necesario la formación del

profesional en el área psicosocial y terapéutica con el objetivo de ayudar a los seres humanos para el logro del desarrollo de sus capacidades en un sentido positivo. Pero esa ayuda, tiene una dirección: educar y reorganizar la personalidad del paciente.

Es evidente entonces que históricamente el Trabajo Social viene cumpliendo un rol importante en el área de la salud mental, y que ha venido adaptándose a los nuevos tiempos y a las necesidades del individuo.

En otro orden de ideas, la musicoterapia es una técnica terapéutica que utiliza la música en todas sus formas, con participación activa o receptiva por parte del paciente; a propósito Bruscia (citado por Albornoz, 2002:13) lo define como *“...un proceso sistemático de intervención en el cual la terapeuta ayuda a la paciente a promover su salud utilizando experiencias musicales y la relación interpersonal que origina la interacción musical como fuerzas dinámicas de cambio”*. Es decir, a pacientes sin distinción de géneros, ni edades. Los elementos de la música más utilizados por los musicoterapeutas son: la improvisación, composición, la recreación, audición, entre otros.

Todos estos elementos ayudan al paciente a descargar todas esas emociones reprimidas, que de manera directa genera trastornos de tipo psicológicos; Dewey (citado por Albornoz 2002:28) plantea que *“...la función de la música es aquella de promover catarsis y desarrollo personal al permitir que la persona evoque emociones intensas...”*. Es decir, la utilización de los elementos de la música funciona como estímulo para la evocación de las emociones y a su vez ayudan a canalizarlas.

Ahora bien, el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el estado de ánimo y la manera de pensar. También afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta el cómo el ser humano se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que él piensa, a propósito Caicedo y Urrego (2004:39) plantea que:

*El trastorno depresivo es una enfermedad frecuente que afecta el estado de ánimo de un individuo y que se caracteriza por presentar uno o más episodios de ánimo deprimido, disminución de la autoestima, ideación suicida, persistencia de culpa...alteraciones en la alimentación y en el sueño, disminución de la concentración, pérdida del interés en las actividades cotidianas...*

Como se puede observar en el concepto señalado, la depresión es considerada una enfermedad, debido a la alteración de tipo neuro-psicológico y conductual de la persona, la misma requiere de tratamiento neurológico, porque desde el punto de vista de las funciones del cerebro existe una alteración del sistema bioquímico del mismo, teniendo como consecuencias alteraciones de tipo psicológicas como, ansiedad, decaimiento, falta de sueño, entre otros; y conductual, ya que el individuo no puede realizar con eficacia las actividades cotidianas del día a día.

Es importante señalar, que muchas personas no tienen conciencia de la enfermedad e inclusive confunden el termino depresión como un estado de ánimo; desconocimiento que conlleva a fracasos personales e interpersonales del individuo. Esta misma ignorancia implica que la persona no se haga el tratamiento o la terapia adecuada para dicha enfermedad.

En este panorama donde la musicoterapia se presenta como una alternativa para dicho tratamiento, sin dejar de lado la atención psiquiátrica o

psicológica, dependiendo de la gravedad de la enfermedad, ya que ella aparece de distintas formas y característica.

Las causas de los trastornos depresivos todavía hasta la fecha no ha sido bien especificados, ya que las consecuencias de un trauma para una persona, no son las mismas para las otras; sin embargo, hay autores que plantean que las causas de la depresión son multifactorial, tal como lo señala Caicedo y Urrego (2007:46) que:

*...hablar sobre las causas puede ser inadecuado, ya que las enfermedades no aparecen directamente relacionadas con una sola causa, sino que suelen ser el resultado de un conjunto de factores...sociales, económicos, psicológicos y biológicos que rodean al individuo....*

Es importante aclarar, que dichos factores no son definitivos ni determinantes, considerando un elemento importante como lo es la actitud de la persona ante tales factores, incluyendo su nivel de autoestima, además de la capacidad de salir adelante ante las adversidades (resiliencia).

Es por lo antes señalado, que la atención hacia un paciente con trastornos depresivos requiere de un grupo multidisciplinario liderado por, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, debido a lo multifactorial de las causas de la enfermedad, además de buscar integrar al individuo a su vida social e interpersonal cotidiana.

Por otro lado, en los últimos veinte (20) años han surgido estrategias, técnicas o terapias nuevas que ayudan al individuo a solucionar sus conflictos tanto emocionales, psicológicos y sociales; entre estas nuevas terapias se pueden nombrar: la aromaterapia, la risoterapia, constelaciones familiares, la musicoterapia, entre otras.

En Venezuela, a pesar de que existe especialistas en el área de la conducta y universidades que forman profesionales para el tratamiento y atención de enfermedades mentales, se oferta la carrera de musicoterapia sólo la Universidad de los Andes, la cual dicta el post-grado graduando especialistas en musicoterapia, teniendo como exigencia que el aspirante tenga como requisito principal la formación en el área musical certificado por algún conservatorio del país, además de otra carrera universitaria relacionadas con educación, psicología o en el área social. Cuestión que permite inferir que muy pocos terapeutas o especialistas (psicólogos, trabajadores sociales, educadores, entre otras) utilizan la musicoterapia como estrategia científica para el tratamiento a personas con algún tipo de trastorno mental, en este caso trastornos depresivos.

En relación al Profesional en Trabajo Social, a pesar de que en su formación académica no tienen dentro de su pensum de estudio la materia de música, cumplen un rol importante dentro del grupo terapéutico, y en este caso, con la musicoterapia, ya que el Trabajador Social tiene conocimientos en el área psicosocial y de investigación, necesarios para la intervención del individuo.

Cabe destacar, que en los últimos años las personas con trastornos depresivos, demográficamente han ido aumentando en la sociedad, a pesar de que han sido atendidos por psicólogos, psiquiatras y terapeutas, y en algunos casos con tratamientos farmacológicos, sin embargo, dicho crecimiento no se ha podido detener; según la Federación Mundial de la Salud Mental (2012:2) señala que:

*...De acuerdo a la OMS, los trastornos depresivos unipolares ocuparon el tercer lugar en la causa de carga global de enfermedad en 2004 y llegaron al primer lugar en 2030... Se estima actualmente que hay 350 millones de personas*

*afectadas a nivel mundial, y esta cifra alarmante es un llamado de atención a esta enfermedad global no transmisible...*

Es posible, que las causas de este crecimiento sean: los modelos tradicionales de atención al paciente, temor por parte de los especialistas a los cambios en las formas de atención, la falta de recursos económicos por parte de los pacientes, o tal vez del nivel de desconocimiento que existe sobre la depresión (sus causas y consecuencias), confundiendo ésta como un estado de ánimo y no como una enfermedad que debe ser atendida de inmediato por parte de un equipo de salud.

Es importante señalar, que si no se hace algo al respecto, el crecimiento de los enfermos con depresión será indetenible, y por consecuencia aumentos de: suicidios, conflictos en las relaciones interpersonales del individuo, conflictos de tipo laboral, baja autoestima, aumento de las familias disfuncionales, entre otros.

Para detener tal situación se hace necesario, crear sistemas comunicacionales y educativas, que permitan informar a la población en general sobre la depresión como enfermedad, sus causas y consecuencias, para que estos tomen conciencia de los problemas causados por la patología y busquen ayuda inmediata; además, sirve como método preventivo evitando su aumento. Así mismo, se hace necesario la coordinación de los distintos profesionales en el área psico-social (psicólogos, psiquiatras, terapeutas y trabajadores sociales), ya que la depresión es una enfermedad multi-causal y requiere de grupos multidisciplinarios que atiendan al individuo antes, durante y después para integrarlos a su medio ambiente social.

Aunado a lo anterior expuesto, se requiere que los profesionales en el área psico-social se estén actualizando constantemente sobre las nuevas alternativas para la atención de los trastornos depresivos o enfermedades de orden mental; por ejemplo la musicoterapia es una de esas alternativas terapéuticas que conjuntamente con el Trabajo Social, forman un equipo eficaz, para la atención de personas con trastornos depresivos; contribuyendo a la curación de la patología.

Por tal motivo, el presente trabajo de investigación, tiene como objetivo principal el análisis de la relación entre el Trabajo Social y la Musicoterapia, como alternativa para el tratamiento de personas con trastornos depresivos, para ello se propone realizar las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los fundamentos teóricos, filosóficos y prácticos, de la musicoterapia?.

¿Cuál ha sido el rol del Trabajador Social, en el tratamiento de personas con trastornos depresivos?.

¿Cuál es la relación que hay entre la musicoterapia y los trastornos depresivos?.

¿Cuál es la relación entre Trabajo Social y Musicoterapia, como alternativa para el tratamiento de personas con trastornos depresivos?.



## **1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### 1.2.1.- Objetivo General:

Analizar la relación entre el Trabajo Social y la Musicoterapia, como alternativa para el tratamiento de personas con trastornos depresivos.

### 1.2.2.- Objetivos Específicos:

- Describir los fundamentos históricos, teóricos, musicales, biológicos, psicológicos y prácticos de la musicoterapia.
- Determinar el rol del Trabajador Social en el área de la salud mental.
- Describir la relación que hay entre la musicoterapia y los trastornos depresivos.
- Establecer la relación entre Trabajo Social y Musicoterapia, como alternativa para el tratamiento de personas con trastornos depresivos.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La música es tan antigua como la existencia del hombre; ha sido un modo de expresión a través de los sonidos que permite entender el mundo interior de los seres humano, ya que afecta positiva o negativamente las emociones del mismo.

Por otro lado, la música ha sido utilizada desde tiempos inmemoriales como medio de sanación de enfermedades tanto espiritual, física y emocionalmente en la vida del ser humano. Sin embargo, se comienza a tomar seriamente como alternativa terapéutica entre los años mil novecientos diecisiete (1917) y mil novecientos cuarenta (1958), utilizada en principios en con niños ciegos y sordos, y luego en hospitales, para generar tranquilidad en los pacientes, con la intención de que este logre alcanzar mayor calidad de vida. De allí surge también su nombre, ya que es una combinación de las dos palabras música y terapia (musicoterapia); de esta forma Bravo, Cabañas y Díez Torrejón (2012:4) señala que:

*Jaques Emile Dalcroze fue un extraordinario educador...Sus alumnos fueron los pioneros de la terapia educativa rítmica...Uno de ellos Aporta en 1917, el primer curso de rítmica para niños anormales; Llongueras sobre rítmicas para ciegos. Sblauer para niños sordos...En Estados Unidos los hospitales de veteranos contrataban músicos profesionales como ayuda musical; prepararon así el camino para la musicoterapia...En la Academia de la Música de Viena en1958, se crearon cursos especializados para musicoterapeutas...*

En otro orden de ideas, son pocas las universidades Venezolanas en donde se implanta la Musicoterapia como carrera. Sólo en la Universidad de los Andes, la Universidad de Carabobo se han desarrollado, algunos postgrados, diplomados y cursos sobre musicoterapia; pero todavía no se ha creado la primera carrera a nivel de pregrado, como en otros países como: Inglaterra, España, Estados Unidos, Colombia, Brasil, Argentina, Brasil,

Chile, entre otros, en donde se forman personas con el título de licenciados en musicoterapia. Cuestión que permite deducir la poca aplicación de la Musicoterapia como alternativa para el tratamiento de trastornos mentales en Venezuela.

Por lo antes planteado, este trabajo de investigación cobra mayor relevancia, ya que son pocas las investigaciones en Venezuela, más específicamente la Universidad de Oriente en donde se relacionen el Trabajo Social y la Musicoterapia como medio o equipo terapéutico; además, en donde se evidencie la importancia de las dos carreras como alternativa para el trato de personas con trastornos depresivos. Entre los aportes y beneficios se pueden señalar:

- **A la sociedad en general:** Les permitirá conocer la importancia de la musicoterapia para la atención de personas con trastornos depresivos; además, de la importancia de escuchar música de forma consciente y seleccionada, ya que de ello depende su efecto en el estado de ánimo (alegre, triste, melancólico, entre otros).

Por otro lado, es importante el presente trabajo a nivel social, ya que es necesario dar a conocer el Trabajo Social Terapéutico, como parte importante de los equipos de salud, debido a sus conocimientos sobre el aspecto social.

- **A los estudiantes de Trabajo Social:** Les permitirá conocer aún más la carrera de Trabajo Social en el área psiquiátrica, a nivel de atención de caso y como consecuencia la faceta terapéutica; inclusive la importancia del rol de Trabajo Social en el área de salud y más específicamente en la de salud mental.

- **A nivel académico en general:** Esta investigación sirve como material bibliográfico para nuevas investigaciones relacionados con los temas, específicamente, los señalados en la tesis, tales como: Trabajo Social Terapéutico, Musicoterapia y Trastornos Depresivos.

## 1.4. MARCO TEÓRICO

Esta sección fundamenta teóricamente el tema investigado. En este mismo orden de ideas Arias (2006:106) sostiene que el marco teórico o referencial “...es el producto de la revisión documental-bibliográfica, y consiste en la recopilación de ideas, posturas de autores, concepto y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar...” la cual está estructurado por los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y la definición de términos básicos.

### 1.4.1. Antecedentes de la Investigación

Al respecto, la presente sección está conformada por antecedentes de carácter internacional, nacional y local que resaltan los objetivos, conclusiones y elementos de estudios anteriores (investigación, tesis, trabajo de ascenso, entre otros) referidos al tema.

#### 1.4.1.1. Internacionales:

A propósito, Lara (2004) en su tesis realizada en Costa Rica, intitulada **“ANÁLISIS SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA MÚSICOTERAPIA APLICANDO EL MÉTODO BINAURAL PARA INDUCIR AL ESTADO DE RELAJACIÓN ALFA COMO MÉTODO ALTERNATIVO DE SEDACIÓN DENTAL EN COMPARACIÓN A LA MÚSICO TERAPIA CONVENCIONAL EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE TERCERAS MOLARES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD LATINA”**. Y cuyo objetivo general fue, Comprobar la efectividad del estado alfa inducido por el método binaural para lograr la sedación dental en comparación a la musicoterapia convencional en pacientes adultos que

acuden a cirugía de cordales en la Clínica Odontológica de la Universidad Latina. Concluyó que: Con la utilización de la musicoterapia bajo el efecto binaural las manifestaciones de ansiedad se reducen considerablemente desde la propia percepción del paciente. Además, se observa una respuesta más positiva en elementos aún más sensibles que son directamente afectados en respuesta a estados de ansiedad o estrés (temperatura periférica, pulso cardiaco, presión arterial).

Por otro lado, Wiley (2008) en su trabajo de grado realizada en Crawford Estados Unidos, intitulado **“MUSICOTERAPIA PARA LA DEPRESIÓN”**, y cuyo objetivo general fue, Examinar la eficacia de la musicoterapia con atención estándar solo en personas con depresión y comparar los efectos de la musicoterapia en personas con depresión con otras terapias psicológicas o farmacológicas, concluyeron lo siguiente: Estos estudios a pequeña escala indican que la musicoterapia se asocia, al menos a corto plazo, con mejoras en el estado de ánimo que van más allá de las mejoras encontradas con la atención estándar sola, y basándose en las bajas tasas de abandono, parece ser un tratamiento bien tolerado.

#### 1.4.1.2. Nacionales:

En lo referente a investigaciones nacionales Ramírez (2005) en su tesis realizada en San Cristóbal Estado Táchira, intitulada **“EFECTIVIDAD DE LA RELAJACIÓN MUSCULAR CON ESTÍMULOS MUSICALES EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD DE LOS ESTUDIANTES EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN DE PIANO COMPLEMENTARIO”**. Y cuyo objetivo general fue, determinar la efectividad de la relajación muscular con estímulos musical en la ansiedad en el momento de la evaluación de piano complementario. Concluyó que: El grupo experimental logró disminuir su

ansiedad en el momento de la evaluación ante la presencia del estímulo musical.

#### 1.4.2. Bases Teóricas

Tratar de establecer una fecha para el origen de la música humana sería una labor muy difícil de lograr, debido a que hasta ahora no se ha encontrado con exactitud algún registro arqueológico determinante para ello. Hay teorías que plantean que la música provino en la prehistoria, cuando los primeros hombres golpeaban rocas unas contra otras a un ritmo (música rítmica) constante con la intención de crear armas para la caza y la defensa; tal como lo plantea Boulaine (2007:18) “...*el primer elemento musical en aparecer fue el ritmo. Los pueblos prehistóricos pueden haber descubierto progresivamente, al pegar piedras unas con otras para darles formas...*”; es decir, sólo se escuchaba el golpeteo de las piedras, pero sin entonaciones melódicas. La música, es tan antigua que se han encontrado flautas hechas con hueso de animales y humanos que tienen sesenta (60.000) mil años de antigüedad, cuestión que permite entonces inferir que la música rítmica está inserta en el proceso evolutivo del hombre.

En este proceso antes señalado, es probable que los primeros sonidos lingüísticos del hombre estén intrínsecamente relacionados con la música, puesto que existen teorías que plantean que el hombre aprendió a hablar imitando los sonidos de la naturaleza (Yagosesky:2001), teoría conocida como onomatopéyica; es decir, para lograr imitar los sonidos de la naturaleza es necesario entonces utilizar sonidos complejos con diferentes alturas (entonación) y ritmo, que permitan expresar los deseos y pensamientos del hombre primitivo, y estos sonidos complejos se conocen como música cantada. Por otro lado, Darwin (citado por Martínez 2008), en documento en

línea, señala que el hombre primitivo utilizaba el canto para atraer parejas, como para marcar territorialidad, así como para expresar sentimientos de ira y amor. Sin embargo, Stumpis (citado por Martínez 2008:2) Psicólogo y fundador de la música alemana planteaba que *“La música pudo haber salido de gritos de comunicación; decía que la lengua no era suficiente como medio de comunicación cuando pastores, cazadores, y otros querían comprenderse a grandes distancias”*; esto indica entonces que tenían que utilizar tonos muy agudos y fuertes para poder entenderse unos con otros.

Por otro lado, la música organizada se origina en la antigüedad, en la ciudad de Súmer, tres mil (3.000) años antes de Cristo, ciudad conocida en la actualidad por Irak; según registros encontrados en pergaminos hechos de cueros, con cánticos en forma de estribillo, parecida a la música cristiana, además de instrumentos tales como: arpas, trompetas, tambores, su intención era alabar a los dioses. En la misma época, pero en otro continente, en la antigua China, aparecen las primeras escrituras o composiciones musicales elaboradas por un compositor Chino llamado Louen Ling, con entonaciones de cinco (5) notas llamadas escalas pentatónicas conocida como Buang Tchong, en el cual todas las interpretaciones estaban hechas bajo dicho sistema tonal; basando sus cantos e interpretaciones en cuentos antiguos de héroes y fenómenos sobre naturales (Boulaine 2007).

Dos mil quinientos años antes de Cristo (2500 a.C), los Griegos crearon las primeras escalas complejas de notas (que luego sería heredada por los Romanos, y se mantuvo inmutable hasta la edad media o Medioevo (1450 d.C). Ellos creían que la música era un don dado por el Dios Apolo y su mayor intérprete fue Orfeo; según las escrituras Griegas era un músico tan



extraordinario que con su lira y su canto hasta las fieras se apostaban en sus pies para escucharlo (Boulaine 2007).

Ya en esa época se tenía mucho conocimiento de la influencia de la música en la conducta humana, tanto es así, que era necesario regular su uso, para evitar conductas contrarias a las normas establecidas; tal fue el caso en Esparta y Atenas, donde se reglamentaron los tipos de composición musical, todas referidas a alabar a los dioses del Olimpo. O en Japón, en el siglo III antes de Cristo, que se tuvo que establecer una oficina imperial de música (el Jagaku-ryo) para controlar actividades musicales.

Por otro lado, todo ese conocimiento de música fue heredada por Roma, quien se convierte en una potencia militar y comercial (imperio) dominando a más de cuarenta (40) países. Luego de la caída del imperio Romano (395-455 d.C), aparece un nuevo sistema de escalas llamado sistema modal, desarrollado por monjes cristianos el cual se le adjudica los nombres de las notas musicales (do, re, mi, fa, sol, la, si) tal cual como se conoce en la actualidad; así como lo señala Peregrín (2012:1):

*Se atribuye a Guido D'Arezzo (nacido en el año 991 ó 992) fallecido en fecha posterior a 1.033, quizá en 1.050)...Fue monje en la abadía benedictina de Pomposa cerca de Ferrara (Italia)...En una carta dirigida a su hermano Miguel de Pomposa, le ofrece unos consejos para memorizar la altura de los sonidos mediante un sistema nemotécnico basado en un himno a San Juan Bautista cuyo texto dice: Ut quean laxis, Resonare fibris, Mira gestorum, Famuli tuorum, Solve polluti, Labii reatum, Sancte Iohannes.*

El himno en alabanza a San Juan Bautista, está referida a la expiación de los pecados, que traducido al español dice: "Para que las maravillas de tus obras puedan resonar en la voz serena de tu siervo, limpia el pecado de su labio manchado, oh San Juan" (Peregrín 2012:01). D'Arezzo tomó una sílaba de cada verso de la canción (Ut, Re, Mi, Fa, Sol, La) y se le asignó a

cada nota musical, sin la nota Si, ya que serían descubiertas siglos más tarde.

En otro orden de ideas, la música ha sido utilizada como medio de expresión tanto verbal como no-verbal ya que se da un proceso comunicacional entre el compositor (emisor), la música (canal), las formas musicales (código) y el espectador (receptor), en donde no necesariamente hace falta el lenguaje para poder entender lo que quiere expresar la música.; de esta forma Glowacka (2004:59) señala que:

*Podemos subrayar la fuerza comunicativa de la música asociada a la imagen y su mensaje a la ópera y el cine. La música como medio de comunicación no tiene necesidad de palabra, ella no conoce las fronteras y su contenido íntimo es la nobleza, la dignidad y el orgullo humano.*

En otro sentido, algunas interpretaciones de la música asiática, utilizan gritos de guerras en sus obras, debido a que cada interpretación está basada en viejos relatos de héroes, cuentos sobrenaturales y guerras, combinándolos con los sonidos de la naturaleza. Además, utilizan acordes pentatónicas, con melodías al disonante, que para el oído del hombre occidental es muy extraña. Pero para los asiáticos representa parte importante de su historia e idiosincrasia.

Entonces quiere decir que la música va más allá de la simple combinación de sonidos agradables al oído, ya que es una forma de expresión, la cual influye en las emociones; Platón (citado por Peñaloza 2005:1) decía que *“Toda conversación sobre la música debe llevar a lo hermoso”*; estudios recientes demuestran la influencia de la música en los estados físicos, emocionales y mentales del ser humano; tan grande es la influencia de la música sobre los seres vivos, que se ha utilizado tanto para

potenciar la agresividad como para la tranquilidad, del mismo modo que se emplea para dormir, relajar, estimular o concentrar. Todo depende del tipo de música y el momento adecuado para escucharla.

Cabe señalar, en la música se emplean un conjunto de elementos que enriquecen su interpretación, como son: ritmo, armonía, tiempo, tonalidad, escalas, matices y silencios; que más adelante se conceptualizará de manera más específica; tales como:

#### 4.2.1. Musicoterapia.

La musicoterapia es la aplicación de la música y sus elementos con fines terapéuticos, Bruscia (citado por Albornos 2002:13) la define como “... *un proceso sistemático de intervención en el cual la terapéutica ayuda a la paciente a promover su salud utilizando experiencias musicales y la relación interpersonal que origina la interacción musical como fuerza dinámicas de cambio*”. Es importante aclarar, que a pesar de que la autora dentro de su concepción se refiere al paciente de manera femenina, la musicoterapia es una terapia aplicada a los diferentes géneros, incluyendo niños y niñas con alguna situación que requiera terapia musical, además, sin importar la longevidad, puesto que también se atienden adultos mayores, sobre todo las terapias que tienen que ver con los movimientos psicomotores.

Cabe señalar, que la musicoterapia es una disciplina científica, ésta necesita de otras ciencias (psicología, psiquiatría, Trabajo Social y la antropología) para alcanzar los objetivos; ya que la aplicación de la música por sí sola no lo lograría, a pesar de que ésta tiene incidencias en las emociones, es necesario el basamento teórico-práctico conjuntamente con la

interacción del musicoterapeuta para canalizar las situaciones del individuo. A propósito Bruscia (2006:5) señala que:

*El primer reto de definir la musicoterapia surge de su naturaleza transdisciplinaria; es decir, no es una disciplina sola, aislada, con límites claros e inmutables. Más bien es una combinación dinámica de muchas disciplinas y de dos áreas principales: la música y la terapia*

La musicoterapia se basa en un conjunto de fundamentos teóricos que durante el desarrollo de la investigación se conceptualizaran y analizaran en profundidad; estos son: fundamento histórico y cultural, fundamento psiconeuromusical, fundamento fisiológico, fundamento comunicacional, fundamento estético, fundamento psicoterapéutico.

Aunado a lo anterior, la musicoterapia utiliza varios métodos para la aplicación de la terapia, indudablemente que la aplicación de la misma esta supeditada a las necesidades del individuo a atender, y que será necesario para la investigación señalarlos y analizarlos en el desarrollo de la misma, esto son: los métodos activos, la improvisación, la composición, la recreación, los métodos receptivos, audición somática, audición proyectiva, audición para la imaginación.

En lo que corresponde a los conceptos de la Musicoterapia se utilizó como base la teoría de uno de los precursores de la musicoterapia en Latinoamérica como lo es el Doctor Rolando Benezón (2004) y su libro "Musicoterapia de la Teoría a la Práctica". Además de la teoría de otros de los precursores de la musicoterapia a nivel mundial como lo es el Doctor Kenneth Bruscia (2007) en su libro "Musicoterapia Métodos y Práctica". Así como la teoría del Doctor Mariano Betés (2000) en su libro "Fundamentos de la Musicoterapia".

Por otro lado, la musicoterapia, en la mayoría de sus terapias, le da más importancia a los sonidos no verbales, y como se manifiesta el paciente con estos sonidos, expresados a través de instrumentos en vez de palabras; estos procesos no verbales se conoce como sonidos regresivogenéticos y el complejo no verbal; a propósito Benenzon (2011) lo define como:

- **Sonidos regresivogenéticos:** son aquellos que entre otras características predomina la de producir en los seres humanos efectos regresivos, en mayor medida que otros sonidos, y, en general, como un efecto universal, independiente de la patología o las características individuales. Un ejemplo de esta clase de sonido es el latido del corazón.
- **Complejo no verbal:** es todo el conjunto de elementos sonoros, musicales, de movimientos y fenómenos acústicos que producen efectos regresivos.

#### 4.2.2. Trastornos Depresivos.

Cuando se habla de depresión se piensa que es solo un estado de ánimo, o una manifestación de emociones negativas, y se comienza a generalizar sobre ello; se puede estar en un momento determinado triste, melancólico, sin ánimo (desanimo), y sentir rabia o ira, y no significa necesariamente que se padezca de trastornos depresivos; simplemente es un estado de emocional de ánimo transitorio y no trae consecuencias futuras. Por ejemplo: estar tristes cuando se ha sufrido una pérdida o un problema grave, es una reacción perfectamente natural, y que puede ser superado en un corto período de tiempo; pero la depresión es más profunda, más duradera y afecta mucho más a la vida diaria de quien la sufre. Es decir,

cuando se tiene un estado prolongado de tristeza o melancolía, y que esta afecta su calidad de vida, su orden psicológico, bioquímico y social, se puede considerar que la persona sufre de trastorno depresivo; Maclaren (2004:68) señala:

*Es normal que se sienta uno deprimido después de un evento traumático o doloroso, pero normalmente después de un período determinado, la persona lo supera. Pero en ocasiones tales eventos llevan a la persona a una depresión más seria y persistente, de la cual no es fácil salir.*

Una persona deprimida es un enfermo, no puede controlar su estado de ánimo ni es culpable de sentirse como se siente, por lo cual, decirle que se anime, que salga de ese estado, es inútil, ya que es algo que no puede controlar de manera voluntaria.

Uno de los principales síntomas es el profundo estado de malestar que la persona siente hacia sí mismo, lo que se traduce en sentimientos de inferioridad, en sentirse culpable, un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general. Por lo general una persona con trastornos depresivos piensa que su vida no vale nada, que nadie lo quiere, e inclusive en algunos casos, pensamientos de suicidio, en síntesis es una persona con baja autoestima; Yagosesky (1998:16) señala que:

*La Baja Autoestima es un estado de desequilibrio y conciencia reducida...que promueve y sostiene pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos autolimitadores, que afectan el funcionamiento del individuo, consigo mismo y con su entorno).*

Estos pensamientos se le conocen en psicología como “pensamiento distorsionado”; ya que muchas de las cosas negativas que pasan por la

mente del enfermo de depresión, son imaginaciones falsas, creadas por su mente y condicionada por el estado de ánimo de individuo.

Sin embargo, en la actualidad estos factores se enmarcan dentro de una clasificación, definidos como: Depresiones Endógenas, Depresiones Reactivas (exógena), el cual se describirá a continuación.

□ Depresiones Reactivas (Exógenas):

Las depresiones reactivas son aquellas en que el desencadenante es de tipo ambiental; es decir, proviene del mundo exterior, dentro de ella se encuentra los causales psicológicos y sociales (por ejemplo la pérdida del puesto de trabajo, la muerte de un ser querido, un accidente traumático, las relaciones negativas familiares, maltrato infantil, entre otros).

□ Depresiones endógenas:

Las depresiones endógenas se originan en las alteraciones biológicas y químicas, el cual se expresa de manera exterior en la conducta; es decir, se inicia de lo interno del individuo, y se observa en la conducta, no hay un desencadenante ambiental. En estos casos el factor genético (la herencia) juega un papel fundamental, accidentes cardiovasculares, enfermedades, mala praxis médica o farmacológica, que a pesar que su origen sea producido por otro individuo, las alteraciones son de manera bio-química e interna.

Por otro lado, las personas con trastornos depresivos manifiestan síntomas clasificados en, emocionales, conductuales y vegetativos tal como lo señala Cabrera (2008:339), el cual lo describe a continuación:

Síntomas Emocionales.

- Ánimo deprimido o triste (y/o irritabilidad) gran parte del día, casi todos o todos los días.
- Pérdida de interés, motivación o placer (anhedonia) en las actividades que antes disfrutaba (incluida la vida sexual).
- Sentimientos de culpa exagerados y baja autoestima.
- Pesimismo y desesperanza que a menudo lleva a ideas de muerte y a pensamientos (o acciones) suicidas.

Síntomas Conductuales:

- Alteraciones de la actividad psicomotora que puede ir desde la agitación severa hasta el inmovilismo catatónico.

Síntomas Vegetativos:

- Aumento o disminución del apetito (con o sin cambio de peso).
- Aumento o disminución del sueño.
- Fatiga o falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, para recordar o tomar decisiones.

A menudo, la persistencia del síndrome depresivo lleva a retraimiento social, disminución de la actividad normal y de la productividad, pudiendo



llegar a un total abandono de sí mismo en los casos más severos. Con cierta frecuencia los síntomas depresivos se encuentren enmascarados tras dolores persistentes o crónicos, que no tienen una clara explicación o que no responden a los tratamientos habituales.

□ Causas de la depresión.

Tratar de establecer las causas de la depresión, es una tarea un poco complicada, en el sentido de que cada corriente de la conducta establece las causas desde su perspectiva; por ejemplo los psicólogos piensan que el origen de la depresión son por causas de tipo traumática, psicológica y social. En cambio desde un punto de vista psiquiátrico, mantienen la teoría de que el origen de la depresión, son por causas de orden neurológico, hereditario y biológico; a propósito Ciacedo y Urrego (2007) señala que:

*Los nuevos enfoques en el estudio del proceso salud-enfermedad, se centran en las relaciones entre los factores sociales, económicos, psicológicos y biológicos que rodean al individuo y que influyen directamente en la aparición y la manifestación de la enfermedad. (p.46).*

□ Factores Psico-sociales de la depresión (Caicedo y Urrego 2007):

Cuando se habla de las causas psicológicas de la depresión, se refiere a todas las experiencias traumáticas que no fue atendido o superado en su momento, como por ejemplo: muerte de un ser querido, un accidente, traumas provocado por la naturaleza (terremotos, huracanes, entre otros), robos, violaciones; inclusive experiencias en las primeras etapas de vida del individuo, pueden ser detonantes para el padecimiento de la patología, tales como: maltrato infantil, rechazo, abuso, separaciones de los padres. Es importante aclarar, que no todas las experiencias traumáticas son

procesadas por igual en todos los individuos; hay personas que toma de las experiencias, aprendizajes para salir adelante (resiliencia), mientras que otros no superan el trauma y terminan padeciendo de la enfermedad, es la autoestima determinante para que el individuo procese de alguna manera la experiencia vivida.

□ Factores Neuro-biológicos de la depresión (Caicedo y Urrego 2007):

Las personas con trastornos depresivos además de sufrir decaimientos del estado de ánimo y su manera de pensar y concebir la vida, también sufren alteraciones a nivel neurológico, que producen, del mismo modo, alteraciones emocionales, psicológicas y sociales.

Las personas con trastornos depresivos sufren una disminución considerable de neurotransmisores, tales como: dopamina, noradrenalina y serotonina; además de la baja producción de endorfinas, hormona encargada de aumentar la alegría. Estos neurotransmisores cumplen una función vital en el estado de ánimo del individuo, puesto que son las sustancias químicas del cerebro que se encargan de la transmisión de las señales desde una neurona hasta la siguiente a través de las sinapsis, y las alteraciones de estas tienen como consecuencias enfermedades de tipo neurológico y mental, dentro de ellas los trastornos depresivos.

Es importante aclarar, que estas alteraciones bio-químicas del cerebro se pueden considerar causales de la enfermedad (depresión), producto de factores genéticos o congénitos; pero también, consecuencias de la enfermedad, ya que todos los causales (psicológicos, físicos, sociales), terminan en alteraciones bioquímicas del sistema nervioso central, y

dependiendo del nivel de alteración, la sintomatología y el tiempo, es donde se clasifican los tipos de depresión.

Los factores biológicos de la depresión son aquellos que sus causales son de orden interno del organismo (hombre-mujer biológico) y no producto de traumas o alteraciones externas, es lo que se conoce como depresión endógena, como se ha señalado en anteriores oportunidades de la investigación. Y se origina desde un proceso comunicacional sináptico desde una neurona a otra, y la transmisión de neurotransmisores en el mismo proceso.

**IMAGEN N°1:** Proceso sináptico entre una neurona y otra.

Fuente: <http://elrincondelacienciaytecnologia.blogspot.com>

En la imagen presentada, se muestra la sinapsis entre una neurona y otra, y como se hace la transmisión de neurotransmisores a través de las dendritas; para la comprensión de este proceso se pretende explicar a continuación cada una de las funciones de ellas.

□ **Neuronas:**

Las neuronas son células del tejido nervioso; que se interconectan formando redes de comunicación que transmiten señales por zonas definidas del sistema nervioso. Es importante señalar, que una neurona por sí sola no cumple ninguna función, es necesaria la interacción entre redes neuronales para que el sistema nervioso central cumpla su función en su totalidad. Para Audesirk (2003) *“Como unidad fundamental del sistema nervioso, cada*

*neurona debe desempeñar cuatro funciones especializadas”* (p.664). Estas funciones son:

- Recibir información del entorno interno o externo de otras neuronas.
  - Integrar la información que recibe y producir una señal apropiada.
  - Conducir la señal a su terminación nerviosa, que podría estar a una distancia apreciable.
  - Transmitir la señal a otras células nerviosas o a glándulas o músculos.
- 
- Cuerpo Celular (Soma):**

También llamado soma, corresponde a la parte más voluminosa de la neurona. Aquí se puede observar una estructura esférica llamada núcleo. Éste contiene la información que dirige la actividad de la neurona.

- Dendritas:**

Las dendritas son prolongaciones cortas que surgen desde el cuerpo celular (soma). Su función es recibir impulsos nerviosos de otras neuronas y enviarlas hasta el soma de la neurona.

- Axón:**

Es una prolongación única y larga. En algunas ocasiones, puede medir hasta un metro de longitud. Su función es sacar el impulso desde el soma neuronal y conducirlo hasta otro lugar del sistema.

- Sinapsis:**

La sinapsis es un proceso que ocurre en las neuronas, cuando algún estímulo provoca que pase una información, y entonces los axones o cilindroejes (prolongación de longitud considerable) pertenecientes a una neurona, se unen o juntan por la acción de sustancias químicas que agilizan el proceso, con las dendritas (prolongaciones microscópicas) de otra neurona.

□ Neurotransmisores:

Un neurotransmisor es una molécula liberada por las neuronas al espacio sináptico donde ejerce su función sobre otras neuronas u otras células (células musculares o glandulares). Son elementos clave en la transmisión de los estímulos nerviosos.

Para interés de la investigación, en las personas con trastornos depresivos sufren una disminución de los neurotransmisores, relacionados con los elementos afectivos y emocionales; tales como:

□ Serotonina:

La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo del sueño-vigilia.

□ Noradrenalina:

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar la actividad de la noradrenalina en la sinapsis.

□ Dopamina:

Controla el sistema retiniano (movimientos oculares) y los sistemas encargados de activar los centros responsables de la actividad motora, así como los de regular ciertas secreciones hormonales, transmite información a las células del meso-encéfalo (sistema límbico) que conectan con el córtex frontal y con distintas estructuras del sistema límbico. Estos dos últimos sistemas tienen una función muy importante en la vida emocional de las personas y su mal funcionamiento es característico en algunos tipos de psicosis.

**Cuando la función de la dopamina disminuye también disminuye la función de la endorfina, hormona que ayuda a aumentar la alegría y de eliminar el dolor.**

#### 4.2.3. Rol del Trabajo Social en el área de la salud mental.

El Trabajo Social en los últimos tiempos ha venido cumpliendo un rol importante en las distintas situaciones sociales donde se desenvuelve el hombre; siendo éste el objeto-sujeto de la investigación y el quehacer diario del Trabajador Social, incluyendo todo lo que lo rodea, desde el punto de

vista: cultural, social y de salud (mental, emocional y física), brindando estrategias para lograr mejorar la calidad de vida al individuo. Según la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (2001:1) lo define como:

*La profesión de trabajo social promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas a fin de incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de derechos humanos y justicia social...*

Según el concepto anterior, el trabajador Social cumple una serie de roles dentro del quehacer profesional; dichos roles a asumir queda determinado de acuerdo a las necesidades y situaciones que el individuo presente en la sociedad. Entre los roles del Trabajador Social se puede mencionar el de Consultor, asesor, orientador, proveedor de servicios, informador, investigador, planificador, evaluador, reformador de las instituciones, identificador de situaciones, educador, animador, facilitador-movilizador, concientizador. Para el desarrollo de la presente investigación se analizaran los roles, y con mayor amplitud en el área de la salud mental. A propósito Kisnerman (1987:7) plantea que *“Los espacios de intervención del Trabajo Social son muy diversos, tantos como problemas sociales existan...”*. Algunos de estos espacios que el autor señala son: gestión local, gestión ambiental, con niños, adolescentes y jóvenes, con la tercera edad, con mujeres, con inmigrantes y la interculturalidad, en derechos humanos, en el ámbito laboral y de la seguridad social, en vivienda, en organismos judiciales y penales, en la formación profesional y en la salud.

Para la presente investigación se utilizó como base teórica los conceptos y teorías sobre el Trabajo Social Psiquiátrico de Mary Richmond el

cual dio origen al Trabajo Social de Casos, y en consecuencia, al método Terapéutico del Trabajo Social señalados y argumentados en el libro de Rosa María Becerra y Beatriz Liliana Kennel (2008) titulado “Elementos Básicos para el Trabajo Social en Salud Mental”. Además, las autoras señalan la importancia del rol y las funciones de la Trabajador (a) Social en equipo terapéutico, como se da el proceso de intervención, y en qué forma se integra el profesional en el área social, no como un elemento aislado, sino como parte importante del equipo.

Además se utilizará la teoría planteada por Natalio Kisnerman (1987) en su libro “Salud Pública y Trabajo Social”, analizando el Rol del Trabajador social en el área de la salud mental. Es importante resaltar, que la teoría de Kisnerman hace referencia a las funciones y rol del Trabajador (a) Social en el área de salud pública en líneas generales; sin embargo, estas funciones y roles son básicas para el desarrollo del Trabajo Social en el área de la salud mental en específico; así como las características inherentes a la ética y filosofía de la profesión.

#### 1.4.3. Definición Operacional de Términos Básicos:

Ritmo:

Ritmo es el flujo de movimiento controlado o medido, sonoro o visual, generalmente producido por una ordenación de elementos diferentes del



medio en cuestión. El ritmo es una característica básica de todas las artes, especialmente de la música, la poesía y la danza. También puede detectarse en los fenómenos naturales.

Tono:

El Tono, o "altura" está relacionado directamente con la frecuencia, siendo una magnitud de la "gravedad" o "altura" de un sonido.

Timbre:

El Timbre, es la cualidad que permite identificar al emisor de un sonido. Éstos, en general, no son vibraciones simples, sino que están compuestos por señales distintas que corresponden a valores múltiples de una fundamental y que son conocidos como armónicos. Los que nos hace diferenciar a una misma nota emitida, por ejemplo, por un trombón o una trompeta, es básicamente, la presencia de distintas distribuciones armónicas.

Intensidad:

La Intensidad, es el equivalente a la potencia del sonido, y está dada por la amplitud de la onda. Ésta, al igual que la frecuencia, es una magnitud física y medible. No obstante, es importante señalar, que no existe una proporción lineal directa entre la intensidad y la sensación auditiva percibida. Dado lo anterior, la sensación subjetiva de la intensidad de un sonido se define como Sonoridad. Es el producto de la mayor o menor energía con que se produce la onda sonora. Mientras haya más amplitud de onda, mayor es la intensidad.

Armonía:

En música es la combinación de notas que se emiten simultáneamente. El término armonía se emplea tanto en el sentido general de un conjunto de notas o sonidos que suenan al mismo tiempo, como en el de la sucesión de estos conjuntos de sonidos. La armonía sería el término contrapuesto al de melodía (en que los sonidos se emiten uno después de otro).

Improvisación:

La Improvisación es toda expresión musical instantánea, espontánea, producida por un individuo o grupo. Puede ser llevada a cabo desde una libertad total hasta estar sujeta a reglas o pautas, ajenas o propias.

Composición:

Componer, generar una melodía o escribir una letra de una canción al tiempo que toma la responsabilidad de los aspectos más complicados como lo son la armonía y la escritura musical.

Danza:

La danza o el baile, es la ejecución de movimientos que se realizan con el cuerpo, principalmente con los brazos y las piernas, que van acorde a la música que se desea bailar.

□ Resiliencia:

Se refiere a la capacidad de los [sujetos](#) para sobreponerse a períodos de [dolor emocional y traumas](#). Tomando éste como aprendizaje para salir adelante ante las adversidades.

## 1.5. METODOLOGÍA

La investigación científica se caracteriza por ser un procedimiento crítico, reflexivo, sistemático y controlado; cuyo objetivo es indagar un fenómeno tal cual como se presenta en la realidad. La metodología es parte de ese proceso de investigación que marca los pasos a seguir para realizarla. En el presente estudio se utilizó la siguiente metodología para abordarlo:

### 1.5.1. Nivel de Investigación.

El nivel de investigación es de carácter Analítico; al respecto Sabino (2001) plantea que:

*El análisis inicia su proceso de conocimiento por la identificación de cada una de las partes que caracterizan una realidad: de este modo podrá establecer las relaciones causa-efecto entre los elementos que componen su objeto de investigación (p.146).*

### 1.5.2. Diseño de Investigación.

El diseño de la investigación es documental, ya que es necesario el análisis de teorías y conceptos desarrollados por otros autores sobre el tema, a propósito Barrios (2003) plantea “*Se entiende por investigación documental, el estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento...con apoyo principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos y electrónicos...*” (p:15). Además, de ser documental, es del modelo de desarrollo teórico ya que será necesario el análisis de conceptos, teorías directamente de sus autores, a propósito Barrios (2003) señala que:

*Los estudios de desarrollo teórico tiene como finalidad la presentación de nuevas teorías, conceptualizaciones o modelos interpretativos original del autor, a partir del análisis crítico de la información empírica y teorías existentes. (p.15.)*

### 1.5.3. Fuentes de información.

Para el presente trabajo de investigación se utilizó como fuentes de información primarias: libros, enciclopedias, periódicos, revistas, fichas bibliográficas, tesis, además de fuentes electrónicas (internet); puesto que en las investigaciones documentales las fuentes primarias son los ya mencionados; que además, permite recabar información ampliada y no abreviada; tal como lo señala Jurado (2002:8):

*Existen dos tipos de fuentes de investigación...Las primarias son aquellas que contienen información no abreviada y en su forma original. Son todos los conocimientos científicos o hechos e ideas estudiados bajo nuevos aspectos. Se encuentran en libros, bibliotecas, hemerotecas, revistas científicas, archivos públicos o privados, tesis, trabajos inéditos y normas.*

Por lo tanto, al ser esta una investigación de tipo documental, su fuente primaria son todos los documentos señalados anteriormente.

### 1.5.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos.

Las técnicas utilizadas en la investigación, es el análisis de documentos, ya que es necesario analizar en profundidad las teorías y conceptos de Musicoterapia, Rol del trabajo Social en el área de la salud mental y trastornos depresivos, estableciendo las relaciones existente en cada una de ellas, que permitan la atención de personas con este tipo de patología (trastornos depresivos).



## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTOS DE LA MUSICOTERAPIA.

La musicoterapia es una especialidad paramédica joven, pero con suficientes fundamentos científicos de orden clínico-terapéutico que permiten establecer claramente una metodología de trabajo y una serie de técnicas capaces de ser desarrolladas, por especialistas en el área.

Los fundamentos de la Musicoterapia son un conjunto de teorías de otras ciencias (antropología, musicología, psicología, medicina, física y sociología) que sirven como base para el entendimiento de los beneficios terapéuticos de la disciplina en el caso de algunos trastornos y enfermedades de los seres humanos.

A continuación se presenta los fundamentos teóricos, filosóficos y prácticos, de la musicoterapia; con la intención de mostrar las características más relevantes que han servido como base para la disciplina científica.

#### **2.1. Fundamentos Históricos de la Musicoterapia.**

La creación de la musicoterapia como carrera profesional universitaria, es relativamente nueva; sin embargo, la utilización de la música como medio curativo es antigua. Por ejemplo los chamanes utilizaban la música en sus ritos de curación, basando su música en ritmos espontáneos con instrumentos de percusión y cantos, para alejar los malos espíritus causantes de enfermedades; de esta forma Bruscia (2007:178) señala

*...Una antigua tradición de curación en la que los chamanes o curanderos usan música como ayuda en el proceso de curarse a sí mismo y a los demás. El chamán emplea tambores, ritmos repetitivos, cantos y canciones para alcanzar y sostener un estado alterado de conciencia. El estado alterado le permite contactarse y utilizar el mundo de los espíritus y con ello obtener el conocimiento y poder necesarios para ayudar o curar a la persona...*

Por lo antes señalado, la musicoterapia ha pasado por procesos que van desde lo mágico y espiritual, pasando por lo religioso y filosófico, cuestión que se observará a continuación.

### 1.1. Culturas Primitivas. Textos Bíblicos.

La música como terapia ha estado presente de forma explícita e implícita en la historia del hombre y sus diferentes culturas. Se han encontrado escrituras hechas en papiros (soporte de escritura utilizado por los egipcios y otras culturas antiguas) en Kahum (ciudad antigua de Egipto) que datan del mil quinientos años antes de Cristo (1500 a.C), en donde se relaciona la música con propiedades curativas para el cuerpo y el alma, inclusive se creía que la música beneficiaba a la fertilidad en la mujer, a propósito Jauset (2011:83) señala *“En el antiguo Egipto, se atribuía a la música una influencia favorable sobre la fertilidad en la mujer. Así consta en unos papiros médicos hallados en Kahum”*.

Los hombres primitivos creían frecuentemente que cada ser vivo o muerto tenía su propio sonido o canción secreta, la cual debía responder, y que lo hacía vulnerable a la magia; tal como lo señala Benenson (2011:38) *“...los ritos mágicos de la salud de los médicos brujos trataban de descubrir el sonido o canción a la cual respondería el hombre enfermo o el espíritu que habitaba en él...”*. Es clara la conciencia que existía en la época primitiva de la influencia de los sonidos, bien sea para la curación de las enfermedades a través de ritos, como para detectar las mismas y así condicionar el tipo de rito a aplicar por parte de los médicos brujos o chamanes.

Más adelante, en la era cristiana se consideraba que la música era un don dado por Dios, y que permitía curar enfermedades del alma y el espíritu; de ahí que todas sus interpretaciones eran alabanzas a Dios, pidiendo sanación a los enfermos; uno de los casos más famosos es el que aparece en la Biblia en donde David con la cítara (instrumento de cuerdas antiguo) calmaba la enfermedad que atormentaba a Saúl, tal como lo señala Ricardi y Hurault (1972:223) en I de Samuel, 16:23 *“Cuando el espíritu de Dios atormentaba a Saúl, David tocaba la cítara y Saúl encontraba calma y*



*bienestar, y el espíritu malo se apartaba de él”* . Es importante aclarar, que en la antigüedad las culturas tenían como creencia que todas las enfermedades y fenómenos naturales eran castigo de Dios o de alguna deidad, y las formas de curación se harían a través de Él; de allí las alabanzas y las oraciones de sanación que se hacían en esta época; así como lo señala Pérez (1997:5)

*Las enfermedades son castigos enviados por una deidad, casi siempre por la violación de un tabú o de alguna ley religiosa, o bien son causadas por brujos o hechiceros, pero en todo caso se trata de fenómenos sobrenaturales; tanto el diagnóstico como el tratamiento de las enfermedades requieren medios y ritos igualmente mágicos o religiosos; los personajes encargados del manejo de los pacientes son sacerdotes, brujos o chamanes, que con frecuencia funcionan como las tres cosas, a veces simultáneamente; hay distintas formas de adquirir las enfermedades, pero entre las más frecuentes están el castigo divino...*

Otras culturas politeístas, como la antigua Mongolia y Turquía utilizaban la música como medio para defenderse de numerosos males (destrucción, enfermedades), así como para mejorar la salud y acercar la prosperidad; también celebraban rituales espirituales para entierros; a propósito Betés (2000:24) señala *“La música tenía origen divino (procedía de los Dioses) y era utilizada para defenderse de los malos espíritus, ahuyentar la muerte y apartar la enfermedad”*. Todas estas prácticas eran realizadas por Chamanes (brujos curanderos primitivos), quienes se encargaban a través de los rituales de curar y alejar los malos espíritus de los enfermos.

En líneas generales, a lo largo de la historia, las culturas primitivas tenían la creencia de que la música era un don de la divinidad y que la enfermedad era propiciada por el pecado, posesión de demonios, maldiciones de brujos y, por tanto, era un castigo de Dios. En consecuencia, el enfermo estaba poseído por los malos espíritus y para poder curarse, el brujo, chamán o cristianos con ciertos atributos de poder, aplicaba (aparte de oraciones y rezos) elementos sonoros como la música y el canto para liberar al enfermo y expulsar a los demonios. Goldman (citado por Jauset 2011) señala que *“Diversas tradiciones chamánicas de Mongolia; África, Arabia y México, incluso tradiciones cabalísticas del judaísmo, del cristianismo y tradiciones espirituales sagradas del Tíbet han utilizado la música para sanar y transformar”* (p.84).

## 1.2. Grecia y Roma.

Otras de las culturas que han dejado un gran legado en la música como medio de curación es la antigua Grecia; a diferencia de las culturas primitivas, los filósofos griegos entendían la música como medio de ayuda para curar enfermedades, sin darles características mágicas, pero si espirituales; tal como lo plantea Pérez (2010:4) cuando dice que *“...en los escritos homéricos, se hace referencia al poder terapéutico-religioso del canto. El canto servía para congraciarse con la divinidad, que es la que distribuía el bien o el mal, motivo por el cual, indirectamente, librarnos de las enfermedades”*.

En la antigua Grecia, filósofos como Hipócrates, Platón y Aristóteles creían que los hombres tenían cuatro emociones, las cuales llamaron Humores, y lo clasificaron como: sanguíneo (alegre, vivaz), flemático (tranquilo, equilibrado), bilis amarilla (colérico, temperamental), bilis negra (melancólico, triste); además, creían que el desequilibrio de estos humores eran los causantes de las enfermedades; tal como lo plantea Gracia (2012:1) *“esa teoría de los Cuatro Humores se identificaba plenamente con la filosofía, de ahí que se formara la idea de que los Cuatro Humores de los hombres tenían que estar perfectamente equilibrados con el fin de evitar todo tipo de enfermedades tanto del cuerpo como del espíritu...”*.

Partiendo del principio de los cuatro humores, los filósofos griegos creían que la música equilibraba estas emociones (humores) y por lo tanto servía como medio de sanación; tal como lo señala Betés (2000:25) *“... Pitágoras consideraba que la música podía restablecer la armonía espiritual, y la describe como medicina del alma; Platón, considera que la música da serenidad al alma...”*.

Más adelante, en el período Romano; estos heredaron muchos elementos de la cultura Griega, entre ellos los conocimientos sobre las facultades curativas de la música. Así como lo señala Palacios (2004) *“Galeno (131-201 a.C) tenía la convicción de la que la música tenía poderes para contrarrestar las picaduras de serpientes, la depresión o los estados de tristeza...”* (p.5). La cura de las picaduras de serpiente la combinaban con

cantos y danzas y de esta forma se creía que el veneno era expulsado del cuerpo.

Por otro lado, una de las características más relevante de la música Romana, era su carácter militar, predominando los instrumentos como las trompas y los tympanum, el cual era utilizado para elevar el espíritu guerrero de los soldados, debido a que eran tiempos de conquistas e invasiones; también de esta forma el imperio romano mostraba su poderío ante los habitantes de lo territorios invadidos; a propósito Alvin (citado por Valderrama y otros 2010:18) señala que:

*En la sociedad romana vino a adquirir un gran desenvolvimiento... Siendo el pueblo profundamente militar; por ende, la música de este género fue crucial, presentaba como características predominantes: era enérgica, capaz de producir salud, coraje y virilidad. Esta música tenía como rol ejercer una influencia sobre la parte física; debido al hecho de que no influía sobre la imaginación. Empero; los efectos de la música militar pura y simple....*

La música Romana se mantuvo intacta hasta mediados de la Edad media, hasta que el cristianismo fue tomando cada vez más adeptos a la religión influenciado así la música con características militar del imperio romano.

### 1.3. La Edad Media (400-1400)

Durante la edad media, se retoma el pensamiento griego de los cuatro humores (sangre, bilis negra, bilis y flema), en esta etapa se tenía la creencia de que la música tenía carácter propio y que influía directamente en las emociones de las personas, tal como lo plantea Rowell (1999:5) *“El Carácter (ethos). La doctrina del carácter es una mezcla de teoría educativa con psicología y terapia, y supone que la música ejerce efectos poderosos sobre el cuerpo, el alma y la mente, para bien o para mal, inmediatos y residuales”*. Entendiendo que no toda música es saludable para el alma, ya que algunas interpretaciones musicales pueden influenciar de manera negativa al individuo; por tanto en esa época; también entendían que las composiciones musicales, estaban supeditada a las emociones de los compositores del momento y se reflejaba en las melodías y alteraciones sonoras.

Cabe destacar, que la edad media se caracteriza por el inicio y culminación del imperio romano, además de la influencia y control de la Iglesia Católica en todos los estratos sociales, incluyendo la monarquía; es decir, la iglesia se convierte en el eje fundamental de la sociedad. De la misma forma, la Iglesia controlaba todo lo referente a las composiciones musicales así como su interpretación; es por esta razón que la música que predominaba en los inicios de la era medieval, son los Cantos Gregorianos; los cuales eran interpretado por monjes de la iglesia, teniendo como función primordial la alabanza a Dios en forma de recitativo litúrgico, aplicado en las misas y en los momentos de meditación de los religiosos.

Por otro lado, aunque la música religiosa es la que más importancia va a tener en la Edad Media, existió otro tipo de música que no tenía ninguna relación con el culto o la religión. Esta música es conocida como Profana, la cual se desarrolla de manera paralela a la religiosa y era interpretada por dos tipos de personajes diferentes: Los Trovadores y Los Juglares; estas distintas denominaciones se debía a que los personajes eran de distintos territorios; tal como lo describe Rovi (2008:4):

*La música profana se desarrolló en la Edad Media en dos ámbitos distintos: en los círculos de la nobleza; como diversión del pueblo...Si al hablar de la música religiosa nos encontramos con el problema de la falta de partituras y de la escasa información que nos transmiten estas partituras, el hablar de la música profana medieval el problema se agrava aún más...aún así podemos conocer el tipo de espectáculos musicales que se organizaban en la Edad Media a través de las críticas que hacia la Iglesia de ellos. La insistencia y frecuencia de estas críticas, nos hace ver lo común que eran los espectáculos y la diversión en la vida medieval.*

Estos diferentes tipos de músicos, conjuntamente con los diferentes aspectos musicales (estilos de música e interpretación), se describe a continuación:

- Los Trovadores:

Los trovadores fueron músicos poetas que en su mayoría pertenecían a la nobleza, y los que no pertenecían tenían una relación directa con ésta; el tema principal de sus poemas era el amor platónico; también cantaban y recitaban sobre temas caballerescos. Desde el punto de vista musical su textura es monódica con acompañamiento instrumental, con ritmos más

rápidos y alegres que el canto gregoriano; a propósito Rodríguez (2007:27) define a los trovadores como:

*Los trovadores eran poetas-músicos, generalmente de origen noble. Dependiendo de la zona y la lengua en la que cantaban recibieron distintos nombres: trovadores (sur de Francia), troveros (norte de Francia), minnesänger (Alemania). Son canciones escritas en las lenguas vernáculas de cada zona que tratan como temas fundamentales el «amor cortés» y el espíritu caballeresco de los héroes de las cruzadas. Es música vocal de textura monódica pero con acompañamiento instrumental.*

Cabe señalar, que las texturas módicas son interpretaciones musicales sin armonía ni acompañamientos; es decir, canciones con una sola melodía que por lo general lo hacía solistas o varios músicos pero manteniendo la misma melodía al unísono.

- Los Juglares:

Los juglares eran músicos ambulantes que además de tocar algún instrumento y cantar, realizaban todo tipo de actividades para divertir al pueblo (chiste, magia, acrobacias, entre otros); eran de clase baja y no eran compositores, ya que se limitaban a copiar y plagiar las canciones de los trovadores. Desde el principio fueron muy criticados tanto por la nobleza como por la iglesia, ya que sus canciones utilizaban un lenguaje vulgar; por esta razón no actuaban en castillos ni palacios, sino en plazas de pueblos. Eran personajes itinerantes que viajaban de pueblo en pueblo sin un lugar fijo; tal como lo señala Rodríguez (2007:27) define a los trovadores como:

*Junto a los trovadores había también músicos ambulantes denominados juglares que recorrían los castillos y los pueblos entreteniéndolo al público con canciones, representaciones y juegos de acrobacia. Los juglares interpretaban las canciones de los trovadores o del señor al que servían y podían llegar a adquirir un alto reconocimiento social si destacaban especialmente en su arte.*

Por otro lado, a mediados de la época medieval, la música fue pasando de un sistema monofónico a otro polifónico; esto quiere decir, que durante el inicio de la época medieval la música era realizada prácticamente al unísono, independientemente que eran varios los que interpretaban la música; en la parte alta del Medioevo, surgen los primeros compositores, escribiendo obras a cuatro voces distintas (polifonía), pero dentro de una regla armónica

conocidas como acordes, el cual enriqueció la música abriendo camino a grandes composiciones más adelante.

#### 1.4. El Renacimiento (1400-1600).

Con el inicio del Renacimiento se da inicio al modernismo, a pesar de que el poder está en manos de la monarquía de manera absoluta. Siendo una época relativamente corta pero con una gran importancia en lo cultural, ya que surgen personajes como Miguel Ángel, Leonardo Da Vinci, Rafael, Cervantes, Shakespeare; dando un vuelco en la forma de ver la cultura; de esta forma Delgado (2005:43) señala que:

*En la aparición y el desarrollo del movimiento renacentista, tuvieron particular importancia las ciudades italianas, enriquecidas por la industria y el comercio y dominadas por una poderosa burguesía...patrocinando las actividades intelectuales y artísticas.*

Cabe señalar, que en este período se mejora los sistemas de comunicación con la creación de la imprenta, permitiendo a los músicos poder plasmar sus composiciones en partituras mejor elaboradas, además de que permitió colocar en las mismas, la firma de autor de las composiciones, evitando los plagios. También se crean las primeras escuelas de música, permitiendo la profesionalización de los músicos, la cual tuvo como consecuencia positiva crear músicas más complejas y ricas en armonía y ritmo, y la creación de nuevos instrumentos musicales. Además, de los cantos corales a cuatro voces, transformando los cantos gregorianos, las cuales estaban escritos a un solo tono.

En términos generales el nombre de Renacimiento, está referido al renacer del hombre a través de una visión de la vida distinta al planteamiento de la iglesia católica, desde el punto de vista social, científico y cultural-artístico en donde lo primordial es la belleza.

Desde el punto de vista de la relación de la música con la salud, en esta época; teóricos de la música y la medicina creían que la música era

importante para las emociones y la salud, retomando la teoría de los cuatro humores de los filósofos griegos, tal como lo señala Pérez (2010:4):

*Es preciso destacar la figura del gran teórico de la música Gioseffo Zarlino, que, de acuerdo con la teoría de los cuatro humores, comparaba la música como una medicina, de tal forma que debía prescribirse en la proporción adecuada de elementos musicales para restaurar la salud del enfermo.*

Ya para el período del renacimiento, se tenía plena consciencia de la importancia de la música para la salud, la cual se puede observar en la teoría antes citado de Zarlino; retomando la antigua teoría griega del equilibrio de los cuatro humores para tener salud plena.

Cabe señalar, que la teoría de los cuatro humores, está referida al concepto griego sobre la salud y enfermedad creada por Hipócrates; el cual planteaba que la salud dependía del equilibrio de estos humores (bilis amarilla, bilis negra, flema y sangre); de lo contrario, si algunos de estos humores está es desbalance entonces no hay buena salud. A propósito Quintanilla (2003:14) señala que:

*Hipócrates estableció la teoría Humoral, según la cual, si los cuatros humores que conforman el cuerpo están en equilibrio, se tiene buena salud: si el balance entre los distintos humores se altera, aparece la enfermedad...El tratamiento de las diferentes enfermedades consistía en procurar que los cuatro humores mantuvieran su equilibrio.*

### **1.5. El Barroco. La doctrina de los afectos (1600-1750)**

El Barroco fue una época larga luego de la terminación del renacimiento, en donde se busca dar explicaciones científicas a todos los fenómenos naturales, alejándose aún más del concepto de que todo es producto de la ira de Dios. Desde el punto de vista artístico, ya lo más importante no es la belleza como en la época del renacimiento, sino que lo más importante son los sentimientos, cuestión que se observaba en las escrituras musicales, las cuales utilizaban términos como: Bajo Lamento, expresivo, entre otros. También es una época importante por el surgimiento de la opera, obras teatrales cantadas y con acompañamiento orquestal, todas referidas al amor y la pasión. En síntesis, el hombre barroco no persigue la belleza, sino que fundamenta su pensamiento en torno a dos aspecto: La Razón y El Sentimiento. La razón en cuanto que intenta buscar

lógicas y el lado científico de todo. El sentimiento del ser humano que se hará evidente en todos los campos, especialmente en las artes. Tal como lo señala Torres (2009:4)

*La música de los siglos XVII y XVIII se propuso adquirir el poder de la expresión de los estados afectivos más profundos que el alma del hombre es capaz de experimentar. El compositor Barroco buscó plasmar la mayor variedad de pasiones humanas de la manera más intensa posible, ejemplos en este sentido lo constituyen la recién nacida Opera, e incluso las obras de carácter religioso como los Oratorios, Cantatas y Pasiones.*

Aunado a lo anterior, en la época barroca se tenía como creencia que el principal propósito de la música era despertar las pasiones o afectos (amor, odio, miedo, entre otros). Se creía que estos afectos podían ser generados y estimulados de forma independiente; a propósito Betés (2000:27) señala:

*La música es capaz de provocar una gran variedad de emociones específicas en el oyente. En consecuencia, a través de una obra musical, el compositor puede crear una respuesta emocional involuntaria e individual en su audiencia. .*

La concepción de la música como material emotivo potenciador de sentimientos, va a estimular decisivamente la mentalización social sobre las posibilidades terapéuticas de la música, sobre todo, en el ámbito de las enfermedades del estado de ánimo, especialmente, en los estados depresivos con inhibición psicomotora y estados de ansiedad; a propósito Kircher (citado por Jauset 2011:87) señala:

*...las características de la personalidad estaban relacionadas con ciertos tipos de música. Por ejemplo, los pacientes depresivos respondían mejor a la música melancólica, mientras que las personas alegres preferían música de baile, porque le estimulaba la sangre. ).*

Otro aspecto importante de señalar, es que en esa época los compositores empezaron a escribir pensando específicamente en un instrumento en concreto que elegían por sus cualidades técnicas y su timbre. Las piezas para instrumentos solistas permitían hacer gala de un gran virtuosismo, luciendo su habilidad técnica y su expresividad musical.

#### **1.6. Música Clásica (1750-1800).**



La Música Clásica surge conjuntamente en un período de muchos cambios sociales. Es la época de la ascensión de la burguesía en amplios sectores del poder político y económico, trayendo como consecuencia violentos movimientos de masas como por ejemplo: la Revolución Francesa, hecho que romperá con las monarquías absolutas. Teniendo como lema “libertad, Igualdad y Fraternidad”, llevándose a todos los contextos inclusive la música.

Aunado a lo anterior, la música irá abandonando los círculos eclesiásticos para desenvolverse en casas privadas de la burguesía y en espectáculos públicos, ya que se comienza a comercializar por el arte y en especial la música. Además, los compositores de éste período (Ludwig van Beethoven, Franz Joseph Haydn, Wolfgang Amadeus Mozart) orientan su música hacia un equilibrio basado en la proporción y el orden, una claridad que se trasmite a través de melodías y armonías simples y una sencillez que permitía al oyente facilidad de comprensión; esto en contradicción con las revoluciones de la época, mientras se producían cambios socioeconómicos, guerras, entre otros, los compositores se aislaban de esta situación componiendo obras que resaltaban la belleza; a propósito Boulaine (2007:125) plantea que:

*La música del período clásico es entonces una música cuyas características son el equilibrio, el orden, la proporción, la simetría y la simplicidad en el refinamiento, una música que le da al oyente una impresión de claridad y de luminosidad.*

Por otro lado, durante este período se comienza a considerar de manera seria la importancia de la música como medio de curación de algunas enfermedades, trastornos mentales y emocionales

### 1.7. El Romanticismo (1800-1880).

En el Romanticismo se retoma los aspectos emocionales dentro de la música; la cual se creía que la forma más eficaz de expresar los sentimientos era a través de la música. Además, que produce efectos morales, civiliza y educa de forma de símbolos o figuras. A propósito Fubini (citado por

Palacios 2004:26) señala que *“El movimiento romántico invirtió los planteamientos ilustrados al preconizar que la música es siempre el lenguaje de los sentimientos “.*

Aunado a lo anterior, el romanticismo exploró aquello que la razón no podía alcanzar, oponiéndose a las rigideces impuestas por el academicismo neoclásico y convirtiéndose el artista en ese genio capaz de atisbar lo incomprensible y expresarlo en forma de sinfonía, como lo señala Balaguer (1983:15) *“El Romanticismo no es un período de la historia, sino cierto estado del alma o estado anímico que se manifiesta en obras de arte”.* Es decir, el sentimiento era la nueva forma de conocimiento que, frente al orden y armonía neoclásicos, puede expresar lo intangible, lo sublime, el caos de la naturaleza o su silencio y el sentir del hombre frente a ella, pero también lo grotesco, como forma extrema de fealdad o lo pintoresco, la variante doméstica y amable del paisaje sublime.

Por otro lado, los compositores en el romanticismo amplían, desde el punto de vista de la tesitura (extensión de sonido) musical, las composiciones musicales, dándole mayor carácter dramático a las obras; además, de la libertad de componer sin las reglas tradicionales del clasicismo.

### **1.8. Música contemporánea (1900-).**

Durante las épocas anterior señaladas, se describe como la música ha sido considerada un medio para la curación de enfermedades físicas y mentales; sin embargo, no se habían hecho estudios profundos sobre el tema, ni se había creado instituciones que permitan formar profesionales en musicoterapia.

Al inicio de este período (siglo XX) se comienzan con las primeras prácticas en algunas instituciones sanitarias, utilizando la música como método terapéutico; sin embargo, fueron intentos individuales de varios profesionales en otras áreas (músicos, psicólogos y médicos), que por la forma tan empírica en que se aplicaba la música, dejaba vacíos teóricos

importantes para la creación de métodos terapéuticos, que ayudaran de manera sistemática al paciente.

Por lo anterior señalado, se hace necesaria la creación de los primeros cursos avanzados para profesionales en otras áreas y formarlos en musicoterapia, con la intención de atender soldados heridos en la primera guerra mundial en el año mil novecientos diecinueve (1919). Ya en el año mil novecientos cincuenta (1950) se crea la primera institución formal de musicoterapia llamada National Association for Music Therapy (Asociación Nacional de Terapia Musical) en los Estados Unidos, tenía como función formar profesionales en musicoterapia cuyo objetivo era prestar servicios en todos los centro importantes de enfermedades mentales, hospitales, institutos, escuelas diferenciales y universidades; a propósito Pérez (2010:5) señala:

*En los años 50...los hospitales de veteranos contrataban músicos como ayuda terapéutica, preparando así el camino para la musicoterapia. Esta valiosa experiencia para que los médicos la tomaran en cuenta y en 1950 se fundó La Asociación Nacional de Terapia Musical..*

Esta asociación dio inicio a una carrera profesional universitaria, con post-grado, egresando licenciados, especialistas y magister musicoterapia, cuestión que se mantiene actualmente en muchos países incluyendo Venezuela.

## IMAGEN N°2: EJE CRONOLÓGICO SOBRE LA HISTORIA DE LA MÚSICA

### Períodos Históricos

Edad Media

Edad Moderna

Edad Contemporánea

### Períodos Musicales

|                           |                                |                              |                         |                         |                                   |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Edad Media<br>Ss. V al XV | Renacimiento<br>Ss. XV al XVII | Barroco<br>Ss. XVII al XVIII | Clasicismo<br>Ss. XVIII | Romanticismo<br>Ss. XIX | Música<br>Contemporánea<br>Ss. XX |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|

400 – 1400  
1400 - 1600  
1600 – 1750  
1750 - 1800  
1800 – 1880  
1900 -

- Vocal.
- Anónima.
- Monodia e inicio de la polifonía.
- Desarrollo de la polifonía.
- instrumentos secundarios a la voz.
- Surge la tonalidad.
- Nace la ópera.

- Contraste, Movimiento, Bajo continuo.
- Equilibrio, proporción y simetría.
- Melodía sencilla, cantáble.
- Armonía sencilla y textura de melodía acompañada.
- Crece ámbito melódico.
- Más cromatismo.
- Estados de ánimos por matices (dulce) y cambios de tiempo.
- Melodía asimétrica.
- Muchos estilos con características distintas.
- uso de los "ismos".
- Uso de escalas pentatónicas, de tonos enteros, atonalidad, nacionalismo, uso de la electrónica en la música.

- Religioso: Gregoriano.
- Profano: Canciones y cantigas.
  - No hay instrumental.
- Religioso: motete, misa.
- Profano: madrigal.
- Instrumental: canzona, ricercare, pavana.
- Religioso: misa, oratorio, catata.
- Profano: ópera.
- Instrumental: concierto, suite.
- Religioso: misas y oratorios.
- Profano: ópera.
- Instrumental: zonata, cuartetos, conciertos solistas, sinfonía.
- Vocal: ópera, lied, zarzuela.
- Instrumental: piano, sinfonía, programática, poema sinfónico.
- Nacionalismo.

- Impresionismo.
- Expresionismo.
- Nacionalismo.
- Neoclasicismo.
- Vanguardias.
- Electrónica.
- Minimalismo.

- Anónimos.
- Trovadores.
- Junglares
- Palestrina, Morales, Guerrero y Victoria.
- J.S. Bach.
- Vivaldi.
- Haendel.
- Monteverdi.
- Mozart.
- Haydn.
- Beethoven.
- Beethoven.
- Chopin, Litz.
- Schubert, Rossini, Verdi, Berlioz, Albéniz, Granados.
- Bebusy.
- Schonberg.
- Falla.
- Stranvinsky.
- Schaeffer.
- Jhon Cage.
- Phipil Glass.

Fuente: elaborado por el autor.



## 2.2. Fundamentos Musicales de la Musicoterapia.

La musicoterapia en términos generales utiliza todos los elementos de la música como forma terapéutica y de tratamientos de enfermedades físico-mentales; esto indica que para que haya una efectiva intervención el terapeuta debe tener un amplio conocimiento de música, además de ejecutar por lo menos dos instrumentos. Benenzon (211:179) define la musicoterapia como:

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

En esta sección de la investigación, se pretende presentar las bases musicales de la musicoterapia, sin que las dos palabras representen una redundancia, ya la música es la base principal de la disciplina científica y por lo tanto es necesario conocerla en amplitud; desde el concepto o significado de lo que es música hasta el conocimiento de cada uno de los elementos que la representan.

La música está presente en todas las facetas de la vida del hombre, por ejemplo, el sistema cardíaco del hombre funciona a un ritmo constante y continuo que en términos musicales se le conoce como “**ostinato rítmico**”; es decir, una sucesión de sonidos a un mismo ritmo, conocido como sístole y diástole, la cual se encarga de distribuir la sangre por todo el organismo humano. Esta misma situación se presenta, en la forma particular de caminar de cada ser humano, su forma de respirar, el cual va variando de acuerdo a la intención o no del individuo; es decir, este ritmo biológico puede ser voluntario e involuntario, por ejemplo, una persona infartada o con arritmia



cardíaca no mantiene el mismo ritmo cardíaco, lo que lo hace involuntario; este movimiento biológico es nada más y nada menos que música.

Por otro lado, durante muchos años se ha intentado conceptualizar la música de muchas maneras, dando como resultados conceptos distintos del mismo, todo esto influenciado, claro está, por las diferentes épocas historias, las diferentes sociedades y culturas. Por ejemplo, algunas culturas, como las asiáticas veían en la música un elemento organizador del trabajo en serie, es más fácil cuando los trabajadores martillan al mismo tiempo o compas, saber exactamente la cantidad de producción, como los soldados marchan a un compás buscando uniformidad da ilusión de disciplina. Para otros la música representa hermosura, formas de ver la naturaleza y el hombre, una forma de expresión. Sin embargo, para los japoneses la práctica del arte musical era indispensable en el vivir del emperador, ya que la música permitía elevarlo por encima del tiempo y del espacio. Para los griegos, era un lenguaje divino, lo cual puede expresar en sonidos las emociones que en cualquier idioma quedan cortas las palabras; de esta forma Palacios (2004:4) señala que:

*...Sotérico de Alejandría, Platón o Aristóteles. Creían que el ejercicio de la música era esencial en la praxis de los hombres, por su origen divino...servía para disipar el dolor del héroe Aquiles, que cultivaba la música al contar sus hazañas.*

Todas estas definiciones pueden ayudar a abrir el panorama de lo que es música, pero para el estudio concienzudo de la música es necesario describir ampliamente el concepto.

La música fue considerada desde hace mucho tiempo como un arte, que de alguna manera sirvió para canalizar emociones y curar

enfermedades; sin embargo, no era considerada como ciencia; en los últimos años esto ha cambiado, inclusive desde su conceptualización, Ingram (2002:21) cree que *“La música es la ciencia de los sonidos, y el arte que nace de su combinación”*. Es una definición que permite desglosar en sus elementos la música, importante para los efectos de la investigación, por ejemplo:

□ **La música es una ciencia:** en la actualidad existen carreras universitarias que tienen como base fundamental la música; tales como: instrumentación musical, educación musical, dirección orquestal, musicología y musicoterapia. Además de post-grados relacionados con la misma, el cual no será necesario mencionar por su amplitud.

□ **La música es un arte:** la música, como todo arte, es una de las manifestaciones del hombre más rica y hermosa, en donde el compositor expresa su visión personal del mundo, sus emociones y sentimientos, criticando positiva o negativamente aspectos relacionados con la religión, la naturaleza, la política, entre otros.

□ **La música es una sucesión de sonidos:** la música no es estática, esta combina los distintos sonidos de manera sucesiva y a la vez continua para generar una expresión conocida como fraseo, esta se expresa a través del lenguaje musical de forma escrita por medio de códigos plasmado en líneas el cual se conoce como partituras o partituras. Además, por la gran cantidad de instrumentos con sonidos y alturas de distintas de sonido (grave, medio y agudo), estas notas llevan una ubicación específica en las mismas.

### 2.2.1. Parámetros y Cualidades del sonido.

Los parámetros y cualidades de la música, son todos aquellos efectos sonoros que diferencia de un sonido de otro; estos parámetros y cualidades son: frecuencia, fuerza, espectro, tiempo, altura, intensidad, timbre y duración; incluidas, desarrolladas y ejecutas por: las notas musicales, la instrumentación y las figuras de notas; tal como lo señala Pliego (citado por Betés 2000:46):

*Los parámetros sonoros se refieren a los aspectos físico-acústicos que se pueden cuantificar objetivamente. Están relacionados con las cualidades psico-fisiológicas del sonido, que son más subjetivas y cualitativas, que están relacionadas con la percepción. Todos ellos guardan relación, a su vez, con los distintos elementos técnicos de la música.*

Estos elementos técnicos se pueden observar y luego describir en el siguiente cuadro:

**IMAGEN N°3:** Distintos elementos técnicos de la música

| <b>Acústica</b><br>(Parámetros) | <b>Música</b><br>(Cualidades)              | <b>Escritura</b><br>(Grafía)                    |
|---------------------------------|--|---|
| Frecuencia<br>Fuerza<br>Tiempo  | Altura<br>Intensidad<br>Timbre<br>Duración | Notas<br>Dinámica<br>Instrumentación<br>Figuras |

Fuente: Betés (2000)

- La Frecuencia.

La frecuencia es el parámetro físico acústico, el cual se puede calcular en hertzios, estos parámetros producen una sensación de tono o altura musical (Pliego citado por Betés 2000). En el caso musical se tiende a

asociar la altura musical con la altura en el espacio, y de esta forma se refleja los sonidos en la partitura, los agudos por arriba y los graves por debajo.

- Fuerza.

La fuerza en términos musicales o acústicos, se refiere al grado de amplificación del sonido producido por uno o varios instrumentos desde un punto de emisión y el de recepción; en música se representa en letras como: Forte (f), Fortísimo (ff), Forte Piano (fp), Esforsato (sf).

- Tiempo.

El tiempo se refiere a la distancia que existe entre pulso y pulso, la velocidad de una obra está más directamente relacionada con la frecuencia de aparición de los tiempos, según el pulso, que con las figuras musicales en sí. (Guevara 2010:14).

- Altura:

Está relacionada con la velocidad de vibración del cuerpo sonoro, mientras más vibre, más agudo será el sonido, entre menos vibre más grave.

#### **IMAGEN N°4:** Frecuencias del sonido “altura”

Fuente: <http://sonorizandolavida.blogspot.com/>

- Intensidad:

Está tiene que ver con el tamaño de las crestas o picos de la onda, es equivalente a la amplitud y volumen. Entre más grande sean los picos más fuerte será el sonido. Pliego (citado por Betés 2000:48) lo define como “...*la sensación de mayor o menor fuerza producido por la energía contenida en el sonido*”.

### **IMAGEN N°5: Intensidad del sonido**

Fuente: Realizado por el Autor (2012)

- Duración:

Tiene que ver con el espacio temporal o el tiempo que ocupa un sonido desde su aparición hasta su extinción. Según Pliego (citado por Betés 2000) señala que:

*Todo sonido tiene una duración...el sonido tarda entre 12 y 15 centésimas de segundos en llegar al cerebro...para que dos sonidos de distinta altura puedan diferenciarse, deben estar separados al menos 2 centésimas de segundo. De lo contrario dan la sensación de ser un solo sonido que cambia progresivamente de altura, que se ocurre de una altura a otra: es el efecto que en música se conoce como glissando. (p.49)*

- Timbre:

Identifica sin lugar a dudas la fuente del cual proviene (por la forma de las ondas) el sonido, asegurando que en las mismas condiciones el sonido producido será semejante al anterior. Wikipedia (2012) lo define como:

*...el matiz característico de un sonido, que puede ser agudo o grave según la altura de la nota que corresponde a su resonados predominante. Se trata de*

*una de las cuatro cualidades esenciales del sonido articulado junto con la altura, la duración y la intensidad. (p.1).*

**IMAGEN N°6:** Timbre o Afinación del sonido

Fuente: Guevara (2010:3)

En otro orden de ideas, existen gran cantidad de instrumentos; son tantos que tomaría toda esta investigación solamente para nombrarlos; sin embargo, es necesario clasificarlos en tres familias de instrumentos, las cuales se clasifican, por el material con que está hecho cada instrumento, estos tipos de instrumentos son:

**2.2.** Instrumentos de cuerdas, también conocido como Cordófonos:

Son aquéllos instrumentos que efectúan su sonido por la puesta en vibración de cuerdas. Estos instrumentos según su ejecución puede formar parte de las cuerdas frotadas como el violín, en los cuales la mano no tiene contacto con las cuerdas sino a través de un arco y las cuerdas percutidas, como la guitarra, los cuales tienen contacto directo con la mano del ejecutante.

**IMAGEN N°7:** Instrumento de cuerdas.

Instrumento Frotado

Cuerda Percutida

Fuente: Guevara (2010:4)

### 2.3. Instrumentos de vientos, también conocidos como Aerófonos:

Son aquéllos instrumentos que efectúan su sonido por la puesta en vibración de una columna de aire, provocada por el músico. Estos instrumentos se clasifican según su material de fabricación. Estos son:

- Vientos metales:

Son instrumentos que en sus inicios fueron fabricados en metal como: la trompeta, el trombón, la tuba, el corno, entre otros.

**IMAGEN N°8:** Instrumentos de viento metal.

Fuente: <http://musicbeginsnow.wordpress.com/>

- Vientos madera:

Son instrumentos que en sus inicios fueron fabricados en madera como: el clarinete, la flauta, el oboe, el saxofón, entre otros.

**IMAGEN N°9:** Instrumentos de viento madera.

Fuente: Realizado por el Autor (2012)

Es importante aclarar, que en la actualidad se fabrican instrumentos de materiales sintéticos, estos no son referencia para la clasificación, ya que lleva su nombre como fue fabricado en sus inicios; por ejemplo, en la actualidad se fabrican clarinetes de material sintético, sin embargo, siguen siendo instrumentos de madera ya que originalmente fueron fabricados en madera; al igual que la flauta transversal, aunque se fabriquen de metal sigue siendo madera.

#### **2.4. Instrumentos de percusión:**

Estos instrumentos, prometen ser los más básicos en su ejecución, sin embargo proveen utilísima información, arqueológica en la formación de civilizaciones, los instrumentos de percusión, son aquellos que suenan a través de golpes a este mismo. Casi todas las cosas pueden convertirse en instrumentos de percusión, pero según el grado de fabricación se pueden clasificar en:

- Idiófonos:



Son aquellos instrumentos musicales que producen el sonido primariamente por la vibración del propio cuerpo, sin uso de cuerdas, membranas o columnas de aire. Su cuerpo es de madera o metal, es duro, pero con la suficiente elasticidad como para mantener un movimiento vibratorio.

**IMAGEN N°10:** Instrumentos de percusión (Idiófonos).

Fuente: Realizado por el Autor (2012)

- Membranófonos:

Son instrumento de percusión que la vibración de sonido viene dada por una membrana, el cual puede ser de piel de animal o sintética.

**IMAGEN N°11:** Instrumentos de percusión (Membranófonos)

Fuente: Realizado por el Autor (2012)

Para los musicoterapeutas es importante el conocimiento de los tipos de instrumentos, ya que de esta forma puede de alguna manera determinar

los instrumentos que puede utilizar en distintas terapias; por ejemplo, un paciente que tenga conocimiento de música o ejecute un instrumento, el tipo de instrumento que ejecuta, ayuda al terapeuta a definir el tipo de terapia, ya que instrumento requiere de movimientos más sensibles que otros; también, el tipo de instrumento produce un sonido más grave que otros o con mayor intensidad, información importante para el Musicoterapeuta.

Por otro lado, así como el lenguaje hablado tiene su escritura, la música también tiene su forma de escritura a través de figuras y gráficos; para comprender el lenguaje musical se iniciará por lo más básico y luego se irá insertando elementos más complejos hasta comprender en líneas generales los elementos que representa la música.

## **2.5. El pentagrama:**

La palabra pentagrama viene del griego pentha que significa cinco, y grafos que significa línea, cuando se habla de pentagrama se refiere a cinco líneas paralelas; además, esta contiene cinco espacio también utilizados para la escritura musical.

Es importante señalar, que el pentagrama se convierte en musical cuando en su inicio se escribe una clave musical; es decir, mientras dentro del pentagrama no aparezca una figura llamada clave, se seguirá llamando pentagrama.

**IMAGEN N°12:** Pentagrama (cinco líneas y cuatro espacios)

Fuente: <http://oscrove.wordpress.com/teoria-musical/>.

## 2.6. Clave musical:

La clave en notación musical es un signo cuya función es indicar la altura de la música escrita, asignando una determinada nota a una línea del pentagrama, que se toma como punto de referencia para establecer los nombres del resto de las notas. Se ubica al principio de cada pentagrama, aunque puede cambiarse en cualquier momento durante el transcurso de la obra si se requiere. Los tres símbolos actuales utilizados para representar las distintas claves, son: clave de do, clave de fa y la clave de sol.

**IMAGEN N°13:** Clave de sol, do y fa.

Fuente: <http://mcarmerfer.wordpress.com/>.

## 2.7. Las figuras de notas:

Son un conjunto de signos que representan gráficamente la duración de un de terminado sonido en una pieza musical. La manera gráfica de indicar la duración relativa de una nota es mediante la utilización del color o la forma de la cabeza de la nota, la presencia o ausencia de la plica así como la presencia o ausencia de corchetes con forma de ganchos. Cuando aparece situada en un pentagrama con clave establecida, determina también la altura del sonido.

#### **IMAGEN N°14:** Partes de la figuras de notas

1. Corchete.
2. Plica.
3. Cabeza

Fuente: Realizado por el autor (2012)

Las figuras más utilizadas son siete y se denominan de la siguiente forma: redonda, blanca, negra, corchea, semicorchea, fusa y semifusa. Sin embargo, en la escritura antigua se utilizaban (aparte de las siete figuras) tres figuras más, como lo son: el cuadrado, la garrapatea y la semigarrapatea.

Cabe señalar, que el valor de cada figura de notas es equivalente al doble de la anterior, teniendo como base la redonda (anteriormente la nota base era la cuadrada); es decir, dos blancas equivalen a una redonda, dos negras equivalen a una blanca, dos corcheas equivalen a una negra, dos semicorcheas equivalen a una corchea, dos fusas equivalen a una semicorchea y por último dos semifusas equivalen a una fusa, tal como se puede observar en la imagen que viene a continuación:

**IMAGEN N°15:** Nombres y subdivisiones de las figuras de notas.

1. **Redonda.**
2. **Blanca.**
3. **Negra.**
4. **Corchea.**
5. **Semicorchea**

Fuente: <http://unpocodemusica.galeon.com/>

## **2.8.** Los silencios:

En música un silencio o pausa es un signo que representa gráficamente la duración de una determinada pausa en una pieza musical. La manera gráfica de indicar la duración relativa de un silencio es mediante la utilización de una serie de símbolos diversos cuyos rasgos se modifican, como por ejemplo la ubicación en el pentagrama o el número de ganchos que tienen (Wikipedia 2012). Cabe señalar, que por cada figura de nota hay un silencio relativo con el mismo nombre, por ejemplo; existe la figura de nota la redonda y su silencio relativo es el silencio de redonda, tal como se puede observar en la imagen que se verá a continuación.

**IMAGEN N°16:** Tipos de silencios y sus subdivisiones.

Fuente: <http://www.creamusica.com.ar/>

## 2.9. Notas musicales:

Las notas musicales son un conjunto de sonidos el cual se escribe en la partitura. Son siete las notas musicales el cual se repite de forma ascendente y descendente dependiendo la altura (agudo, medio, grave), estas son: do, re, mi, fa, sol, la, si.

Estas notas musicales tienen su origen en el año 1025, cuando el monje Benedictino Guido D'arezzo tomó el himno Latino de San Juan Bautista y lo convirtió en un acróstico silábico (Peregrin 2012):

**Ut** queant laxis resonare fibris  
**Mira** gestorum famuli tuorum,  
**Solve** polluti labii reatum,  
**Ut**queant latix  
**Resonare** fibris  
**Mira** gestorum  
**Famulti** tuorum  
**Solve** polluti  
**Labii** reatum

Asignó luego, a cada nota musical, la primera sílaba de cada verso, y ubicó las notas dentro de un patrón de cuatro líneas (tetragrama); el resultado fue este: Ut, Re, Mi, Fa, Sol, La. Es importante señalar, que D'arezzo solo asignó seis notas musicales; años más tarde se le agregó la nota Si.

