



Una aproximación a la disciplina de la musicoterapia.

Vicente Alejandro March-Luján (Valencia, España)

Profesor del Departamento de Enseñanza y Aprendizaje de Educación Física, Plástica y Musical, Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" UCV (Valencia, España). Musicoterapeuta en consulta privada

La Musicoterapia es una disciplina relativamente joven si se la compara con otras con mayor nivel de desarrollo. Esta ha ido tomando contacto con diversas disciplinas afines y en diversos países.

Resumen

La Musicoterapia es una disciplina de reciente desarrollo, con cada vez una mayor presencia en la sociedad, tanto en su práctica llevada a cabo por profesionales musicoterapeutas, como en el ámbito científico y académico. Ha mostrado su eficacia en el trabajo terapéutico con personas de todas las edades, con o sin patología, aplicada en los ámbitos sanitarios, educativos y socio-comunitarios. El presente escrito pretende dar una aproximación somera al recorrido y desarrollo de la Musicoterapia.

Palabras clave:

Musicoterapia | Definición | Historia | Técnicas | Modelo | Método.

An approach to the discipline of Music Therapy.

Summary

Music Therapy is a discipline of recent development, with an increasing presence in society, both in its practice carried out by professional music therapists, as well as in the scientific and academic field. It has shown its effectiveness in therapeutic work with people of all ages, with or without pathology, applied in health, educational and socio-community settings. This paper intends to give a brief approach to the course and development of Music Therapy.

Keywords: Music therapy | Definition | History | Techniques | Model | Method.

Une approche vers la discipline de la musicothérapie.

Résumé

La Musicothérapie est une discipline développée récemment, et avec une forte présence dans la société, d'une part pratiquée par les musicothérapeutes, et d'autre part explorée par le domaine scientifique et académique. Cette discipline a prouvé son efficacité au travail thérapeutique entre des personnes de tous âges, avec ou sans pathologie, celle-ci appliquée dans les domaines de la santé, de l'éducation et sociocommunitaires. Cette étude est une approche vers le parcours et le développement de la musicothérapie.

Mots clés: Musicothérapie | Définition | Histoire | Technique | Modèle | Méthode.



La Musicoterapia es una disciplina que utiliza la música como medio principal dentro del proceso terapéutico que se da en la relación de ayuda. A la hora de definirla, la Federación Mundial de Musicoterapia¹, en 1996, dio una definición que, si bien no es la más actual, es la más representativa y comúnmente aceptada entre los profesionales en la materia, los musicoterapeutas, en tanto que define la Musicoterapia como disciplina y profesión:

Es el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un musicoterapeuta cualificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar y promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objetivo de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La Musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o restablecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento (WFMT, 1996, citada en Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia FEAMT, 2020, párr.1).

La Musicoterapia es una disciplina relativamente joven si se la compara con otras con mayor nivel de desarrollo. Esta ha ido tomando contacto con diversas disciplinas afines y en diversos países. Por tanto, tal como apuntan Wigram et al. (2005), definir Musicoterapia tanto como profesión como disciplina puede ser muy variado atendiendo a orientación y perspectiva de un grupo particular de practicantes o de la cultura a la que pertenecen.

Embarcarse en encontrar una única definición de Musicoterapia es bastante complejo, precisamente por su naturaleza transdisciplinaria. Es decir, la Musicoterapia no puede concebirse como una disciplina sola, aislada, con límites claros e inmutables. En este sentido, debe considerarse como una combinación dinámica de otras muchas disciplinas y en la que confluyen dos áreas principales: la música y la terapia que, a su vez, tiene límites poco definidos (Bruscia, 2007). Pudiera parecer que, sabiendo definir estas, ya tendríamos esa definición de Musicoterapia, aunque nos puede ser de ayuda, la Musicoterapia es una disciplina compleja en sí misma y predominantemente toma su esencia de estas dos disciplinas, bebe de otras muchas, como puede apreciarse en la figura siguiente:



Figura 11. La transdisciplina de la Musicoterapia, disciplinas relacionadas con la música y la terapia. Adaptado de “Musicoterapia: Métodos y prácticas”, por Bruscia, K.E., 2007, p. 6.