Son siete sonidos que se repiten por octavas (cada ocho notas), oscilando entre notas graves y agudos y tomando como punto de partida cada uno de ellos. Las octavas corresponde a las frecuencias multiplicadas (ascendentes) o dividida (descendente) por dos.; por ejemplo:

**IMAGEN N°17:** Notas musicales continuas.

|  |
|--|
| do, re, mi, fa, sol, la, si, DO, RE, MI, FA, SOL, LA, SI...      |
| re, mi, fa, sol, la, si, do, RE, MI, FA, SOL, LA, SI, DO...      |
| mi, fa, sol, la, si, do, re, MI, FA, SOL, LA, SI, DO, RE, MI...  |
| fa, sol, la, si, do, re, mi, FA, SOL, LA, SI, DO, RE, MI, FA...  |
| sol, la, si, do, re, mi, fa, SOL, LA, SI, DO, RE, MI, FA, SOL... |
| la, si, do, re, mi, fa, sol, LA, SI, DO, RE, MI, FA, SOL, LA...  |
| si, do, re, mi, fa, sol, la, SI, DO, RE, MI, FA, SOL, LA, SI...  |

Fuente: Realizado por el Autor (2012)

Las notas forman intervalos, el cual son la distancia entre sonidos consecutivos; estos pueden ser ascendentes o descendentes y se nombran de acuerdo al número de notas que abarcan, por ejemplo: unísono (cuando es el mismo sonido), segunda, terceras, cuartas, quintas, sextas, séptimas y octavas, como se puede ver en el cuadro:

**IMAGEN N°18:** Intervalos de Notas.

| Unísono   | Segundas | Terceras | Cuartas  | Quintas  | Sextas   | Séptimas | Octavas   |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Do – Do   | Do – Re  | Do – Mi  | Do – Fa  | Do – Sol | Do – La  | Do – Si  | Do – Do   |
| Re – Re   | Re – Mi  | Re – Fa  | Re – Sol | Re – La  | Re – Si  | Re – Do  | Re – Re   |
| Mi – Mi   | Mi – Fa  | Mi – Sol | Mi – La  | Mi – Si  | Mi – Do  | Mi – Re  | Mi – Mi   |
| Fa – Fa   | Fa – Sol | Fa – La  | Fa – Si  | Fa – Do  | Fa – Re  | Fa – Mi  | Fa – Fa   |
| Sol – Sol | Sol – La | Sol – Si | Sol – Do | Sol – Re | Sol – Mi | Sol – Fa | Sol – Sol |
| La – La   | La – Si  | La – Do  | La – Re  | La – Mi  | La – Fa  | La – Sol | La – La   |
| Si – Si   | Si – Do  | Si – Re  | Si – Mi  | Si – Fa  | Si – Sol | Si – La  | Si – Si   |

Fuente: Realizado por el Autor (2012)

También se puede señalar los intervalos dentro de una partitura de esta forma:

**IMAGEN N°19:** Intervalos de notas, vista desde el pentagrama

Fuente: Realizado por el autor (2012)

Cuando se habla de tonos está referido a las alturas de los sonidos, tales como: alto (agudo), grave (bajo); estas diferencias de alturas se debe a las ondas sonoras, tal como lo señala Crowther (2003) “...es una relación organizada de notas musicales” (p.58); la cual se originan siempre por el movimiento vibratorio de algún cuerpo en contacto con el aire; estas vibraciones son periódicas, debido a que repiten su recorrido o ciclo regularmente; es por lo tanto, una frecuencia que se define como ciclos por segundo y se en hertzios:  $f = \text{ciclos/seg}(\text{hertzios})$ . Por ejemplo: el sonido La natural, produce un sonido de 440 ciclos por segundos o hertzios

Es importante aclarar, que las notas musicales tienen ubicación específica dentro de la partitura; estas varían de acuerdo al tipo de clave (FA, DO, SOL). La clave de SOL está ubicada iniciando en la segunda línea del pentagrama, dándole a esa línea el nombre de sol, por consiguiente todas las cabezas de las figuras, que estén sobre la segunda línea del pentagrama en clave de SOL serán SOL. Tal como se observa en la figura.

**IMAGEN N°20:** Clave de sol en segunda línea.

Fuente: Guevara (2010:12)

En cambio la clave de FA, inicia en la cuarta línea del pentagrama y ocurre lo mismo que en la clave de SOL, todas las cabezas de las figuras que estén ubicadas en la cuarta línea de la clave de FA serán FA.



**IMAGEN N°21:** Clave de fa en cuarta línea.

Fuente: Guevara (2010:12)

La clave de DO se ubica en la tercera línea del pentagrama, asumiendo ésta el nombre de la clave, por lo tanto, todas las cabezas de las figuras que este en la tercera línea se llamaran DO.

**IMAGEN N°21:** Clave de do en tercera línea.

Fuente: Guevara (2010:12)

En este mismo orden de ideas, la utilización de las distintas claves permite la utilización amplia de los sonidos (grave, medio y agudo), ya que una sola clave no bastaría cubrir tal cantidad y amplitud de sonido e instrumentación.

#### 2.2.10. Figuras de notas “sostenida”, “bemo” y “becuadro”.

Las figuras de notas sostenidas buscan alterar la nota de manera ascendente; es decir, acerca la nota alterada o sostenida a la nota subsiguiente, por ejemplo: entre “Do” y “Re” hay un tono al colocar un sostenido al Do este lo acerca más al Re, como se puede ver en la imagen siguiente.

En cambio las figuras de notas bemo alteran medio tono hacia abajo la nota, acercándola más bien a la nota anterior, por ejemplo; entre “Re” y la nota anterior “Do”, al colocar un bemo a “Re” esta se acerca medio todo a “Do”.

El becuadro lo que hace es eliminar de manera temporal las alteraciones producidas por los sostenidos y los bemoles; esto se puede observar en la imagen que viene a continuación:

**IMAGEN N°23:** Figuras de bemoles, sostenidos y becuadro.  
Fuente: Realizado por el autor (2012)

### 2.11. Escalas.

Las escalas son sucesiones de sonidos que indican la tonalidad de ciertas interpretaciones musicales; estas se dividen en escalas mayores y menores. Las escalas mayores están compuestas por cinco (5) tonos y dos (2) semitonos; los semitonos están ubicados entre la tercera y cuarta nota, y entre la séptima y octava nota; por ejemplo en la escala de “Do” los semitonos están entre el “Mi” y “Fa”, y entre el “Si” y “Do”.

Así como existen siete notas, también hay siete escalas mayores con la ubicación de los semitonos en los mismos lugares antes señalados; el cual se hace necesario alterar algunas notas para poder lograr ubicar dichos semitonos; por ejemplo: la escala de “Re” necesita alterar el “Fa” para poder lograr un semitono entre ella y el “Sol” de esta forma se logra un semitono entre la tercera y cuarta nota, además, de alterar el “Do” para poder lograr un semitono entre la séptima y octava nota.

Sin embargo, existen tres tipos de escalas menores, estas son. Natural, melódica y armónica; las escalas natural se llama así porque se da de forma natural, y la ubicación de los semitonos varía, marcando una diferencia entre las escalas mayores; por ejemplo, las escalas menores tienen los semitonos entre segunda y tercera nota y entre la quinta y sexta

nota. Sin embargo, las escalas melódicas cuando suben de manera natural y cuando bajan lo hacen con las mismas alteraciones de su relativa menor. Las escalas menores armónicas mantienen su semitono en la segunda y tercera nota pero altera la séptima nota para lograr un tono y medio entre la quinta y sexta nota.

Es importante aclarar, que quien define la característica de menor o mayor es en el primer semitono que se encuentra en las escala; es decir, en el caso de las menores el semitono que se encuentra entre la segunda y tercera nota, y las mayores entre la tercera y cuarta nota.

#### 2.2.12. Armadura de clave

La armadura de clave o simplemente armadura en notación musical es el conjunto de alteraciones propias (sostenidos o bemoles) que escritas al principio del pentagrama sitúan una frase musical en una tonalidad específica. De esta forma define cuales notas deben ser alteradas para lograr la tonalidad, independientemente de las alteraciones que se sucedan de manera accidentadas.

Las armaduras de claves se ubican al principio del pentagrama con el fin de evitar muchas alteraciones dentro de la partitura y se vea sobrecargada la misma, cada nota que es alterada en la armadura, se mantendrá alterada durante toda la partitura, a menos que aparezca un becuadro y elimine la alteración de manera temporal.

**IMAGEN N°24:** Armadura de clave, para definir los tonos.

Fuente: <http://www.aprende-gratis.com/teoria-musical/>

### 2.2.13. Armonía y Texturas Sonoras.

Cuando se hace sonidos distintos de manera simultánea se produce lo que se conoce en lenguaje musical los **acordes musicales**; dando lugar a una nueva entidad sonora pero sin perder su propia identidad; es decir, ya no se habla de la nota de Do, Re, Fa, Sol, La, Si, Do, sino de los acordes de Do, Re, Mi, Fa, Sol, La, Si, Do. Estos al igual que los intervalos pueden ser consonantes o disonantes. **La armonía** surge cuando se comienza a utilizar y a crear los acordes de manera sucesiva, dando lugar al discurso musical, combinando los acordes con los sonidos melódicos, y de esta forma crear voces y sonidos que dan lugar a las creaciones orquestales (grupos musicales, bandas, orquestes, entre otras). También se le conoce como **polifonía**.

### 2.2.14. Consonancia y Disonancia.

Durante la investigación se ha descrito sobre las ondas sonoras y las características frecuenciales de cada una de las notas musicales; también se señala sobre los intervalos. En la musicoterapia se considera consonancia cuando dos o más sonidos contienen una mínima diferencia entre las frecuencias sonoras. Tomando como base el teorema de Tyndall y el teorema Helmholtz. El primero señala que *“Cuanto más simple es la relación de las frecuencias entre dos sonidos más consonante será el intervalo”* Tyndall (citado por Betés 2000:52). Y por otro lado, Helmholtz (citado por Betés 2000:52) señala que *“Cuanto más simple y proporcional es la numeración de los sonidos que componen un acorde más consonante ser”*. Obsérvese que las teorías son muy parecidas; sin embargo, mientras Tyndall se enfoca en

los sonidos de manera melódica o individual, Helmholtz se enfoca en los acordes.

Por otro lado, cuando se producen fluctuaciones en las frecuencias sonoras y a su vez es desagradable al oído se le considera disonancia; cabe destacar, que con la música contemporánea los intervalos disonantes se han ido disminuyendo cada vez más, considerando que los compositores contemporáneos utilizan cualquier elementos sonoro para producir música.

#### 2.2.15. Ritmo y Métrica.

El ritmo se define como la organización en el tiempo de pulsos y acentos que perciben los oyentes en una estructura. Es el efecto producido por la sucesión de sonidos de distintas duraciones y acentos; Betés (2000) lo señala como “...*el fluir de la música en el tiempo*” (p.52). Dentro del ritmo se encuentran un conjunto de elementos conocidos como figuras de notas, la cual se utiliza en la escritura musical para identificar las duraciones de los sonidos (notas musicales), cabe destacar, que dentro de las figuras se encuentran los silencios, los cuales son equivalente al valor de cada nota; estas figuras son:

#### 2.2.16. Dinámica.

En términos musicales la dinámica está referida a los cambios de intensidad de volumen con fines expresivos; también se le conoce como matices, el cual busca darle características subjetivas, expresada por el compositor; se pueden mencionar algunas expresiones aplicadas en la

musical como: **p** (piano), **pp** (pianissimo), **mp** (mezzo piano), **f** (forte), **mf** (mezzo forte), **ff** (fortissimo), entre otros.

La unión de todos los elementos señalados en esta sección de la investigación, forma lo que se conoce como música escrita, y es un aspecto importante para la formación de musicoterapeutas y para la propia terapia en sí misma.

### **3. Los instrumentos musicales utilizados en Musicoterapia.**

El primer instrumento utilizado por el hombre es su propio cuerpo y en especial la voz, así como lo señalan Vercher y Huguet (1994:15) *“el cuerpo humano es el primer instrumento...y especialmente con la propia voz”*. Considerando este instrumento el más eficaz para expresar emociones y sentimientos de manera clara. Partiendo de este principio, los instrumentos utilizados en musicoterapia son considerados una ampliación del propio cuerpo humano y por consiguiente su propia voz.

Cabe señalar, que conjuntamente con la voz se toman en consideración la expresión corporal que actúa de manera simultánea con ésta, generando danza, rítmica y movimientos corporales que permiten una mejor aplicación de la terapia y entendimiento de las necesidades del propio paciente; estos movimientos corporales Aznar (citado por Bétes 2002:261) los señala como:

- Las manos, ya sean palmeando o percutiendo con las mismas el pecho, los muslos u otras partes del cuerpo.
- Los pies, el zapateo en el suelo son un elemento rítmico importantísimo en algunas culturas, ayuda a interiorizar el pulso de una manera casi inconsciente.
- Los muslos, las rodillas, el pecho, son lugares para ser percutidos con las manos, obteniendo sonoridades diferentes.
- Los pitos, produciendo chasquidos secos con los dedos pulgar y medio.

Cabe señalar, que los instrumentos más utilizados son de percusión, sin embargo, no se descarta de otros tipos como los de viento de forma sencilla como pitos o silbatos, teniendo (independientemente del tipo) clasificaciones, según necesidades; a propósito Benenzon (2011:88) señala que:

*Todo elemento capaz de producir un movimiento, un sonido, una vibración que pueda ser percibido como mensaje, o como medio de comunicación, será parte integrante de los elementos del setting de la musicoterapia.*

Éste precursor de la musicoterapia lo clasifica los instrumentos musicales en:

- a) Corporales. Se refiere a la utilización del cuerpo como primer y más importante instrumento, tanto para el paciente como para el musicoterapeuta.
- b) Naturales. Hace mención a aquellos elementos que producen sonidos sin la utilización con construcción por la mano del hombre; es decir, estando en la misma naturaleza, por ejemplo, el aire, los árboles.

c) Cotidianos. Son todos aquellos elementos de uso cotidiano y que están en el uso diario del individuo y que producen sonidos atractivos para la terapia.

d) Creados. Son todos aquellos instrumentos que son fabricación del mismo paciente, el cual se realiza durante la terapia.

e) Y por último los instrumentos musicales. Que a su vez se clasifica en:

- Convencionales. Son instrumentos conocidos por todos pertenecientes al mundo social y cultura en donde se desenvuelve el paciente y el musicoterapeuta.

- No convencionales. Con instrumento de fabricación propia del paciente y terapeuta, perteneciente al mundo cultural en el que se mueve el paciente. Por ejemplo: un tambor creados por el paciente, hecho de materiales de desechos o plástico.

- Folclóricos. Son instrumentos que provocan y mueven el mundo interior del paciente por pertenecer a las tradiciones propias donde el paciente tiene sus raíces. Por ejemplo: un cuatro para los Venezolanos, o el guitarrón para los Mexicanos.

- Primitivos. Tiene un origen muy antiguo.

- Electrónicos. Son instrumentos que requieren de electricidad y medios electrónicos como, amplificador, ecualizadores, entre otros.

Además, Benenzon (2011) clasifica los instrumentos según el uso que se le da de acuerdo a los beneficios conductuales o de comportamiento; es decir, los instrumentos a utilizar en la terapia dependerá de la situación o enfermedad del paciente. Es decir, el Musicoterapeuta realiza una investigación al paciente y establece un diagnóstico, luego el especialista



(Musicoterapeuta) clasifica el instrumento que se puede utilizar en la terapia; estos instrumentos son clasificados como:

- a) Como objeto de experimentación: El paciente observa con expectativa y sorpresa todos los elementos y características del instrumento.
- b) Como objeto de catarsis: El paciente saca de dentro y elimina su descarga emocional a través de la ejecución de un instrumento, terminando en un momento gratificante.
- c) Objeto de defensa: El instrumento es utilizado por el paciente como un objeto de defensa.
- d) Objeto de enquistamiento: Es sobre todo en los pacientes autista donde se observa este comportamiento respecto al instrumento, lo toman, acarician y abrazan, si producir ningún sonido.
- e) Objeto intermediario: A través del instrumento se establecerá la comunicación entre el paciente y el musicoterapeuta.
- f) Objeto de intermediación corporal: Es aquel instrumento que permite la comunicación entre varios pacientes del grupo, su uso y su sonido provoca vínculos entre el grupo favoreciendo la unión y el entendimiento grupal.

En otro orden de ideas, las interpretaciones musicales recomendadas para la aplicación de la terapia musical, va a depender básicamente del tipo de situación o enfermedad del paciente; por ejemplo, un paciente con trastornos depresivos se identifica rápidamente con músicas tristes o melancólicas, o el individuo hiperactivo al colocarle una música alegre o con ritmos acelerados, se sentirá rápidamente identificado puesto que estará acorde con su comportamiento. Es por esta razón que la música a escoger para el tratamiento debe hacerse después de un diagnóstico, el musicoterapeuta recomendará la música de acuerdo a su criterio profesional;

sin embargo, según Schwarz y Schweppe (2002:162) plantea algunas músicas que son utilizadas como medio de curación, se encuentra:

#### 2.2.17. Música para combatir los miedos:

La música puede aliviar las aprensiones y los miedos irracionales que se alojan en el subconsciente. Las terapias tienen que ajustarse a cada problema. Dentro de este tipo de situación problema se encuentran piezas musicales que tiene efectos calmantes sobre el sistema nervioso vegetativo. Al escucharlas, el oyente se siente tranquilo y liberado, se relaja y consigue ver de otro modo su propio miedo. Este tipo de músicas son:

- **Johannes Brahms:** Sinfonía N°4 en Mi menor, segundo movimiento (andante moderato).
- **Antonin Dvorak:** Sinfonía N°8 en Sol mayor, tercer movimiento (Scherzo) y cuarto movimiento (Allegro ma non troppo).
- **Georg Friedrich Händel:** Música acuática (primera suite en Fa mayor). Y Música para los reales fuegos de artificio (primer movimiento, cuarto movimiento, quinto y sexto movimiento).
- **Gustav Mahler:** Sinfonía N°8 en Mi bemol mayor.
- **Wolfgang Amadeus Mozart:** Sinfonía N°35 en Re mayor.

#### 2.2.18. Música para combatir la depresión:

En el marco teórico de la investigación se señala de manera general el concepto de depresión, sus causas y consecuencias; sin embargo, se pudiera decir que la depresión es una forma de inarmonía cerebral y mental; la música es una eficaz medicina para el tratamiento de la misma y, el

escuchar de manera constante un tipo de música ayuda a curar este tipo de patología; los tipos de música recomendados según Schwarz y Schweppe (2002:163) son:

- **Johann Sebastian Bach:** Concierto de Brandenburgo N°5 en Re mayor, segundo movimiento (affetuoso); el N°6 en si mayor, segundo movimiento (adagio ma non tanto) y tercer movimiento (allegro); el N°1 en fa mayor, primer movimiento (allegro) y tercer movimiento (allegro).
- **Michael Pretorius:** Terpsícore.
- **Sergei Rachmaninov:** Concierto para piano N°3 en Re menor, tercer movimiento (finale).
- **Max Reger:** Concierto al estilo antiguo, primer movimiento (allegro con spirito).

2.2.19. Música para la concentración, la memoria, para combatir el estrés y para dormir:

El cerebro funciona a través de ondas eléctricas, conocidas como ondas cerebrales, el cual, dependiendo del estado en que esta el individuo actúa a un ritmo conocido como frecuencias. Las frecuencias son la cantidad de ciclos por segundo en que se repite este ritmo eléctrico; entre menos se repite dichas frecuencias más tranquilo o relajado esta la persona.

La música también funciona a través de ondas sonoras que a su vez también es energía y al igual que las ondas cerebrales se calcula a través de ciclos por segundos (frecuencias); es decir, que las músicas con menos frecuencias generan mayor estado de concentración, relación y tranquilidad; según Schwarz y Schweppe (2002:169) recomienda las siguientes

interpretaciones musicales para la concentración, la memoria, para combatir el estrés y para dormir:

- **Johann Sebastian Bach:** El clave bien temperado, partes I y II; Suites Inglesas; y Variaciones Goldberg.
- **Felix Mendelssohn:** Sinfonía N°5 en Re menor, segundo movimiento (allegro vivace); sinfonía N°3 en La menor, tercer movimiento (adagio).
- **Gionanni Pierluigi Palestrina:** Misa del Papa Marcello.
- **Maurice Ravel:** Daphnis y Chloe (Suite N°1).
- **Camille Saint-Saëns:** Primer concierto para violonchelo en La menor.
- **Wolfgang Amadeus Mozart:** Concierto para piano en Re menor, segundo movimiento (romance).
- **Johannes Brahms:** Sinfonía N°1 en Do menor, segundo movimiento (andante sostenuto) y tercer movimiento (un poco allegretto e grazioso); Variaciones sobre un tema de Haydn.
- **Eric Satie:** Primeras obras para piano.
- **Franz Schubert:** Sinfonía N°5 en Si menor, segundo movimiento (andante con moto).
- **Tomaso Albioni:** Adagio en Sol menor.
- **Ludwin Van Beethoven:** Concierto para piano N°4 en Sol mayor, segundo movimiento (andante con moto).
- **John Dowland:** Fantasía para Laúd.
- **Leos Janacek:** Sinfonietta.
- **Piotr Ilyinch Tchaikovski:** Sinfonía N°5 en Mi menor, cuarto movimiento (finale).

Como se ha señalado, las músicas recomendadas para los distintos estados de ánimo están intrínsecamente relacionadas a las ondas sonoras con las ondas cerebrales, e inclusive al ritmo cardíaco; de esta forma Stone (2011:161) señala que:

*Los oídos recogen ondas sonoras en el aire y las convierten en impulsos eléctricos. Los impulsos suben por el sistema nervioso hasta las neuronas a través de la electricidad. La cual el cerebro en forma de ondas cerebrales...*

Aunado a lo anterior, dependiendo del diagnóstico del paciente, el musicoterapeuta utiliza o recomienda cierto tipo de música que permita mejorar la situación del individuo a tratar. Stone (2011:161) señala que:

*...la música activa múltiples regiones cerebrales, razón por la cual tiene un impacto tan global en nosotros: memoria, respuesta inmune, respuesta al estrés y nuestras emociones...*

### **2.3. Fundamentos Biológicos de la Musicoterapia.**

Cuando se habla de los fundamentos biológicos de la Musicoterapia, se refiere a todos los aspectos relacionados con elementos físicos y biológicos tanto del sonido como de la audición, incluyendo la anatomía neurológica y auditiva del ser humano. Tales aspectos se describirán a continuación.

#### **□ La naturaleza del sonido.**

##### **2.3.1. La Sensación Sonora.**

Toda la música está compuesta por vibraciones sonoras que genera (en primer término) en el individuo una sensación; entendiendo como sensación como la captación de estímulos externos a través de los sentidos

(gusto, tacto, olfato, vista, oído), sin interpretaciones mentales; tal como lo señala Cabrera (2008:119) “...constituye la fase inicial en la recepción de información y se producen cuando algunos de nuestros sentidos (vista, tacto, olfato, gusto u oído) es estimulado por una energía física”. En programación neurolingüística (P.N.L) se conoce estos canales de recepción por el nombre de Sistema de Representación.

### 2.3.2. La Percepción Sonora.

Luego de recibir información a través de los sistemas de representación, es cuando comienza un proceso mental de interpretación del mundo exterior llamado percepción; Cabrera (2008:122) señala que:

*La percepción...es un proceso cognitivo a través del cual tanto del exterior como del propio cuerpo, organizamos los datos recibidos de un modo significativo, para tomar conciencia del mundo que nos rodea y de los estados internos del propio organismo.*

En el caso de la musicoterapia, la percepción sonora interviene en varios agentes, señalados por De Andrés (1996) estos son:

1. El sonido debe nacer de una fuente, de un objeto sonoro que es puesto en vibración por algún tipo de excitación.
2. El sonido se ha de propagar hasta llegar al sujeto que lo percibe.
3. Se produce la captación de las ondas sonoras a través de los fonoreceptores (oído).
4. Se produce la sensación sonora cuando el cerebro reconoce e interpreta el estímulo.

Este proceso sonoro-receptor, se produce similar al proceso de comunicación humana; por ejemplo: existe un emisor, que en el caso comunicacional humana es producida por individuo, en cambio, con la percepción sonora el emisor es todos aquellos elementos capaces de producir sonido, bien sea humano o no, natural o no; en la comunicación humana, existen varios canales, el sonido mismo producido por el individuo (palabras), cartas, medios de comunicación (teléfonos, internet), en cambio, con la percepción sonora el canal es el ambiente, el aire; en la comunicación humana el receptor es otro individuo que escucha o recibe la información, en cambio en la percepción sonora es el cerebro la que recibe la información y luego le da la interpretación desde un punto de vista más emocional.

### 2.3.3. Oír y Escuchar.

En la musicoterapia se establece una diferencia entre oír y escuchar; cuando se habla de oír se refiere al simple hecho de captar los sonidos, sin ninguna interpretación o procesamiento cultural o cognición. En cambio, escuchar se refiere al proceso interpretativo de los sonidos, la identificación detallada de cada sonidos; tal como lo señala Andrés (citado por Betés 2000:40) *“Oír es algo habitual y no implica prestar mucha atención... escuchar implica, por el contrario, un estado especial de atención, una focalización consciente de la audición central de algún sonido”*.

Para el musicoterapeuta es importante lograr que el paciente, escuche, procese los sonidos (música) utilizada durante la terapia ya que de esta forma el proceso terapéutico será más eficaz; porque al procesar los sonidos permite aflorar sentimientos y emociones que el terapeuta canaliza o fortalece según sea el caso.

- Tipos de Oído (musical).

En relación en esta etapa, en los fundamentos de la musicoterapia se diferencia los tipos de oído en términos de musicales; es decir, se establece tres (3) tipos de oído:

1. Interior: se refiere a la capacidad de escuchar la música mentalmente, en ausencia de estímulo exterior.
2. Relativo: este está relacionado con la fonación, con la memoria, con la imaginación y con la sensibilidad. No requiere de ninguna formación musical académica, aunque sí una cierta afición musical.
3. Absoluto: está referido a la capacidad de reconocer y nombrar los sonidos según la nota que le corresponda, sin ninguna otra referencia mas que la propia memoria.

Para el terapeuta musical, la identificación del tipo de oído del paciente es muy significativo, ya que permite definir el tipo de instrumentos a utilizar en la terapia; por ejemplo: un paciente con oído absoluto, identifica los sonidos melódicos, armónicos, sonidos percutidos con mayor rapidez y facilidad que otros tipos de paciente, que requieren una mayor preparación; es decir, dependiendo de las características auditivas de los pacientes, definen el tipo de instrumentos a utilizar en la terapia, el tipo de música, el tipo de movimiento rítmico-corporal; además, el nivel de terapia, unas con mayor facilidad que otra.

- La Memoria Auditiva Betés (2000:42):



Se puede distinguir tres momentos en el proceso de la memoria auditiva, estos son:

1. El primer registro. La percepción sonora depende de la claridad del estímulo y de la ausencia de inteligencias. También de la capacidad de comprensión del oyente, adquirida a través de una educación previa.
2. El segundo momento del proceso de memorización es la conservación del recuerdo, inmediata o a largo plazo. Cuanto más intensa es la empatía que se produce durante el registro, más profunda será la huella y más largo el recuerdo.
3. El tercer momento del proceso de memorización es la recuperación de la información. Puede ser espontánea si el registro es intenso, o puede requerir el auxilio de algún tipo de asociación verbal, cinética y muscular o visual si es más débil.

Cuando se habla de memoria se refiere a la capacidad de individuo a recordar experiencias pasadas; Nelson y Gelbert (2008:27) señala que *“Cuando hablamos de la memoria, nos referimos a aquello que recordamos como nuestra capacidad para recordar”*. Existen experiencias que quedan guardadas en la memoria que de no necesariamente se está consciente de su existencia, es donde aparece dos aspectos de la memoria que son: la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo. También Nelson y Gelbert (2008:28) plantea la memoria a corto plazo *“...está formada por toda aquella información que se necesita recordar durante poco segundos o minutos, para después desaparecer”*. Además, los mismos autores, Nelson y Gelbert (2008:31) definen la memoria a largo plazo de esta forma:

*...está compuesta por fragmentos de información que el cerebro almacena durante períodos más largos que unos pocos minutos, y que recupera cuando*

*los necesita. Dicho de esta forma, la memoria a largo plazo es la suma total de lo que usted sabe...*

En estos procesos de memorización el musicoterapeuta busca hurgar en el interior mental del paciente, aquellos elementos sonoros-musicales guardados durante un tiempo determinado, según la edad del mismo; también, el terapeuta musical busca a través de la música y sus elementos crear una comunicación empática o de confianza, de esta forma, las músicas utilizadas durante de la terapia funcione, bien sea como medio catártico, como de reencuadre o sencillamente como aprendizaje significativo para el individuo, y que quede en su mente consciente y subconsciente, y en consecuencia en su conducta.

- Los Sonidos.

Los sonidos son vibraciones que producen una sensación auditiva. El sonido es lo que se oye, pero también se puede considerar sonido cualquier fenómeno que potencialmente pudiera producir la sensación.

A pesar de que los sonidos tienen sus frecuencias característica individuales, cada persona interpreta cada uno de ellos de manera distinta, todo esto debido a aspectos culturales y emocionales; de lo contrario los sonidos serían solamente ondas sonoras producidas por la naturaleza o de manera artificial; según Betés (2000:43) plantea *“El sonido reside en el cerebro: fuera sólo hay ondas sonoras”*. Por ejemplo: es probable que al escuchar un sonido característico de un ave, el individuo por sus experiencias

y conocimientos identifique inmediatamente el tipo de ave; sin embargo, si un individuo nunca ha escuchado el cantar de un ave en específico, no podrá definir el tipo de ave.

Los sonidos están clasificados en sonidos naturales y artificiales; los sonidos artificiales son provocados por el hombre; contrario a este concepto los sonidos naturales no están provocados por el hombre, incluyendo los sonidos involuntarios o fisiológicos del mismo como toser, respirar, roncar, entre otros.

Los sonidos están provocados por movimientos que son (Betés 2000):

- a) Vibratorios, puesto que presenta oscilaciones muy pequeñas.
- b) Oscilatorios, puesto que recorren su trayectoria alternativamente en un sentido y otro.
- c) Complejos, porque no siguen una sola trayectoria.
- d) Ondulatorios, ya que se propagan como ondas a través de un medio elástico.

- El Ruido.

El ruido es un sonido desagradable, fuerte, irregular, de altura indefinida o que interfiere a otro sonido. De Sousa (2012:1) define el ruido como:

*un sonido perjudicial, perturbador o dañino para quien lo recibe, que interfiere con las actividades, las conversaciones o el descanso. El ruido representa un riesgo permanente para la salud de los trabajadores. Interfiere en la comunicación hablada, puede afectar la conducta, producir pérdida temporal de la audición y si el nivel de ruido es suficientemente alto, puede ser responsable de un daño permanente en el mecanismo auditivo.*

Por otro lado Betés (2000) lo divide en dos tipos, dependiendo de la afección por parte del receptor:

1. Desde el punto de vista psicológico, como a todo sonido molesto, bien sea por indeseado, inoportuno o desconcertante.
2. Desde el punto de la fisiología, se considera ruido cualquier sonido muy fuerte. Si su nivel de intensidad es extremo, puede llegar al umbral del dolor, puesto que provoca esta sensación en el oído.

**IMAGEN N°25: Los Fenómenos Sonoros**

Fuente: Betés (2000:45)

2. El Oído.

En esta sección del capítulo se describe cómo funciona el órgano receptor del sonido, el oído. Se pretende modelar de alguna manera ciertos procesos de la captación del sonido; con el fin de describir los fenómenos psicoacústicos que involucra este proceso.

Es importante señalar, que la captación de sonido es un proceso que sucede en fracciones de segundos, que se origina como una sensación, pero luego es interpretada cognitivamente; en este sentido Díaz (2012) señala que *“La generación de sensaciones auditivas en el ser humano es un proceso extraordinariamente complejo, el cual se desarrolla en tres etapas básicas”* (p.2), además, los enumera de forma secuencial, en la medida como sucede el proceso de captación de sonido:

- Captación y procesamiento mecánico de las ondas sonoras.
- Conversión de la señal acústica (mecánica) en impulsos nerviosos, y transmisión de dichos impulsos hasta los centros sensoriales del cerebro.
- Procesamiento neural de la información codificada en forma de impulsos nerviosos.

La captación, procesamiento y transducción de los estímulos sonoros se llevan a cabo en el oído propiamente dicho, mientras que la etapa de procesamiento neural, en la cual se producen las diversas sensaciones auditivas, se encuentra ubicada en el cerebro. Así pues, se pueden distinguir dos regiones o partes del sistema auditivo: la región periférica, en la cual los estímulos sonoros conservan su carácter original de ondas mecánicas hasta el momento de su conversión en señales electroquímicas, y la región central, en la cual se transforman dichas señales en sensaciones.

## 2.4. Sistema anátomo-fisiológicos de la audición.

El sistema nervioso del individuo es un conjunto de órganos, el cual cumple funciones importante para el desarrollo normal del individuo, además de procesar las informaciones recibidas del mundo exterior; Bosco (citado por Betés 2000:67) señala que:

*Nuestro sistema nervioso controla, entre otras cosas, la relación existente entre el medio externo (luz, sonido, etc) como con el medio interno. El sistema auditivo es el encargado de percibir el mundo exterior a través de los sonidos producidos por éste, transformándolo en energía e insertándolo en el mundo interior del individuo.*

Estos sonidos tienen una intensidad (medida en decibelios) y una frecuencia (medida en hertzios) pero el sistema nervioso solo entiende el lenguaje del impulso nervioso, por lo que el sonido producido en el mundo externo es transformado en impulsos nerviosos. De ello se encarga el oído, que es un receptor y un transductor de la información acústica, enviándola al sistema nervioso central a través de los nervios acústicos o auditivos; de esta forma Myers (2005:212) señala que:

*Cuando tocamos una tecla de un piano creamos una energía impulsora en forma de ondas sonoras, o sea, moléculas de aire que chocan entre sí, del mismo modo que transmite un empujón a los largo de una cola compacta de personas, las ondas resultantes del aire se comprimen y se expanden son como las ondas que se forman en un estanque cuando se arroja una piedra. Sumergidos en una mar de moléculas de aire en movimiento, nuestros oídos detectan estos breves cambios en la presión del aire. Los oídos los transforman luego en impulsos nerviosos, que nuestro cerebro codifica como sonidos.*

Es importante señalar, que el sistema nervioso central está formado por el encéfalo y la medula espinal. Entre ambos se encuentra el tronco del encéfalo, estructura formada por el bulbo raquídeo, la protuberancia o puente

y el mesencéfalo. Por detrás del tronco del encéfalo se encuentra el cerebelo, principal órgano del equilibrio. El tronco del encéfalo es como un nudo de comunicaciones, con núcleos de neuronas que direccionan la información que les llega. Además, el cerebro se encuentra la corteza o parte externa, con neuronas que le dan color gris (sustancia gris) y donde se elabora la respuesta consciente. Por debajo de la corteza se encuentran los fascículos de fibras (sustancia blanca) que transporta la información entre la corteza y los núcleos del piso interior.

**IMAGEN N°26:** Anatomía del Cerebro.

Fuente: <http://www.rctv.net/index.php/2012/08/10/>

2.4.1. Anatomía del y fisiología del oído.

En esta sección se estudia las estructuras del oído y su funcionamiento, con el fin de comprender los fenómenos psico-acústicos, teoría que forma parte de los fundamentos biológicos de la musicoterapia.

- Región periférica del sistema auditivo

El oído o región periférica se divide usualmente en tres zonas, llamadas oído externo, oído medio y oído interno, y esta diferenciada por su ubicación en el cráneo; tal como lo señala Rodríguez (2003:198) *“Anatómicamente, en el oído se distinguen tres partes bien diferenciadas: el oído externo, el oído medio y el oído interno”*, así como puede observarse en la Figura N°26.

**IMAGEN N°27:** Anatomía del oído.

Fuente: Curtis (2006:516)

Es importante resaltar, como el sonido entra al oído y a su vez es transformado en impulsos nervioso, la cual es procesado por el cerebro (percepción); Díaz (2012:23) señala que *“Los estímulos sonoros se propagan a través de estas zonas, sufriendo diversas transformaciones hasta su conversión final en impulsos nerviosos”*. Este procesamiento sensorial está intrínsecamente relacionado a aspectos culturales, ya que cuando el cerebro capta los impulsos, se comienza un conjunto de reconocimientos entre los sonidos y las experiencias del individuo; por ejemplo: cuando un individuo no reconoce un sonido, se debe a que no ha tenido alguna experiencia relacionada a ese sonido.

Para el musicoterapeuta es importante el desarrollo de la percepción auditiva, ya que a través de terapias sonoras, ayuda a corregir problemas del habla del paciente; así como lo señala Bolaños (2006:196)

*La principal finalidad de la percepción auditiva es la de desarrollar destrezas en los niños para que puedan percibir y discriminar sonidos y ruidos; mediante esta clase de percepción se prepara al niño para realizar el análisis fonético...el desarrollo perceptual auditivo debido a la importancia que significa en el desenvolvimiento del lenguaje...*

#### 2.4.2. Anatomía del Oído Externo.

El oído externo está formado por el pabellón auricular u oreja, el cual dirige las ondas sonoras hacia el conducto auditivo externo a través del orificio auditivo. El otro extremo del conducto auditivo se encuentra cubierto por la membrana timpánica o tímpano, la cual constituye la entrada al oído medio. Para Díaz (2012):



*La función del oído externo es la de recolectar las ondas sonoras y encauzarlas hacia el oído medio. Asimismo, el conducto auditivo tiene dos propósitos adicionales: proteger las delicadas estructuras del oído medio contra daños y minimizar la distancia del oído interno al cerebro, reduciendo el tiempo de propagación de los impulsos nerviosos. (p.23)*

El oído externo está compuesto por una cantidad de protuberancias con base cartilagosas cubiertas de piel, el cual permite atrapar con mayor eficacia el sonido y transportarlo al interior del oído, como se puede observar en la siguiente imagen N°27.

**IMAGEN N°28:** Partes del Oído Externo.

Fuente: <http://www.med.ufro.cl/Recursos/neuroanatomia/>

Es importante aclarar, que las formas anatómicas del oído externo cumplen funciones de captación de sonidos; éste hace un recorrido hasta entrar al oído medio e interno para luego ser transformado en impulsos nerviosos. La mal formación o alteración de cada una de estas parte, produce también alteración en la percepción del sonido. El musicoterapeuta busca que individuo con estos casos, aprenda a identificar los sonidos, en busca de una mejor calidad de vida, además de mejorar sus relaciones comunicaciones e interpersonales, con su vínculo social; evitando o corrigiendo trastornos de orden físico-mental, como por ejemplo: los trastornos depresivos.

### 2.4.3. Anatomía del Oído Medio.

El oído medio está constituido por una cavidad llena de aire, dentro de la cual se encuentran tres huesillos, denominados martillo, yunque y estribo, unidos entre sí en forma articulada. Uno de los extremos del martillo se encuentra adherido al tímpano, mientras que la base del estribo está unida mediante un anillo flexible a las paredes de la ventana oval, orificio que constituye la vía de entrada del sonido al oído interno Díaz (2012).

La función del oído medio es la de transformar las vibraciones producidas por el aire en vibraciones del sistema bioquímica, las cuales se les conoce como vibraciones de fluidos; tal como lo señala Díaz (2012:24) *“Por lo tanto, el tímpano y la cadena de huesecillos, actúan como un mecanismo para transformar las vibraciones del aire en vibraciones del fluido”*. Las ondas de sonido que recibe del oído externo, se convierten en vibraciones para luego llevarlas hasta el oído interno. Esto lo hace usando el tímpano (que en realidad separa el oído externo del oído medio) y los tres huesos más pequeños y delicados del cuerpo llamado “Martillo”, “Yunque” y “Estribo”. El tímpano es una membrana delgada adherida al Martillo. El martillo está unido a otro pequeño hueso llamado yunque. Y finalmente, el yunque está unido al hueso más pequeño de todo el cuerpo, el estribo. Cuando las ondas de sonido llegan hasta el conducto auditivo externo y al tímpano, éste empieza a vibrar. Las vibraciones pasan por los tres pequeños huesos -el martillo, el yunque y el estribo. Estos tres huesos transfieren estas vibraciones a la parte más profunda del oído: el oído interno. Tal como se puede observar en la imagen N°28.

**IMAGEN N°29:** Anatomía del oído medio.

Fuente: <http://medtempus.com/archives/>

El oído medio también tiene otra función; ayuda a que el tímpano soporte la presión, el oído medio está conectado a la parte posterior de la nariz por un conducto estrecho llamado **Trompa de Eustaquio**. La trompa de Eustaquio y el oído medio mantienen la misma presión del aire en ambos lados del tímpano. Normalmente el conducto permanece cerrado a menos que la persona bostece. Pérez y Algarra (2006:294) señala que *“El oído medio trasmite la energía mecánica recibida en el conducto auditivo externo al oído interno...evitando la pérdida de energía del sonido al pasar de un medio gaseoso como el aire a un medio líquido”*. Ver imagen N°29.

**IMAGEN N°30:** Partes del tímpano.

Fuente: <http://cuerpohumanocuerpo.blogspot.com/>

## 2. Anatomía del Oído interno.

El oído interno es la culminación de un primer proceso sonoro acústico para dar inicio a una segunda etapa más mental; a propósito Díaz (2012:25) señala que:

*El oído interno representa el final de la cadena de procesamiento mecánico del sonido, y en él se llevan a cabo tres funciones primordiales: filtraje de la señal sonora, transducción y generación probabilística de impulsos nerviosos.*

En el oído interno se encuentra en la cóclea o caracol, la cual es un conducto rígido en forma de espiral de unos treinta y cinco (35) mm de longitud, lleno con dos fluidos de distinta composición.

El oído interno tiene como función convertir las vibraciones en impulsos nerviosos. Después de que las ondas sonoras se conviertan en vibraciones en el oído medio, entran en el oído interno. Las vibraciones llegan a la cóclea, (Caracol), un conducto pequeño y enroscado en el oído interno. La cóclea está llena de líquido y recubierta de células con miles de pelitos en la superficie. Estos pelitos no son como los que tenemos en la cabeza o en los brazos -son más pequeños y sólo pueden verse con un microscopio. Pérez y Algarra (2006:298) señalan que:

*Las funciones del oído interno, son dos fundamentalmente: discriminación tonal del sonido, es decir, actuar como un sistema analizador de frecuencias... Traducción. Consiste en la transformación de la energía acústica en bioeléctrica...*

Cuando las vibraciones del sonido tocan el líquido de la cóclea, el líquido empieza a vibrar. Y cuando lo hace, esos pelitos se mueven. Los pelitos convierten entonces las vibraciones en señales nerviosas para que el cerebro pueda comprender el sonido. Una vez que las señales nerviosas llegan al cerebro, éste puede interpretarlas.

**IMAGEN N°31:** Anatomía del Oído Interno.

Fuente: Curtis (2006:516)

- El sonido como comunicación emocional.

Los sonidos procedentes de los movimientos sonoros ambientales a los provenientes del habla, actúan como una poderosa herramienta de intercambio emocional. Las formas sonoras son una expresión especial y acompañante de algunos movimientos corporales, que son los que además de representar la respuesta de adaptación, constituyen el medio común para expresar las emociones, tanto en los animales que viven colectivamente como el hombre. Hidalgo (citado por Betés 2000:63) señala que:

*Por ello, el componente emocional está presente en todas las formas de expresión y captación de información sonora en los humanos, perdiendo protagonismo en la medida que se desarrolla el poder de expresión por medio del lenguaje, sobre todo, cuando coincide con una determinada y extendida forma de educación en la que se trata de no exteriorizar las emociones, que es la característica del entorno que rodea al individuo.*

Cabe señalar, que los seres humanos son los únicos capaces de generar sonidos artificiales originados por las herramientas (instrumentos musicales) que ha creado con distintos fines. La mayoría con el propósito de mejorar la actividad laboral y otros para su entretenimiento placentero. Por ejemplo: los ejércitos del mundo utilizan música marcial, con la intención de generar energía, poder, e inclusive marchar a un ritmo en los desfiles como ejemplo de coordinación y adiestramiento.

Sin embargo, la utilización del sonido musical está basada en la sensación de placer que provoca su escucha, alcanzando una forma más elaborada en la emoción estética, que es la evocación e identificación personal con esquemas cognitivos inefables, aunque para llegar a esta última se requiere generalmente el conocimiento previo de una determinada composición musical.

Las sensaciones, emociones y efectos provocados por los sonidos musicales, varían dependiendo de sus características físicas, ritmo, melodía y armonía en su presentación secuencial, siendo comúnmente más intensos en los individuos con hábitos de interpretación musical si se les compara con los simplemente oyentes, variando también en razón de las previas finalidades esperadas.

## **2.5. Sistema anátomo-fisiológicos de la fonación.**

Cuando se habla de fonación se refiere a la emisión de sonidos en donde intervienen un conjunto de órganos y músculos del ser humano, dándole mayor importancia la inhalación y exhalación de aire, diferenciándose de la respiración normal, en la exhalación, ya que esta pasa por las cuerdas vocales provocando vibraciones y al final el sonido o palabra articulada; a propósito Bosco (citado por Betés 2002:80) señala que:

*La fonación es un mecanismo complejo en el que intervienen varios órganos. El ruido se produce en la laringe pero previamente tiene que haber una inspiración y después tiene lugar una compresión del tórax acompañado de la expiración para la expulsión del aire de los pulmones...*

Cabe señalar, que estos órganos que intervienen en la producción de sonido se les conoce como aparato fonador, en donde cada uno cumple una función específica en este proceso; por ejemplo:

1. Los pulmones: cumple una función de fuente, debido a que las fases de inspiración-expiración son producidas por éste; aunque intervienen otros órganos y músculos como el diafragma, que ayuda a expulsar el aire con más fuerza; los escalenos, esternocleidomastoideos, serratos anterior y

posterior, pectorales mayores y menores, subclavios y supracostales. Viñals (2012:1) señala que las funciones de los pulmones es:

*...conducir el oxígeno al interior de los pulmones, transferirlo a la sangre y expulsar las sustancias de desecho, en forma de anhídrido carbónico...El oxígeno pasa fácilmente a la sangre de los capilares a través de las paredes alveolares, mientras que el anhídrido carbónico pasa desde la sangre al interior de los alvéolos, siendo espirado por las fosas nasales y la boca.*

2. La laringe: también se le conoce como sistema vibrador laríngeo ya que tiene como función la producción de voz, aunque cumple otras funciones como protección de enfermedades de tipo respiratorias. A propósito Leyva (2012:1) lo define como “...el órgano de la voz, pero además constituye parte importante de la vía aérea y es también su mecanismo de protección pues evita el pasaje de los alimentos con el reflejo de tos y la dinámica de protección de la epiglotis”. La laringe está conformado varios órganos y huesos, tales como: el hueso hioides, cartílago tiroides, cartílagos circoides, cartílagos aritenoideos y epiglotis.

Es importante señalar, que las cuerdas vocales se encuentran entre el cartílago tiroides y los cartílagos aritenoides. Entendiéndose como cuerda vocal el ligamento vocal y la mucosa que reviste, que al pasar el aire por este, se producen vibraciones que provocan el sonido y, conjuntamente con las articulaciones vocales y la lengua se generan las palabras.

3. Cavidades de resonancia: la cual está conformada por la faringe, las fosas nasales y cavidad bucal: para entender cuál es la función de cada uno de estos órganos, es necesario analizarlos por separado:

□ Faringe: es un tubo musculoso situado en el cuello y revestido de membrana mucosa que conecta la nariz y la boca con la tráquea y el esófago

y por el que pasan tanto el aire como los alimentos. Alberga las amígdalas y, en los niños, los ganglios adenoides. Como arranca de la parte posterior de la cavidad nasal, su extremo más alto se llama nasofaringe. La inferior u orofaringe ocupa la zona posterior de la boca. Termina en la epiglotis, un pliegue cartilaginoso que impide la entrada de alimentos en la tráquea, pero no obstaculiza su paso al esófago. Las llamadas trompas de Eustaquio comunican la faringe con el oído medio y equilibran la presión del aire a ambos lados del tímpano.

La faringe cumple varias funciones importantes en la comunicación del hombre, tal como define Bosco (citado por Betés 2000:84):

- a) Deglución: es el paso del alimento desde la boca al estómago mediante un acto continuo, integrado y completo
  - b) Respiración: la entrada de oxígeno al cuerpo de un ser vivo y la salida de dióxido de carbono.
  - c) Fonación: modifica la corriente de aire procedente de los pulmones y la laringe en las cavidades supraglóticas como consecuencia de los cambios de volumen y de forma de estas cavidades.
- Fosas nasales: está ubicada en la cara, teniendo como función la de recibir el oxígeno que luego será distribuido por todo el cuerpo. Está conformado por dos cavidades alargadas, con dos pares de aberturas, unas anteriores y otras posteriores. Las primeras están situadas en la **nariz**, y se mantienen en contacto con el exterior. Las segundas, llamadas **coanas** el cual se comunican con el interior de tu cuerpo, hacia los pulmones.



En las paredes de las fosas nasales se encuentran los senos paranasales, la cual determina el sonido particular de la voz de cada persona; tal como lo señala Bosco (citado por Betés 2000:83):

*Los sonidos pueden variar dependiendo de los senos. La morfología de éstos difiere de unas personas a otras. Cuando se llenan de líquido (Sinusitis) se producen variaciones en la voz*

□ Cavity bucal: se encuentra debajo de las fosas nasales, la cual se encarga de las palabras articuladas y su modulación; a propósito Bosco (citado por Betés 2000:83) señala que:

*Estas se encuentran por debajo de las fosas nasales y separadas de ellas por la bóveda del paladar. Dependiendo de la morfología del paladar varía la modulación de la voz, a diferencia de las fosas nasales, ya que esta última solo determina el sonido y el paladar los sonidos de las articulaciones (palabras).*

Cabe señalar, que el aparato fonador del hombre está conformado por un conjunto de órganos que se inicia desde las fosas nasales, la cavidad nasal y bucal, la faringe, la laringe, la tráquea, los bronquios, los pulmones, el diafragma y la caja torácica; la producción del sonido producido por el habla depende básicamente de la función eficiente de cada uno de estos órganos; dicho de otra manera, la mala función de uno o varios órganos que componen el aparato fonador, produce alteraciones en el sonido producido por el habla; y es donde el musicoterapeuta centra su terapia en ejercicios que permitan desarrollar los sonidos vocales. Ver imagen N°32

**IMAGEN N°32:** Aparato Fonador del Hombre.

Fuente: Piña (2011:1)

### 2.5.1. Teorías para explicar la Fonación.

Existen un conjunto de teorías que explican como funcionan la producción de sonido a través del aparato fonador; básicamente son comparaciones han hecho especialistas a través del tiempo para explicar la fonación; dichas teorías se presentan a continuación.

#### 2.5.1.1. Teoría mioelástica (Antoine Ferrain, 1746):

Este autor semejaba las cuerdas vocales a las de un violín, considerando que dependiendo de la masa, la longitud y la tensión de las mismas, determinaba el timbre de la voz del individuo.

Señalaba varios factores mioelásticos, tales como:

- a) La rigidez: resistencia al desplazamiento.
- b) La elasticidad: tendencia a volver a su posición.
- c) La masa: cantidad de materia.
- d) La inercia: tendencia a mantener el movimiento.

#### 2.5.1.2. Teoría Aerodinámica (Johannes Müller 1839):

En relación a este autor señalaba que las cuerdas vocales vibran exclusivamente por el paso del aire, sin depender de las características mioelásticas, contradiciendo la teoría de Ferrain. Comparó las cuerdas vocales con órgano (instrumento musical).

Planteaba que los factores aerodinámicos son: la presión y la velocidad.

- a) La presión es inversamente proporcional a la velocidad de flujo de una corriente:  $P_1 \times V_1 = P_2 \times V_2$ .
- b) Efecto Bernoulli: el aumento del flujo de una corriente genera una presión negativa.

#### 2.5.1.3. Teoría mioelástica aerodinámica (Van de Berg 1970):

En el caso de este autor planteaba una teoría más compleja en relación a la producción de sonido a través de aparato fonador; señalaba que las cuerdas vocales están cubiertas por mucosas; y que el cuerpo de las cuerdas vocales es rígido y apenas vibra al paso del aire. Señalando que lo que realmente hace producir el sonido son las mucosas que recubren las cuerdas vocales por ser menos rígida por lo tanto produce mayor vibración. Además, combina la teoría de Ferrai con la de Müller señalando, que cuando el aire pasa por las cuerdas vocales se da la presión subglótica obligando a que estas se habrán hacia abajo y por el efecto Bernouilli, al pasar el aire, éstas se cierran por arriba. La fuerza mioelástica es la responsable de que se cierren de forma total.

La frecuencia de vibración aumenta si:

- a) Aumenta la presión subglótica.
- b) Aumenta la longitud de las cuerdas vocales.
- c) Aumenta la tensión de las cuerdas.

La intensidad aumenta si:

- a) Aumenta la presión subglótica.
- b) Aumenta la compresión media laríngea.

c) Mejora la acomodación de la resonancia.

#### 2.5.1.4 Teoría de Fant (1960):

En este caso Fant separaba los sonidos, ya que creía que cuando se producía un sonido con las vocales las cuerdas vocales vibraban; sin embargo, con las consonantes se producían sonido según la posición de la lengua o los labios. Según la colocación del tracto vocal suena una vocal u otra, porque las cuerdas vocales vibran igual.

## 2.6. Fundamentos neurológicos.

El cerebro es el centro de comando de todo el cuerpo humano; todo lo relacionado con las funciones de todo el cuerpo se origina y termina en él. Además, todo lo que se percibe del mundo exterior también es procesado e interpretado en el cerebro, por ejemplo: las imágenes, los sonidos, el tacto, el gusto, el olfato. Tal como lo define Geffner (2013:1):

*El cerebro es el órgano que nos hace pensar, sentir, desear y actuar. Es el asiento de múltiples y diferentes acciones tanto conscientes como no conscientes, que nos permite responder a un mundo en continuo cambio y que demanda respuestas rápidas y precisas.*

Cabe señalar, que todas las anomalías en relación a la interpretación de estos cinco sentidos o sistemas de representación, indica una anomalía a nivel neurológico que requiere de atención.

En este sentido, existen una serie de enfermedades relacionadas con la música desde un punto de vista neurológico, la cual es importante señalarlas y además analizarlas.

Desde hace muchos años se ha venido investigando sobre la relación entre la música y el cerebro logrando avances debido a la incorporación de las nuevas técnicas de diagnóstico por imagen. Las neuroimágenes (imágenes cerebrales) permiten ver como se activan las distintas zonas del cerebro ante la percepción de diversos estímulos externos, vinculando las células nerviosas con representaciones sensitivas. A propósito Jauset (2011:59) señala:

*A través de las neuroimágenes se obtiene información visual tridimensional de la activación de determinadas áreas cerebrales en función de los estímulos aplicados. Así, cuando escuchamos una canción, las zonas del cerebro que rigen la escucha consumen más glucosas, reciben más oxígeno y la sangre se oxigenada provoca una alteración magnética....*

Estas técnicas (neuroimágenes) han permitido detectar, con más eficacia, algún trastorno o anomalía desde un punto de vista neurológico; además, permite medir el funcionamiento del cerebro (en tiempo real) en algunas conductas y alteraciones nerviosas; información importante para el musicoterapeuta, ya que le permite determinar el tipo de patología, además, de clasificar el tipo de terapia a aplicar en algunos casos que tienen un origen neurológico; Serecigni y García (2013:396) señala que (en documento en línea):

*Las técnicas de imagen funcional permiten medir simultáneamente la actividad funcional del cerebro y la conducta, lo cual puede ser una valiosa herramienta para comprender las estructuras cerebrales y las vías neuro-químicas que subyacen al "craving" y a la pérdida de control sobre la conducta compulsiva...*

### 2.6.1. Estructura del Cerebro.

Como se ha señalado, el cerebro está dividido en partes teniendo cada uno de ellas funciones; sin embargo, funciona como un todo, ya que cada parte depende de las demás, ya que están conectadas unas de otras. Es decir, para entender cómo funciona el cerebro se hace necesario analizar por separado las funciones de cada una de ellas.

#### 6.1.1. El Córtex:

Desde el punto de vista anatómico la parte del cerebro más grande es el córtex o corteza cerebral como también se le conoce; está dividida en dos partes simétricamente iguales denominadas hemisferio derecho y hemisferio izquierdo, la cual está separada por un surco o fisura longitudinal y, a pesar de esta división estos se complementan. Además, de esta división de los hemisferios, también se dividen en cuatro partes llamadas lóbulos, tales como: el frontal, el parietal, el occipital y el temporal. Cada uno de los lóbulos se clasifica según las funciones que tengan; es decir, las que procesan la información que proviene de los distintos sentidos (tacto, visual, auditiva, gustativa y olfativa), otro se encarga de procesar los códigos del lenguaje, otro con el movimiento voluntario (Jauset 2011).

En la siguiente imagen se puede observar cómo está estructurado el cerebro incluyendo la parte del cerebro llamado cerebelo, como se puede observar en la imagen N°33:

**IMAGEN N°33:** Estructura del Cerebro Humano

Fuente: Curtis (2006:521)

Como se ha señalado, en cada lóbulo se encuentran las zonas conocidas como córtex, teniendo cada una de ellas funciones específicas, el cual es necesario mencionar; Navarro (2006:161) conceptualiza las partes del cerebro, de la siguiente manera:

- Puede identificarse funciones básicas del lóbulo temporal: una relacionada con las sensaciones auditivas y la percepción auditiva y visual; la segunda especializada en el almacenamiento de información sensorial a largo plazo; la tercera es la función que le añades el tono afectivo a la información sensorial, cuya base también está en la amígdala.
- El papel específico del lóbulo frontal izquierdo es el control del movimiento relacionado con el lenguaje y el del lóbulo del frontal derecho el control de los movimientos relacionados con las habilidades no verbales.
- El lóbulo parietal tiene dos funciones básicas: una relacionada principalmente con las sensaciones y percepciones somáticas y la otra, especializada en la integración de las informaciones sensitivas y sensoriales de las regiones somáticas, visuales y auditivas.

- El lóbulo occipital es un órgano de recepción de los estímulos luminosos que dan origen a la recepción visual. Es decir, procesa la información visual que llega de la retina.

**IMAGEN N°34:** Divisiones del Córtex Cerebral.

Fuente: Curtis (2006:521)

#### 6.1.2. El Sistema Límbico:

El sistema límbico está compuesto por un conjunto de estructuras cuya función está relacionada con las respuestas emocionales, el aprendizaje y la memoria. Así como lo señala Jauset (2011:65) *“El sistema límbico es básico para nuestra supervivencia pues regula todas las constantes corporales de nuestro organismo es responsable de la reproducción y de todas nuestras reacciones emocionales.”*

Los componentes de este sistema son: amígdala, tálamo, hipotálamo, hipófisis, hipocampo, el área septal (compuesta por el fórnix, cuerpo calloso y fibras de asociación), la corteza orbitofrontal y la circunvolución del cíngulo.

**IMAGEN N°35:** Sistema Límbico del Cerebro Humano.

Fuente: <http://www.psycoactiva.com/atlas/limbic.htm>



### 6.1.3. El Hipotálamo:

El hipotálamo es una pequeña parte del cerebro localizada justo debajo del tálamo a ambos lados del tercer ventrículo. (Los ventrículos son áreas dentro de la corteza que están llenas de fluido cerebroespinal, y conectadas al fluido de la médula). Se sitúa dentro de los dos tractos del nervio óptico, y justo por encima (e íntimamente conectado con) la glándula pituitaria; de esta forma lo señala Barra (2013:8):

*El Hipotálamo es una glándula hormonal del volumen de un guisante situado en el centro del cerebro, que controla y regula cada glándula y a la vez cada una de las funciones del organismo. Su función principal es la homeostasis, que es el proceso de devolver alguna cosa a la neutralidad, a su punto de partida...*

El hipotálamo es responsable de la regulación del hambre, sed, respuesta al dolor, niveles de placer, satisfacción sexual, ira y comportamiento agresivo, y más. También regula el funcionamiento de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático, lo cual significa que regula cosas como el pulso, la presión sanguínea, copulación reproductora, la respiración, y la activación fisiológica en respuesta a circunstancias emocionales; a propósito Barra (2013:8) señala que las funciones principales del Hipotálamo son regular:

- Homeostasis o equilibrio interno. Lo hace a través de la vía endocrina y del sistema nervioso autónomo.
- Vía Endocrina. El hipotálamo genera sus propias hormonas a través del núcleo paraventricular y supraóptico, las que se almacenan en la hipófisis. Además produce factores liberadores que estimulan a la adenohipófisis.

- Los factores liberadores drenan a través del sistema porta hipofisiario y estimulan a las células que sintetizan tirotrifinas, gonadotrofinas, prolactina, etc., todas aquéllas hormonas que son estimulantes de otras glándulas.
- En cambio la neurohipófisis tiene sus propias hormonas que son la vasopresina u hormona antidiurética y la oxitocina que participa en la contracción de la musculatura lisa uterina.
- Sistema nervioso autónomo. Si se estimula al hipotálamo anterior es como si se estimulara al sistema parasimpático y el estimular al hipotálamo posterior es como estimular al sistema simpático.
- También tiene función reguladora de temperatura, sueño y vigilia, es decir, ritmo circadiano. Una lesión del hipotálamo posterior produce sueño.
- El centro del hambre se encuentra en el hipotálamo lateral al igual que el metabolismo de las grasas. El núcleo ventromedial regula la saciedad.
- La temperatura, la presión sanguínea, la función muscular - el sistema inmunitario, el comportamiento sexual.

#### 6.1.4. El Hipocampo:

El hipocampo consiste en dos “cuernos” que describen una curva desde el área del hipotálamo hasta la amígdala. Parece ser muy importante en convertir las cosas que están “en la mente” ahora (en la memoria a corto plazo) en cosas que se recuerdan por un largo tiempo (memoria a largo plazo). Si el hipocampo es dañado, una persona no puede construir nuevas memorias, y vive en un lugar extraño donde todo lo que experimenta simplemente se desvanece, incluso mientras que las memorias más antiguas antes del daño permanecen intactas. Según el Atlas Cerebral (2012:1) (en documento en línea) señala la función del hipocampo es:

*...la de la consolidación de la memoria y el aprendizaje. Una lesión en esta zona produce amnesia anterógrada, o sea de los acontecimientos ocurridos después de la lesión, afectando así a los recuerdos de hechos específicos, pero curiosamente no afecta al aprendizaje de nuevas capacidades o habilidades. Por ejemplo, una persona podría aprender a montar en bicicleta después de la lesión, pero no recordaría haber visto nunca una bicicleta.*

#### 6.1.5. La Amígdala.

La amígdala es una masa con forma de dos almendras que se sitúan a ambos lados del tálamo en el extremo inferior del hipocampo. Cuando es estimulado eléctricamente, los animales responden con agresión. Y si la amígdala es extirpada, los animales se vuelven muy dóciles y no vuelven a responder a cosas que antes les a habrían causado rabia. Pero hay más cosas en ella que solo ira: Cuando se extirpa, los animales se vuelven también indiferentes a estímulos que podrían de otra manera haberles causado miedo e incluso respuestas sexuales. A propósito Sánchez y Román (2004:224) señalan que:

*...la amígdala es la que se ha relacionado de un modo más consistente con la emoción, tanto en animales como en humanos... está considerada como una estructura esencial para el procesamiento emocional de las señales sensoriales, ya que recibe proyecciones de todas las áreas de asociación sensoria.*

#### 6.1.6. El Cerebelo.

Es otra parte del encéfalo que se encuentra detrás del cerebro, por debajo de los hemisferios cerebrales. Tiene forma ovoide, ligeramente aplanado y con una hendidura central. Coordina los movimientos de los músculos al caminar, ayuda a mantener el equilibrio, entre otras actividades motoras. Consta de tres partes: en la línea media se encuentra una elevación

larga llamada vermis o cuerpo vermiforme, y a cada lado de esta existen dos elevaciones voluminosas llamadas hemisferios cerebelosos. Estos están recubiertos por una fina capa de sustancia gris y en su interior hay una sustancia blanca que lo comunica con otras partes del sistema nervioso, en una forma que recuerda las ramas de un árbol, por ello recibe el nombre de árbol de la vida. El cerebelo se comunica con el cerebro a través de unos cordones de fibras llamadas pedúnculos cerebelosos superiores. Además, a través de los pedúnculos medio el cerebelo se conecta con la protuberancia anular (o puente de Varolio), y por los pedúnculos inferiores, con el bulbo raquídeo. Henríquez (2012:12) define la función del cerebelo como:

*La corteza cerebelosa en realidad, cumple una función bien especial, que no es una función de aumentar, sino que de regular, coordinar y manejar una situación, y no la de excitar o de estimular el funcionamiento de una vía.*

#### 6.1.7. El Tallo Cerebral.

Está localizado por debajo del tálamo y conecta a este con la médula espinal. En la parte más alta del tallo cerebral se encuentra el mesencéfalo, que hace de conexión con el cerebro y contiene la formación reticular (estructura responsable de los estados de insomnio y sueño). También por el tallo cerebral pasan los tractos o haces que provienen de las porciones más altas del sistema nervioso central (S.N.C) y que conectan el cerebro con la médula espinal. Además, se encuentran el puente de Varolio (el ensanchamiento central) y el bulbo raquídeo o médula oblonga. Según Ferreira (2010:7) las funciones del tallo o troco cerebral son:

*...regulan la respiración, la temperatura y la frecuencia cardíaca. Aunque dentro del conjunto de los centros nerviosos, es relativamente pequeño, sus funciones son un elemento indispensable para la vida y alguna lesión en el bulbo raquídeo causa la muerte inmediata por paro cardiorrespiratorio.*

### 6.1.8. Los Hemisferios Cerebrales.

Como se ha señalado, los hemisferios del cerebro se encuentra ubicado en la zona conocida como neocórtex, y está dividida por parte relativamente iguales (izquierdo y derecho), separados por un surco, aunque esto no signifique que no haya conexión entre las dos partes.

#### Hemisferio Izquierdo:

El hemisferio izquierdo está relacionado con el lenguaje (área de Broca), con la matemática, en relación con la música, procesamiento de los ritmos y del tono musical. Se le conoce como el cerebro lógico, ya que es analítico, planificador (Jauset 2011).

#### Hemisferio Derecho:

Conocido también como el cerebro creativo, se relaciona con las artes, la música desde un punto de vista melódico, la percepción del timbre y de los contenidos emocionales del lenguaje, es intuitivo (Jauset 2011).

**IMAGEN N°36:** Mapa Mental de los Hemisferios del Cerebro Humano.  
Fuente: Realizado por el Autor (2012)

Por otro lado, existen un conjunto de patologías relacionadas con la música y el cerebro, que ha requerido de atención profesional multidisciplinaria, encabezado por musicoterapeutas, neurólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos y médicos en general. Es importante resaltar, que la música permite canalizar estos tipos de patologías, como por ejemplo los trastornos depresivos, por supuesto, con la supervisión y

observación directa de profesionales, antes señalados; a propósito Hervás (2008:142) señala que:

*Al reconocerse hoy día que gran parte de las enfermedades tienen su origen en el cerebro, que por medio de estímulos llegarán a la zona del cuerpo que desarrollará la enfermedad, se intenta que los estímulos producidos por melodías musicales, al llegar al cerebro, logren bien la anulación o la relajación de aquellos otros causantes de la enfermedad...*

Cabe señalar, que investigaciones neurológicas han determinado que el ser humano posee células cerebrales relacionadas con la música y, que la práctica de la misma ayuda al desarrollo del cerebro. Dichas investigaciones han demostrado que estas células están distribuidas por todo el cerebro y que a su vez trabajan en conjunto, debido a la combinación de todos los elementos de la música como tal (ritmo, melodía, escritura); tal como lo señala Rubia (2009:1):

*Se ha podido comprobar, que el hemisferio derecho atiende a los aspectos melódicos de la música y el izquierdo a los aspectos rítmicos. Las estructuras del sistema emocional o límbico que procesan las emociones en el hemisferio derecho se activan cuando sujetos voluntarios se imaginan la música. El hemisferio derecho también es más sensible para la armonía.*

También se ha encontrado que el desarrollo del cerebro musical se debe a un amplio aspecto genético; es decir, existe más probabilidades que el hijo de un músico desarrolle más esa cualidad que uno de padres que no lo son.

De este principio, antes señalado, se origina las investigaciones de patologías relacionadas con la música, tales son los casos que se señalaran a continuación.

- Amusia:

La Amusia es una patología neurológica que supone una alteración en la percepción auditiva, lectura, escritura o ejecución musical y que no es debido a alteraciones sensitivas o motoras. El término suele reservarse para aquellos defectos que aparecen aislados y se deben a una lesión focal o al menos inicialmente focal, siendo menos utilizado cuando el defecto se relaciona con una demencia o con una enfermedad psiquiátrica. Se utiliza el término amusia congénita para describir a los sujetos que son incapaces de reconocer las melodías o discriminar la diferencia entre los tonos, sin presentar ningún otro defecto neurológico y habiendo tenido una adecuada exposición al ambiente musical; García (citado por Betés 2000:91) lo señala como *“...la pérdida o disminución de la capacidad musical secundaria a una lesión cerebral...la amusia puede centrarse en las funciones práxicas como la destreza de cantar o tararear o silbar...”*.

Es importante acotar, que la amusia puede ser congénita o adquirida, además de numerosas variedades; por ejemplo: la amusia adquirida es un daño cerebral producto de alguna situación externa (accidente, enfermedad) y que afecta la percepción musical trayendo como consecuencia afecciones en la producción musical o en la lectura de la misma; de esta forma lo señala Soria, Duque y García (2011:51) *“Con amusia adquirida nos referimos a una alteración secundaria a un daño cerebral y que puede darse en la percepción musical, en la producción musical o en la lectura o escritura de la música”*.

Dentro de estos tipos de amusias se encuentra diversas alteraciones, tales como (García citado por Betés 2000):

- Amusia oral-expresiva: esta se refiere a la imposibilidad cantar, silbar o tararear un tono.

- Amusia instrumental o apraxia musical: cuando se ve inhabilitada la capacidad para tocar un instrumento.
- Agrafia musical: cuando a la persona producto de la patología le resulta posible escribir música.

Por otro lado, la afectación puede ser de la dimensión perceptiva:

- Amusia sensorial o receptiva: altera la capacidad para discriminar entre tonos.
- Amusia amnésica: interfiere la capacidad para reconocer canciones familiares.
- Alexia musical: se altera la capacidad para leer música.
- Alucinaciones Musicales.

Estas están relacionadas con las percepciones musicales sin necesidad de ningún estímulo acústico externo; es decir, la persona es capaz de imaginarse sonidos, como si lo estuviera escuchando, por lo general las músicas que alucinan son experiencias de interpretaciones conocidas, pero no necesariamente es así; García (citado por Betés 2000:94) señala que *“Las alucinaciones musicales son percepciones musicales no relacionadas causalmente con un estímulo acústico externo...se refieren no solo a melodías o canciones, sino a ritmos...”*.

Las causas de las alucinaciones son variadas, pueden aparecer productos de enfermedades, tales como: epilepsia, amnesia, entre otros. También puede aparecer producto del consumo de alucinógenos.

- Epilepsia Musicogénica.



La epilepsia musicogénica es un trastorno neurológico poco frecuente, es una condición clínica evocada o provocada sensorialmente, son inducidas por sonidos en combinaciones melódicas y armónicas, se describen como crisis provocadas exclusivamente al escuchar música; es decir, las personas al escuchar sus canciones favoritas, comienza con una serie de eventos asintomáticos de manera súbita, tales como: síncope, excesiva sudoración y alteraciones nerviosas, desmayos, migraña, entre otros; el estímulo desencadenante depende también del volumen y el timbre, así como el instrumento; este tipo de anomalía se le conoce como paroxismo epilépticos. A propósito García (citado por Bétes 2000:95) señala que *“La epilepsia musicogénica es una forma relativamente rara de epilepsia refleja caracterizada por la presencia de paroxismo epilépticos desencadenados por la audición de música”*.

## **2.7. Fundamentos Psicológicos de la Musicoterapia**

La Musicoterapia como alternativa para tratar enfermedades de tipo conductual y física depende (como ya se ha dicho) de dos elementos fundamentales; en primer lugar, la música con todos sus elementos; y en segundo lugar la parte terapéutica, que depende este último de la psicología en todas sus variables; es decir, la base de la musicoterapia es, sin lugar a dudas, la psicología y la música; a propósito Bravo, Cabañas Y Díez (2012:7) señalan que:

*La musicoterapia actúa fundamentalmente como técnica psicológica, es decir, que su soporte terapéutico reside en la modificación de los problemas emocionales, de las actitudes, de la energía dinámica psíquica que, en última instancia, será el esfuerzo predominante para modificar cualquier patología que sufra el ser humano.*

Es por esta razón que se hace necesario mencionar algunas de las bases psicológicas que fundamentan la musicoterapia, además, de los modelos de intervención utilizados en el mismo.

### 2.7.1. Psicología de la música.

La Psicología de la Música es una de las especialidades de la Psicología que se inicia a principios del Siglo veinte (XX). Desde entonces ha ido evolucionando en sus métodos y objeto de estudio. Es una disciplina de la psicología, el cual estudia todo lo relacionado con la conducta musical, Vera (citado por Betés 2000:114) la define como “...según el modelo conductista como aquella rama de la psicología que tiene por objeto el estudio científico de la conducta musical...”. Se puede distinguir algunos de los campos de investigación, teniendo en cuenta que no son excluyentes, tales como: La precepción de la música, el oído absoluto, la percepción del tono, la memoria musical, la cual se describirá a continuación:

#### 7.1.1. La percepción de la música.

El ser humano entra en contacto con medio ambiente a través de los sentidos (vista, oído, gusto, tacto y olfato) u órganos sensoriales, esto lo hace sin ningún tipo de interpretación cognoscitiva; simplemente el ser humano recibe los estímulos del medio ambiente y lo transforma en impulsos nerviosos y químicos para luego ser procesada a través del cerebro. Éste procesamiento cerebral es el que se conoce como percepción, de esta forma Cabrera (2008:121) lo define como “...en la percepción, el sistema nervioso actúa sobre los datos iniciales, los organiza e interpreta...no como una impresión sensorial aislada, sino como un conjunto global organizado o una totalidad”. Se puede decir por ejemplo, que cuando una música ejecuta algún

instrumento todo lo relacionado con las características de volumen y tono son sensaciones; pero sí reconoce melodías, armonías, ritmos, esto se conoce como percepción.

Ahora bien, la percepción musical está relacionado con el estudio del procesamiento cerebral de los sonidos y la música; estudia desde cómo es percibido y transformado en impulsos los sonidos, para luego ser procesado por el cerebro; tal como lo señala Morán (2010:60):

*...la percepción musical como un proceso psicológico en el que se integran las variables físicas del sonido con procesos como el aprendizaje, la memoria, la motivación y la emoción; todo esto enmarcado en un contexto estético y sociocultural determinado, que permite organizar e interpretar la información sensorial para darle significado.*

En términos musicales la psicología de la música, específicamente en la percepción estudia elementos tales como (Vera citado por Betés 2000:70):

□ Oído absoluto:

El oído absoluto está referido a la capacidad que tienen algunas personas por lo general músicos, de identificar de manera clara las notas musicales o vibraciones sonoras, pudiendo diferenciar una de otra. El músico con oído absoluto es capaz de afinar un instrumento con mayor precisión, a ejecutar a primera vista las partituras y saber cómo sonará una nota musical sin ejecutarla, solo con leer la partitura. Gómez (2007:70) lo define como “... la cualidad de identificar la altura exacta de un tono sin que le sea proporcionado otro de referencia...”.

Se cree que las personas con oído absoluto lo pudo haber desarrollado durante su infancia, producto del contacto constante con la música y los sonidos o producto de la herencia genética.

□ Percepción del tono.

La percepción del tono se relaciona con la identificación de las características de las ondas sonoras; es decir, las personas cuando escucha un tono, una voz, y sonido inmediatamente el individuo la identifica con algo, bien sea con un idioma, la voz de un conocido, una música conocida, entre otros. El tener todo el sistema auditivo en óptimas condiciones, permite a través de la percepción, desarrollar la voz, permite enfatizar palabras en el discurso, además, de identificar a un conocido así este con los ojos cerrados; tal como lo señala Torre, Roldan y Rosales (2012:1):

*La percepción del tono fundamental es importante para la de percepción de la voz, ya que proporciona información útil para la identificación de locutores, permite la extracción de información prosódica, y es usada para enfatizar palabras clave en las frases. Además, en el caso de los idiomas tonales la entonación es una característica con valor fonético, por lo que en estos casos la percepción del tono va más allá de suministrar información suprasegmental.*

La usencia de la percepción de la tonalidad trae como consecuencias problemas de índole fonético y de pronunciación de palabras, además, de identificación de voces, tonos y música; es por esta razón que los sordos presentan problemas en el habla, e inclusive personas con una disminución en las capacidades auditivas su pronunciación o su timbre de voz es distorsionada.

### 7.1.2. La memoria musical.

La memoria es la retención de experiencias pasadas, y según el tiempo que transcurre el recuerdo en la mente, se clasifica en memoria de largo, mediano y corto plazo. Cabe señalar, que la memoria es la consecuencia de un aprendizaje, es difícil que algo se mantenga en la memoria a menos que se aprehenda en ella.

Además, la zona del cerebro encargada del aprendizaje y la memoria es el hipocampo, de allí que las personas con enfermedad alzheimer presente daños a nivel de hipocampo y por eso la pérdida de la memoria.

En relación a la memoria musical, esta se refiere a la capacidad que tiene el músico o individuo para recordar sonidos, melodías, además de la capacidad de recordar y leer partituras. A propósito Motero (2010:2) señala que:

*El aprendizaje de la música desencadena un "reajuste" cerebral haciendo que más neuronas respondan mejor a los sonidos, este reajuste neuronal se extiende a lo largo de la corteza cerebral, esto puede explicar la capacidad que tienen algunos pacientes con Alzheimer avanzado de reconocer melodías... El acto de leer música e interpretarla inmediatamente se conoce como repentinización musical, las notas musicales llegan a la memoria operativa (memoria reciente) y luego se interpretan en el instrumento musical. El músico que memoriza una melodía entera utiliza la memoria de largo plazo.*

Es importante aclarar, que la memoria musical depende de la capacidad auditiva; sin embargo, un músico con oído absoluto necesariamente tiene gran capacidad de memoria.

#### 2.7.1.3. La Música, recurso terapéutico desde fuera de la musicoterapia.

Como ya se ha explicado en anteriores ocasiones, la base de toda terapia es la psicología, entendiendo este último como la ciencia de la conducta y los procesos mentales, Coon (2005:12). La psicología de la música también utiliza estos preceptos psicológicos, además de sus corrientes para su desarrollo.

En esta sección se presentan algunas corrientes de la psicología desde una perspectiva musical, e inclusive como sus precursores opinaban sobre la utilización de la música con fines psicológicos y por consecuencia terapéuticos.

#### 2.7.1.3.1. El psicoanálisis: el lenguaje no verbal (1896).

Cuando se habla de psicoanálisis se tiene que nombrar inevitablemente a su precursor Sigmund Freud, que aunque no era especialista en psicología, su acercamiento a las enfermedades neurológicas (ya que era neurólogo) lo ayudó a desarrollar dicha teoría y método de atención de enfermedades de tipo mental; descubrió que muchas de las enfermedades que atendía no era de orden física sino producto de trastornos mentales; de esta forma Cabrera (2008:33) señala que *“...Freud se dio cuenta de que la práctica médica convencional, al atender únicamente los síntomas físicos del enfermo, era insuficiente para tratar estos problemas, lo que lo llevó a emplear otros métodos”*. Estos métodos el cual utilizó en primer lugar fue la **Hipnosis**, teniendo muy pocos resultados; luego utilizó la **Asociación Libre e Interpretación de los Sueños**, el cual consistía en dejar que los pacientes hablaran libremente en la consulta (previamente relajados) de todo lo que le viniera a la mente: sueños, recuerdos, preocupaciones y fantasías.

Freud (1923) planteaba que muchos de los deseos y represiones más fuertes del individuo, el cual no permitía que el individuo superara sus traumas se encontraba en el preconscious, y que a través de los sueños el paciente podía manifestar de forma abierta esos deseos, claro está que la interpretación de los sueños consistía en ordenar esos pensamientos o sueños ya que estos no venían de forma ordenada ni lógica, ya que el mismo preconscious se encargaba de desordenarlo para luego traerlo de esta forma al consciente. De allí surge la teoría del **Ello, el Yo y el Superyó**. Hales y Yudofsky (2005:116) lo señala como:

- a)** El Ello: representa las pulsiones o impulsos primigenios y constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Contiene nuestros deseos de gratificación más primitivos.
- b)** El Superyó: la parte que contrarresta al Ello, representa los pensamientos morales y éticos.
- c)** El Yo: permanece entre ambos, y actúa mediando entre nuestras necesidades primitivas y nuestras creencias éticas y morales.

Por otro lado, Freud no fue un dotado en cuestiones relacionadas a la música, ya que se pensaba que por sus limitaciones tenían miedo a la utilización de la misma como medio terapéutico; tal como lo señala Terán (citado por Betés 2000:175) “...*presentaba un oído a la defensiva y estratégicamente endurecido...*”. A pesar del poco acercamiento que tuvo Freud a la música, la musicoterapia utiliza el psicoanálisis como base teórica puesto que algunos de los elementos de la corriente psicológica son importante para la atención de pacientes y en combinación con la música, ayuda como:

- a) Sistema alternativo de comunicación. El psicoanálisis concede un papel básico y fundamental a la palabra; sin embargo, hay personas con dificultad para expresarse verbalmente; la música ofrece un lenguaje no verbal, facilitando el acceso de estos pacientes a la psicoterapia.
- b) La resistencia a expresarse musicalmente es menor que el usar la palabra. El lenguaje musical sirve como puente a la censura que impone la palabra consciente, y abre las compuertas del inconsciente.
- c) El poder reactivo de la música debilita y desactiva las pulsiones de muerte y las amenazas del exterior.
- d) La música ayuda a provocar regresiones a etapas anteriores de desarrollo.

Es importante desatacar, para la aplicación de la terapia musical, la óptica del psicoanálisis, el papel de la música como alternativa de expresión no verbal, así como su capacidad de hacer más vulnerables las defensas del **Yo**, puenteando la censura del **Superyó** logrando encontrar los pensamientos, traumas y sentimientos que están presente en el **Ello**.

#### 2.7.1.3.2. Psicoterapia psicodinámica breve (1874).

Se pudiera decir que la psicoterapia psicodinámica breve es una rama del psicoanálisis, ya que utiliza los mismos principios, sin embargo, se contraponen a la forma tan prolongada de aplicar la terapia del psicoanálisis originario, planteando una forma de aplicar la terapia de forma rápida y más eficaz. A propósito Braier (citado por García 1997:1) señala que *"cuanto más breve la psicoterapia, más profundo y exhaustivo debe ser el estudio diagnóstico de la personalidad"*.



Por otro lado, la utilización de la música en las terapias psicodinámicas ayuda a abreviar en el tiempo el tratamiento, ya que se ha demostrado que la música incide en las emociones, ayudando a expresar el mundo interior de cada persona; tal como lo señala Terán (citado por Betés 2000:175):

*La música puede contribuir notablemente en el intento de abreviar la duración de una terapia analítica, por cuanto que facilita la descarga brusca o abre acción, es decir, agiliza el brote emocional de conflictos o situaciones traumáticas.*

Esto significa que la música es utilizada como medio catártico agilizando de esta forma la descarga de emociones y sentimientos reprimidos.

#### 2.7.1.3.3. Carl Gustav Jung (1875-1961).

Uno de los más grandes colaboradores de Freud y la teoría del psicoanálisis fue el Psiquiatra Carl Gustav Jung, aunque luego fue uno de los más grandes críticos de la teoría. Criticando sobre todo la teoría de los sueños y la teoría de la sexualidad de Freud. Sobre la teoría de los sueños, creía que estos contribuían al equilibrio psicológico de la persona, y no una expresión de las emociones reprimidas, donde los sueños sirven como válvula de escape.

Jung creó su propio método de intervención psicológica conocida como **Psicología Analítica**, creando sus propias teorías, tal como describe Cloninger (2003:74):

**a)** Consciencia y Yo: Iniciando la revisión desde la consciencia y finalizando en los estratos más profundos de la psique, se encuentra en primera instancia el Yo, centro nuclear de la consciencia, constituyendo

realmente un complejo más de los que integran el Inconsciente Personal pero que ha devenido consciente y rector de la individualidad. El Yo de Jung equivale al componente consciente del Yo Freudiano.

**b)** Inconsciente Personal: En sucesión al Yo se presenta el Inconsciente Personal conteniendo únicamente información derivada de las experiencias personales del individuo. Recibe por tanto todo aquel material reprimido por el Yo, pudiendo invertirse la direccionalidad de tal modo que dicho contenido sea accesible a la consciencia. El inconsciente personal equivaldría a la suma del Preconsciente e Inconsciente Freudianos.

**c)** Complejos: Formando parte del Inconsciente Personal residirían los complejos. Un complejo se definiría como aquel conjunto de conceptos o imágenes cargadas emocionalmente que actúa como una personalidad autónoma. En su núcleo se encuentra un arquetipo revestido emocionalmente.

**d)** Inconsciente Colectivo: Y finalmente, en lo más profundo de la psique humana se encuentra el Inconsciente Colectivo, y con ello, el último elemento de discrepancia con respecto a la conflictiva Freudiana. Queda patente que mientras el modelo de Inconsciente Freudiano queda delimitado por lo personal, Jung amplía sus cauces hacia lo infinito poblacional.

Por otro lado, Jung (1875-1961) reconoce la influencia de la música en las emociones, y a su vez lo considera un aliado para las terapias a pacientes con todo tipo de trastornos, y en especial al inconsciente colectivo; de esta Jung (citado por Betés 2000:177) señala que:

*Esto abre caminos totalmente nuevos de investigación que jamás habría soñado. Dado lo que me ha demostrado esta tarde, no sólo lo que dicho, sino lo que yo he sentido y experimentado, creo que desde ahora en adelante la*

*música debería ser una parte esencial de todo el análisis...esto es muy extraordinario.*

#### 2.7.1.3.4. Alfred Adler: La psicología individual (1912)

Otro de los colaboradores disidentes de Freud y el psicoanálisis es Adler, retirándose de las investigaciones Freudianas muy temprano por no compartir algunas de sus teorías; para luego crear su propio método terapéutico llamado **La Psicología Individual**; Adler (citado por Brett 1999:13) señala que:

*La psicología individual es un sistema a través del cual se puede entender a las personas...es una psicología social; considera a la persona como un todo unificado en pleno funcionamiento, que de alguna forma tiene que manejarse para vivir junto a los demás sobre un planeta.*

Adler (1912) centró sus investigaciones y terapias en siete etapas, complejos de inferioridad y superioridad, estilo de vida, yo creador, metas fantasiosas e interés social, el cual sólo se hará mención de dos de las etapas, por ser tal vez la más relevante para el autor:

**a)** Complejo de Inferioridad: En el campo de psicología y psicoanálisis, es un sentimiento en el cual de un modo u otro una persona se siente de menor valor que los demás. Normalmente es un reflejo mental inconsciente que se proyecta por la imagen distorsionada del yo al ser comparada con las ideas sugestivas que ha obtenido el individuo a lo largo de su vida. Estas ideas sugestivas sugieren que el individuo tenga más capacidades de las que posee y dependiendo del individuo y de cuales ideales se propone lograr, su frustración se convierte en contrapeso de su avance.

En el caso de la teoría Adler, creía que la mayoría de estos complejos son adquiridos durante la infancia y se van reflejando en evolución del individuo; sin embargo, dividía este trastorno en dos tipos; cuando es un complejo en sí, ya que el individuo se hunde en un estado de depresión, o cuando es un sentimiento ya que puede funcionar como impulso a la superación.

**b) Complejo de Superioridad:** Es un mecanismo inconsciente, neurológico, en el cual tratan de compensarse los sentimientos de inferioridad de los individuos, resaltando aquellas cualidades en las que sobresalen. Es lógico pensar que cada individuo posea aspectos positivos y otros negativos. Posiblemente los aspectos negativos del ser son obviados por su psiquis para obcecarse sólo con los positivos.

En los dos casos, el individuo padece de complejos de inferioridad, solo que uno lo refleja abiertamente y otro utiliza como mecanismo de defensa la superioridad.

Por otro lado, el aporte que hace Adler para musicoterapia es muy importante ya que permite obtener las bases para la estimulación temprana y la ayuda durante los primeros años de vida del individuo; aplicando sonidos intrauterinos que permite que los niños e inclusive personas adultas logre estados de relajación profunda, además, ayuda a la concentración y el aprendizaje. De esta forma la persona aprende que puede crear sus sentimientos y que tiene el poder de alterarlos; una práctica que la persona puede hacer desde su casa, simplemente escogiendo algunas músicas que ayuden a manejar las emociones de manera positiva.

#### 2.7.1.3.5. Terapias de la conducta (Terán citado por Betés 2000):

La conducta es todo lo observable del ser humano, se supone es el reflejo del pensamiento y de las emociones, por consecuencia los sentimientos. Dentro de las corrientes de la psicología se encuentra el conductismo, el cual se encarga del estudio de la conducta observable, su precursor fue John Broadus Watson, surgiendo en contraposición a las escuelas de la psicología que estudiaban los estados internos de la mente; de esta forma Watson (citado por Cabrera 2008:26) señala que:

*..todas las escuelas de la psicología excepto el conductismo alegan que la conciencia es la materia de estudio de la psicología. El conductismo, por el contrario, sostiene que la materia de estudio de la psicología humana es el comportamiento o las actividades del ser humano. El conductismo alega que la conciencia no es un concepto ni definible ni utilizable”.*

El conductismo pretende reducir los hechos psicológicos a hechos netamente fisiológicos, tomando como base los experimentos del condicionamiento de Pávlov (1889); utilizando experimentos de aprendizaje a través de asociación de estímulos y respuestas mediante el condicionamiento.

Por otro lado, para la musicoterapia el conocimiento de esta teoría permite utilizar estrategias que permitan observar las variables conductuales en relación a la utilización de algunos tipos de música y sus respuestas; tal como lo señala Betés (2000:178) *“Un mayor y mejor conocimiento del funcionamiento de nuestro recurso principal, la música, así como de las respuestas a ella”.*

#### 2.7.1.3.6. Terapias cognitivas (Terán citado por Betés 2000):

La teoría cognitiva surge como alternativa a los vacíos teóricos dejados por el conductismo, planteando que dentro del estímulo-respuesta hay un proceso mental que debe ser estudiado y analizado; es decir, busca comprender la conducta humana desde un punto de vista del pensamiento; Hernández y Sánchez (2007:51) lo definen como:

*El modelo cognitivo-conductual propuesto por Beck y Ellis puede entenderse como un método colaborativo, partiendo del supuesto de que la gente o el paciente cambia su manera de pensar más rápidamente si la razón del cambio proviene de su misma introspección...el objetivo de este modelo es cambiar creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar los métodos para evaluar en el futuro otras creencias.*

Para la musicoterapia es importante la opinión o pensamiento que tienen los pacientes en relación a algunos tipos de músicas, considerando el bagaje de melodías, ritmos y sonidos que existen dentro de la música, cada uno de estas interpretaciones lleva consigo características sociales, modos de pensar y actuar de un grupo o individuo, esto permite obtener de algún modo el perfil de cada individuo, logrando crear climas de confianza y canales de comunicación entre el terapeuta y el paciente; tal como lo señala Terán (citado por Betés 2000:179) *“Para hacer psicoterapia musical tendremos que entrar en la música de cada individuo; por consiguiente, deberemos flexibilizar nuestro pensamiento; y, en esta tarea es muy provechosa y eficaz la aportación de la psicología cognitiva”*.