Se pueden encontrar referencias del uso terapéutico de la música en los antiguos textos hebreos, aplicándola para mitigar estados depresivos. Así, en el Antiguo Testamento se recoge ya un testimonio sobre la eficacia de la música como terapia

Algunos aspectos históricos sobre el uso terapéutico de la música y la musicoterapia

Resulta curioso cómo la música, sin ser un elemento necesario para la supervivencia del ser humano, está presente en su vida diaria. El motivo reside en que da respuesta o satisface una serie de necesidades. Merriam (1964, citado en Davis et al., 2000) indica algunas de estas funciones, que se dan en las diferentes culturas del mundo, como son “la comunicación, la expresión emocional, la representación simbólica, el placer estético, el entretenimiento, la contribución a la continuidad y estabilidad de la cultura, la contribución a la integración de la sociedad, etc.” (p. 44).

Para llegar al conocimiento más profundo de la Musicoterapia, es preciso conocer la manera en que se ha utilizado la música con fines terapéuticos a lo largo de la historia, que aparece patente ya desde los tiempos primitivos. En este sentido, en palabras de Calle (2013), se podría decir, por tanto, que la historia de la música como agente terapéutico se inicia con la historia de la Humanidad. Davis et al. (2000), además, sostienen que los mecanismos de acción de la música sobre el ser humano se mantienen en todos los tiempos y culturas; por ello, no es de extrañar que las directrices fundamentales que formaron el germen musicoterapéutico estuvieran ya trazadas en el pasado.

Para los hombres primitivos, el sonido se constituyó en un medio para poder comunicarse desde y con el “más allá”. Alvin (1967) considera que la música era entonces considerada como alimento de los dioses y mediante el uso de la misma, los individuos la utilizaban como vehículo para la consecución de objetivos diversos, que van desde la producción de fenómenos climáticos como la lluvia, hasta la sanación.

Se pueden encontrar referencias del uso terapéutico de la música en los antiguos textos hebreos, aplicándola para mitigar estados depresivos. Así, en el Antiguo Testamento se recoge ya un testimonio sobre la eficacia de la música como terapia: “Y cuando el espíritu malo de parte de Dios venía sobre Saúl, David tomaba el arpa y tocaba con su mano; y Saúl tenía alivio y estaba mejor, y el espíritu malo se apartaba de él” (La Biblia, I Samuel 16, 23). Otro caso que refiere la Biblia es uno sobre el profeta Eliseo, y cómo la música actuaba como bálsamo para calmar la ira; este llamaba a un tañedor de arpa para sosegarle y restituirle el don de la profecía: “Eliseo dijo: Mas ahora traedme un tañedor. Y mientras el tañedor tocaba, la mano del Señor vino sobre Eliseo” (La Biblia, II Reyes 3, 15).

En la Antigua Grecia, la música tenía tanta importancia, que llegaron a proponer que su uso fuera regulado por el Estado. Aristóteles reconocía el poder terapéutico de la música, otorgándole un gran valor frente a las emociones incontrolables y atribuyéndole beneficios en cuanto a la catarsis emocional. Fubini (1994) asegura que Platón, por su parte, recomendaba música y también danzas para los casos de terrores y angustias de tipo fóbico. Aquí la música, entonces, no tenía como único propósito el halagar los sentidos del hombre, sino más bien calmar los trastornos de su alma. Es en esta época cuando también se desarrolla la teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). Como refiere Betés (2000), se



concebía la salud como equilibrio entre estos humores y la enfermedad como desequilibrio. Esta teoría que se mantuvo vigente durante dos milenios, atribuyendo a la música la capacidad de normalizar los humores desequilibrados a causa de la enfermedad. Íntimamente relacionada con esta teoría humoral está la *teoría del ethos* que estaba basada en el postulado de la íntima relación entre los movimientos de la música y los procesos psíquicos, otorgando a la música la posibilidad de influir sobre el carácter humano (Poch, 1999). Esta influencia podía derivar en la modificación del estado de ánimo y dependía de los elementos constituyentes de la propia música. Es por ello que, para los griegos, cada instrumento, ritmo, tono y escala tenían un *ethos* o un carácter propio (Poch, 1999).

Durante la Edad Media siguió vigente y se desarrolló la “Teoría de los cuatro humores” que ya se había gestado en la Antigua Grecia (Betés, 2000). El Canto Gregoriano era la música oficial en esta época y se caracterizaba por ser una música monódica, realizada para acompañar la oración, su audición, e incluso la propia realización de este canto, proporcionaban al cuerpo y a la mente las condiciones adecuadas para conseguir la quietud, la serenidad y la paz propias de un estado de oración o meditación (Poch, 1999).