#### 2.7.1.3.7. La psicología centrada en el cliente (1942).

Cuando se habla de psicología centrada en el cliente se señala de manera indudable a la psicología humanista; corriente de la psicología que surge en contraposición al conductismo y al psicoanálisis, su principal

exponente fue el psicólogo Maslow (1943). Según la corriente humanista busca que el individuo desarrolle toda su potencialidad para lograr la autorrealización, partiendo de la autoaceptación.

En relación a la psicoterapia centrada al cliente fue creada por el psicólogo Rogers (1942), cambiando el concepto de paciente por cliente, ya que consideraba que el individuo debía participar como agente de su propio cambio, aceptándose como ser limitado, valoración de las emociones, la experiencia del aquí y el ahora. Para Rogers (citado por Prada 1994:56):

*...Su hipótesis fundamental: la persona humana tiene la capacidad innata de auto-realización, sólo hay que ofrecerle la relación positiva para que esta potencialidad de ser más se desarrolle...La teoría se presentaba muy humanista, muy respetuosa de la persona humana, muy partidaria de la libertad y autodeterminación...*

Es importante señalar, que Rogers (citado por Prada 1994) estableció varias condiciones necesarias para que se dé el encuentro terapéutico, estas son:

- Congruencia: coherencia entre lo que se es y lo que se dice, entre lo que se siente y lo que se hace, entre el nivel interior y el exterior del terapeuta.
- Empatía: se trata de la capacidad de ver el mundo no sólo a través de la percepción del consejero sino a través de los ojos del consultante.
- Interés positivo: el terapeuta debe apreciar a su consultante como persona humana que es poseedora de potencialidades ilimitadas.
- Aceptación incondicionada: significa que sea lo que diga, hable, opine u haga el consultante, el terapeuta siempre lo aceptará sin condiciones, sin evaluaciones, sin reservas.

Para la musicoterapia la psicoterapia centrada al cliente aporta los conocimientos necesarios para la elaboración y análisis de técnicas no verbales que permiten la autorrealización del cliente. Estrategias como la improvisación en donde el cliente utiliza cualquier instrumento que le permite expresar sus emociones y sentimientos, ayudando a que el individuo logre auto-superarse; tal como lo señala Terán (citado por Betés 2000:179):

*Esta técnica de reflejar sentimientos, en su cautela de eludir comentarios verbales, puede tener un aliado estratégico: el instrumento musical, que arrojará la expresión espontánea del niño, compensándolo, además, de situaciones frustrantes emergentes que no pueda tolerar, particularmente en la fase de interpretación.*

#### 2.7.1.3.7. La Psicología y Psicoterapia Gestalt (1940).

La psicología Gestalt es otra de las corrientes de la psicología el cual se divide en dos etapas; una primera etapa si se quiere teórica, en Alemania, donde se crea los preceptos conceptuales de esta corriente, siendo sus mayores exponentes fueron Wertheimer, Koffka y Köhler, y una segunda etapa, en los Estado Unidos, donde se crea la psicoterapia Gestalt siendo sus mayores exponente fueron Fritz Perls y su esposa Laura Perls.

Desde el punto de vista teórico, la psicología Gestalt plantea que los fenómenos psicológicos deben ser estudiados como un todo y no como particularidades, estableciendo que las imágenes eran percibidas en su totalidad, como forma, estructura o configuración y no como mera suma de sus partes constituidas (El todo es más que la suma de las partes). Realizando mayor énfasis en su investigación en el campo de la percepción.



Ahora bien, existe una segunda parte luego de constituida la teoría Gestalt en Alemania (1910), y es la psicoterapia Gestalt, que se desarrolla en Estados Unidos por Perls (1952); una terapia en donde el objetivo final es que el cliente logre **Darse Cuenta o Tome Conciencia** del origen del problema. Este será abordado bajo la concepción del **Aprendizaje por Insight**. Este aprendizaje se logra a través del discernimiento o la intuición; es decir, el terapeuta a través de estrategias de aprendizaje, logra que el cliente discierne o intuya sobre su situación, para luego darse cuenta del origen del mismo.

Para la musicoterapia esta teoría es importante, ya que la música es utilizada como apoyo para estimular la participación del cliente, tal como lo señala Perls (citado por Betés 2000:180) *“Yo trabajo mucho con la conciencia corporal, con la respiración, con la postura, coordinación, la voz, porque he estudiado música...”*. Además, señala que cantar es un buen ejercicio para la gente que no suelta la voz.

Otro de los elementos importantes para la musicoterapia, es la forma como Laura Perls señala que la terapia es un arte y que hay una relación intrínseca entre el músico y el terapeuta; Perls (citado por Betés 2000:181) señala que: *“tiene más que ver con el arte que con la ciencia. Intuición y sensibilidad...ser artista supone funcionar de manera holística, y ser un buen terapeuta supone lo mismo”*.

#### 2.7.1.3.8. La terapia primal o terapia primaria (1970).

La Terapia Primal es una forma de psicoterapia para curar traumas psicológicos, fue creada por [Janov](#) (1970). Éste, pensaba que el origen de la neurosis humana se halla en la represión que opera sobre el recuerdo de

experiencias traumáticas acaecidas en la infancia e incluso en la etapa intrauterina debido al dolor físico (asfixia, desnutrición) y consecuentemente emocional que dichas experiencias, reprimidas y ocultadas defensivamente en el inconsciente, conllevan un dolor percibido como una amenaza letal y consecuentemente negado por los mecanismos represores mentales, junto con el recuerdo asociado.

Cabe señalar, que la terapia consiste en que el cliente manifieste plenamente el dolor vinculado a dichos recuerdos y el miedo que originó la huida de él; es decir, volver a experimentar los traumas no resueltos y expresar, los sentimientos dolorosos (soledad, miedo, abandono) largamente enterrados; la forma de como el cliente manifiesta estos recuerdos es a través de gritos, en principio, articulando palabras, hasta llegar a lo que se conoce como **Grito Primario**, que son sonidos sin palabras articuladas, no es gritar por gritar, sino una manifestación del dolor o trauma del pasado; ósea, una forma de catarsis, la cual permite la liberación de la esclavitud mental, la resolución de las adicciones neuróticas de las que son prisioneros los individuos. Es el único modo de lograr estar en el lugar y momento presentes (Aquí y ahora) sin dependencias pasadas inconscientes. La meta es la felicidad. Propósito Janov (Citado por Betés 2000:182) señala que:

*Esta técnica provoca regresión, a través de las palabras, hasta llegar a expresiones no fonológicas...el grito no es más que la expresión del sufrimiento que supone revivir y sentir plenamente una escena primal, hasta que el paciente se siente desnudo e indefenso.*

Por otro lado, y como se ha señalado en anteriores ocasiones de esta investigación, la música también ha sido utilizada como medio catártico, e inclusive como medio de regresión, por lo tanto la aplicación de esta técnica

(grito primario) combinado con la música, es una estrategia poderosa de liberación y canalización de experiencias negativas.

#### 2.7.1.3.9. El psicodrama (psicomúsica).

El psicodrama es una psicoterapia pensada o inspirada en el teatro y la actuación, fue creada por el psiquiatra Moreno (1914). Es una terapia grupal ya que la influencia de una persona influye en las demás; ya que la persona tenía que hablar sobre sus experiencias (dramatizar) a los demás del grupo, este tipo de actuación dramática de la vida real del paciente, influía en los demás pacientes, ya que al ver que los problemas son más grandes que lo propios estos crean sus propio mecanismos para superar los traumas; tal como lo señala Blatner (2005:140):

*...el psicodrama puede ser concebido, en los términos más simples, como la interacción de cuatro ideas básicas: creatividad, espontaneidad, sentido lúdico y drama...como un tipo de laboratorio de psicología social...Moreno descubrió que la dramatización de situaciones problemáticas, la simulación o el rol playing, era un vehículo particularmente valioso para explorar las raíces actitudinales y emocionales de los problemas y para buscar opciones estructurales....*

Por otro lado, Moreno (1914), aparte de crear el psicodrama creó también la **psicomúsica**; tal como lo hizo con el psicodrama, el cual reunió a grupo de soldados egresados de la primera guerra mundial para aplicar la terapia y ver los resultado; con la psicomúsica reunión a un grupo de músicos, formando un grupo de improvisación, observando la forma expresiva de los músicos en cada intervención melódica; a propósito Moreno (citado por Betés 2000:183) señala *“El psicodrama me estimuló a hacer un esfuerzo paralelo en el campo de la música, esfuerzo que he denominado psicomúsica”*. Otras de las cosas que descubrió Moreno con su

investigación, es que para realizar la improvisación era necesario tener un oído bien educado en la música; es decir, tener oído musical y, no todos los que ejecutan un instrumento desarrollan esa capacidad de improvisación.

Para la musicoterapia el aporte de Moreno y la teoría de psicomúsica da un aporte importante, ya que aplica terapias a músicos con problemas de neurosis, el cual adapta las estrategias del psicodrama al campo musical; es decir, en vez de aplicar su **Teatro terapéutico** como lo llamaba, ahora lo adapta a la parte musical llamándolo **Tele Musical**.

En este mismo orden de ideas, las demás adaptaciones consistía en técnicas musicales como: los participantes sentados en círculos improvisaban frases melódicas relacionadas con su situación problema o danzas que se haría de manera espontánea, que van repitiendo los demás. También, les pedía a los participantes que interpretaran sus canciones favoritas, que de alguna manera explicara su estado emocional; el cual se podía hacer con movimientos corporales, como danzas que permita expresar sus sentimientos.

## **2.8. Fundamentos Teóricos de la Musicoterapia.**

En esta sección de la investigación se pretende describir las teorías que sustentan la Musicoterapia desde su concepto hasta características particulares que la diferencian de otras formas de conocimiento.

Ya se ha conceptualizado y explicado en anteriores oportunidades de la investigación el significado de música y los elementos que la constituye; también se ha hecho mención de la importancia que ha sido para el hombre-mujer desde el punto de vista histórico-evolutivo, comunicacional, psicológico

y social; en donde quiera que se encuentre el individuo esta la presente la música, Merriam (citado por Betés 2000:287) señala que *“No hay otra actividad cultural humana que sea tan penetrante como la música, la cual llega, moldea, y a menudo controla muchas de las conductas humanas”*.

En la actualidad, cada región, ciudad o país es identificada en gran medida por su forma musical, formando parte de su idiosincrasia, los países escriben himnos que los identifica como país, y es interpretado en actos de cierta importancia, o en actividades deportivas internacionales, generando emoción al individuo de ese país que lo escucha.

Por otro lado, etimológicamente hablando la palabra terapia proviene del griego Therapeia y lleva consigo la intención de ayudar al otro, a través de un tratamiento (Bruscia 2007); para la aplicación de la terapia debe haber cuatro elementos importantes, estos son según Betés (2000):

1. El paciente o cliente: persona que necesita algún tipo de ayuda para tratar su enfermedad o problema.
2. El terapeuta: profesional que atiende, ayuda o trata al paciente.
3. Los objetivos: de diferentes tipos (educativos, médico-curativos, psicoterapéuticos, recreacionales), en función del tipo de paciente al que va a dirigida la terapia, del encuadre clínico y orientación del tratamiento.
4. El proceso: en función de la orientación del terapeuta.

Por otro lado, se pudiera decir que un aspecto importante que busca la terapia musical, es desarrollar la creatividad del cliente para que de esta forma se pueda expresar de manera artística, ayudando a crear este ambiente por parte del terapeuta, teniendo como finalidad desarrollar un lenguaje simbólico permitiendo abrir sentimientos ocultos o desconocidos por

parte del paciente, abriendo la posibilidad al cambio (positivo) terapéutico; a propósito Katz (citado por Betés 2000:288), señala que:

*La auto-expresión creativa es la manifestación exterior en forma de arte de lo que uno siente en su interior. Esta expresión puede encontrar su salida en la pintura, escultura, música, danza, poesía, o en muchas otras formas artísticas. La inspiración puede salir de lo que uno ve o experimenta en el entorno, o puede salir como reacción a los estados de ánimo, sentimientos o sensaciones.*

Lo importante para el terapéutico son los aspectos estéticos de la expresión creativa, sino el proceso que se da en la terapia.

Es entonces, que se unen estos dos aspectos música-terapia (con un fundamento amplio, ya visto y señalado en esta investigación) para crear la Musicoterapia.

Aunado a lo antes señalado, se pudiera conceptualizar la Musicoterapia como la utilización de los elementos de la música con fines terapéuticos; así como lo define La Asociación Nacional de Musicoterapia de los Estados Unidos (citado por Bruscia 2007:5) *“La Musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos: la recuperación, conservación y mejoría de la salud mental y física”*.

Por otro lado, para ser musicoterapeuta, es necesario tener experiencia musical (leer partituras), tocar algún instrumento, además, de ciertas cualidades musicales como: oído musical, cualidad para la improvisación y la composición, capacidad de observación y paciencia, independientemente de los otros conocimientos que van adquiriendo durante su formación (filosofía, biología, psicología, psicoterapia, entre otros); a propósito Bruscia (2007:50) señala que:

*En musicoterapia el terapeuta tiene que tener conocimiento y experiencia musical y clínica necesarios para ayudar a los clientes con un amplio espectro de problemas de salud...Un musicoterapeuta tienen que ser reconocido como un profesional formado por medio de un mecanismo oficial o autoridad (certificación, matriculación por una asociación profesional).*

Además, los musicoterapeutas pueden desarrollar su praxis en instituciones tanto públicas como privadas que promuevan la salud y el bienestar y el desarrollo intelectual y cognitivo; según Betés (2000:293) estas instituciones son:

- Educativa (escuelas normales y de educación especial).
- Médico (clínicas, hospitales y centros de rehabilitación).
- De la salud mental (centros psiquiátricos).
- Geriátrico (residencias y centros geriátricos).

Cabe señalar, que los fundamentos teóricos de la musicoterapia están intrínsecamente relacionados y desarrollados de manera específica en los otros fundamentos antes señalados (históricos, musicales, biológicos y psicológicos), solo que es necesario analizarlos por partes para poder comprender como un todo las bases teóricas donde se fundamenta la Musicoterapia; es decir, la Musicoterapia interviene en cinco aspectos del individuo señalados en niveles o dimensiones, tomando en consideración los efectos causados por la relación terapéutica; según Betés (2000:293) estas dimensiones son:

□ Dimensión Fisiológicas:

Las respuestas fisiológicas a la música, son producto de la constitución de cada individuo, única e idiosincrática, y que a su vez es

influenciada por la experiencia psicológica individual ante la música, estas respuestas fisiológicas son:

- Respiración (aceleración o enlentecimiento).
- Pulso y presión sanguínea (aumento o disminución).
- Ondas cerebrales (mayor o menor activación).
- Actividad muscular (aumento o disminución).
- Trazado eléctrico del órgano (cambios).
- Sistemas inmunitarios (cambios).

Dimensión emocional:

La naturaleza no verbal de la música facilita la comunicación y la expresión, siendo especialmente útil para aquellas personas con habilidades de comunicación limitada o nula; de esta forma Gaston (citado por Betés 2000:294) señala que *“La música es un potente medio comunicador, facilitando al paciente la expresión y comunicación de sus sentimientos y emociones, incluso de aquellos casos en que esos sentimientos estaban bloqueados”*.

Los efectos de la música a nivel emocional son los siguientes:

- Comunicar y expresar un estado emocional (miedo, tristeza, alegría).
  - Ayudar a la expresión de emociones profundas.
  - Despertar, evocar, provocar emociones y sentimientos.
- Dimensión Cognitiva:



Cada vez que una persona escucha una música, se le activan una serie de procesos cerebrales a diferentes niveles. Es decir, cada persona asocia de manera individual, de acuerdo a sus experiencias, la música que escucha, evocando imágenes y recuerdos de momentos pasados, estimulando la creatividad e imaginación del individuo.

Además, la música ayuda al estudiante a la concentración y al desarrollo intelectual, mejorando su rendimiento, tal como lo señala Davis (citado por Betés 2000:294):

*Determinadas actividades musicales pueden ayudar al desarrollo de habilidades pre-académicas y académicas, así como facilitar los procesos de reminiscencia y la evocación de recuerdos, y ayudar a la estimulación de otras funciones cognitivas como el lenguaje y la atención.*

En relación a las dimensiones cognitivas, se pueden mencionar algunos efectos como:

- Estimar la imaginación y la creatividad.
  - Evocar asociaciones (imágenes y recuerdos).
  - Ayudar al aprendizaje.
  - Ayudar a recordar información.
  - Estimular el lenguaje.
  - Estimular la capacidad de atención.
  - Aumentar la reminiscencia (recuerdo de algo olvidado).
  - Estimular la memoria a largo plazo.
  - Mejorar la memoria reciente.
  - Mejorar la orientación en la realidad.
- Dimensión Social:

En donde haya música, hay personas reunidas escuchándolas o compartiendo entre sí; esto indica que la música es un agente socializador, ya que a través de ella, se reúnen grupos de personas a compartir o relacionarse de manera social e interpersonal; así como lo señala Sears (citado por Betés 2000:295) “...la música es un medio para la integración social de los individuos, contribuyendo al establecimiento de las relaciones sociales”.

Por lo antes señalado, se destacan en las dimensiones sociales, los siguientes efectos:

- Favorece la integración social.
  - Contribuir a las relaciones sociales.
  - Facilitar la cohesión grupal y dar sentimiento de grupo.
  - Invitar al diálogo y comunicación con los miembros del grupo.
  - Favorecer la expresión individual ante el grupo.
  - Contribuir al desarrollo de habilidades sociales.
- Dimensión Espiritual:

Como se ha señalado en los fundamentos históricos de la musicoterapia, la música era utilizada con fines espirituales y de sanación, se creía que la misma era un don dado por los dioses a los hombres para generar sosiego, paz y armonía. En la actualidad se utiliza la música para acompañar misas (independientemente de la religión) con letras de alabanzas a Dios. Así como composiciones en donde integran los sonidos de la naturaleza, para generar estados de relajación, meditación y paz.

Se puede señalar algunos efectos espirituales, señalados por Aldridge (citado por Betés 2000:295):

- Ofrecer una vivencia de paz, serenidad, purificación, armonía, sabiduría.
- Crear una atmósfera para la meditación.
- Despertar un sentimiento de conexión con el universo, divinidad.
- Invitar a la reflexión y exploración sobre el sentido de la vida, la espiritualidad.
- Brindar sentimientos de felicidad.

Cabe señalar, que las bases teóricas de la musicoterapia, son todos los elementos antes señalados en los fundamentos: históricos, musicales, biológicos, y psicológicos; es decir, la Musicoterapia desarrolla los fundamentos relacionándolas con los efectos que causa y ha causado la música desde sus inicios; en musicoterapia estos beneficios son divididos en dimensiones, y dentro de ellos las teorías; por ejemplo: en las dimensiones fisiológicas, su bases son los fundamentos biológicos; en las dimensiones cognitiva, emocional, social y espiritual, se desarrolla todo lo relacionado a los fundamentos psicológicos, así como los fundamentos musicales e históricos. Es decir, los fundamentos conforman el marco teórico, y viceversa, formando parte de un todo.

Todos los fundamentos señalados hasta ahora, son de gran relevancia para la investigación ya que permite comprender las bases donde se sustenta la Musicoterapia para su praxis profesional; entendiendo, que a pesar de lo basto de sus fundamentos se considera una disciplina que depende de otras ciencias (Musicología, Psicología, Biología, Trabajo Social

y Antropología) para la práctica terapéutica del mismo. Es importante señalar, que el Trabajo Social coincide con la Musicoterapia en algunos de sus fundamentos, como por ejemplo; fundamentos psicológicos, antropológicos, sociológicos, biológicos y terapéuticos; sin embargo, se diferencia es en el aspecto musical ya que para ser musicoterapeuta es necesario ser músico, y el Trabajo Social no tiene dentro de su formación académica el aspecto musical, lo que indica que el Trabajo Social como la Musicoterapia se pueden complementar respetando desde sus diferencias.

Por otro lado, la complementariedad de las dos carreras profesionales (Trabajo Social - Musicoterapia) ayuda a la recuperación de las personas que padecen trastornos depresivos, debido a que mientras el Musicoterapeuta trata de manera individual al paciente, el Trabajador Social lo complementa en los aspectos relacionados a lo social y familiar.

## **2.9. Fundamentos Prácticos de la Musicoterapia**

### **2.9.1. Orientaciones Metodológicas.**

Desde los inicios de la musicoterapia como alternativa para el tratamiento de enfermedades tanto físicas como psicológicas, ha tenido una estrecha relación con otras ciencias o disciplina científica que enriquecen su intervención. Una de estas ciencias es (sin duda) la psicología y sus corrientes teóricas y filosóficas.

La musicoterapia se ha enmarcado dentro de cuatro de estos modelos psicológicos, para escoger su metodología de trabajo, tal como lo señala Mercadal (citado por Betés 2010:309) “...*El musicoterapeuta, al escoger su metodología de trabajo, se relaciona directa o indirectamente con uno o más*

*de estos métodos psicológicos...*". Estos modelos son: conductista, Nordoff-Robin, Guía Imaginaria con Música (G.I.M), modelo ISO de Benenzon y el modelo Analítico..

En esta sección de la investigación se hace mención de estos modelos enmarcados dentro de la psicología, con el agregado de los elementos musicales y terapéuticos.

### 2.9.2. Modelo de la musicoterapia conductista (1970).

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

- Proceso de Intervención.

El Musicoterapeuta tiene como objetivo recabar la mayor información posible, el cual le permite establecer un diagnóstico, necesario para la aplicación terapéutica del paciente; estas se dividen en tres fases, tales como:

**1.** Información Histórica: Se desarrolla una investigación, partiendo en principio, con las historias clínicas de cada paciente; también, a través de entrevistas sobre aspectos relevantes de la vida del paciente.

**2.** Información sobre la experiencia y relación entre paciente-música: Es necesario investigar sobre el significado que tiene la música para el paciente,

además, del tipo de música que le gusta, esta información es importante porque a partir de allí se planifica las estrategias a utilizar.

**3.** Estado actual de la conducta a tratar: En esta fase se diseña el programa de tratamiento a utilizar, se incluye aspectos las áreas a trabajar con objetivos específicos, además, de cómo y cuándo se va a llevar a cabo el tratamiento; una vez planificado la intervención se pasa a la ejecución del mismo. Es importante señalar, que este diseño o proceso de intervención estará en una constante revisión de los objetivos, para dar continuidad al mismo, o si no re-plantear otras estrategias.

En el conductismo, la musicoterapia:

- Es aplicada sólo en conductas socialmente significativas o de importancia inmediata.
- Sigue el conductismo si puede medir de forma precisa la conducta.
- Es analítica si muestra una relación funcional entre música y conducta.
- Es tecnológica si describe los procedimientos clara y detalladamente.
- Es eficaz si mejora suficientemente las conductas de los pacientes.

Se generaliza si produce cambios duraderos y/o se expanden a otras conductas o entornos.

- Técnicas y actividades.

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

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

### 2.8.3. Modelo analítico de musicoterapia (1975).

Este modelo de musicoterapia fue creada por Priestley (1969) a fines de los años sesenta, es un modelo teórico que integra el psicoanálisis con los efectos de la música improvisada entre el terapeuta y el paciente

Este modelo se define por el uso de las palabras y la música simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta con el propósito de explorar la vida interna del paciente y facilitar su desarrollo. Las improvisaciones están a menudo estimuladas o guiadas por sentimientos, ideas, imágenes, fantasías, memorias; que el paciente o el terapeuta identifican como tema que necesita investigación terapéutica.

La música, más concretamente la improvisación musical, es una vía de comunicación no verbal, no convencional, a través de la cual los pacientes se expresan libremente sin enmascarar el discurso, puesto que a un nivel consciente no hay un control sobre lo que se está diciendo. Es el profesional de musicoterapia el que interpreta la experiencia musical y hace ver lo que sí se dice con la música. Se pretende así que el grupo, y cada una de las personas en individual, reflexione sobre cómo ha sido la participación de cada uno de ellos en dicha experiencia, cómo se han sentido, qué necesitan, qué cosas no han podido decir, por qué han actuado así. Es decir, la música es usada como una herramienta creativa con la cual el paciente explora su propia vida, a la vez que lo provee de los medios para poder crecer e incrementar su autoconocimiento. Es un modo de exploración del inconsciente. Es un modo de autoconocerse; y también es un modo de sintetizar las energías experimentando la acción del sonido, para poder llegar a liberarlas de la represión y de los mecanismos de defensa, pudiendo darles una nueva dirección.

### 2.9.3. Modelo I.S.O. de Benenzon de la Musicoterapia (1960). .

Este modelo fue creado por el Musicoterapeuta Benenzon; en donde combina dos teorías psicológicas, tales como: Gestalt y Psicoanálisis; creando así su propia metodología.

Esta metodología Benenzon la llamó **Identidad Sonoro** (I.S.O), la cual busca caracterizar cada uno y forma parte de la personalidad. Además las clasificó en varios tipos, según sus características, estos son:



□ ISO Universal: energías sonoras y de movimiento propias de todos los individuos. El ritmo binario del latido cardíaco, el movimiento de la respiración, entre otras, con fenómenos universales, formando parte del inconsciente. Tal como lo señala Benenzon (2011:69):

*El ISO universal con las energías corporo-sonoras-musicales que se encuentran en el inconsciente, heredadas genéticamente desde hace milenios...estas energías serían: el ritmo binario del latido cardíaco; los sonidos de inspiración y espiración, el rumor del agua, el flujo sanguíneo y algunas estructuras musicales que a los largo de los milenios formaron parte de este ISO.*

□ ISO Gestáltico: las sonoridades propias de cada uno, que caracterizan nuestra personalidad. Son heredadas (genes) y aparecen en nuestras experiencias no verbales. Se reconocen tres fuentes: sonoridades del cuerpo de la madre y las del exterior que se oyen a través del líquido amniótico y las que pasan del inconsciente de la madre al del niño. A propósito Benenzon (2011:69) señala que:

*Son energías corporo-sonoro-musicales que también se encuentran en movimiento del inconsciente, pero que se van desarrollando a partir de la historia de vida de ese individuo...O sea desde los primeros movimientos del embrión, cuando se une el espermatozoide y el óvulo, comienzan a gestarse energías que caracterizan a ese individuo en particular.*

□ ISO Cultural: aparecen a partir del nacimiento, provenientes del medio natural y social. Se da más en el preconscious, como, por ejemplo, el folklore; Benenzon (2011:69) señala que son “...energías que se nutren desde el nacimiento del individuo y con todos los estímulos que recibirá del medio ambiente que le rodea...”.

□ ISO Grupal: es la identidad que define un determinado grupo a los largo de su historia de relación no verbal. En él se confunden y se fusionan los ISO de cada integrante. El grupo comenzará a canalizar las energías

para poder desarrollar una historia entre todos. En este ISO se integran los procesos primarios y secundarios planteados por Freud, con los procesos creativos terciarios de Fiorini; el cual es necesario señalar a continuación:

- Proceso Primario (Freud): es el funcionamiento mental propio del inconsciente se rige por el Principio de Placer, y en su interior no existe contradicción, sino que sus leyes son de la condensación (metáfora) y el desplazamiento (metonimia) (Espinosa 2006:137).
- Procesos Secundarios (Freud): es propio del sistema Preconsciente-Consciente se rige por el Principio de Realidad y las leyes del simbolismo y de la lógica. El proceso secundario es una derivación del proceso primario que es llevada a cabo por el YO, cuyo papel es inhibir el proceso primario (Espinosa 2006:137).
- Procesos Terciarios (Fiorini): este proceso se ubica entre los procesos primarios y secundarios, colocándolo como un proceso creador que busca el equilibrio entre los dos aspectos; es decir, Fiorini relaciona el proceso del Psicoanálisis con la creación; el cual se manifiesta y autorregula así mismo (Espinosa 2006:138).

Por otro lado, para que el ISO grupal se dé, debe haber cierto nivel de comunicación que permita la interrelación entre los individuos; tal como lo señala Benenson (2011:69) *“El hecho de que exista un grupo de individuos no quiere decir que se forme el ISO grupal. Para que esto ocurra, es necesario que los sistemas expresivos tengan un tiempo y un proceso para adecuarse los unos a los otros”*.

- Los objetos intermediarios.

Como se ha señalado en anteriores ocasiones de esta investigación, la musicoterapia cuenta con un conjunto de instrumentos musicales que permitirán abrir, mejorar y dar fluidez a los canales de comunicación. A estos instrumentos se le conoce como **objeto intermediario**, el cual es un instrumento para el trabajo de la comunicación no verbal, y tiene como fin, permitir que aflore el inconsciente, consciente y preconscious. No es necesario que sea musical, pero debe tener ciertas características, tales como:

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

Para el creador de este modelo es necesario realizar de manera precisa una serie actividades antes, durante y después de la sesión con el paciente; tal como lo señala Benenzon (2011:289):

*...el acto musicoterapéutico requiere de normas de preparación, de cierta asepsia y de reglas que permitan evitar infecciones y proteger al máximo a los dos seres que forman parte del proceso de comunicación: al paciente y al musicoterapeuta.*

Estas reglas Benenzon las enumeró de manera ordenada y correlativa, el cual se debe realizar como un ritual; el cual se mencionaran a continuación:

1. Encontrarse veinte minutos antes del comienzo de la sesión. Por lo tanto, entre una sesión y otra deben trascurrir también unos veinte minutos.
2. Leer los protocolos de la sesión anterior.
3. Organizar y sistematizar el setting (escenario).
4. Completar los protocolos III y IV. Los cuales se refieren, en el caso del protocolo III a la revisión y descripción de lo que se hizo durante la sesión. En el caso del protocolo IV a los efectos residuales de la sesión.
5. Reparar, limpiar y guardar los instrumentos.
6. Archivar los protocolos.
7. Supervisar.

#### 2.9.4. Modelo de Imágenes Guiadas por Música (GIM) (1972).

El Método de Imaginación Guiada con Música (GIM), es un modelo de terapia centrada en la música su creadora fue la Doctora Bonny (1972).

La utilización de la imaginación como método terapéutico fue el centro de intervención del psicoanálisis; Freud y Jung lo utilizaban frecuentemente, ya que pensaban que para el ser humano es más fácil imaginarse cosas que interpretar palabras; así lo señala Mendes (citado por Betés 2000:351) *“Tanto Freud como Jung hicieron uso de las imágenes y sus efectos asociados como clave para “desentrañar” y explorar el inconsciente de sus pacientes. Freud utilizo inicialmente la hipnosis y Jung la técnica de imaginación activa”*. Además, Freud (1919) pensaba que el hombre en principio por desconocimiento de las palabras, pensaba en imágenes por lo tanto las imágenes forman parte del proceso primario. Esta teoría aplicada por Freud la denomino **Imaginación Activa**, el cual la utilizaba como

herramienta para la transformación de la personalidad; trayendo a través de imágenes los mensajes del inconsciente al consciente del paciente.

Cabe señalar, la doctora Bonny utilizó este principio de Freud y Jung como base para el desarrollo de su terapia (GIM) y las combinó con las técnicas de relajación de Jacobson y Schultz. Las técnicas de Jacobson se trataba sobre la relajación muscular, ya que este pensaba que con la tensión muscular se incrementaba la ansiedad y al relajar los músculos estos disminuían; en relación a las técnicas de Schultz, se trataba de estrategias de autohipnosis conocido como método autógeno de Schult, el cual consistía en ejercicios de relajación que la misma persona produce por medio de la autosugestión, construye imágenes mentales que le quitan la tensión y son gratificantes.

El resultado de la combinación de las teorías de Freud y Jung con las estrategias de relajación de Jacobson y Schultz dio como resultado el método de Imagen Guiada con Música (GIM); a propósito Bonny (citada por Betés 2000:353) señala:

*...es una técnica que envuelve la audición de música en un estado de relajación, para provocar imágenes, símbolos y/o sentimientos con el propósito de proporcionar experiencias de creatividad, de intervención terapéutica, de auto-conocimiento y de espiritualidad.*

En este mismo orden de ideas, La Asociación de Música e Imágenes (citado por Gobantes 2009:7) define el método GIM como:

*...una terapia transformacional centrada en la música que emplea música clásica programada específicamente para estimular y apoyar un desenvolvimiento dinámico de experiencias internas al servicio de la totalidad física, psicológica y espiritual. El terapeuta/guía de GIM mantiene un diálogo con el oyente a lo largo de toda la sesión y proporciona estímulo y foco para*

*que surjan las emociones, imágenes sensaciones físicas, recuerdos y pensamientos.*

Por otro lado, el método GIM trabaja con dos aspectos fundamentales: la posibilidad de la música para provocar tanto la sinestesia como los estados alterados de la conciencia; utilizando como técnica la **Audición Musical**, desarrollando cuatro etapas de la terapia bien definidas, como: Bonny (citado por Betés 2000:354)

**1.** Primera etapa (Preludio): se establece un diálogo introductorio que tiene tres funciones importantes: servir como ayuda en el establecimiento de la relación terapéutica; posibilitar la observación de los sentimientos que el paciente presenta en ese momento; ayudar al musicoterapeuta a escoger el tipo de relajación.

**2.** Segunda etapa (Relajamiento e Inducción): el musicoterapeuta deberá conducir al paciente a una relajación física y, al mismo tiempo, llevarlo a la concentración psicológica. A partir del momento en que el musicoterapeuta percibe que el paciente está relajado y concentrado, utiliza una inducción verbal. Ésta va a depender de los objetivos del musicoterapeuta.

**3.** Tercera Etapa (Música/Imagen/Sinergia): es el momento en que se emplea la música y, por esto, será abordada detalladamente en la sesión. El final de la sesión es el momento en que el paciente sale del estado alterado de conciencia y hace una reflexión sobre sus reacciones físicas, sobre imágenes, sentimientos y emociones que formaron parte de la experiencia. Durante esta sesión el musicoterapeuta escribe todo lo que fue relatado por el paciente, las intervenciones que fueron hechas por el musicoterapeuta, los momentos de cambio de la música, las reacciones del paciente, y todo lo que

puede ser observado, al final el paciente debe tener una copia de lo observado en la sesión.

Aunado a lo anterior, Bonny dividió el estado de relajación aplicado en su terapia en tres niveles: Preludio, el Puente y el centro.

#### 2.9.5. Modelo Humanista de la Musicoterapia (Nordoff - Robbins) (1959).

En los fundamentos psicológicos de la musicoterapia se desarrolló el tema de la teoría humanista, y como esta había servido como base para la disciplina; de igual forma se hizo con los fundamentos musicales. Estas mismas bases teóricas sirvieron para que dos personas, el Doctor Paul Nordoff y el Músico Clive Robbins combinaran estos dos elementos teóricos (la música y la psicología humanista), para crear un modelo de intervención musicoterapéutico llamado **Modelo Humanista**, también conocido como **El Modelo Nordoff – Robbins**.

El Modelo Humanista se basa en la improvisación tanto rítmica, como musical y cantada, en donde el cliente se expresa abiertamente a través de sus emociones y sentimientos, éste al estar consciente de su situación busca los mecanismos de autoayuda.

El método se aplica con la intervención de músicos y en especial un pianista, ya que en los momentos de la improvisación el pianista acompaña musicalmente al cliente, dándole características melódicas a la terapia. Por lo tanto la técnica del terapeuta es empírica y creativa; el cliente va mostrando

cuáles son los objetivos a seguir según se vayan desarrollando en las sesiones.

Para que el método sea eficaz debe ser: (Betés 2000:369)

- Explorativa: para descubrir qué es lo que el individuo puede hacer y encontrar sus límites en cuanto a sus habilidades y su capacidad de control.
- Consciente: para mantener el contacto que se ha creado desde el principio.
- Flexible: para dar cabida a todas las variables posibles en las respuestas del individuo a la música y potenciar y desarrollar los nuevos problemas clínicos que pueda surgir.

Por otro lado, Nordoff y Robbins (citado por Betés 2000:370) elaboraron una serie de categorías de respuestas para determinar las actitudes, trastornos y patologías del niño o cliente, tales como:

1. Completa libertad rítmica: sensibilidad inmediata al tempo, dinámicas y esquemas rítmicos así como a la estructura rítmica de las distintas melódicas.
2. Libertad rítmica inestable: aunque hay una percepción de la música y cierta libertad rítmica, la respuesta del niño se ve dificultada y limitada por su pérdida de control como excesiva reacción al estímulo musical.



3. Libertad rítmica limitada: la respuesta está determinada por un deterioro en el desarrollo. Tanto la capacidad de escuchar como la de expresarse a través del sistema muscular son deficitarias.
4. Golpear compulsivo: el niño toca de una forma inflexible y continúa en un mismo tempo. Su respuesta no se corresponde con la música y puede comunicar un claro sentimiento de obligación o incitación. Su cualidad puede ser perseverante y mecánica.
5. Golpear desordenado: total inconsciencia de que las respuestas musicales no conectan con el ritmo básico de la canción. Dichas respuestas son también distantes y desordenadas.
6. Interpretación evasiva: el niño evita tocar a tiempo con la música. Esto puede deberse a que le asuste vivir esa experiencia o a su dificultad emocional para relacionarse con el terapeuta.
7. Fuerza emocional en la interpretación: aquí se da el caso de no tocar el tambor en un sentido musical o rítmico sino para demostrar su fuerza y su capacidad de hacer ruido.
8. Interpretación caótica-creativa: es una forma hiperactiva de tocar, aunque nada estable. Tiene relación con la improvisación del terapeuta pero, al mismo tiempo, es imprevisible.

Por otro lado, para efectos de la investigación, los fundamentos prácticos de la musicoterapia, expresado en modelos de intervención, es importante, ya que permite conocer la forma como los musicoterapeutas intervienen de forma profesional y sistemática, enmarcado dentro de unas

teorías con bases psicológicas, biológicas, musicales y sociales. Integrando el Trabajo Social dentro binomio terapéutico.

## **CAPÍTULO III**

### **ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL**

Para poder entender el rol del Trabajo Social en el área de la salud mental, se hace necesario reconstruir el proceso histórico de la carrera de conformación con los elementos que acaban por constituir el campo del ejercicio profesional; haciendo mayor énfasis en los conceptos y prácticas del Trabajo Social de Casos, tomando en consideración la propuesta de Richmond (1917); para luego concluir con el rol que ha tenido el Trabajo Social en el área psiquiátrica y en consecuencia en el área de la salud mental.

#### **3.1. Reseña histórica del trabajo social en el área de la salud mental.**

La praxis del Trabajo Social ha pasado por distintas etapas históricas teóricas, filosóficas y éticas; adaptándose a los cambios sociales, políticos económicos de los países. Estas fases han hecho que el Trabajador Social cumpla distintos roles, adaptándose a los cambios o transformaciones sociales. Estas etapas García y Melian (1993:29) las señalan como: Fase de beneficencia/caridad pública, fase de Asistencia Social, fase de Servicio Social, fase de Trabajo Social; la cual se describe a continuación.

##### **3.1.1. Fase de beneficencia/caridad pública:**

Se pudiera decir que el origen del Trabajo Social se remonta con las prácticas filantrópicas de la Iglesia Católica, en la edad media; cuando el poder feudal le da a la iglesia la responsabilidad a atender a los pobres,

huérfanos y enfermos; estos se encargaban de darle hospedaje y comida a los más necesitados.

Con el modernismo surge dentro del seno de la misma Iglesia Católica una propuesta, conocida como la Reforma Luterana, la cual aporta un nuevo sistema de valores éticos y filosóficos, teniendo como principio la caridad y la beneficencia para la atención del individuo; tal como lo señala García y Melián (1993:18) “...*la Iglesia Católica postula la caridad y la beneficencia como principios y valores básicos, en cuanto a la atención de los pobres*” . Las ayudas económicas era recibida por la Iglesia Católica a través de donaciones hechas por la nobleza, y lo hacía por un motivo fundamentales: por ganar y la contemplación de Dios.

### 3.1.2. Fase de Asistencia Social:

Se extiende durante el siglo diecinueve (s. XIX). Nace con la Revolución Industrial y su desarrollo es paralelo al del Estado Liberal. Su característica más importante es la Asistencia basada en la subsidiariedad; tal como lo señala Serrano (2001:12):

*Esta etapa se encuadraría aproximadamente entre mediados del siglo XVIII y mediados del siglo XIX. Durante esta etapa se produce un profundo cambio social en Europa (La Ilustración y la Revolución Francesa), y empieza a comprenderse la existencia de la competencia y de una cierta movilidad.*

Se trata de cubrir las necesidades básicas del individuo teniendo en cuenta: circunstancias personales y las necesidades que se le manifiestan en cada etapa de su vida. Sin embargo, el Estado pretende quitarle a la Iglesia Católica la administración y cuidado de los indigentes, enfermos y personas en pobreza extrema, creando la asistencia pública como medio para controlar y

atender dichas situaciones sociales; así como lo señala Serrano (2001:12): *“Hay un intento de alejar a la iglesia de las obras de beneficencia, siendo el Estado el que intenta asumir la tarea de la asistencia, naciendo así la Asistencia Pública”*. En esta etapa Sociólogos y asistentes Sociales realizaban sus tareas conjuntamente con el Estado para el control de esta clase social.

### 3.1.3. Fase de Servicio Social:

Comprende parte del siglo diecinueve (s. XIX), hasta la técnica primera mitad del siglo veinte (s. XX). Corre paralela a la fase de la Asistencia Social (C.O.S) y al predominio del estado intervencionista; se da básicamente en Estados Unidos, su característica más relevante es la aparición de los derechos sociales. Ya no se trata solo de cubrir las necesidades básicas de la población, sino que también se intenta dar un tratamiento técnico y científico a problemas más específicos. Se inicia la ruptura, pues cada vez se pone mayor énfasis, por parte de los científicos sociales en alejarse de todos aquellos enfoques y perspectivas que no sigan rigurosamente el método científico.

En la mitad del siglo diecinueve (s. XIX), el Trabajo Social entra en una etapa de modernismo, ya que se crea la organización formal para la atención del individuo en situación de pobreza, conocida como la Organización Social de Caridad (C.O.S), así como lo señala García y Melán (1993:19):

*“La etapa realmente moderna del Trabajo Social comienza en la segunda mitad del S.XIX. En Londres se funda la C.O.S. (Organización Social de Caridad) como propuesta a las consecuencias generadas tras la aplicación del salvaje liberalismo imperante...”*

Además, la C.O.S. creó principios filosóficos, formando académicamente a los individuos para la atención de los necesitados, con intención de adaptarlos a la sociedad del entonces. Su propósito fundamental era evitar la ayuda indiscriminada, pues entendía que de esta forma se evitaba que las personas permanecieran en la miseria. No eran partidarios de la ayuda directa, pero estaban coordinados con instituciones dedicadas a ella.

Formularon ocho (8) principios básicos para el ejercicio de la asistencia profesional:

1. Cada caso será objeto de encuesta por escrito.
2. Esta encuesta se presentará a una comisión, quien decidirá las medidas a tomar.
3. No se darán socorros temporales, sí ayuda metódica y prolongada, hasta que el individuo o la familia vuelvan a sus condiciones normales.
4. El beneficiario será el agente de propia readaptación, como también lo serán sus parientes, vecinos y amigos.
5. Se solicitará ayuda de instituciones adecuadas a favor del beneficiario.
6. Los agentes de estas obras recibirán instrucciones generales y escritas y se formarán por medio de lecturas y de prácticas.
7. Las instituciones enviarán unas listas de asistidos, para formar un fichero central, con el objeto de evitar abusos y repetición de encuestas.
8. Se formarán un repertorio de obras de beneficencia que permita organizarlas convenientemente.

Este proceso favoreció no sólo la aparición de las primeras Escuelas de Trabajo Social, sino que la asistencia se secularizó y se hizo profesional.

Cabe destacar, que las personas encargadas en la atención de los individuos necesitados, fueron llamados, reformadores sociales; fueron fundamentalmente empiristas, ya que sus conocimientos se fundaban en la experiencia, García y Melian (1993:20). Teniendo como objetivo primario, la asistencia y prevención, todo ello sin perder de vista los problemas de comportamiento que detectaban en las personas que atendían. En el caso de familias y grupos, intentaban dotarles de los medios necesarios para organizarlos, a su vez fuesen capaces de hacer frente a sus propios problemas.

Los precursores de la C.O.S, según lo señala Gil y Pazarro (2006:56), fueron: Charles Stwart Loch, que fungía como secretario general desde 1875 a 193; Hill Octavia (1838-1912), quien comenzó con la formación de los reformistas sociales, además, luchó en contra de las viviendas insalubres y la explotación de los trabajadores. El éxito obtenido por la C.O.S en Inglaterra, propicia su creación en los Estado unidos, estableciendo su primera filial en Buffalo en el año mil ochocientos setenta (1870). Entre sus precursores se encuentran: Lathrop Julia (1858-1932), Abdams Jane (1860-1935) y Rchimond Mary (1861-1928). Siendo la última quien aporta una visión novedosa y rigurosa, mientras que sus compañeros se debaten entre la asistencia y la militancia. Luego los esposos Samuel y Henrietta Barnett, funda la C.O.S en Oxford y Cambridge, destacandose en la organización comunitaria y con grupos.

El esfuerzo conjunto de todos ellos permitió la aparición del Trabajo Social y su entrada en el conjunto de las Ciencias Sociales. Por ejemplo, Richmond (1917), propone la creación de una Institución Académica donde poder formar y capacitar al personal que trabaja para la C.O.S. se crea dicha

escuela con la denominación de **Escuela de Filantropía**, para luego darle paso a **Escuela de Trabajo Social**.

Es importante resaltar, que Richmond (1917) comienza a realizar ciclos de conferencias en los Estados Unidos, teniendo como título **Los Primeros Pasos del Trabajo Social de Casos**; estableciendo los cimientos del Trabajo Social de Casos (T.S.C), el cual lo divide en dos fases diferenciadas Diagnóstico y Tratamiento; a propósito Richmond (citado por García y Melián 1993:27) conceptualiza el Caso como, *“Situación particular en un problema social concreta, diferenciándola de las personas, a las que para distinguirlas del problema, las designa como clientes”*.

Señala tres puntos básicos para establecer el diagnóstico:

1. Definición de las dificultades/necesidades.
2. Listado de los factores causales que tienen que ver con las necesidades/dificultades.
3. Enumeración de los recursos disponibles y de los riesgos que pudieran existir de establecer el tratamiento.

Sistematizar los diagnósticos, establece dos tipologías básicas

1. Acción directa sobre el cliente.
2. Acción sobre el medio social.

En este mismo orden de ideas, Richmond reconoce la actuación del Trabajador como un terapeuta basándose en teorías psicológicas, con intención de reintegrar al individuo (cliente) a su medio social donde se desenvuelve. Cabe destacar, que Richmond (citado por García y Melián



1993:29) plantea que “...la función del Trabajo Social; es la prevención. Su rol: el de educar”.

Aunado a lo anterior, Richmond dentro de su intervención o atención de del individuo o grupos de individuos, tomo de la medicina los conceptos de diagnóstico, plan y tratamiento y lo traslado a el Trabajo Social estableciéndolo como el proceso metodológico para la intervención de los casos sociales; a propósito Sánchez (2005:105) señala:

*...Mary Richmond deseó elevar a la categoría de ciencia el Trabajo Social, a través de la aplicación de las ciencias naturales, en el estudio de los casos sociales, y extrapoló los conceptos de una ciencia ya reconocida y establecida, además de que ésta se encontraba fuertemente ligada a la biología...como fue el caso de la medicina. De ella, tomó los conceptos de diagnóstico, plan y tratamiento para establecer el proceso metodológico en el estudio de los casos sociales.*

Es evidente que Richmond tenía la pretensión de hacer del Trabajo Social una carrera científica, dedicada al mejoramiento de la salud mental del individuo, tomando encuentra aspectos relacionados con el individuo y la familia, o el individuo y la sociedad, como fuente de información importante para el tratamiento o terapia del paciente; así como lo señala Sánchez (2005:106):

*...Richmond...De igual forma, divide la investigación en dos fuentes directas (el individuo y su familia) y fuentes indirectas (vecinos, documentos) que permitan tener una visión completa de la situación del individuo o familia caso de estudio. En este tipo de investigación también se trata de localizarlos posibles recursos con los que se cuenta, la posible colaboración para la resolución de los problemas detectados, como los propios recursos del individuo, su familia, vecinos y asociados o grupos sociales a los que pertenece.*

En este período del Trabajo Social (1917) Richmond planteaba una intervención de la carrera con una fuerte orientación de lo psicológico y terapéutico, considerando, no nada más el problema como tal del individuo,

si no su personalidad y como hacer frente a su situación social; tal como lo señala Sánchez (2005:107)

*Este proceso de investigación presenta una fuerte orientación psicológica... influye en la concepción de su propio problema y en la conformación de su personalidad, que va a repercutir en la manera de enfrentar y responder frente a su situación social-problema...representa un medio para llegar a plantear acciones en favor de la resolución de una demanda de ayuda específica... promoviendo cambios en la percepción individual del problema, a través de un tratamiento terapéutico mental y social.*

Cabe señalar, que Mary Richmond, siembra las bases para la creación del Trabajo Social de Casos, y en consecuencia el Trabajo Social Terapéutico, aspecto que se mantiene hasta la actualidad.

#### 3.1.4. Fase de Trabajo Social:

Se inicia a mediados del siglo veinte (s. XIX). Su característica más importante reside en planteamientos más reformistas desde el Estado y las instituciones de Bienestar Social, que propician mayor atención a las teorías referentes al cambio y conflicto social. Cabe señalar que García y Melián (1993) enmarca esta fase en dos enfoques:

1. La asepsia metodológica: La técnica consistía en tomar prestado métodos de otras disciplinas, sin ningún planteamiento mínimo de revisión. Cualquier solución técnica era válida, ante la carencia de métodos propios. Esto provocó un empobrecimiento en el Trabajo Social y una mayor dependencia de las Ciencias Sociales, pues se seguía sin tener un cuerpo propio de conocimientos, especialmente en el aspecto en el aspecto teórico.
2. El Funcionalismo: Supuso un desprecio de las ideas de cambio social; propugnaba la adaptación del ser humano a un orden social determinado

(estilo de vida americano), con unas leyes de funcionamiento interno dadas científicamente. El funcionalismo tuvo poca influencia en el Trabajo Social, debido al carácter técnico de este último.

Es a partir de los años sesenta (60) cuando el Trabajo Social comienza a tomar su propia iniciativa, aunque seguirá nutriéndose de las Ciencias Sociales para poder comprender la realidad social. Sin embargo, no lo realiza bajo el supuesto de dependencia de las mismas, como en etapas anteriores.

Estas aportaciones proponen que la tecnología puede ya ser fuente de nuevos conocimientos, definiendo su conexión necesaria con la ciencia, no desde un plano vertical y dependiente, sino más bien desde un plano circular. A partir de este momento se rompe la dicotomía existente, según la cual la Ciencia es la que conoce y la tecnología es la que transforma.

En este periodo se inicia un proceso de transformación teórica y metodológica en el Trabajo Social llamado “Proceso de Reconceptualización del Trabajo Social”. Se da como un proceso de revisión crítica frente a los enfoques más tradicionales, antes señalados. Se realizó una revisión científica de las técnicas, metodología, procedimientos operativos, modelos, categorías de análisis de la realidad, formación de Trabajadores Sociales, así como la búsqueda de alternativas científicas de intervención que contribuyesen a transformar básicamente las situaciones problemas en las que los Trabajadores Sociales actuaban. A propósito Repetti (2011:137) señala que:

*...movimiento que surge como respuesta a la necesidad de una crítica al Trabajo Social denominado Tradicional, presente en la trilogía metodológica caso, grupo y comunidad...Surge como necesidad de respuesta a los*

*problemas de la región de los cuales las teorías y metodologías importadas de Europa y de los Estados Unidos no daban cuenta...*

Cabe destacar, que durante este proceso histórico del trabajo social, el Trabajador Social ha tenido que cumplir distintos roles, adaptándose a los cambios sociales; entiendo al hombre como un ser: Biológico, ya que es un ser vivo, conformado por millones de células, el cual se forman tejidos que derivan en órganos, que conjuntamente unidos entre sí, conforman el individuo. Psicológico, ya que el sujeto es una conformación estructural de emociones, sentimientos, pensamientos, actitudes, aptitudes, habilidades, motivos, interés, necesidades, percepción, inteligencia, memoria, conducta, que lo definen en particular como una persona única. Social, ya que es capaz de relacionarse con los demás, conformar grupos, participar, comunicarse, entre otros. Es decir, un ser Bio-Psico-Social. Es probablemente que por esta razón, el Trabajo Social, ha tenido que ampliar su campo de acción, debido a la complejidad del objeto y sujeto de estudio (el hombre y sus necesidades).

Uno de estos roles es en campo psiquiátrico, la cual tuvo su origen en los Estados Unidos, en el año mil novecientos cuatro (1904), siendo estos unos asistentes sociales, complementando los aspectos sociales de la terapia aplicada por el psiquiatra, a propósito Meyer (citado por Garcés 2010:2) el cual plantea que:

*En los EEUU, al principio del siglo XX se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios...los trabajadores sociales se integraron a partir del año 1904; consideraban que era necesario para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales.*

Las primeras experiencias de Trabajo Social Psiquiátrico en Latinoamérica se da en Argentina en el año de mil novecientos cuarenta y uno (1941). En principio la función de estos era la de recolectar información de los enfermos, relacionados con aspectos sociales; luego participaba en las terapias de maneras directas, debido al conocimiento que iban adquiriendo durante las praxis; a propósito Becerra y Kennel (2008:9) señala que:

*En la argentina, solo en el año 1941 fue incorporado el Servicio Social en el Hospital Nacional Neuropsiquiátrico Dr. Braulio Moyano, y tres años después también lo incorporó el Hospital Nacional Neuropsiquiátrico Dr. José Borda. Posteriormente lo fueron haciendo otros hospitales y colonias de distintas regiones del país...en los comienzos, la tarea del asistente social sólo consistía en comprobar y completar la anamnesis de los enfermos, pero, su acción fue extendiéndose hasta participar en la solución de los innumerables problemas planteados por las enfermedades mentales.*

Hasta el entonces (1941) ninguna de las escuelas de Trabajo Social había recibido cursos de especialización psiquiátrico, no obstante, y debido a la necesidad que este campo psiquiátrico padecía, se requería la inserción al grupo multidisciplinario de un profesional que pudiera educar al grupo familiar sobre la enfermedad que padecía el paciente, además de investigar la situación real en que vivía el mismo y la relación existente entre el grupo familiar Becerra y Kennel (2008); se pudiera decir entonces, que el servidor social no tenía formación en esta área, y los conocimientos obtenidos, se adquirirían en el quehacer diario del profesional; es decir, de manera empírica.

Es importante resaltar, que el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, en el año mil novecientos sesenta y siete (1967) asume la responsabilidad de subsanar la carencia de Trabajadores Sociales Psiquiátricos; creando un avanzado programa que cubre una formación teórico-práctico, destinada a profesionales de Trabajo Social. Al haberse

comprobado que los trastornos mentales muchas veces son influenciados, de modo decisivo, por el medio en que vive el enfermo, por sus circunstancias vitales, por la dinámica de las relaciones interpersonales, importa descubrir e instrumentar los recursos aptos para actuar sobre esos factores, contrarrestándolos (cuando son negativos) o propiciándolos (cuando son positivos). Asistido por las ciencias de la conducta, del comportamiento social, por el conocimiento de estructuras de la sociedad, y es ahí donde el Trabajo Social contribuye a posibilitar el éxito de tan importante labor Becerra y Kennel (2008).

Por otro lado, las funciones del Trabajador Social se hacían en los términos de la relación a la enfermedad y a la salud del individuo, dejando de lado las otras cualidades que pudiera desarrollar o tener el paciente; tales como: capacidad de discernir e interactuar, cualidades y destrezas que pueden desarrollarse y aplicarse independientemente de la enfermedad, conocimientos y experiencias del paciente; entre otras. Sin embargo, de esta relación se puede reflejar en el cuadrilátero que viene a continuación:

**IMAGEN N°37:** Proceso de salud – enfermedad.

**ESTADO DE SALUD.**

Fuente: Becerra y Kennel (2008:15)

El esquema que aparece en el cuadrilátero permite analizar los conceptos que se planteaban en los inicios del Trabajo Social psiquiátrico, en donde una persona enferma presenta una ausencia total de salud (no sano), en caso contrario, una persona sana, es una persona que no está enferma; todo esto sin considerar, un conjunto de elementos importantes en el individuo, como sus relaciones sociales, condiciones físicas, condiciones

intelectuales, entre otros; a propósito la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) (2012) define a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (p.1). Es decir, el concepto de la O.M.S se refiere a la integralidad de los elementos de la salud del individuo y no un solo elemento que se interpone ante los demás.

Uno de estos elementos son las condiciones psíquicas del individuo, es decir, la salud y enfermedad mental; que también, constituyen dentro de sí un complejo conjunto de elementos, debido a la cantidad de enfermedades mentales existente en la actualidad; y que no impide necesariamente que el individuo se limite a ejecutar o desarrollar actividades propias de él.

En este mismo orden, de ideas, se hace necesario (para la investigación) analizar la relación que existe entre la salud y la enfermedad mental, y de esta manera entender mejor el rol que cumple el Trabajador Social en esta área, cuestión que se analizará a continuación.

### **3.2. Salud y Enfermedad Mental**

Ahora bien, luego de analizado el concepto de salud (de manera general), se hace necesario mencionar de forma específica el concepto de salud mental; cuestión que permite delimitar el rol del Trabajo Social en esta área; la Organización Mundial de la Salud (2012:2) lo define como *“...un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*. Como se puede observar en el concepto, al igual que el concepto anterior, es recurrente el término “Bienestar”; cuestión que permite

relacionarlo con el objetivo final del Trabajo Social, lograr el bienestar integral del individuo, ya que éste es una integración de elementos (biológico, psicológico y social) que funcionando en armonía se logra dicho objetivo; la Organización Internacional de Trabajadores Sociales (O.I.T.S) (citado por Domínguez 2005:67) define el Trabajo Social como:

*La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, como también la estabilidad social, la solución de problemas, como también la armonía en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y liberación de la gente para aumentar el bienestar. Utilizando las teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y las respectivas tradiciones y culturales específicas de los diferentes grupos étnicos.*

Como se puede observar en los conceptos, tanto en el de salud mental y Trabajo Social, los dos contienen el término “Bienestar”, solo que la O.M.S lo define como un estado ya alcanzado y la O.I.T.S lo entiende como el objetivo a alcanzar por parte de la intervención del Trabajador Social hacia el paciente, cliente o individuo.

Por otro lado, el Trabajo Social es una carrera que cumple diferentes roles dentro del campo de la salud, estos van definidos o se suscriben dentro de los planes u objetivos de las mismas instituciones sanitarias, sin embargo, en líneas generales, siempre va enfocado a las necesidades y los problemas sociales; así como lo señala Kisnerman (1987:122):

*Los objetivos del trabajo Social, por lo tanto, se insertan en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forma parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales.*

Estos objetivos que señala Kisnerman (1987) son:

1. Aportar: aporta estrategias de investigación para la localización de las causas de las enfermedades desde un punto de vista social,



2. Orientar: capacita tanto al paciente como a sus familiares y comunidad, para la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

3. Participar: en las distintas etapas de la planificación de las instituciones de salud, es decir, en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud.

Como se puede observar, los objetivos de la función del Trabajo Social en el área de la salud mental, indica una participación en todas las etapas del proceso de salud, cumpliendo con un rol importante, siendo los capacitados para cubrir las necesidades en el área social.

Ahora bien, teniendo bien definido el concepto del Trabajo Social y su objetivo final, será necesario determinar cuál es el rol que cumple la profesión en el área de la salud mental.

### **3.3. Función y Rol del trabajo social en el área de la Salud Mental.**

Antes de comenzar a mencionar el rol del Trabajo Social en el área de la salud mental, es necesario diferenciar el significado de Rol con la Función.

Cuando se habla de funciones, se refiere a las manifestaciones dispuestas desde la institución; a propósito Tigueros y Mondragon (2001:35) define las funciones como:

*En sentido general, la palabra función se ha aplicado para designar la tarea o ejercicio ejecutado de manera regular en virtud de una ocupación...en Trabajo social, se refiere a roles y actividades desempeñados por el Trabajador Social para la consecución de sus objetivos.*

Como se observa en la definición, los roles están dentro de las funciones; ya que los roles son las unidades relacionadas a las actividades que cumple el Trabajador Social dentro de la institución.

El rol que cumple el Trabajador Social está intrínsecamente relacionado con los principios filosóficos y éticos del mismo; sólo que las funciones de éste se enmarca dentro de estos principios. Es decir, toda institución, bien sea de salud (mental y física), de educación, de ayuda, entre otros; tiene establecido su misión y visión, y dentro de ellos sus objetivos, lo que hace que la actuación del Trabajo Social se enmarque dentro de estos preceptos (funciones); sin embargo, el Trabajador Social actúa de acuerdo a su ética profesional, además de sus conocimientos profesionales adquiridos durante su preparación, lo que hace que éste adapte las funciones a su ética; Becerra y Kennel (2008:65) señalan que *“El Trabajo Social Psiquiátrico, aunque evidentemente posee características propias, es esencialmente “Trabajo Social” y se rige por los mismos principios fundamentales...”*. Principios que se nombraran a continuación, aunque es necesario aclarar, que donde se va a hacer mayor énfasis es en las funciones más adelante, ya que los principios están taxativamente bien definidos.

Si bien las funciones que desempeñan los trabajadores sociales en el área de Salud Mental se enmarca dentro de los objetivos o características de cada Centro donde prestan sus servicios, la finalidad sigue siendo la misma (el bienestar el individuo); funciones que se describen a continuación, según Kisnerman (1987: 122), los Trabajadores Sociales cumplen cuatro funciones, estos son: función de promoción, función prevención, función de recuperación, función de rehabilitación.

Aunado a lo anterior, el rol del Trabajo Social están insertos dentro de las funciones y los objetivos de las instituciones de salud; al respecto Kisnerman (1987:122) describe el rol del Trabajo Social en el área de salud, de esta manera:

- a. Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud como dirigidos a otras profesiones.
- b. Suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.
- c. Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- d. Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- e. Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos.
- f. Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud.
- g. Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- h. Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.
- i. Capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones de salud.
- j. Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad.

- k. Capacitar al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación
- b) Asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad.
- c) Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusválido.

Es importante señalar, que dentro del equipo de salud mental el Trabajador Social tiene como función incorporar el factor social al equipo terapéutico, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración y reinserción social del paciente. Tal como lo plantea Pellegrero (citado por Garcés 2010:342) *“...en cuanto al rol que desempeña, en el equipo de atención a la salud mental al Trabajador Social se le considera como el especialista de lo social”*. Es decir, el Trabajador Social durante su formación académica a adquirido los conocimientos necesarios para la atención del paciente desde el punto de vista social, como de sus relaciones comunitarias; por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados. Tal como se puede observar en el cuadro N° 38:

**IMAGEN N°38:** Funciones y Rol del Trabajo Social en el área de la Salud

**Funciones del trabajo social en el área de salud**

**Rol del Trabajo social en el área de salud**

**PROMOCIÓN**

1. Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud como dirigidos a otras

profesiones.

2. Suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.

1. Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud.

2. Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.

3. Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos.

4. Participar en el estudio de la calidad y la cantidad de los servicios y recursos de salud.

5. Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.

6. Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.

7. Capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones de salud.

1. Contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad.

2. Capacitar al enfermo y su familia para que sean agentes de su recuperación

1. Asegurar que todo enfermo o minusválido físico o mental pueda lograr el uso máximo de su potencialidad.

2. Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social del enfermo o minusválido.

Fuente: Elaborado por el Autor (2012).

## **PREVENCIÓN**

## **RECUPERACIÓN**

## **REHABILITACIÓN**

Por otro lado, la actuación o función del Trabajador Social se enmarca dentro de unos modelos de intervención, sustentado de manera teórico-práctico que permite encaminar de manera científica la intervención del Trabajo Social en el área de la salud mental. Estos modelos son: Modelo social-reduccionista, modelo psicosocial y modelo psicoterapéutico; a propósito Del Castillo, Mondragón y Trigueros (2002:517) los describen a continuación:

- **Modelo social-reduccionista:** en este modelo, el Trabajador Social no interviene de manera directa en la terapia, ya que el paciente viene remitido por un terapeuta, psicólogo o psiquiatra por alguna demanda

concreta o específica; con la intención de complementar la terapia o de ser entrevistado, ya que el equipo terapéutico, necesita alguna información de orden social importante para la terapia; sin asumir la responsabilidad del tratamiento del paciente, o bien el seguimiento o soporte de sus familiares, o puede ser el responsable de algún tipo de tratamiento grupal, y también puede ser co-terapeuta o terapeuta de refuerzo en algún tratamiento grupal dirigido por otro profesional. El trabajador social participa en reuniones de coordinación con profesionales e instituciones exteriores al propio servicio.

□ **Modelo psicosocial:** el trabajador social se constituye en terapeuta referente de una serie de pacientes y familiares, al tiempo que participa como co-terapeuta en el tratamiento de otros clientes del Centro de Salud Mental o Unidad de Salud Mental. Interviene también como especialista de lo social, en situaciones concretas, a demanda de otros miembros del equipo y participa, igualmente, en reuniones de coordinación y soporte a profesionales y dispositivos exteriores a los del propio servicio. Los tipos de tratamientos individuales o grupales llevados a cabo por los trabajadores sociales son muy diversos, abarcando aspectos de contención, socialización, rehabilitación, higienización, soporte y orientación familiar, apoyo a la inserción socio-laboral, generación de recursos y ampliación de perspectivas personales.

□ **Modelo psicoterapéutico:** los trabajadores sociales son unos terapeutas más de los equipos, sin que prácticamente puedan establecerse diferencias entre las actividades llevadas a cabo por psicólogos y trabajadores sociales. Éstos se constituyen en terapeutas referentes de todo tipo de pacientes, generalmente de aquellos que atendieron en primeras visitas o bien de los que les derivan otros miembros del equipo. Los tipos de

tratamientos se corresponden a los del modelo psicosocial e incorporan, además, otros de orientación claramente psicoanalítica.

Independientemente de los modelos antes señalados, los Trabajadores Sociales en Salud Mental están integrados en un equipo interdisciplinario, entendiendo por tal al conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema. Es decir, el tipo de atención terapéutica está supeditado al trastorno o situación problema del paciente; atendiéndolo desde el punto de vista integral, incluyendo lo social y comunitario, donde el Trabajador Social cumple su mayor rol. Tal como lo señala Tigueros y Mondragon (2001:141):

*El equipo interdisciplinario ha de trabajar de forma conjunta en la toma de decisiones sobre los pacientes, ya sea sobre su seguimiento terapéutico dentro de la unidad, o sobre la elaboración del plan de trabajo que se pueda desarrollar en el exterior, con su entorno más próximo...La intervención de los Trabajadores Sociales está motivada por las deficiencias sociales de los usuarios de sus familias, puestas por ellos mismos, por otros profesionales del centro...*

Por lo antes señalado, en esta sección de la investigación, se puede inferir la importancia que tiene la intervención del Trabajo Social en los centros de salud mental, ya que integra los elementos sociales dentro del equipo, necesarios para la atención integral del paciente, y más específicamente de los individuos con trastornos depresivos, entendiendo que éste proviene de un ambiente social, la cual deberá integrarse de manera consciente; es decir, el Trabajador Social deberá luego de una previa investigación, concienciar a la familia sobre la patología (trastornos depresivos) presentada por el paciente, sus causas y consecuencias,

además de la importancia que tiene las relaciones de afecto dentro del grupo familiar, para la superación de la enfermedad.

Además, por su formación constructivista y dialéctica, el aporte que da el Trabajo Social en los centros de salud es importante, ya que construye el conocimiento a partir de las intervenciones de cada caso y, concatena las teorías previas a la investigación con la realidad social del individuo, grupo o familia, dando al equipo de salud, los elementos necesarios para establecer un diagnóstico y por consiguiente las estrategias terapéuticas para la atención del individuo.



## CAPÍTULO IV

### RELACIÓN ENTRE LA MUSICOTERAPIA Y LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

#### 4.1. Musicoterapia y las emociones.

Todas las emociones son innatas en los seres humanos; es decir, todos los individuos nacen con las emociones y es normal que sienta algún tipo de ellas en un determinado momento; surgen como producto de un estímulo externo el cual provoca una reacción inmediata; Cabrera (2008:91) define la emoción como:

*Un estado afectivo que sobreviene súbitamente, en forma de crisis más o menos intensas y pasajeras y puede ser agradable y penosa. Las emociones son importantes para el desarrollo personal, la salud física y mental así como para las relaciones humanas.*

Como aparase en la definición, las emociones surgen súbitamente las cuales no son procesadas mentalmente (perceptualmente), es una reacción innata e inevitable en el individuo. Estas se clasifican en emociones primarias y secundarias. Las emociones primarias son innatas en cada individuo, tales como: ira, miedo, alegría, tristeza y amor, tal como lo señala Cascón (2006:33).

*Las emociones primarias son aquellas que poseemos desde que nacemos y están muy relacionadas con la preservación de la propia especie...sobre salen cinco grandes emociones básicas: amor, miedo, rabia, tristeza y alegría.*

Sin embargo, las emociones secundarias son aquellas que vienen después de una reacción inmediata o un acontecimiento (emoción primaria),

y la cual requiere de un procesamiento mental sobre el hecho; es decir, puedes sentir ira por un acontecimiento (emoción primaria) y luego sentir vergüenza por lo ocurrido.

Como se ha mencionado la música afecta positiva o negativamente las emociones del individuo, entendiendo como emoción la expresión afectiva (ira, miedo, alegría, tristeza y melancolía) provocado por un estímulo externo y que produce reacciones internas (fisiológicas), y se manifiestan de manera externa (expresiones corporales ); a propósito Chóliz (2005:4) señala que la emoción es *“...una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo”*.

Para los musicoterapeutas es importante el conocimiento sobre las emociones y cómo el equilibrio de ellas puede ser determinante para la superación de trastornos mentales y en específico la Depresión; por lo tanto, la escogencia y aplicación de terapias acordes ayudan al equilibrio emocional de las personas y en consecuencia a la superación de los trastornos depresivos. Aunado a este conocimiento, se suma el conocimiento de las funciones cerebrales, las partes del cerebro que intervienen en esta relación música-emoción, además de los procesos bioquímicos y neuronales intervinientes. A propósito Jauset (2011:108) señala que:

*La percepción de la música está intrínsecamente ligada a las emociones...de alguna manera, la música impacta directamente en el sistema límbico, sede de nuestras emociones, sin pasar por el filtro de nuestra parte más consciente que está relacionado con el neocortex.*

En este mismo orden de ideas, así como la relación música-emociones es importante, también la relación emoción-salud es igual de importante para el tratamiento de personas depresivas; ya que se han realizado estudios que han demostrado la importancia del equilibrio emocional para la salud, y como este permite la segregación de sustancias bioquímicas que ayudan al sistema inmunológico para prevenir enfermedades, además de curar la depresión; a propósito Cabrera (2008:16) señala que:

*El trabajo realizado por el equipo Dr. Carl Simonton, ha demostrado que tanto el cuerpo como la mente y el espíritu intervienen en la salud. Él afirma que las emociones influyen significativamente en la salud y en la curación de la enfermedad. Las emociones son una gran fuerza que ejerce una gran influencia en el sistema inmunitario y otros sistemas de curación del cuerpo.*

Esta teoría presenta una relación emoción-sistema inmunológico, el cual asegura que en la medida que la persona logra un equilibrio emocional, logra tener salud mental y física importante para la calidad de vida del individuo.

Quiere decir entonces, que la salud mental está intrínsecamente relacionado con el equilibrio mental, tal como lo define Santiago (2013:2):

*Salud mental se define de varias formas, pero todas coinciden en que es un equilibrio emocional necesario para que una persona pueda funcionar adecuadamente en el diario vivir. Se crea un balance entre la persona y el ambiente que lo rodea.*

Por lo tanto, el equilibrio de las emociones se convierte en el objetivo de los musicoterapeutas, ya que una persona con buena salud mental se caracteriza por: (Santiago 2013:2)

- Viven satisfechas de sí mismos:
  - Tienen amor propio.
  - No se dejan dominar por sus emociones.
  - Se sienten capaces de enfrentar dificultades que se le presenten.
  - Se sienten satisfechos.
  - Aceptan sus defectos e impedimentos.
  - Son tolerantes y capaces de reírse de sí mismos.
  
- Se sienten bien con las demás personas:
  - Establecen relaciones satisfactorias y duraderas.
  - Respetan la manera de ser, sentir y pensar de los demás.
  - Pueden dar cariño y son considerados con los demás.
  - Sienten agrado por las demás personas y confían en ellas.
  
- Pueden hacer frente a las exigencias de la vida:
  - Aceptan sus responsabilidades.
  - Tienen criterio propio y toman sus propias decisiones.
  - Tienen aspiraciones y metas reales.
  - Hacen siempre lo mejor que pueden.
  - Modifican su medio ambiente cuando es posible y se adaptan a él.
  - Hacen planes con anticipación y aprovechan sus habilidades.

Por otro lado, así como tener equilibrio emocional ayuda a tener una mejor salud mental; de la misma forma el equilibrio emocional ayuda a proteger el sistema inmunológico, y en consecuencia a prevenir

enfermedades de tipo física; a propósito Märtin y Boeck (1997:153) señala que:

*...el neurobiólogo David Felten ha descubierto que cada órgano del sistema inmunológico llegan a determinados haces nerviosos. Las sustancias químicas que actúan como mensajeros (los neurotransmisores) establecen, mediante estas conexiones, un intercambio de información entre el cerebro y el sistema inmunológico. De ahí se deduce que los pensamientos y emociones pueden influir en las defensas frente a la enfermedad.*

Aunado a lo anterior, el equilibrio emocional y neurobiológico ayuda al mejoramiento la salud en todos sus aspectos físico - mental, cuestión que se hace necesario explicar a continuación, con respecto al funciona de los estados mentales y su relación conductual.

#### **4.2. Musicoterapia, Ondas Cerebrales y depresión.**

La música también es utilizada para lograr estados de relajación profunda el cual permite al individuo armonizar tanto su cuerpo como su mente; Jauset (2011:134) señala que *“La música es capaz de modificar nuestros ritmos fisiológicos, de alterar nuestro estado emocional, de cambiar nuestra actitud mental e incluso de aportar paz y armonía a nuestro espíritu”*. Estos estados mentales son conocidos como: Alpha, Beta, Theta, Delta; también se le conoce como ondas cerebrales; términos que será necesario conocer y ampliar para la investigación.

Estos estados mentales es acuñado por el psiquiatra y neurólogo Alemán Berguer Hans (1837-1941), el cual a través de un aparato eléctrico podía amplificar las ondas eléctricas del cerebro o frecuencias cerebrales (electroencefalógrafo EGG) y la relación que tenía estas con los diferentes

estados de conciencia (vigilia, vigilia-relax, vigilia pre-sueño y sueño); tal como lo señala Sambrano (2006:27):

*El cerebro tiene una intensa actividad eléctrica y química. Un científico llamado Hans Berger, en 1929, midió esa actividad con un aparato que él mismo inventó, y al que llamó electroencefalógrafo. Este aparato amplifica enormemente la frecuencia de esta actividad y capta las ondas cerebrales, a las cuales le dio el nombre de letras griegas...beta, alfa, theta y delta...se mide a razón de ciclos por segundo.*

Estas actividades fisiológicas y físicas relacionadas con las frecuencias cerebrales se pueden observar en el siguiente cuadro:

**IMAGEN N° 39:** Cuadro de ondas-frecuencias cerebrales

| <b>NDA</b>                    | <b>Estados de conciencia</b> | <b>Comportamiento</b>   | <b>Substancias que intervienen</b>   | <b>Les Produce</b>  |
|-------------------------------|------------------------------|---|--|---|
| <b>BETA</b><br>14a30 c/<br>sg | Vigilia                      | Razonamiento lógico, recuerdos automáticos, conversaciones habituales, autoconsciencia. La mayoría del tiempo de vigilia transcurre en beta, pues es su estado por antonomasia.   | Adrenalina moderada y otras muy generalizadas.   | Estados de vigilia normal. Estados de concentración en el trabajo, el estudio, lectura, viendo la TV. En general estados de atención consciente rutinarios. Estados de relajación activa (provocada) o pasiva (espontánea). Ingestión de sustancias psicotrópicas o hipnóticas y sedantes. Estados de oración y meditación. Relajación muscular y pensamiento |
| <b>ALPHA</b><br>8a13<br>c/sg  | vigilia- relax               | Podría decirse que están en medio del "consciente" y el "inconsciente". Produce imaginación y lucidez creadora, mayor memoria, asimilación y capacidad de estudio. Mejor rendimiento en el deporte. Ideal para proyectar autosugestiones y comportamientos. Relajación mental y muscular. | Endorfinas y catecolaminas determinadas. Artificialmente con psicofármacos y relajantes. |   |

|                                  |                       |  |  |   |
|----------------------------------|-----------------------|--|--|---|
| <b>THETA</b><br>3,5a7,5<br>c/sg  | vigilia pre-<br>sueño | Estados de imaginación espontánea. Estados oníricos, ensoñación, fantasías alucinantes, La realidad se abstrae y la mente "vuela" sola. Es el camino del sueño superficial al sueño profundo. Sus características son muy parecidas a la frecuencia alpha solo que más pronunciadas. Total relajación física y mental. | Endorfinas y catecolaminas determinadas. Artificialmente con psicofármacos y relajantes. | "en blanco".<br><br>Estados de meditación profunda. Yoga, meditación, música, situaciones de gran calma y relax, audición de músicas armónicas, etc. Toma de drogas psicoactivas. |
| <b>DELTA</b><br>0 a 3,5 c/<br>sg | Sueño.                | Sueño profundo. Sueños oníricos. Estados de reacondicionamiento físico. Reestructuración física y mental. Aproximadamente su culmen dura unos 90 minutos en la fase de sueño nocturno. Es el sueño profundo. Esta frecuencia es la más desconocida.  | Las propias del sueño profundo. Se pueden generar con psicofármacos y somníferos.        | Sueño profundo. Sueño nocturno. Cansancio físico y mental. Aquí actúan a pleno rendimiento las partes más internas y profundas del cerebro.                                       |

**Fuente: Elaboración del Autor**

Las ondas cerebrales captadas directamente en el electroencefalograma se analizan en función de la frecuencia y amplitud de la señal. Frecuencia se refiere a las veces que una onda se repite en un segundo; también se le conoce como hertz o hz. La amplitud del EGG se define como el voltaje en microvoltios, medido del pico de la onda al final de la onda.

Estas frecuencias eléctricas se ven en un electroencefalógrafo de esta forma:

**IMAGEN N°40:** Ondas cerebrales.

Fuente: <http://errantesengris.wordpress.com/>

Como se puede observar en el cuadro, el cual refleja los resultados de un examen de electroencefalografía; indican, que de acuerdo a la actividad que se esté haciendo el individuo (sueño, vigilia, entre otros) existen variaciones diferenciadas. Las curvas registradas en la gente relajada (ondas alfa) tienen un ritmo diferente que en la actividad mental de vigilia (ondas beta), en el caso del sueño (ondas delta o theta) las ondas cerebrales disminuyen mucho más.

Estas ondas alfa, determinan normalmente un estado de concentración relajada. Es apropiado para cualquier progreso consciente o inconscientemente que se verifique en el mundo interno de cada persona. Por lo tanto, es el estado ideal para introducir mayor conocimiento y más eficientemente (Superaprendizaje), para concentrarse en uno y auto observarse (introspección y retrospección), para activar la mente abstracta y así clarificar y generar ideas (creatividad), para eliminar tensiones físicas y psíquicas, para activar dotes artísticas, para atender y concentrarse más profundamente.

La aplicación terapéutica de la música ayuda a las personas a producir ondas cerebrales alfa, la cual permite un estado de relajación, tranquilidad y paz; y en algunos casos, la música también permite producir ondas delta cuando se pretende conseguir un sueño profundo, dos elementos característicos de las personas con trastornos depresivos (insomnio o hiperinsomnia y ansiedad); así como lo señala Arnaud (2009:81) *“La música tiene el poder de hacer más lentas y de equilibrar las ondas cerebrales,*



*permitiendo establecer una armonía dinámica entre nuestras actividades lógicas e intuitivas”.*

Aunado a lo anterior, las personas con trastornos depresivos sufren alteraciones a nivel neurológico, como ya se ha señalado, bajando los niveles de endorfinas, dopamina, noradrenalina y serotonina; y la música ayuda a subir estos niveles neuro-bio-químicos necesarios para el estado de ánimo y superación del trastorno; así como lo señala Arnaud (2009:82):

*La música puede acrecentar los niveles de endorfinas. Las reacciones químicas motivadas por la riqueza emotiva y el goce de la música habilitan al cuerpo para que cree sus propias sustancias anestésicas y, de esta manera favorece el sistema inmunológico...*

Es importante resaltar, la importancia de los tres elementos antes señalados (equilibrio emocional, ondas cerebrales y música) para el tratamiento de personas con trastornos depresivos, la cual se desarrolla a través de terapias necesarias para la superación de dicho trastorno, por supuesto con la atención profesional de un especialista (musicoterapia), aspecto que se desarrolla a continuación.

#### **4.3. Musicoterapia, Relajación (Método no verbal).**

Ahora bien, en musicoterapia se utilizan algunos tipos de música para llegar al estado alfa y de esta forma lograr una relajación profunda, y así bajar los niveles de ansiedad y depresión; tal como lo señala Hanser (citado por: Pérez 2005:6):

*En las sesiones de Musicoterapia se puede utilizar la música para inducir la relajación, ofreciendo unas técnicas estructuradas guiadas para inducir un estado de relajación física y mental...escuchar una pieza favorita relajante puede distraer temporalmente al paciente de toda una serie de pensamientos y sentimientos ansiosos.*

Estas técnicas se le conoce en musicoterapia como terapia no verbal, ya que no se utiliza el verbo articulado, entre el terapeuta y el individuo, sólo es utilizada la música como método de comunicación, interviniendo el sonido (ondas sonoras) producido por la música y el individuo (ondas cerebrales), por supuesto es importante la orientación del musicoterapeuta, el cual se encargara de observar las reacciones a la terapia.

Esta relación se puede graficar de la siguiente manera:

**MAGEN N°41:** Sistema de comunicación no verbal de la música.

Fuente: Realizado por el Autor (2012)

En este gráfico, se presentan los elementos que intervienen en el proceso: música, estados mentales, lo que indica que dependiendo del tipo de melodía se puede lograr distintas reacciones emocionales, además de los distintos estados mentales.

Es importante resaltar, que la relajación es un estado físico – mental que tiene como objetivo, generar en el individuo tranquilidad, alivio de tensiones musculares, ausencia de pensamientos estresantes; Payne (2005:13) lo define como:

*Un estado o respuesta percibidos positivamente en el que una persona siente alivio de la tensión o del agotamiento. Ello incluye aspectos psicológicos de la experiencia de la relajación, tales como una sensación agradable y la ausencia de pensamientos estresantes o molestos.*

Este estado de tranquilidad, paz, armonía es importante para el tratamiento de personas con trastornos depresivos, ya que ayuda a organizar mejor la mente, a través de pensamientos positivos de sí mismo. Además, la aplicación de la música permite alcanzar niveles de relajación más profundos de relajación lo cual ayuda en la terapia; a propósito Proto (2004:114) señala que:

*Una música convenientemente seleccionada, por tanto puede aumentar la profundidad de su relación, y ayudarle también a concentrarse en las imágenes positivas y calmantes que está visualizando...la música instrumental es mejor que la vocal...*

Es importante indicar, que no toda la música es aplicable en la terapia, esta debe tener características muy específicas, y si es agradable o conocida por el paciente mejor, ya que se siente identificado y en confianza. Las músicas recomendadas para este tipo de terapia son las escritas en tonos menores, con un ritmo lento y con un volumen suave y agradable al paciente, este tipo de música se recomienda en su mayoría instrumentales, ya que lo más importante es la concentración en los sonidos más que en las letras de las mismas, puesto que puede ser un elemento distractor.

En la actualidad, se componen músicas con diferentes intensidades u oscilaciones sonoras de manera simultánea para generan ondas mentales de menor oscilación tales como: theta, alpha y delta; las cuales permiten un estado de tranquilidad, relajación y paz. Este tipo de música o sonido en principio se le llamó **Sonido Diferencial**, en la actualidad se le conoce como **Sonidos Binaurales o Música Binaural**, y es este tipo de música que utiliza

una melodía (que por lo general esta escrita en tonos menores y con intervalos pequeños) y la combina con sonidos de la naturaleza, ritmos cardiacos, sonidos viscerales, sonidos de animales, entre otros. A propósito Monroe (2012:2) plantea:

*Los sonidos diferenciales han sido asociados con cambios en los estados de despertar, enfoques de atención y niveles de conciencia hacia la integración sensorial; respuesta mejorada hacia el entrenamiento alfa en biofeedback, relajación, meditación, reducción del estrés, control del dolor, mejora del sueño, cuidados de salud, enriquecimiento de los ambientes de estudio, mejora de la memoria, creatividad, tratamiento de niños con incapacidades en el desarrollo; facilitación de la atención; experiencias cumbre y otras excepcionales; mejora de la hipnotizabilidad, tratamiento de la depresión, posibles efectos sobre la vigilia y el humor, inducción de alterados y propicios estados de conciencia y adaptación corticotalámica.*

La aplicación de los sonidos binaurales consiste en colocarle al paciente con alteraciones mentales, un audífono con dos sonidos diferenciados o con frecuencias distintas en cada oído, este efecto activa los dos hemisferios del cerebro (izquierdo y derecho) logrando alcanzar niveles de relajación profunda, la cual permite superar problemas de trastornos depresivos, ya que ayuda a la elevación de neurotransmisores (dopamina, noradrenalina, serotonina) necesarios para el buen funcionamiento del cerebro y la calidad de vida del individuo; este ejercicio se puede observar en la siguiente imagen:

**IMAGEN N°42:** Sonidos Binaural o Diferenciado.

Fuente: <http://sonidosbinaurales.es/faqs.html>

Por otro lado, la musicoterapia aparte de la utilización de la música o los sonidos en sí mismo, emplea otras técnicas para tratar la depresión, entre ellas se encuentra la relajación con música guiada, la catarsis, la biodanza; técnicas se que describirán a continuación.

#### **4.4. Musicoterapia y Bio-danza (Danzaterapia).**

Así como la música y la utilización de la misma, tiene sus antecedentes históricos para la sanación de enfermedades y generar bienestar, la danza está intrínsecamente relacionados a esa historia; es decir la música y la danza van unidos de la mano desde el principio de su historia; a propósitos Fischman (2001:1) señala:

*El uso de la danza como un instrumento terapéutico y catártico es tal vez tan antiguo como la danza misma. En muchas sociedades primitivas la danza es tan esencial como alimentarse o dormir. Provee a los individuos la posibilidad de expresarse, comunicar sentimientos y contactarse con la naturaleza. La danza como parte de un ritual acompaña frecuentemente los cambios de la vida, sirviendo de este modo a la integración personal así como también la del individuo a la sociedad.*

La danza beneficia al individuo desde el punto de vista del ejercicio físico; ya que bailar durante algún tiempo, permite ejercitar el cuerpo ayudando a la circulación de la sangre, al ritmo cardíaco, bajar los niveles de colesterol, al sistema respiratorio, el cual es importante para el bienestar del ser humano. También ayuda desde el punto de vista terapéutico, ya que generar estados de felicidad y en algunos casos de tranquilidad; Sánchez

(2009:1) señala que *“La música y el ritmo son el mejor ejercicio para que los diferentes sistemas cerebrales se armonicen y sean eficientes los unos con los otros...de generar endorfinas y adrenalina durante horas”*.

Cabe desatacar, que la danza al igual que la música es una eficiente estrategia de interacción social, ya que se utilizaban técnicas comunicacional y de relaciones sociales e interpersonales; tal como lo señala Bosco (citado por Betés 2000:106) *“La musicoterapia ayuda a la comunicación y el contacto a través de actividades no verbales”*.

Los musicoterapeutas combina la danza con la música para lograr generar estados de bienestar e interacción social y comunicacional, antes señalado, de esta forma bajar los niveles de depresión en el individuo. También el musicoterapeuta puede observar a través de la expresión corporal como el individuo va evolucionando en la aplicación de la terapia; y así, ir planificando estrategias posteriores.

Como se ha podido observar en este capítulo, las terapias aplicadas a través de la música (musicoterapia), ayuda al paciente a lograr calidad de vida, ya que la música es utilizada como medio de expresión verbal y no verbal, el cual permite que el individuo se exprese con libertad, sin barreras. Además, como se ha explicado, las personas con trastornos depresivos necesitan elevar los niveles de neurotransmisores (dopamina, serotonina y noradrenalina), la cual se logra con medicamentos (antidepresivos) remitido por un psiquiatra; sin embargo, la musicoterapia ayuda a mejorar esta situación, ya que actúa de manera integral (biológicamente, psicológicamente y socialmente) en el individuo con estrategias terapéuticas sustentada teóricamente, así como lo señala Poch (2001:99) *“La música*

*afecta al ser humano en su totalidad: biológica, física, neurológica, psicológica, social y espiritualmente”.*

Es importante resaltar, que se han realizados estudios neurológicos en relación a que parte del cerebro se activa cada vez que se escucha música, y se ha determinado que la misma activa de manera integral todo el cerebro, inclusive zonas que aparentemente no tienen nada que ver con el sonido, como lo es la zona visual (corteza estriada); a propósito el neurólogo francés Platel (citado por Espeleta 2012:2) buscando las áreas cerebrales específicas dedicadas a la música concluyó que:

*No sólo las áreas de procesamiento de sonido y lenguaje están involucradas sino también los centros ajenos destinados a la visión, la atención y a la memoria. Parece que el poder de la evocación melódica es prácticamente total: estimula la imaginación, el entorno lingüístico, olfativo, atencional, etc.*

Por lo antes señalado, la musicoterapia como estrategia permite lograr que el usuario supere el trastorno depresivo; sin embargo, es muy importante que esta intervención se haga de manera integral, es decir, es necesario la conformación de un grupo multidisciplinario conformado por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, ya que la musicoterapia es una carrera técnica y necesita del apoyo científico de profesionales especialistas en materia social, psicológica y psiquiátrica, entendiendo que éste último es el indicado y capacitado para prescribir medicamentos en los casos que sea necesario.

Cabe señalar, que la musicoterapia, busca a través de estas técnicas mejorar la calidad de vida del paciente con trastornos depresivos; por supuesto, dentro del marco de lo que se conoce como modelos o métodos musicoterapeúticos, que no es más que distintos enfoques de la aplicación

de la misma, creadas y desarrolladas por precursores de la musicoterapia; a continuación se pretende explicar como es aplicado estos modelos en los casos de los pacientes de dichos trastornos.

#### **4.5. Estrategias terapéuticas del modelo de creatividad y de improvisación (Nordoff Robbins) a pacientes con trastornos depresivos.**

En el enfoque Nordoff-Robbins se desarrolla un método donde la creatividad y la improvisación son fundamentales. Se utiliza la improvisación como una búsqueda de contactos, y la comunicación individualizada se utiliza para reflejar el aquí y el ahora de una persona a través de la creación de intercambios musicales; tal como lo señala Gento (2012:78):

*Dentro de esta línea de intervención musicoterapéutica podemos señalar que, el Modelo Nordoff-Robbins fundamentalmente se centra en la: improvisación musical terapéutica. Desarrollo de la creatividad.*

Aunado a lo anterior, el trabajo es un intercambio e interacción constante, la cual requiere de la intervención de un pianista y un asistente.; así como lo señala Betés (2000:369) *“El método propiamente dicho requiere la intervención de un pianista y un asistente”*. En la primera sesión se establece un contacto, con la utilización de instrumentos musicales, para evaluar las respuestas del paciente, lo que refleja el apoyo a cada intervención de una manera musical. Es necesario que el terapeuta musical domine el lenguaje de la música y las diferentes herramientas y recursos, para poder interpretar lo expresado por el paciente.

Cabe señalar, que el paciente a través de la utilización de instrumentos de percusión, expresa de manera espontánea sus emociones, sentimientos, manera de pensar; así como lo señala Bruscia (2007:102) *“Uno de los*



*objetivos de la improvisación creativa es desarrollar habilidades para interpretar y comunicar ideas y sentimientos”*; el cual el terapeuta acompaña y mejora lo que el paciente expresa, utilizando el piano, el co-terapeuta apoya con el acompañamiento de otros instrumentos. El objetivo principal es involucrar al paciente a expresarse a través de los instrumentos, haciendo música.

La idea de esta estrategia es que el paciente se exprese de distintas maneras (físico, cognitivo, emocional) a través de la versatilidad de la música como una forma de terapia. Desde el punto de vista físico, el paciente se expresa ejecutando un instrumento, puede ser de manera percutida o melódica, según sea el caso, creando una comunicación sonora – musical. En relación al aspecto cognitivo, se da a través de un proceso de interpretación de lo expresado a través de la música, en donde discierne sobre lo sucedido en la terapia. En relación al aspecto emocional, el paciente se expresa desde un aspecto emocional; el musicoterapeuta busca que el individuo ejecute un instrumento (el que el paciente desee utilizar) y comience a ejecutarlo sin pensar en ritmos específicos ni pre señalados, solo ejecutarlo desde la emoción, de lo siente en ese momento, sin ningún tipo de limitaciones e interpretaciones previas a la ejecución, la idea es que el paciente haga catarsis y se sienta libre, logrando superar poco a poco el trastorno depresivo. A propósito Davis (citado por Jauset 2008:98) señala que:

*La musicoterapia, a través, por ejemplo de las canciones, afecta a la mente y a las emociones, en primer lugar, desde un acercamiento psicológico, y posteriormente al cuerpo físico...incidiendo directamente en nuestra patología, y a la mente y las emociones a continuación.*

Además, con la aplicación de esta técnica se busca: descubrir las posibilidades y limitaciones del paciente; una vez establecido el contacto, mantener la idea de "apoyo", ya que el paciente busca soluciones a su propia situación; abarcar todas las posibilidades de respuesta y mejorar el desarrollo de nuevas oportunidades que puedan surgir.

Cada paciente responde de acuerdo a su nivel musical y personal. El paciente y el musicoterapeuta buscan sistematizar estas respuestas, Nordoff y Robbins (citado por Betés 2000:370) señalan que se puede encontrar algunos tipos, como por ejemplo:

- Libertad rítmica completa: Ha llegado el momento sensible a los cambios y los patrones rítmicos.
- La libertad rítmica inestable: La respuesta es complicada por una reacción excesiva y la pérdida de control.
- Limitada ritmo Libertad: La respuesta está determinada por una disminución en el desarrollo, tanto en música como en la expresión.
- Golpear compulsivo: inflexibilidad, siguiendo un ritmo que no coincide con la música.
- Golpear desordenado: totalmente conscientes de que las respuestas no se conectan con el ritmo de la canción. Respuestas a distancia y desordenada.

- Interpretación evasiva: Tiempo Trata de tocar ni relacionarse con la música, debido a las dificultades emocionales, y evita expresarse libremente por el miedo de esa Experiencia.
- La fuerza emocional de la interpretación: El paciente ejecuta el instrumento sin ningún ritmo específico, simplemente lo ejecuta sin ningún sentido, esto lo hace básicamente para demostrar su fuerza y capacidad de hacer ruido.
- La interpretación creativa caótica: es una forma hiperactiva de tocar, nada estable, tocar sin formular nada, es impredecible.

□ Fases del proceso.

El modelo Nordoff-Robbins estableció tres fases durante el proceso de intervención, estas fases son:

- Primera fase: Contacto exploratorio. El terapeuta trabaja para:
  1. Empezar a conocer al niño.
  2. Observar cómo se manifiesta la patología en el encuadre terapéutico.
  3. Determinar las habilidades de comunicación existentes.
  4. Investigar sus capacidades potenciales.
- Segunda fase: Desarrollo integrativo. En esta fase se elabora el desarrollo constructivo de la capacidad de respuesta a la comunicación. La música se personaliza aún más. Se llevan a cabo los objetivos de una forma

progresiva a través de la repetición y la constancia. Estos objetivos pueden dirigirse a:

1. Establecer o intensificar la relación.
2. Desarrollar la comunicación.
3. Trabajar para aumentar la movilidad, la coordinación, el entusiasmo, el control físico o emocional, la vocalización y la liberación de la rigidez del niño.

- Tercera fase: Comunicación y actualización personal. El terapeuta trabaja para conseguir:

1. Mayores niveles de comunicación y relación.
2. Elevar el nivel de auto-organización, de consciencia, de confianza y de competencia.
3. Alentar la libertad, liberándola de los efectos patológicos

Es importante señalar, que no todos los espacios físicos son adecuados para este tipo de tratamiento, por lo general la sala de terapia musical está insonorizado, es decir, espacios donde no se percibe sonidos externos, ni tampoco los sonidos internos donde se aplica la terapia debe salir al exterior; en el recinto debe haber un piano, una cámara de vídeo y una variedad de instrumentos musicales, la base de tambor o timbales, platillos, panderetas, campanas, cortinas, y varios clubes y palos.

Cabe señalar, que las sesiones deben ser grabadas, bien sea por videos como por grabadoras de sonidos; con la intención de tener un registro y de

esta forma ir observando la evolución del paciente, además, de ir planificando las estrategias a utilizar en cada sesión terapéutica; tal como lo señala Robbins (citado por Bruscia 2007:104) señala que:

*Cada sesión debe ser registrada y, a continuación se debe analizar con cuidado antes de pedir a la próxima reunión. Lo importante es tener la libertad de improvisar, pero luego el tiempo para ver lo que has hecho, y hasta qué punto el niño (. o el paciente) ha llegado.*

Aunado a lo anterior, el terapeuta también aprovecha los registros (grabaciones) para construir el repertorio del cliente de sus habilidades y dejar que él o su experiencia de la libertad de expresión en la música. Esto aumenta la conciencia del cliente de la expresividad y la capacidad de respuesta entre la música y su capacidad para dedicarse a la música para esos fines. Ciertas habilidades básicas musical debe ser dominado como trampolín para nuevas opciones expresivas para el cliente.

Por otro lado, la finalización de cada terapia estará sujeta al discernimiento del mismo paciente; es decir, cuando este tome conciencia de su situación, cuando haya un proceso de aprendizaje, y cuando éste pueda analizar y expresar de manera asertiva lo vivido en la sesión.

En la siguiente imagen se puede observar una sesión de musicoterapia aplicando el método Nordoff-Robbins; ella se distingue la presencia del Musicoterapeuta acompañando a los pacientes con el piano, además de la presencia del asistente; los instrumentos utilizados son: un piano, una pandereta, un tambor y una charrasca o güíro.

**IMAGEN N°43:** Sesión de Musicoterapia Modelo Nordoff-Robbins

Fuente: <http://hfnoticias.com.ar/noticia/>

#### **4.6. Estrategias terapéuticas de musicoterapia analítica o de orientación psicoanalítica, a pacientes con trastornos depresivos.**

La base de la musicoterapia analítica (al igual que el método Nordoff-Robbins) es la improvisación; se diferencia en que no es necesaria la presencia de un pianista para la aplicación de las sesiones. Éste método consiste en la expresión espontánea de la música y sus componentes (vocales e instrumentales) con fines terapéuticos. Se utiliza para reflejar la vida interna de cada persona, encontrando así el origen del problema y luego darle solución; involucrando a las personas en intercambios musicales libres o estructurados. A propósito García (2013:3) señala que:

*Este modelo se define por el uso de las palabras y la música simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta con el propósito de explorar la vida interna del paciente y facilitar su desarrollo. Las improvisaciones están a menudo estimuladas o guiadas por sentimientos, ideas, imágenes, fantasías, memorias... que el paciente o el terapeuta identifican como tema que necesita investigación terapéutica.*

Aunado a lo anterior, los pacientes pueden expresarse a través de la improvisación tanto con la ejecución de un instrumento como de forma cantada, sin necesidad de que tenga alguna coherencia desde un punto de vista musical ni coherencia desde un punto de vista poético; su única coherencia es lo expresado a través de las emociones y los sentimientos, esto permite que el paciente se libere al expresarse libremente (catarsis).

- Fases de la musicoterapia analítica:

Dentro de las sesiones de musicoterapia analítica se establecen tres fases de la terapia; tal como lo señala Bruscia (citado por Sarmiento 2005) “*Establecer una relación, trabajar en el centro del ser y por ultimo separar*”, esta fases se pueden representar de la siguiente manera:

- Establecer una relación:

En esta etapa el terapeuta se instala como un sostenedor o contenedor de los sentimientos o ideas más internas del paciente. Es la etapa del conocimiento y establecimiento de una relación tanto verbal como musical. Se busca un clima de empatía para que el paciente exprese momentos de su vida, e ir introduciendo cambios musicales que evolucionen hacia la fase dos del trabajo.

Cabe señalar, que las personas con trastornos depresivos, por lo general, no tienen buenas relaciones personales e interpersonales a consecuencia de su enfermedad; MacLaren (2004:151) señala que:

*Quando las personas están padeciendo esta enfermedad no son en realidad ellos mismos...ellos pueden actuar muy mal y decir cosas terribles que en realidad no ha querido decir, sufren cambios en su personalidad, y en vez de seguir siendo divertidos comienzan a ser melancólicos y no se alegran con nada; sus relaciones interpersonales son afectadas, tanto con la familia, como con los amigos...*

Es por esta razón que el Musicoterapeuta busca establecer una relación afectiva entre el paciente y él, para establecer una mejor comunicación y generar confianza en la persona y la terapia; logrando mayor interés por las sesiones terapéuticas.

- Trabajar En El Centro Del Ser:

Es el tiempo en que paciente y terapeuta enfrentan la vida y realidad circundante. El paciente se compromete a hacer cambios en su vida diaria basados en los temas emergentes durante la terapia.

Para el Musicoterapeuta los temas de trabajo personal tienen relación con sus relaciones familiares, es el momento de enfrentar los rencores y temores, tomar decisiones acerca de su vida futura, el control de los impulsos, las relaciones con terapeutas y compañeros del centro, aclarar y entender el concepto de pareja y amor, lo que debe y no debe permitir de los otros. Se proponen pequeñas tareas entre cada encuentro, que consisten en modificar algunas conductas que dificulten el entendimiento con sus pares, utilizar el tiempo libre en forma creativa, modificar algunas conductas en el hogar dando preferencia al proceso de ganar poco a poco para sí un espacio significativo. Para la persona con trastornos depresivos, el comprometerse a realizar cambios en sus hábitos y costumbres, el establecer compromisos ayuda a mejorar la actitud ante la vida; ayuda a desarrollar mecanismos de autoayuda que permiten que el individuo re-encuadrar de manera positiva cualquier situación adversa. Por ejemplo, una persona con trastorno depresivo su estado de ánimo es variable, fluctúa entre la tristeza, la anhedonia; es entonces cuando el paciente establece como compromiso hacer actividades que le permitan salir de ese estado: bailar, salir a sitios alegres, compartir con amigos, hacer ejercicios; cuestión que debe realizar cuando esté en crisis depresivas o constantemente.

- Separar:



En la tercera fase el terapeuta y el paciente concentran el trabajo en encontrar el equilibrio de las fuerzas intrapsíquicas de éste, puestas en marcha en la fase dos.

El paciente empieza a relacionar y equilibrar el mundo externo e interno, domina la relación sujeto- objeto, la música en la improvisación es fluida, se aceptan, incluyen y modifican las ideas o sentimientos propios o ajenos de forma creativa.

Es posible mantener un diálogo, escuchar al otro como a sí mismo, experimentar y explorar con temas de fuerte incidencia en la vida del paciente, con la diferencia de que ya no es vulnerable, ahora puede analizar, decidir la respuesta, sentirse cómodo con el tema y encontrar equilibrios.

En esta etapa el paciente está preparado para terminar con la terapia; la resistencia positiva y negativa desaparecen, se establece una relación de “adultos” entre paciente y terapeuta. Separar no es lo mismo que cerrar, ya que el paciente de forma individual seguirá trabajando con los conflictos y obstáculos que se le presentan, pero ahora sin ayuda del terapeuta.

Cabe señalar, que los objetivos a alcanzar en las sesiones de musicoterapia analítica en el caso específico de las personas con trastornos depresivos, son las siguientes (Sarmiento 2005):

- Mejorar la idea de valor sobre sí mismo
- Desarrollar conciencia de sí mismo; en cuanto a gustos, ideas, sensaciones, estados anímicos y reacciones.
- Lograr un estado de bienestar consigo mismo más sostenido en el tiempo.

- Mejorar la actitud negativa por una postura positiva ante la vida.
- Manejar conscientemente los estados emotivos dentro y fuera del centro.
- Ofrecer algunos recursos para mejorar su estado anímico en el hogar.
- Mejorar las relaciones interpersonales en el centro y su familia.
- Generar un vínculo positivo paciente - terapeuta en lo sonoro y lo verbal.
- Reconocer aspectos positivos y negativos de su vida, en la producción sonora e integrarlos a su personalidad.
- Utilizar la música como medio de comunicación no verbal.
- Emplear la música como fuente generadora de sentimientos de bienestar.
- Desarrollar el auto conocimiento a través de lo sonoro y la relación con los instrumentos.
- Mejorar la autoestima, confianza y seguridad a través del proceso de improvisación.
- Modificar en lo posible los pensamientos negativos hacia los padres.
- Generar nuevas formas de reacción para enfrentar situaciones conflictivas.

#### **4.7. Estrategias terapéuticas del “Modelo Benenzon” de musicoterapia a pacientes con trastornos depresivos.**

Este Modelo fue creado por el Musicoterapeuta Argentino Rolando Benenzo, de ahí su nombre; cabe señalar, que la aplicación del Modelo está basado en un principio conocido como “Identidad Sonora” (ISO); Benenzon (2011:67) lo define como:

*...el conjunto de energías sonoras, acústicas y de movimientos que pertenecen a un individuo y lo caracteriza. Este movimiento constante está formado por las energías sonoras heredadas a través de las estructuras genéticas, por las*

*vivencias vibraciones, gravitacionales y sonoras durante la vida uterina y por todas las experiencias analógicas desde el nacimiento hasta la edad adulta...*

Este modelo de intervención divide sus sesiones en dos fases, una primera de tipo diagnóstica, recabando información a través de un ficha musicoterapéutica y la testificación del encuadre no-verbal; y la segunda parte está constituido por las sesiones de musicoterapia; tal como lo señala Benenzon (2011:115):

*Cabe señalar, que a diferencia de los Modelos señalados anteriormente (modelo analítico, modelo Nordoff-Robbins), el Modelo Benenzon divide su intervención en dos: la primera se refiere a la parte diagnóstica, y lo hacen Esta metodología consta de dos partes esenciales. La primera es de carácter diagnóstico y la segunda terapéutico. En la parte diagnóstica, el objetivo es descubrir el principio de ISO del paciente...La segunda parte la constituyen las sesiones de musicoterapia, en donde paciente y musicoterapeuta trabajan activamente...*

En relación a esta primera fase de intervención; el especialista (musicoterapeuta), le aplica un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas, con la intención de recabar información importante para determinar algunos elementos relacionados, a los datos personales del paciente, el origen del problema, el conocimiento que se tiene del problema, experiencias con música, entre otros; este cuestionario se conoce como “Ficha Musicoterapéuta”, tal como lo señala Benenzon (2011:116):

*La toma de la ficha musicoterapéutica es el primer contacto del paciente con el musicoterapeuta. La consigna de este primer encuentro es la de explicar que para poder comenzar la terapia, es necesario conocer la historia sonoro-musical del paciente y de su ambiente en forma profunda y exhaustiva.*

A continuación se presenta un modelo de ficha musicoterapéutica bajo el método Benenzon (2011):

#### **IMAGEN N°44: Ficha Musicoterapéutica.**

Nombre y apellido:

Sexo:

Edad:

Ficha confeccionada por:

1. País de origen:
2. Región de origen:
3. Preferencias y particularidades de los padres:
4. Vivencias sonoras durante el embarazo:
5. Vivencias sonoras:
6. Movimientos corporales y canciones de cuna de la madre:
7. Ambiente sonoro durante la infancia:
8. Reacciones de los padres a los sonidos y los ruidos:
9. Reacciones del paciente a los sonidos y los ruidos:
10. Sonidos típicos de la casa (portazos, gritos, llantos, ruidos al masticar, murmullos, etc):
11. Sonidos durante la noche y sonidos corporales:
12. Historia musical propiamente dicha del hogar, educación musical de los padres y del paciente:
13. Los primeros contactos con un instrumento:
14. Estado actual del problema sonoro-musical:
15. Asociaciones con los sonidos:
16. Gustos y rechazos musicales, sonoros y de ruidos:
17. Deseos y rechazos de instrumento:

Fuente: Benenzon (2011:117)

Es importante señalar, que este es solo un modelo de encuesta que ejemplifica el objetivo a alcanzar con estos tipos de preguntas; es decir, conocer aspectos relacionados con la historia sonora-musical del paciente y su herencia (Benenzon 2011:117). Es por esta razón que aparecen preguntas relacionadas con elementos sonoros musicales, incluyendo la influencia de los sonidos en los padres, para determinar aspectos hereditarios. Esta información es importante para direccionar hacia donde debe ir la terapia; además, de comprender el mundo interior del paciente; a propósito Benenzon (2011:118) señala que:

*Estos conocimientos nos darán elementos básicos para nuestro primer contacto en las sesiones de musicoterapia. Permitirá comprender los rechazos a*

*determinados ritmos o melodías, como también prepararse para el contacto con el paciente...*

Estos ritmos y sonidos, permiten determinar el tipo de música a utilizar, según a aspectos culturales de la zona de donde proviene el paciente; es decir, si un paciente con trastorno depresivo proviene de un país, ciudad o una región específica, la música a utilizar será de ese mismo país, ciudad o región, con la intención de brindar mayor confianza del paciente hacia el terapeuta, además, de conectarlo emocionalmente con la terapia. Tal como lo señala Rodríguez (2013:383):

*La ficha musicoterapéutica o ficha sonoro-musical nos introduce en el universo sonoro-musical del sujeto, su experiencia sonoromusical y nos orienta en la elección de objetos intermediarios que utilizaremos (instrumentos musicales, música grabada...) y en la definición de un encuadre sonoro-musical apropiado.*

Por otro lado, la segunda fase de la intervención musicoterapéutica a pacientes con trastornos depresivos, está relacionada a las sesiones terapéuticas en sí; es decir, luego de tener toda la información recabada en la ficha musicoterapéutica, el terapeuta planifica de acuerdo a esta información y a las necesidades del paciente, las estrategias a utilizar en cada sesión.

Es importante resaltar, que estas sesiones están divididas en tres etapas; la primera se conoce como “Caldeamiento y Catarsis”, una segunda etapa relacionada a cada objetivo planteado por cada sesión, según lo planificado previamente, llamada “percepción y encuadre”; por último, la tercera etapa, la cual se conoce como “diálogo sonoro”. Estas etapas señaladas, se describirá a continuación según Benenzon (2011):

- Etapa de caldeamiento y catarsis:

La intensión de esta primera etapa, es crear confianza al paciente en relación a las sesiones, son estrategias y ejercicios con instrumentos, generalmente de percusión en donde el mismo expresa libremente sus emociones; tal como lo señala Benenzon (2011:128) *“El término caldeamiento...conjunto de procedimientos que intervienen en la preparación de un organismo para que se encuentre en condiciones óptimas de acción”*. Cabe señalar, que para lograr el caldeamiento es necesario que el paciente exprese libremente sus emociones o energías reprimidas, tal vez producto de la misma patología (trastornos depresivos); lo cierto que para lograr un buen caldeamiento es necesaria la descarga de estas emociones o energías (catarsis); a propósito Benenzon (2011:128) señala que:

*Podría decir que de mis observaciones clínicas puedo deducir que si no hay posibilidad de catarsis, es muy difícil que exista caldeamiento. Por lo tanto en esta primera etapa de sesión, el musicoterapeuta ha colocado algún instrumento útil para la descarga, ha creado algunos ritmos para favorecer el caldeamiento.*

La idea de esta técnica no verbal, es lograr que el individuo vaya tomando consciencia de su situación real; esto se da a través de un proceso mental continuo, en donde el terapeuta busca sacar del ISO gestáltico (inconsciente), las raíces del problema, hacia el ISO complementario (consciente) estableciendo una comunicación energética con el musicoterapeuta; estos ISO se definen como:

- ISO gestáltico:

El ISO gestáltico está referido a elementos que son intrínsecos al individuo desde el mismo momento de su gestación, incluye aspectos genéticos y con el tiempo experiencias que quedan guardadas en el inconsciente, tal como lo señala Benenzon (2008:38):

*...el hombre a diferencia de los animales, se le va produciendo durante los nueve meses de gestación un proceso histórico que estructura paulatinamente el ISO gestáltico. El ISO es propio y único de ese individuo y no de otro...*

El objetivo de esta primera etapa de la sesión, es remover de la memoria todas esas informaciones, experiencias guardadas en el inconsciente, incluyendo elementos genéticos que probablemente el paciente desconocía y que pudiera ser el origen del trastorno depresivo; trayéndolo al consciente del individuo. Cuando se logra traer a la memoria consciente estos elementos se logra el ISO complementario.

- ISO complementario:

Cuando el paciente logra tener consciencia del origen de su problema, crea los mecanismos que ayuda a superar el trastorno depresivo, por supuesto bajo la supervisión y asesoramiento del especialista; el ISO complementario, son esas energías que aparecen intermitentemente, la cual permite traer a la consciencia los elementos guardados en el ISO gestáltico; a propósito Benenzon (2011:129) señala que *“...el ISO complementario está formado por un cúmulo de energías que aparecen y desaparecen de acuerdo al estado de ánimo del individuo y de las relaciones que establece con los otros”*. Este ISO aparece durante la relación que se establece con el musicoterapeuta, la cual el especialista se encarga de sistematizar para luego ser revisada y analizadas por las partes (musicoterapeuta-paciente).

- Etapa de percepción y encuadre.

En esta etapa el musicoterapeuta establece una relación más interpersonal con el paciente, la cual permite generar confianza. Además, el especialista percibe los elementos culturales, religiosos y sociales que trae el paciente y logra integrarla en el ISO gestáltico del paciente. De esta percepción elaborará la mejor estrategia para abrir un canal de comunicación en ese sentido. Es decir, un paciente con una creencia religiosa específica (católica, musulmana, cristiana, entre otros) con trastorno depresivo, que busca ayuda a un musicoterapeuta para la superación de su trastorno; el especialista busca conocer el nivel de creencia, la relación emocional con la religión que practica, para establecer una comunicación afectiva y efectiva, sin invadir sus creencias.

Cuando se establece esta relación interpersonal, el musicoterapeuta comienza a reencuadrar las creencias que tenga el paciente en relación a la patología (trastorno depresivo), integrando el nuevo conocimiento (encuadre) al ISO gestáltico; es un proceso de enseñanza, en donde se pretende explicarle al paciente de una manera científica, la patología, las posibles causas y sus consecuencias; además, de explicarle los tipos de estrategias, ejercicios y la selección de la música a escuchar, su importancia y su significado.

- Diálogo Sonoro.



El diálogo es una interacción o conversación entre dos o más personas; sin embargo, el diálogo sonoro solo se realiza a través del lenguaje sonoro-musical; es decir, no se establece discursos con palabras, si no el sonido representado por la ejecución de uno o varios instrumentos musicales, que por lo general son instrumentos percutidos (tambores, platillos, xilófonos, entre otros). Es un diálogo entre el musicoterapeuta y el paciente; en donde el paciente manifiesta sus emociones y pensamientos a través del sonido y el musicoterapeuta ejecutando el mismo instrumento trata de imitar el mismo ritmo que el paciente.

Cabe señalar, que en la medida en que el paciente con trastorno depresivo avance en su proceso comunicacional, el especialista ira incorporando nuevos elementos rítmicos en su terapia, además de nuevos instrumentos musicales. Todo esto con la intención de que el paciente vea, escuche y sienta lo expresado musicalmente por el mismo durante la sesión; además, el especialista comienza imitando los sonidos del paciente permitiendo que este último pueda percibir con mayor claridad lo que va expresando.

#### **4.8. Estrategias terapéuticas del Modelo GIM (Imágenes Guiadas con Música), para pacientes con trastornos depresivos.**

Este Modelo está concebido para el trabajo en terapia individual; además de que trabaja de manera introspectiva, es decir, se busca que el cambio venga desde el interior del individuo hacia afuera, a través de la utilización de imágenes positivas, canciones con mensajes positivos, músicas de relajación; tal como lo define Bonny (citada por Gobantes 2009:7)

*Es una terapia transformacional centrada en la música que emplea música clásica programada específicamente para estimular y apoyar un desenvolvimiento dinámico de experiencias internas al servicio de la totalidad física, psicológica y espiritual.*

Es importante señalar que Los componentes de una sesión en el Método GIM son: (Gobantes 2009:10)

1. Primera fase: Pre-sesión o “preludio”. En ella, el terapeuta y el usuario dialogan, para así poder establecer el propósito-tema que se trabajará durante la sesión; es decir, explicarle que son los trastornos depresivos, cuáles son sus posibles causas y consecuencias. La idea es que el usuario tome consciencia de su situación actual y lo que se quiere conseguir con las terapias.
2. Segunda fase. Con el usuario en posición tumbada, el musicoterapeuta hace una inducción verbal que conduce al cliente a la relajación física y a concentración psicológica. Una vez conseguido, el musicoterapeuta se dispone a utilizar uno de los programas de música seleccionados. Deben ser músicas con ritmos lentos, por lo general en tonos menores, con intervalos cortos y sensibles, en algunos casos con sonidos de naturaleza. Esto permite alcanzar un mayor estado de tranquilidad en el individuo, para lograr la relajación dirigida.
3. Tercera fase. Experiencia con música. Mientras ésta suena, el usuario verbaliza lo que acontece durante su experiencia, incitado por las preguntas del guía o musicoterapeuta, que ayudarán a la persona a mantenerse centrada en su interior y a profundizar en la vivencia de la música.
4. Cuarte fase. Integración: El usuario regresa a la conciencia ordinaria después de acabar la selección musical. Es el momento de hacer una

integración creativa de la experiencia, que se realiza a través del dibujo representando lo que ha vivido.

5. Quinta fase. final sesión o post-sesión. El usuario reflexiona sobre reacciones físicas, imágenes, sentimientos y emociones de la experiencia. El guía ayuda al paciente a establecer los nexos entre lo acontecido en la experiencia y su momento actual.

Por otro lado, este tipo de información es importante, para los especialistas en composición, musicoterapia, trabajadores sociales, porque permite tener las características relacionadas a la depresión, y los beneficios que generan los estados de relajación, las terapias aplicadas y el tipo de música que se utiliza para generar estados de tranquilidad, ayudando a la superación de los trastornos depresivos.

## **CAPÍTULO V**

### **RELACIÓN TRABAJO SOCIAL Y MUSICOTERAPIA COMO ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEPRESIVOS.**

La aplicación de la música como medio curativo al igual que la práctica de la ayuda mutua en busca del bienestar del individuo, es antigua; como se ha demostrado en el capítulo II de esta investigación, sobre todo en los fundamentos históricos de la musicoterapia, se han encontrado registros primitivos que demuestran la utilización de la música como medio de curación de enfermedades tanto físicas como mentales. De esta misma manera, la práctica del Trabajo Social es igual de antigua, ya los filósofos en la antigua Grecia desarrollaban formas de organización social de ayuda, además de su organización económica y el arte, entre otros. Dos fundamentos históricos antiguos, tal vez con maneras distintas de aplicar sus estrategias, pero con un solo fin, el bienestar el individuo.

Esta misma necesidad de lograr el bienestar hace que las dos especialidades se puedan integrar o articular de manera eficiente, ya que cuando se atiende de manera terapéutica a un individuo, es necesario tomar en cuenta aspectos relacionados a su medio ambiente, su familia, sus relaciones interpersonales, sus aspectos biológicos-genéticos (herencia), información importante para la atención del usuario. El Trabajador Social se integra eficazmente con el Musicoterapeuta, ya que está capacitado para cubrir todos los aspectos antes señalados; además, tiene las competencias para la elaboración de instrumentos científicos de investigación que permitan recabar información necesaria para la atención del usuario.

Aunado a lo anterior, el Trabajador Social es un orientador, esto permite cumplir una función importante en el dúo terapéutico (trabajo social-musicoterapia), ya que es necesario orientar al grupo familiar sobre la situación por el cual está pasando el individuo, además, del tipo de enfermedad o situación traumática; lo que lograría una atención más integral y holística al paciente.

Por otro lado, las dos carreras (Trabajo Social y la Musicoterapia), dentro de su formación académica, ven asignaturas como: psicología, dinámica de grupos y psicopatología lo que indica conocimientos en el área psicológica y de manejo grupal e individual, lo que permite inferir un encuentro en las dos profesiones; sin embargo, se diferencia en un elemento, la música. Los musicoterapeutas necesitan tener un amplio conocimiento de música para poder aplicar la terapia, en cambio, los Trabajadores Sociales no necesita de ese amplio conocimiento, aunque esto no significa que un Trabajador Social adquiera conocimientos de música, lo que permitiría formarse en Musicoterapia, ya que cumple con parte del perfil; a propósito Pérez (2011:2) señala que:

*Una vez alcanzado este mínimo de conocimiento musical, cualquier profesional implicado en la relación directa con las personas y con formación de nivel universitario, como enfermería, trabajo social, psicología o pedagogía, podría aspirar a convertirse en un musicoterapeuta de calidad.*

Es importante señalar, que tanto el Trabajo Social como la musicoterapia requieren de la conformación de un grupo multidisciplinario para atención del paciente con trastornos depresivos; este grupo estaría conformado por: Psicólogos y Psiquiatras; debido a que, en el caso de psicólogos, estos aportan un conjunto de teorías y herramientas direccionando el tipo de intervención; en el caso del psiquiatra, debido a que

la enfermedad es de tipo neurológica-conductual, ya que se produce en una disminución de dopamina, serotonina, noradrenalina, inclusive hormonas como las endorfinas, el paciente requieren de medicación y estos profesionales son los capacitados para prescribir los tipos de medicamentos que necesita el individuo.

Ahora bien, en el capítulo III de la investigación se hace mención de el Trabajo Social terapéutico o psiquiátrico; se inicia desde una reseña histórica del mismo; lo que indica que el Trabajo Social también es un terapeuta social, ya que a través de estrategias progresivas y consecutivas busca el bienestar individual, social y grupal del individuo, sin necesidad de invadir otras ciencias, puesto que es parte de la filosofía de la carrera; tal como lo señala Pérez (2011:7):

*Trabajo Social asume labores terapéuticas, no como un asunto antojadizo, sino ante las necesidades que presentan las personas a las que se dirige el trabajo profesional, esto porque, los objetos de investigación-intervención que se tratan cotidianamente en los espacios donde se desarrolla la profesión, provocan en la singularidad de cada humano o humana.*

Esto indica, que el Trabajo Social es un terapeuta social, y su objetivo es el bienestar del individuo. A propósito Escobar (2013:3) señala que el objetivo principal del Trabajo Social es:

*Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, grupos y comunidades, priorizando aquellas situaciones que reflejan una mayor carencia de recursos personales, sociales o económicos; promoviendo el pleno desarrollo de las capacidades de las personas para conseguir un mayor bienestar social*

Aunado a lo anterior, Golden (2006:2) señala que “¿Quiénes realizan la terapia verbal?...Su terapeuta puede ser un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero enfermero psiquiátrico”. Lo que marcaría entonces la

diferencia del Trabajo Social en relación a las otras ciencias, es que para el Trabajador Social todos los elementos circundante al usuario son fundamentales en la terapia, no se centra nada más en el individuo, sino en todo lo que lo rodea, es decir, son holísticos porque el individuo no es aislado sino que interactúa con una serie de elementos, ambientales, sociales, individuales, biológicos importantes para su forma de sentir, pensar y actuar.

Por otro lado, la Musicoterapia no es una disciplina aislada, esta depende de muchas ciencias o disciplinas para poder ponerse en práctica; es lo que se conoce como una carrera o terapia Transdisciplinaria, sin embargo sus disciplinas principales son la música y la terapia, y dentro de ese grupo de ciencias y disciplinas, se encuentra el Trabajo Social; tal como lo señala Bruscia (2007:5):

*El primer reto al definir la Musicoterapia surge de su naturaleza transdisciplinaria; es decir, no es una disciplina sola, aislada, con límites claros e inmutables. Más bien es una combinación dinámica de muchas disciplinas y de dos áreas principales: la música y la terapia.*

A continuación se muestra todas las ciencias y disciplinas científicas en las cuales se fundamenta y construye la musicoterapia; resaltando sobre todo el Trabajo Social por ser parte de la investigación.

**IMAGEN N°45:** Carreras relacionadas con la musicoterapia.

Fuente: Bruscia (2011:6)

Es importante señalar, que la integración entre la musicoterapia y el Trabajo Social, se debe a una necesidad de incorporar los elementos sociales a la terapia, como por ejemplo: el medio ambiente laboral y de estudio, la familia, grupos de amigos, medio ambiente donde vive o se desenvuelve el individuo. Además, el Trabajador Social ve al hombre como

un ser Bio-psico-social, igualando al Musicoterapeuta en dos aspectos, la parte biológica y psicológica, ya que su terapia se centra en el paciente, y no en lo social; por lo tanto el Trabajo Social es un complemento eficaz en la terapia.

Por otro lado, la musicoterapia al igual que el trabajo social en el área de la salud interviene en tres ámbitos fundamentales, al respecto se refiere Camacho (2012:166):

*La musicoterapia puede aplicarse en tres ámbitos...como prevención primaria, secundaria y terciaria. Estos ámbitos determinan las poblaciones con las que trabajar y los objetivos específicos a conseguir en función del contexto en el cual se encuentra y las características que presentan.*

Se puede describir estos ámbitos de intervención de la siguiente manera (Finkelstein y Mazza 2003):

- Prevención primaria: la labor está orientada a reducir la frecuencia de los trastornos en una comunidad.
- Prevención secundaria: están referida específicamente a las actividades destinadas a un diagnóstico temprano y a un tratamiento oportuno.
- Prevención terciaria: las actividades principales tienden a limitar la enfermedad o a rehabilitar al paciente crónico.

En el caso del Trabajo Social en área de salud mental coincide con la musicoterapia en los ámbitos de intervención; es decir, prevención primaria, secundaria y terciaria; tal como lo describe Kisnerman (1987:91):

- Prevención primaria tiene como finalidad disminuir los riesgos de enfermedad.



- Prevención secundaria va dirigida a reconocer precozmente el desorden de comportamiento y el tratamiento inmediato que debe orientarse a restablecer un buen patrón de relaciones interpersonales en el medio evitando el aislamiento del enfermo.
- Prevención terciaria, centrada en la rehabilitación sociolaboral, es el último y más importante proceso para consolidar la eficacia de los tratamientos anteriores y evitar la reincidencia y las recaídas.

Por las características particulares del Trabajo Social y la Musicoterapia forman un equipo terapéutico eficiente, ya que el Trabajo Social cubre los aspectos relacionados con lo social (caso, grupo y comunidad), la investigación previa al diagnóstico, va al campo donde habita el paciente, además de intervenir en la planificación, y luego a la terapia integrando al paciente a su ambiente social; elementos importante para la Musicoterapia ya que el terapeuta, de acuerdo a la información adquirida (por el Trabajador Social) desarrolla las estrategias necesarias para atender la situación problema, y en este caso los pacientes con Trastornos depresivos.

Es importante resaltar, que a pesar de que el Trabajo Social y la Musicoterapia por sus características se complementan, existe una marcada diferencia, que viene hacer la base primordial de las dos carreras; la música y lo social; es decir, para ser musicoterapeuta es necesario tener conocimiento amplio de la música, ya que la base de la musicoterapia es la aplicación de los elementos de la música en las terapias y sólo es aplicable con la ejecución de uno o varios instrumentos; tal como lo señala García (2013:17):

*El musicoterapeuta ha de ser un músico diestro y experimentado, capaz de aplicar la psicología de la música en su trabajo...Profesionalmente será un buen ejecutante e improvisador, conocedor de todos los tipos de música y capaz de emprender muchas tareas a la vez, tales como dirigir conjuntos corales, o instrumentales, enseñar a cantar o tocar instrumentos.*

Esto no significa que un trabajador social no pueda ser musicoterapeuta; basta que tenga los conocimientos musicales antes mencionados, para tener las competencias y formarse como musicoterapeuta.

En el siguiente cuadro se pueden observar, algunos elementos importantes que relacionan el Trabajo Social con la Musicoterapia, y otras que las diferencian, como por ejemplo, la cualidad musical del musicoterapeuta, cuestión que no es importante para el Trabajo Social, aunque probablemente el Trabajador Social tenga conocimiento sobre música o ejecute algún instrumento musical.

**IMAGEN N° 46:** Relación del Trabajo Social con la Musicoterapia

| <b>Elementos o aspectos</b>        | <b>Trabajo Social</b>   | <b>Musicoterapia</b>  |
|------------------------------------|---|---|
| <b>Objeto de estudio</b>           | Individuo-sociedad  | Música-Individuo  |
| <b>Propósito</b>                   | Generar bienestar: psicológico, biológico y social (Homeostasis).   | Generar bienestar: psicológico, biológico y social (Homeostasis).   |
| <b>Áreas donde se desenvuelven</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Médico.</li> <li>*Educativo.</li> <li>*Salud Mental.</li> <li>*Geriátrico.</li> <li>*Infraestructura urbana.</li> <li>Jurídico.</li> <li>*Laboral.</li> <li>*Asesoría Privada.</li> <li>*Derechos Humanos.</li> <li>*Ecología.</li> <li>*Alimentación.</li> <li>*Vivienda.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>*Médico</li> <li>*Salud.</li> <li>*Educación.</li> <li>*Jurídico.</li> <li>*Laboral.</li> <li>*Asesoría Privada.</li> <li>*Derechos Humanos.</li> <li>*Ecología.</li> <li>*Alimentación.</li> <li>*Vivienda.</li> <li>*Seguridad pública.</li> </ul> |

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
|                                | *Seguridad pública   |  |
| <b>Tipos de teorías</b>        | *Biológicas.<br>*Antropológica.<br>*Estadísticos<br>*Ambientales.<br>*Psicológicas.<br>*Sociológicas.  | *Musicales.<br>*Biológicas.<br>*Antropológica.<br>*Estadísticos.<br>*Ambientales.<br>*Psicológicas.<br>*Sociológicas   |
| <b>Objetivos</b>               | Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, grupos y comunidades, priorizando aquellas situaciones que reflejan una mayor carencia de recursos personales, sociales o económicos; promoviendo el pleno desarrollo de las capacidades de las personas para conseguir un mayor bienestar social.<br>*Prevención primaria. | *Establecer la Comunicación.<br>*Mejorar las relaciones interpersonales.<br>*Desarrollar el conocimiento de uno mismo.<br>*Desarrollar la capacidad de autoexpresión.<br>*Prevención primaria. |
| <b>Ámbitos de Intervención</b> | *Prevención secundaria.<br><br>*Prevención terciaria.  | *Prevención secundaria.<br><br>*Prevención terciaria   |

Fuente: Realizado por el autor.

Explicando el cuadro anterior, se pueden observar que en el objeto de estudio tanto del Trabajo Social como Musicoterapia, coinciden, **El Individuo**, puesto que es en este donde se centran las situaciones a resolver; bien sea las patológicas, como en cualquier otra situación, que requiera de ser atendido por estas ciencias del conocimiento; lo que marca la diferencia en estos dos aspectos, es precisamente las particularidades de las dos carreras; es decir, la música y lo social.

- Propuesta de complementariedad del grupo multidisciplinario terapéutico.

Como ya se ha señalado, es necesaria la intervención en el grupo multidisciplinario de profesionales en el área psicopatológica, psicológica, musicoterapéutica y trabajo social en el tratamiento de personas con trastornos depresivos, dada lo complejo de la patología, la multiplicidad de las causas y consecuencias, se requiere la intervención de profesionales en distintas áreas; esto permitiría mayor eficacia en el tratamiento y atención del usuario en su recuperación; cuestión que se pretende mencionar y analizar a continuación

- Intervención del trabajador social: atención de caso (aplicación de instrumento para el estudio psico-social y económico); elaboración de diagnóstico y remisión del caso.

Cuando el paciente llega a la institución de salud mental, debe ser atendido en primer lugar por un Trabajador Social; éste busca crear un clima de confianza entre el paciente y Él, con la intención de tener una comunicación más interpersonal, que el usuario exprese libremente lo que siente y piensa; además, que sienta que la persona que tiene al frente (Trabajador Social) es un profesional dispuesto a ayudarlo. Esto se logra dándole a entender al paciente que lo más importantes es Él como persona, independientemente de la enfermedad, tal como lo señala Becerra y Kennel (2008:67) *“Lo primero es transmitirle nuestro interés en él como persona y no como caso. La premisa es que tratamos con una persona que tiene una enfermedad, y no con una enfermedad que está en un paciente”*.

A esta premisa se le conoce como principio de aceptación, la cual se le inculca al paciente que se acepte tal cual es, y que es aceptado por el Trabajador Social; de esta forma Becerra y Kennel (2008:66) señala que:

*El enfermo mental necesita, antes de ningún intento terapéutico o, mejor dicho, como primera fase de cualquier intento terapéutico, ser aceptado como la persona que es...se le puede transmitir al enfermo esta aceptación que tenemos de él como persona, si tomamos en cuenta los sentimientos que expresa y le hacemos notar que nos damos cuenta de ello...*

Cuando se logra crear un clima de confianza entre el Paciente y el Trabajador Social, se pasa a una segunda fase que está más relacionada a la etapa de investigación diagnóstica, remisión al especialista según sea el caso y planificación, aunque este último se hace ya cuando el caso pasa al terapeuta y se hace conjuntamente con el grupo multidisciplinario; a través de un sistema llamado **Reunión del Grupo Asistencial**; así como lo indica Becerra y Kennel (2008:74):

*Reunión del equipo asistencial: La característica básica del personal asistencial es la diversidad de componentes del equipo psiquiátrico (psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc), y estas reuniones coadyuvan a la uniformidad de todos en el reconocimiento de un atributo que es común a los diversos roles: todos son agentes de salud mental...*

Aunado a lo anterior, el reconocimiento de los profesionales intervinientes en la reunión del grupo asistencial, permite fluidez en la planificación, además de enriquecer las estrategias a aplicar en la terapia; cada profesional aportará en la planificación los conocimientos necesarios para el abordaje de la situación a resolver. Tal como se observa en el presente cuadro:

**IMAGEN N°47:** Acción del Trabajado Social en el grupo multidisciplinario

Fuente: Becerra y Kennel (2008:77)

En el cuadro anterior, se plantea dos momentos en la intervención del Trabajador Social; un primer momento referido a la etapa de investigación, a través de técnicas basadas en la entrevista y principalmente la entrevista terapéutica; tal como lo señala Becerra y Kennel (2008:79) “...*aunque toda entrevista bien llevada tiene, de por sí, siempre algo terapéutica, el desarrollo de las de este tipo en particular el objetivo consiste en el tratamiento mismo, y ésa es su finalidad*”. Cabe señalar, la actitud y la pericia del Trabajador Social; es decir, éste debe tener paciencia, saber observar y escuchar, observar todo lo que sucede durante la entrevista, actitudes y gestos, tono de voz, la forma de vestirse, los movimientos corporales, todos estos elementos ayudan al establecimiento del diagnóstico. Además, es importante el registro de la entrevista, esto evita hacer interpretaciones erróneas del caso atendido.

Otro aspecto importante a resaltar dentro del cuadro, es que a pesar de que hace mención a los tres niveles de intervención de Trabajo Social (caso, grupo y comunidad), se resalta el nivel de caso, ya que se plantea, en principio, las situaciones de personas con trastornos depresivos, aunque es fundamental la participación de la familia dentro del proceso (Becerra y Kennel 2008).

- Momentos de la entrevista:

Durante el proceso de la entrevista es necesario delimitar e identificar los momentos que se suceden; Ulloa (citado por Becerra y Kennel 2008:82) considera la entrevista *"...como un proceso en el que se dan diferentes momentos que condicionan actitudes técnicas"*.

Los momentos a los que hace referencia son:

1. Pre-entrevista: datos que el profesional conoce con anterioridad.
2. Apertura: iniciación de la entrevista en sí.
3. Acontecer propiamente dicho: desarrollo de toda la entrevista.
4. Cierre: es necesario establecer el tiempo de la entrevista para saber cuándo se puede ir cerrando la entrevista, aunque el tiempo no es exacto, ya que éste estará supeditado, la información que se va obteniendo y la participación del usuario. Es importante que al cierre de la entrevista, el Trabajador Social haga una síntesis oral de todo lo tratado y de aquellos aspectos que habría que seguir tratando, brindando seguridad al usuario de que todo lo expuesto fue tenido en cuenta. Además, de ser necesario, se motiva al entrevistado, para que asista a una nueva entrevista; por lo tanto, cuando se habla de cierre, está referido al momento y no a la totalidad de la entrevista, como si no fuera necesaria otra nueva entrevista.
5. Post-entrevista: resultados para próximas entrevistas; pero ya eso tiene que ver más con la planificación, que el aspecto investigativo; y está más relacionado con el segundo momento, ya que se continúa con las entrevistas.

Por otro lado, en el cuadro se presenta un segundo momento y está referido al establecimiento del diagnóstico, planificación y tratamiento; aspecto que se desarrolla en su totalidad con el grupo multidisciplinario (Trabajador Social, Psicólogo, Psiquiatra y Musicoterapeuta), ya que será necesario recurrir a los conocimientos del grupo para estos aspectos; a propósito Becerra y Kennel (2008:83) señala que:

*El trabajador Social psiquiátrico no tiene responsabilidad total del diagnóstico; comparte la responsabilidad con el resto del equipo...el intercambio de experiencias a través de reuniones con otros profesionales (son imprescindibles) tiene un importante valor, como es el de tranquilizar y afirmar, al ver compartidas las propias reacciones.*

Cabe señalar, que la función del Trabajador Social no acaba sólo en esta parte, antes señalada, todo lo contrario, éste tal vez sea el que más participe durante todo el proceso terapéutico, desde sus inicios, hasta la integración del usuario a su grupo familiar, laboral e interpersonal. Es decir, como ya se ha observado en el cuadro, el Trabajador Social, recibe al usuario, trabaja conjuntamente con el equipo y luego la integración del mismo a la sociedad; es por esto, que la función del Trabajador Social es amplia, ya que cumple funciones Intra-mural y Extra-mural, la primera es desarrollada dentro de la institución y la segunda en el medio ambiente donde se desenvuelve el usuario; es decir, la Intra-mural, porque se centra solo en el usuario incluyendo a la familia, pero dentro de los muros de la institución; Extra-mural, porque se comprende la labor que debe realizar en el medio ambiente del usuario, con la familia, los grupos relevantes, con otras instituciones o dependencias y con la comunidad (Becerra y Kennel 2008).

Es importante resaltar, que el diagnóstico debe ser lo más detallado y, sustentando teóricamente posible, describiendo los siguientes elementos



(Becerra y Kennel 2008): descripción del individuo (¿Quién es?); descripción de la situación (¿Qué le pasa?); establecimiento de la relación de causa a efecto (¿Por qué pasa?); evaluación de potencialidades y recursos (¿Cómo le pasa?). Por lo tanto las entrevistas deben estar orientadas a dar respuestas a estas interrogantes; aclarando que es necesario en la misma considerar todos los elementos posibles durante el proceso, relaciones familiares, ambientales, económicas, psicológicas y laborales, para el desarrollo del mismo

- Intervención del psiquiatra. (diagnóstico, tratamiento y remisión al terapeuta). Castro (2008:13).

El rol del Psiquiatra cumple una función importante dentro del equipo de salud, específicamente en los casos de personas con trastornos depresivos; puesto que es el que tiene las competencias para la verificación, la complejidad y gravedad de la patología; es decir, es el profesional que confirmará si es o no depresión y qué tipo de depresión padece el individuo; además, de dar la prescripción médica de ser necesario.; debido, a que la Psiquiatría es una de las ramas de la medicina en encargada de atender, diagnosticar y prescribir los medicamentos necesarios para la atención de los casos de trastornos depresivos; a propósito Palomo (1996:527) señala que:

***La psiquiatría es una especialidad básica de la medicina por su carácter troncal y su interrelación e implicación con el resto de especialidades, en la que los fenómenos psíquicos y de conducta intervienen en la etiología y/o sintomatología, o bien destacan como factores a valorar en la profilaxis, evolución, tratamiento y rehabilitación de los enfermos...La psiquiatría se corresponde con el ámbito del saber médico que se ocupa del estudio, conocimiento, explicación, profilaxis, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación clínica y la investigación.***

En la definición se observan varios aspectos importantes a considerar en el equipo de salud y específicamente en el que corresponde al Trabajo Social y la Musicoterapia; comenzando con el conocimiento, es el psiquiatra quien determina la patología y, quien está facultado y debidamente colegiado para prescribir el tratamiento a seguir en los casos mentales incluyendo los trastornos depresivos; en el aspecto que hace mención el concepto sobre la explicación, ya que luego de establecido el diagnóstico el Psiquiatra explicará las causas y consecuencias de la patología, su posible tratamiento médico, además, de que el mismo estará evaluando constantemente el proceso con entrevista con el usuario para ir explicando a los demás miembros del equipo la evolución de la patología; es decir, el Psiquiatra es una pieza fundamental en el equipo de salud mental.

Es importante aclarar, que aunque la investigación no está referida a la función y rol del Psiquiatra, si es necesario hacer mención puesto que es parte del equipo, con unas competencias y funciones importantes. Tales funciones Castro (2008:13) lo clasifica de esta forma:

1. Valoración inicial de los casos derivados al Equipo.
2. Prestar asistencia especializada y seguimiento en salud mental.
3. Indicar las hospitalizaciones, así como la derivación de pacientes a otros especialistas o dispositivos asistenciales.
4. Indicar el tratamiento, sus pautas y tener responsabilidad última en el seguimiento de los tratamientos biológicos.
5. Realizar las interconsultas.
6. Participar en las sesiones clínicas organizadas o establecidas por el Equipo.
7. Participar en actividades de promoción y protección de la salud mental y prevención de la enfermedad.

8. Cumplimentar los documentos oficiales que deriven de su actuación y aquellos que sean requeridos, así como registrar y evaluar las actividades realizadas.
9. Colaborar en las actividades de formación y de investigación.
10. Realización de impresos clínicos como los informes, con la frecuencia que venga determinada por la demanda.

Como se puede observar, el Psiquiatra participa en todas las fases de la terapia, desde sus inicios hasta su conclusión, respetando los espacios de cada profesional interviniente en el proceso.

- Intervención del musicoterapeuta: Reunión diagnóstica del grupo multidisciplinario, primera sesión con el paciente (investigación, diagnóstico). Segunda sesión (planificación, conjuntamente con el grupo multidisciplinario), tercera sesión (aplicación terapéutica).

La función de Musicoterapeuta se centra más en hecho práctico de la terapia; viene siendo el último eslabón dentro del proceso que se inicia con la etapa investigativa, diagnóstica y planificación del caso; aunque en las etapas relacionadas al diagnóstico y planificación, el Musicoterapeuta participa activamente en las Reuniones del Grupo Asistencial, su mayor intervención estará en la ejecución de la terapia musical, por ser el especialista en esa área, por supuesto con la evaluación constante del Psiquiatra; evaluación que hará hacia como va evolucionando el paciente, más que intervenir en la terapia como tal, ya que no tiene formación como musicoterapeuta.

La aplicación del modelo, o los modelos de musicoterapia a utilizar estará determinada por el diagnóstico, esto puede variar o combinarse según

se vaya dando el proceso; el Musicoterapeuta tiene las estrategias que le permitirán determinar bajo qué modelo debe aplicarse la terapia; por ejemplo, es probable que el especialista utilice la Ficha Musicoterapéutica con la intención de determinar la relación sonoro-musical del paciente; esto se hace independientemente que el Trabajador Social en la primera etapa haya aplicado un instrumento de investigación o haya hecho una entrevista, puesto que son diferentes, ya que uno va hacia el aspecto psicosocial y otro este más relacionados a los sonidos y las músicas que sea parte de la historia músico-genética y antropológica del paciente.

Es importante resaltar, que necesariamente el Musicoterapeuta estará constantemente interactuando con los demás integrantes del equipo, para ir evaluando el proceso terapéutico, ya que tiene que ir recibiendo información de aspectos relacionados con el paciente y su medio, familiar, interpersonal, laboral; además, de evaluaciones psiquiátricas para ver la evolución neuro-psiquiátrica del usuario.

En líneas generales, la interacción de los integrantes del equipo va hacer constante, intercambiando ideas, con un nivel amplio de respeto, aportando conocimientos, además, de evaluar desde sus perspectivas la evolución del usuario, con atención directa y privada, respetando el principio de confidencialidad. Esta relación cíclica permitirá una mayor eficiencia para el logro del objetivo que no es más, que la superación del trastorno depresivo presentado por el usuario, logrando así que éste logre alcanzar el bienestar individual, social y físico que tanto desea. Dicha interrelación profesional gira en torno al usuario, interactuando unos con otros, tal como se puede observar en el presente gráfico:

**IMAGEN N°48:** Cuadro Sinérgico en el Proceso Terapéutico

Fuente: Realizado por el Autor

Se puede observar en la imagen circular cómo interactúan los profesionales, sin estar yuxtapuesta unas sobre otras, más bien recurriendo a sus competencias para canalizar situaciones que se puedan presentar, dentro del marco de sus conocimientos científicos. En el centro de la imagen se encuentra el usuario, ya que los profesionales interactúan para darle mayor eficiencia a las estrategias a aplicar en la terapia, buscando que el individuo logre superar el trastorno depresivo. Es una atención integral, pasando por lo teórico, a lo práctico (dialéctico); de forma holística, en donde todos los elementos son importantes para la atención y superación de la situación problema que aqueja al individuo.

## CONCLUSIÓN

Paralelamente a la psicología y sus teorías, surgen otras ciencias y disciplina que buscan, como objetivo principal, el bienestar del individuo; carreras tales como, Trabajo Social y Musicoterapia, la cual es el motivo principal de esta investigación, teniendo como variable la influencia de las dos carreras en los trastornos depresivos; obteniendo las siguientes conclusiones:

**1.** La musicoterapia se utiliza desde la época antigua y a lo largo de los años se ha ido perfeccionando a tal punto de ser reconocida como una rama más de la medicina, con un amplio campo de acción médico terapéutico, con gran efectividad en la cura de diferentes enfermedades; así mismo, la musicoterapia se puede aplicar en gran cantidad de patologías, tales como: autismo infantil, psicosis, esquizofrenia, educación especial, demencia senil, alzheimer, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos neurológicos, parálisis cerebral, cáncer, enfermos terminales.

**2.** La musicoterapia se puede aplicar en personas de cualquier edad; ya que la música tiene un efecto en el cerebro humano que hace que se modifique el comportamiento de acuerdo a la melodía.

**3.** La musicoterapia es una disciplina científica que necesita de otras ciencias para la aplicación de la terapia.

**4.** Para estudiar musicoterapia el aspirante debe tener un conocimiento previo de música, además de interpretar algún instrumento, ya que será necesario a la hora de la aplicación de la terapia.

**5.** Son pocas las universidades que implementan la carrera de musicoterapia, lo que indica pocos musicoterapeutas en Venezuela.

**6.** La música también tiene un efecto neuroprotector que estaría mediado por el aumento de neurotransmisores, lo que permite una mayor viabilidad neuronal. Esto podría explicar los efectos benéficos en enfermedades psiquiátricas y neurológicas crónicas, como demencias, enfermedad de Parkinson, especialmente los trastornos afectivos.

**7.** El Trabajo Social es una ciencia, que se rige estrictamente por el método científico, y que no debe limitarse únicamente por una teoría, ya que por sus características dialécticas-constructivista, contrasta las teorías con las realidades sociales para generar nuevas teorías; es decir, es una ciencia que va creando teorías en la misma manera que va resolviendo situaciones sociales. Por lo tanto el Trabajador Social es un Científico Social, capaz de adaptarse a cualquier situación social (psico-social, socio-económica, socio-ambiental y terapéutico social) en donde participe el individuo.

**8.** No necesariamente para que un Trabajador Social participe en sesiones Musicoterapéuticas debe ser especialista en esa área; ya que para formarse en Musicoterapiaa se debe tener un conocimiento amplio de música; sin embargo, se puede dar el caso que un Trabajador Social sea

músico y se forme en Musicoterapia en cualquiera de los post-grado que ofertan en algunas Universidades de Venezuela.

**9.** La Musicoterapia concentra todos los fundamentos señalados en la investigación, en cuatro aspectos fundamentales y a su vez considerada fundamentos teóricos, señalados en dimensiones, estos son: dimensión fisiológica, dimensión emocional, dimensión cognitiva, dimensión social y dimensión espiritual.

**10.** La Musicoterapia como carrera técnica, aplica estrategias tales como: la música binaural, la relación, la regresión, la bio-danza; para generar felicidad, tranquilidad y paz, la cual ayuda a generar hormonas y neurotransmisores cerebrales, tales como: endorfinas, serotonina, dopamina y noradrenalina importantes para la cura de los Trastornos depresivos.

**11.** El Trabajo Social y la Musicoterapia conforman un equipo importante puesto que el Trabajador Social aporta métodos científicos, para la investigación, diagnóstico, re-inserción y evaluación del paciente, y el musicoterapeuta en conformidad con ese aporte, planifica y ejecuta las terapias necesarias para la superación de los trastornos depresivos.

**12.** Es necesaria la participación de un psiquiatra dentro del equipo, en los casos de trastornos mentales y en específico la depresión, ya que es el competente para determinar el tipo de depresión el nivel del mismo, y el tipo de tratamiento a seguir, además de su aporte teórico-práctico para el establecimiento del diagnóstico y planificación

**13.** El Trabajador Social se integra al equipo terapéutico, actuando dentro de los parámetros de su ética profesional; y constantemente estará



aportando conocimientos e investigaciones durante todo el proceso de la terapia.

**14.** Los Trastornos Depresivos es una patología que va en crecimiento, el cual requiere de mucha atención por parte de profesionales especializados en el área como: Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales y Musicoterapeutas.

## **RECOMENDACIONES**

1. Es necesario incluir la carrera de Musicoterapia en la formación de pregrado y postgrado en otras universidades, ya que solo se dictan en la Universidad de Carabobo y la Universidad de los Andes; para que haya más musicoterapeutas aplicando estrategias musicales en busca de bienestar del individuo.
2. También es necesario conformar equipos multidisciplinarios para la atención de personas con trastornos depresivos, y no como una atención aislada de un solo profesional, fundamentalmente conformado por: Trabajadores Sociales, Psiquiatras, Psicólogos y Terapeutas.
3. Los pacientes con trastornos depresivos se les recomienda escuchar músicas relajantes, en tonos menores con movimientos lentos e intervalos cortos, para lograr estados de tranquilidad y paz.
4. Es importante que previo a las terapias los pacientes con trastornos depresivos deben ser evaluados por un Trabajador Social y un Psiquiatra, para determinar las causas, el tipo y grado de la patología y, de ser necesario su prescripción facultativa.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros:

- ALBORNOZ, D. (2002). Musicoterapia en Historias de Vida (1ª ed.). Mérida, Venezuela: Consejo de publicaciones. Universidad de los Andes.
- ANDER-EGG, E. (1971). Apuntes para una Historia del Servicio Social (1ª ed.). Quito, Ecuador. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana
- ARANGO, J. y FERNÁNDEZ, S (2003). Las Demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. Editorial El Manual Moderno. México.
- ARIAS, Fidas (2006). El proyecto de investigación (5ª ed). Caracas, Venezuela: Espíteme C.A.
- AUDESIRK, T. (2003). Biología: La Vida en la Tierra (1ª ed.). México. Pearson Educación, S.A.
- BARRIOS, Y. (2003). Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales (3ª ed.). Caracas, Venezuela: FEDUPEL.
- BECERRA, M. y KENNEL, B. (2008). Elementos Básicos para el Trabajo Social en Salud Mental (1ª ed.). Buenos Aires, Argentina. Espacio Editorial.
- BENENZON, R. (2011). Musicoterapia de la Teoría a la Práctica (1ªed). Madrid, España. Ediciones España Libros S.L.U.

- BENZON, R. (2004). Teoría De La Musicoterapia. Ediciones Mandala. Bilbao, España.
- BETÉS, M. (2000). Fundamentos de la Musicoterapia (1ª ed.). Madrid, España. Ediciones Morata S.L.
- BLASCO, F. y HUGUET, V. (1994). Los instrumentos musicales. Ediciones D'questa. Valencia, España.
- BRETT, C. (1999). Comprender la Vida (3ª ed.). Barcelona, España. Editorial Paidós, SAICF.
- BOLAÑOZ, G. (2006). Educación por medio del Movimiento y Expresión Corporal. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.
- BOULAINÉ, N. (2007). Una Historia de la Música Clásica (1ª ed.). Cumaná, Venezuela: Ediciones Culturales Universitaria. Universidad de Oriente.
- BLATNER, A. (2005). El Psicodrama en la Práctica. Editorial Pax México. México.
- BRUSCIA, K (2007). Musicoterapia: Métodos y Prácticas (1ªed). México. Editorial Pax México.
- CAICEDO, C. y URREGO, D. (2007). Depresión (1ª ed.). Bogotá, Colombia: Intermedio Editores.
- CABRERA, P. (2008). Psicología La Aventura de Conocernos (2ªed). Caracas, Venezuela. Editorial COGNITUS, C.A.
- CSCÓN, P. (2006). Educación emocional y violencia contra la mujer. Editorial Catarata, Madrid España.

CURTIS, H. (2006). Invitación a la Biología (6ªed). Caracas, Venezuela. Editorial Medical Panamericana.

Como funciona los Binaurales [Documento en línea] Disponible en: <http://sonidosbinaurales.es/faqs.html>

COON, D. (2005). Fundamentos de la Psicología (10ª ed.). International Thomson Editores S.A. México.

CLONINGER, S. (2003). Teorías de la Personalidad (3ª ed.). Editorial Pearson. México.

CROWTHER, D. (2003). Usted Puede Leer Música (1ª ed). Estados Unidos. Editorial Horizon Publishers.

DANHAUSER, A (1965). Teoría de la Música (Nueva ed.). Buenos Aires, Argentina: Ricordi.

DEL CASTILLO, L, MONDRAGÓN, J y TRIGUEROS, I. (2002). Asistentes Sociales (1ªed). España. Editorial M.A.D, S.L.

DELGADO, G. (2005). Del Mundo Moderno y Contemporáneo I. De la era moderna al siglo imperialista (5ª ed.). Editorial Pearson. México.

ESPINOSA, F (2006). Arteterapia Dinámicas entre Creación y Procesos Terapéuticos (1ª ed). Murcia, España. Universidad de Murcia-Servicio de publicaciones.

GARCÍA, J y MELIÁN J. (1993). Hacia un Nuevo Enfoque del Trabajo Social (1ªed). Madrid, España. NARCEA, S.A Ediciones.

GARCÍA, L. (2011). VENTAS (4ª ed). Madrid, España. ESIC: Editorial.

GENTO, S (2012). La musicoterapia para el tratamiento educativo de la diversidad. Editorial Aranzadi S.A. Madrid, España.

- GIL, M. y PIZARRO, H. (2006) La Historia del Trabajo Social a través de su Literatura. Editorial Universidad Pontificia Comillas. Madrid, España.
- GRAS, M. (1988). EL Romanticismo como espíritu de la modernidad (2ª ed.). Montesinos Editor S.A. España.
- HALES, R. y YUDOFISKY, S. (2005). Tratado de Psiquiatría Clínica (4ª ed.). Editorial Masson S.A. Barcelona, España.
- HERNÁNDEZ, S. y FERNÁNDEZ, C. y LUCIO, P. (2006). Metodología de la Investigación (4ªed) México D.F., México: Mcgraw – Hill Interamericana.
- HERNÁNDEZ, N. Y SANCHEZ J. (2007). Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para Trastornos de la Salud. Editorial LibrosEnRed. México.
- HERVÁS, M. (2008). La música como medio de integración y trabajo solidario. Editorial Ministerio de Educación y Cultura. España.
- IBARRA, A. (2007). Física. Diccionario Oxford-Complutense. Editorial Complutense S.A. Madrid, España.
- INGRAM, J. (2002). Orientación Musical (2ªed). Panamá. Editorial Universitaria (E.U.P.A.N).
- JAUSET, J. (2011). Música y Neurociencia: La Musicoterapia (2ªed) Barcelona, España. Editorial UOC.*
- JURADO, Y. (2002). Técnicas de Investigación Documental (1ª ed). México DF, México: Cengage Learning Editores, S.A.
- KISNERMAN, N. (1987). Salud Pública y Trabajo Social (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Humanitas.

- MACLAREN, L. (2004). Como entender y aliviar la Depresión (1ª ed.). México D.F, México: Tomo S.A.
- MÄRTIN, D. y BOECK, K. (1997).EQ, qué es Inteligencia Emocional. Editorial EDAF, S.A. Madrid, España.
- MYERS, D. (2005). Psicología (7ª ed.). Editorial Médica Panamericana, S.A. Caracas, Venezuela.
- MOLINA, V. (1994). Las enseñanzas del Trabajo Social en España. Estudio socio-educativo. Biblos Industrias Gráficas, S.L. Madrid, España.
- MONDRAGON, J. TRIGUEROS I. (2001). Trabajador Social. Temario Para la Preparación de Oposiciones. Volumen I. Editorial MAD. SL. España.
- MORENA, C. y MARCO, J. (). Lecciones de Otorrinolaringología aplicada (2ª ed.). Editorial Glosa. Barcelona, España.
- NAVARRO, C. (2006). Neurocirugía para Médicos Generales. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- NELSON, A. y GILBERT, S. (2008). Memoria. Todo lo que se necesita saber para no olvidarse de las cosas. Guía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harbard. Ediciones Paidós, Ibérica, S.A. Barcelona, España.
- PAYNE, R. (2005). Técnicas de Relajación (4ª ed.). Editorial Paidotribo. España.
- PÉREZ, C. (2010). Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
- PRADA, R. (1994). Terapia a su Alcance (3ª ed.). Bogotá, Colombia. Ediciones San Pablo.
- PROTO, L. (1999). Curación Por La Mente. Editorial EDAF, S.A. Madrid, España.

- QUINTANILLA, B. (2003). Personalidad Madura. Temperamento y Carácter. Editorial. D.R. Publicaciones Cruz. México.
- RICARDI, R. y HURAUULT, B. (1972). La Biblia Latinoamérica (1ªed). Madrid, España. Editorial Verbo Divino. Paulinas Ediciones.
- RODRÍGUEZ, A. (2007). Música (2ª edición). Editorial Editex. Madrid, España.
- RODRÍGUEZ, S. y ÁGREDA, S. (2004). Anatomía de los Órganos del Lenguaje, Visión y Audición (2ª edición). Editorial Panamericana. Madrid, España.
- RODRÍGUEZ, M. (2013). El papel de la Musicoterapia en los cuidados paliativos. [Documento en línea] Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/Alivio-situaciones-dificiles/20-EL-PAPEL-DE-LA-MUSICOTERAPIA-EN-LOS-CUIDADOS-PALIATIVOS-Rodriguez%20Castro.pdf>.
- ROWELL, L. (1999). Introducción a la Filosofía de la Música (1ªed). Barcelona, España. Editorial Gedisa.
- SABINO, C. (2001). El Proceso de Investigación (4ª ed.). Caracas, Venezuela: Editorial Pámpano.
- SAINT, Y. (2009). La Curación por Medio del Placer. Editorial Novalis Publishing. Ottawa; Canadá.
- SAMBRANO, J. (2003). P.N.L para Todos (8ªed). Caracas, Venezuela. Alfa Grupo Editorial.
- SAMBRANO, J. (2006). Cerebro Manual de Uso (2ªed). Caracas, Venezuela. Alfa Grupo Editorial.



- SÁNCHEZ, M. (2004). Manual de Trabajo Social (2ªed). México. Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- SCHWARZ, A. y Schweppe, R. (2002). Cúrate con la Música (1ª ed.). Barcelona, España: Robinbook.
- STONE, P. (2010). Limpie su casa y la de su familia. Editorial Por Casa Creación. Florida, U.S.A.
- YAGOSESKY, R. (1998). Autoestima en Palabras Sencillas (4ª ed.). Caracas, Venezuela: Júpiter Editores, C.A.
- YAGOSESKY, R. (2001). El Poder de la Oratoria (1ª ed.). Caracas, Venezuela: Júpiter Editores, C.A.

#### **Trabajos de Grados o Tesis:**

- LARA, J. (2004). Análisis sobre la Efectividad de la musicoterapia aplicando el Método Binatural para inducir al estado de Relajación Alfa como Método alternativo de Sedación Dental en Comparación a la Musicoterapia Convencional en Pacientes Adultos sometidos a Cirugías de Terceras Molares en la Clínica Odontológica de la Universidad Latina [Tesis en Línea]. Universidad Latina de Costa Rica. Consultada el 9 de octubre de 2011 en: [www.congresoacco.com/articulos/articulos/2006/art-02.pdf](http://www.congresoacco.com/articulos/articulos/2006/art-02.pdf)
- MENDOZA, F. (2004). Las Relaciones entre Trabajo Social y Salud Mental: un Recorrido Histórico [Tesis en Línea]. San José, Costa Rica. Consultado el 20 de octubre de 2011 en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-055.pdf>.
- RAMÍREZ P. (2005). Efectividad de la Relajación Muscular con Estímulos Musicales en la Disminución de la Ansiedad de los Estudiantes en el Momento de la Evaluación de Piano Complementario. Trabajo de Grado de Maestría. Centro de Investigaciones psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas. Táchira, Venezuela.

SARMIENTO, R. (2005). Musicoterapia en un caso de Trastorno del Ánimo: Depresión, Neurosis Severa. Proyecto Final Para Optar al Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte, Mención En Musicoterapia. Universidad de Chile, Facultad de Artes, Escuela de Postgrado.

### **Documentos en Internet y Formato Digital:**

Aprende Gratis (2012). Teoría Musical Escalas Relativas y Tonalidad. [Página web en línea]. Disponible en: <http://www.aprende-gratis.com/teoria-musical/>.

Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. (2001). [página web en línea]. Disponible en: <http://www.iasw-aiets.org/>.

Atlas Cerebral (2012). Sistema Límbico, Hipocampo. [Página web en línea]. Disponible en: <http://www.psicoactiva.com/atlas/limbic.htm>.

Apuntes Neuroanatomía UFRO (2012). Oído Externo. [página web en línea]. Disponible en: <http://www.med.ufro.cl/Recursos/neuroanatomia/>.

Baltimore Washington Medical Center (2012). Reparación Quirúrgica del Tímpano. [Página web en línea]. Disponible en: <http://www.mybwmc.org/library/>

BARRA, W. (2013). Sistema Límbico. [Revista en línea] Disponible en: <http://www.asociacioneducar.com/monografias-docente-neurociencias/w.barra.pdf>

Bellas Artes Swingalia. (2011). [Página web en línea]. Disponible en: <http://www.swingalia.com/musica/origenes-de-la-musica-en-la-prehistoria.php>

BRAVO, J, CABAÑAS, A. y DÍEZ, F. (2012). Musicoterapia. [Página web en línea]. Disponible en: [www.uclm.es/profesorado/ricardo/](http://www.uclm.es/profesorado/ricardo/)

- BONILLA, C. (2012). Depresión. [Revista en línea]. Disponible en <http://www.psicologosencostarica.com/blog/2012/10/17/la-depresion/>
- CAMACHO, P. (2012). Musicoterapia: Culto al Cuerpo y la Mente. [Revista en línea]. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/](http://dialnet.unirioja.es/)
- COLOIDALES (2012). **Anatomía del Cerebro**. [Página web en línea]. Disponible en: <http://coloidales.jimdo.com/cerebro/>
- Creamusica.com (2012). Silencios. [Página web en línea]. Disponible en: [http://www.creamusica.com.ar/Introduccion\\_partituras.htm](http://www.creamusica.com.ar/Introduccion_partituras.htm).
- CHÓLIZ, M. (2005). Psicología de la Emoción: EL Proceso Emocional. Universidad de Valencia-España. Departamento de Psicología. [Página web en línea]. Disponible en: <http://www.uv.es/=choliz/Procesoemocional.pdf>.
- DE SOUSA, J. (2013). Presentación de Trabajo de Ruido, Higiene y Salud Ocupacional. [Documento en línea] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/57106365/ruido>
- DÍAZ, A. (2012). La Audición: Percepción, Psicología, Memoria y Análisis. Anatomía y Fisiología del Oído. [Revista en Línea]. Disponible en: <http://www.editorialcep.com/>.
- DOMÍNGES, M. (2005). Cambios Sociales Actuales y Adaptación de la Profesión a los Mismos, Humanismo y Trabajo Social. España. Universidad de León. [Revista en línea]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/678/67800403.pdf>.
- ESPELETA, A. (2012). La Música que nos Transforma. [Revista en línea]. Disponible en: <http://server-enjpp.unsl.edu.ar/>
- ESCOBAR, C. (2013). Objetivos del Trabajo Social. [Documento en línea]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HjPmsFvEbVQJ:demos.usal.es/main/document/document.php>.

Errante en Gris (2012). Ondas Cerebrales y cómo Mejorar el Rendimiento del Estudio. [Página web en línea]. Disponible: <http://errantesengris.wordpress.com/>.

Federación Internacional del Trabajo Social (2004). Estándares Globales para la Educación y Capacitación del Trabajo Social. . [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.cpihts.com/>

FISCHMAN, D. (2001). Danzaterapia: Orígenes y Fundamentos. [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.brecha.com.ar/>.

GARCÍA, M. (1997) *La Psicoterapia psicoanalítica Breve o Focalizada. Revista Cubana de Psicología.* [Revista en línea]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/>.

GARCÍA, L. (2013). Aplicación de la Musicoterapia con pacientes de Fibromialgia. [Documento en línea] Disponible en: [http://www.elcantodelamusa.com/docs/2010/agosto/doc2\\_aplicaci%F3n.pdf](http://www.elcantodelamusa.com/docs/2010/agosto/doc2_aplicaci%F3n.pdf)

GARCÍA, E. (2013). Musicoterapia y enriquecimiento personal. [Documento en línea] Disponible en: <https://www.google.co.ve/search?q=Musicoterapia+y+enriquecimiento+personal>.

GARCÉS, E. (2006). El Trabajo Social en salud mental. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo Universidad de Zaragoza. [Revista en línea]. Disponible en: [revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/](http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/)

GEFFNER, D. (2013). El Cerebro Organización y Función. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.svneurologia.org/libro%20ictus%20capitulos/cap2.pdf>

GOBANTES, A (2009). Método Bonny de Imagen Guiada y Música. [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.escuelatranspersonal.com/tesis/musica-y-sonido/metodo-bonny.pdf>

GÓMEZ, M. (2007). Música y Neurología. [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.jbyg.com/descarga/neurologia.pdf>

GUEVARA, J. (2010). Teoría de la música. [Revista en línea]. Disponible en: [http://www.teoria.com/articulos/guevara-sanin/guevara\\_sanin-teoria\\_de\\_la\\_musica.pdf](http://www.teoria.com/articulos/guevara-sanin/guevara_sanin-teoria_de_la_musica.pdf)

GRACÍA, M. (2012). *La Teoría de los Cuatro Humores. [página web en línea]. Disponible en: <http://www.cienciasocultas.net/salud/loscuatrohumores.html>.*

GOLDEN, R. (2013). Psicoterapia: cómo funciona y en que puede ayudarte. [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.dbsalliance.org/pdfs/Psicoterapia.pdf>.

Glowacka, D. (2004). La música y su interpretación como Vehículo de expresión y comunicació. [Revista en línea]. Disponible en: [www.revistacomunicar.com/](http://www.revistacomunicar.com/)

HENRÍQUEZ (2012). *Cerebelo. [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.med.ufro.cl/Recursos/neuroanatomia/>*

H.F Noticias (2009). *La Música, una versátil arma terapéutica. [Documento en línea] Disponible en: <http://hfnoticias.com.ar/noticia/index/110/1537>*

*La Música es Bella (2009). Las Claves Musicales de la Partitura Musical. [Página web en línea]. Disponible: <http://musica-bella.blogspot.com/2009/07/las-claves-musicales-de-la-partitura.html>*

LEYVA, J. (2012). *Laringe. [Revista en línea]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_v/laringe.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_v/laringe.htm).*

MARTÍNEZ, J. (2008). Estudiando los Orígenes de la Música. [Revista en línea]. Disponible en: [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/)

MARTÍNEZ, J. (2011). Música en el embarazo: melodías antes de nacer. [Revista en Línea]. Consultado el 25 de septiembre de 2011 en: [http://www.familia.cl/salud/musica\\_embarazo/musica\\_embarazo.htm](http://www.familia.cl/salud/musica_embarazo/musica_embarazo.htm)

MENDOZA, F. (2004). Las relaciones entre trabajo social y salud mental: un Recorrido histórico. [Revista en línea]. XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. La cuestión social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana. San José, Costa Rica. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-055.pdf>.

Medtempus Blog de Medicina. Anatomía del Oído Medio. [Página web en línea]. Disponible: <http://medtempus.com/archives/mascletas-y-bocas-abiertas/>.

MORAN, M. (2010). La percepción de la música. [Revista en línea]. Psicología y arte. Disponible en: <http://www.alumno.unam.mx/>

MONTERO, C. (2010). Neuroanatomía Musical. [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas>.

Organización Mundial de la Salud. O.M.S. (2012). [Página web en línea]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/news/new/nw1/html>

Oscrove´s Weblog (2012). El Pentagrama. [Página web en línea]. Disponible: <http://oscrove.wordpress.com/teoria-musical/14-la-escritura-musical/el-pentagrama/>.

PALACIOS, J (2004). El Concepto de la Musicoterapia a través de la Historia. [Revista en línea]. Disponible en: <http://musica.rediris.es/leeme/revista/palacios04.pdf>.

PALOMO, T. (1996). Psiquiatría. [Revista en línea] Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/Psiquiatria.pdf>

PEÑALOZA, J.(2005). PLATÓN. [Revista en línea]. Disponible en: <http://idealismo.blogspot.com/>.

PERALTA, A., Porfirio, D. (2012). Naturaleza Social del Ser Humano. [Revista en Línea]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/>

PEREGRIN, P.(2012). *Origen de las notas musicales*. [Revista en Línea]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/ceipsanjuandedios/>

PÉREZ, L. (2005). Musicoterapia: La utilización de las actividades musicales en el campo de la Psiquiatría. [Revista en Línea]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/>

PÉREZ, T. (2013). De la magia primitiva a la medicina moderna. [Revista en Línea]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/>

PÉREZ, M. (2010). *La Musicoterapia*. [Revista en Línea]. Disponible en: <http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110907150543.musicoterapia.pdf>

PÉREZ, M. (2011). La Musicoterapia Mejora y Estabiliza los Parámetros Fisiológicos y Emocionales de los Pacientes. [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.saludinnova.com/communities/saludmental/blog/>

PIÑA, C. (2011). *Sistemas Orgánicos*. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). Facultad de Ciencias Básicas e Ingeniería. [Revista en línea]. Disponible en: [http://www.unad.edu.co/curso\\_biologia/fichatecnica.html](http://www.unad.edu.co/curso_biologia/fichatecnica.html)

PONCH, S. (2001). Importancia de la Musicoterapia en el Área Emocional del Ser Humano. Zaragoza, España. Revista interuniversitaria de formación de profesorado. [Revista en línea]. Disponible en: [redalyc.uaemex.mx/pdf/](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/).

POZO, J. (2008). Los equipos de salud mental infanto-juvenil: estructura y definición de actividades. [Documento en línea] Disponible en: [http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/esmij\\_pozo\\_de\\_castro.pdf](http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/esmij_pozo_de_castro.pdf)

RAMÍREZ, I. (2008). *El Trabajo Social*. [Revista en Línea]. Disponible en: [revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/.../8679](http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/.../8679)

RUBIA, F. (2009). Música y Cerebro. [Revista en Línea]. Disponible en: [http://www.tendencias21.net/neurociencias/Musica-y-Cerebro\\_a14.html](http://www.tendencias21.net/neurociencias/Musica-y-Cerebro_a14.html).

ROVI, A. (2008). *Monjes, Trovadores y Junglares* [Revista en Línea]. Disponible en: <http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod>

TECUMSEH, F. (2009). BIOLINGÜÍSTICA. [Revista en línea]. Disponible en: <http://biolinguistica.wordpress.com/2009/02/17/fitch-y-bickerton-sobre-la-teoria-de-darwin-acerca-del-origen-del-lenguaje/>

TORRE, T, ROLDAN, C, ROSALES, P. y SAINZ, M. (2012). Percepción del Tono Fundamental en Pacientes con 'Implante Coclear. [Revista en línea]. Disponible en: <http://lorien.die.upm.es/~lapiz/rtth/JORNADAS/>.

La Universidad Nacional de Educación a Distancia U.N.E.D. (1995). El Caso Social Individual en Trabajo Social [Libro en Línea]. Consultado el 30 de octubre de 2011 en: <http://uned.estudiosocial.net/mary-richmond-el-caso-social-individual-en-trabajo-social/>.

SAG, L (2009). Propuesta Didáctica para Comprender el Origen de la Música. [Revista en línea]. Disponible en: [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/)

SÁNCHEZ, P. (2009). *La Práctica del Ejercicio Físico a Través del Baile o la Danza*. [Página web en línea]. Disponible en: <http://deporte-y-gestion.blogspot.com/>

SÁNCHEZ J., y ROMÁN, F. (2004). Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. [Revista en línea]. Universidad de Murcia. Disponible en: <http://www.um.es/analesps/>

SANTIAGO, H. (2013). Salud Mental. [Revista en línea] Disponible en: <http://ponce.inter.edu/html/orientacion/opusculos/SALUD%20MENTAL.pdf>



Sonorizando la Vida (2010). [Página web en línea]. Disponible en: <http://sonorizandolavida.blogspot.com/>.

SORIA, G, DUQUE, P y GARCÍA, J. (2011). Música y Cerebro: Fundamentos Neurocientíficos y Trastornos Musicales. [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/>

SERECIGNI, G. y SEGURA, L. (2013). [Documento en línea] Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/395-411%20Revision.pdf>

REPETTI, G. (2011). Algunas reflexiones sobre el movimiento de reconceptualización del Trabajo Social Argentino, en el contexto latinoamericano. Revista de Trabajo Social. [Revista en línea]. Disponible en: <http://plazapublica.fch.unicen.edu.ar/docs/nro5/repetti.pdf>

Vabelder's Music Blog (2010). Viento Madera, Viento Metal. [Página web en línea]. Disponible: <http://musicbeginsnow.wordpress.com/>.

Vabelder's Music Blog (2010). Subdivisiones de las Figuras de Notas. [Página web en línea]. Disponible: <http://musicbeginsnow.wordpress.com/>

VALDERRAMA R, PATIÑO H, y VÁZQUEZ V. (2010). La historia de la musicoterapia en la antigüedad. [Revista en línea]. Disponible en: [www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/](http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/)

VIÑALS. V. (2013). APARATO RESPIRATORIO: Funciones. Componentes. Fisiología de la respiración. Trastornos respiratorios. Crecimiento de los pulmones. Adaptaciones regulatorias. Adaptaciones funcionales. [Documento en línea] Disponible en: <http://efiesconselleria.files.wordpress.com/2009/09/aparato-respiratorio1.pdf>.

ZURITA, R. (2012). Pensar, repensar y seguir pensando el Trabajo Social. [Revista en línea]. Disponible en: [www.margen.org/](http://www.margen.org/)



## HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

|               |  |
|---------------|--|
| <b>Título</b> | <b>Relación Trabajo Social Y Musicoterapia Como Alternativa para el Tratamiento de Personas Con Trastornos Depresivos Año 2013</b> |
|---------------|--|

**Autor:**

| <b>Apellidos y Nombres</b>        | <b>Código CVLAC / e-mail</b> |                                |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Cabrera Fernández, José R.</b> | <b>CVLAC</b>                 | <b>10215135</b>                |
|                                   | <b>e-mail</b>                | <b>Josercf2009@hotmail.com</b> |

**Palabras o frases claves:**

|   |
|---|
| <b>Musicoterapia</b>                                |
| <b>Rol del Trabajador Social en la Salud Mental</b> |
| <b>Trastornos Depresivos</b>                        |

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

**Líneas y sublíneas de investigación:**

| <b>Área</b>              | <b>Subárea</b>        |
|--------------------------|-----------------------|
| <b>Ciencias Sociales</b> | <b>Trabajo Social</b> |

**Resumen (abstract):**

El Trabajo Social y la Musicoterapia son dos áreas del conocimiento con bases musicales, sociológicas y psicológicas, que busca lograr el bienestar del individuo o grupo a tratar. La presente investigación busca Analizar la relación entre el Trabajo Social y la Musicoterapia, como alternativa para el tratamiento de personas con trastornos depresivos. En virtud de la naturaleza del estudio, la investigación se planteó bajo un nivel analítico desarrollado dentro de un diseño documental, utilizando como fuente de información primaria libros, enciclopedias, periódicos, revistas, fichas bibliográficas, tesis, además de fuentes electrónicas. En la investigación se desarrolla todo lo relacionado con los fundamentos de la musicoterapia, el rol del Trabajador Social en el área de la salud mental, además de la relación que hay entre la musicoterapia y los trastornos depresivos. Obteniendo los siguientes resultados: El Trabajo Social y la Musicoterapia se complementan formando un dúo terapéutico, ya que la Musicoterapia necesita de información relacionada a la vida social y familiar del paciente para su diagnóstico y terapia y el Trabajador Social está formado académicamente y científicamente para abordar esas áreas. La música también tiene un efecto neuroprotector que estaría mediado por el aumento de neurotransmisores, lo que permite una mayor viabilidad neuronal; esto podría explicar los efectos beneficiosos en enfermedades psiquiátricas y neurológicas crónicas, como demencias, enfermedad de Parkinson y trastornos afectivos. El Trabajador Social es un terapeuta social ya que su meta final es lograr el bienestar del individuo, el grupo y la comunidad, a través de estrategias como: el modelo socio-reduccionista, psicosocial y psicoterapéutico del Trabajo Social

**Contribuidores:**

| Apellidos y Nombres     | ROL / Código CVLAC / e-mail |                          |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|--|----|--|----|---|----|---|--|--|
| Carmen Guevara          | ROL                         | C                        |  | AS |  | TU | x | JU |   |  |  |
|                         |                             | A                        |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
|                         | CVLAC                       | 6.633.124                |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
|                         | e-mail                      | cguevara1@gmail.com      |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
|                         | e-mail                      |                          |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
| María Mercedes González | ROL                         | C                        |  | AS |  | TU |   | JU | x |  |  |
|                         |                             | A                        |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
|                         | CVLAC                       | 11.832.206               |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
|                         | e-mail                      | marimergonzalez@yahoo.es |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
|                         | e-mail                      |                          |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
| José Luis Millan        | ROL                         | C                        |  | AS |  | TU |   | JU | x |  |  |
|                         |                             | A                        |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
|                         | CVLAC                       | 5.594.027                |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
|                         | e-mail                      | jlmillanp@yahoo.es       |  |    |  |    |   |    |   |  |  |
|                         | e-mail                      |                          |  |    |  |    |   |    |   |  |  |

**Fecha de discusión y aprobación:**

**Año      Mes      Día**

|             |           |           |
|-------------|-----------|-----------|
| <b>2013</b> | <b>05</b> | <b>28</b> |
|-------------|-----------|-----------|

Lenguaje: **SPA**

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

**Archivo(s):**

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <b>Nombre de archivo</b> | <b>Tipo MIME</b> |
|--------------------------|------------------|

|                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| <b>Tesis José Cabrera.doc</b> | <b>Application/Word</b> |
|                               |                         |

**Alcance:**

**Espacial: Universal**

**Temporal: Intemporal**

**Título o Grado asociado con el trabajo:**

**Licenciado en Trabajo Social**

**Nivel Asociado con el Trabajo:**

**Licenciatura**

**Área de Estudio:**

**Trabajo Social**

**Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:**

**Universidad de Oriente - Venezuela**