El Renacimiento fue una época histórica en la que aparece un desarrollo muy importante en la disciplina de la Anatomía y Fisiología, que hizo que la medicina evolucionara hacia una mayor científicidad, hecho que repercutió claramente en los medios curativos de la época. De hecho, muchos médicos amantes de la música investigaron y observaron sus efectos

sobre los pacientes, proponiéndoles no solamente escuchar música, sino también ejecutar instrumentos y cantar (Betés, 2000). En el Renacimiento, aparecen los primeros intentos de correlacionar la respiración, el ritmo muscular, la digestión y la presión sanguínea con la música. Como ejemplo, tenemos a Ambroise Paré (1510-1592), considerado el padre de la cirugía moderna, que le daba a la música un valor analgésico y decía que esta era capaz de curar del veneno de la tarántula, y paliar los síntomas propios de la ciática y de la gota. Además, la consideraba también como un agente preventivo, pues favorecía la resistencia a la enfermedad (Betés, 2000).

En el período Barroco aparece la corriente llamada “Doctrina de los afectos”, basada en la creencia, muy extendida a partir del siglo XVII, que defendía que:

(...) el principal propósito de la música era despertar las pasiones o afectos tales como el amor, el odio, la alegría, la angustia, o el miedo. Dichos afectos se concebían como estados racionalizados y relativamente estáticos, los cuales podían ser generados y estimulados por la música (Betés, 2000, p.26).

Realmente, esta teoría es como una continuación de teorías anteriores como la teoría del ethos, pero esta vez supuso de forma decisiva la mentalización social en cuanto a las posibilidades terapéuticas de la música.





Realmente, esta teoría es como una continuación de teorías anteriores como la teoría del *ethos*, pero esta vez supuso de forma decisiva la mentalización social en cuanto a las posibilidades terapéuticas de la música.

Hacia 1650, el sacerdote jesuita Atanasius Kircher (1602-1680) diserta sobre cómo la música debía producir estados de ánimo. Este observó que “las personas depresivas respondían mejor a la música melancólica mientras que las personas alegres preferían música de baile que les estimulaba la sangre” (Betés, 2000, p. 26). Esta interesante observación constituye el germen del futuro principio de ISO de la Musicoterapia actual.

Con el siglo XVII llegó la Ilustración. En el pensamiento ilustrado subyacen las teorías acerca de cómo obra la música en los enfermos. En la concepción de los teóricos ilustrados, la música actuaba en el hombre de forma dual, es decir, sobre el alma y el cuerpo. Los efectos de la música eran beneficiosos sobre los estados de ánimo, sirviendo de analgésico e hipnótico, purgante, para contrarrestar el tarantismo, la gota, las alteraciones menstruales y las fiebres diaforéticas. El tipo de música empleada debería variarse según la enfermedad de que se trate y según las personas y la profesión de cada una. No servía entonces cualquier música, sino que se trataba de músicas específicas y concretas. La música de sonidos fuertes podía provocar efectos nocivos, y por tanto, se recomendaba la música modal (Poch, 1999).

Uno de los autores más importantes de esta época fue médico toledano Francisco Xavier Cid, quien elaboró diversos comentarios teóricos sobre la música y sus efectos. Este autor sostenía que, en la enfermedad mental “(...) es sabido que la música sosiega el ánimo perturbado, agita el tranquilo, y mantiene otras veces un género de calma, si debidamente se aplica con respecto al estado de perturbación y tranquilidad”

(Cid, 1787, p. 296). De hecho, en su trabajo con personas con enfermedad mental, desarrolló unas actividades que dio en llamar “los viajes musicales”, que consistían en hacer viajar imaginariamente al enfermo, escuchando música y apoyando la experiencia en ilustraciones alusivas a diferentes lugares del mundo, distrayendo así su atención hacia otros centros de interés (Poch, 1999).

Durante este período de la Ilustración, debemos también recordar los efectos sugestivos que producían los cantos de Farinelli, el nombre con el que se conocía el castrato italiano Carlo Broschi (1705- 1782), el soprano masculino (castrato) más famoso del siglo XVIII. En una de sus giras europeas, visitó también España. Entonces recibió la petición de la reina Isabel de Farnesio, para que intentara sacar al rey Felipe V, su esposo, de su postración total, pues sufría una profunda melancolía, habiendo sido tratado por varios médicos sin ningún resultado positivo. El rey llevaba varias semanas sin atender sus asuntos de Estado, y sólo cuando escuchó los cánticos de Farinelli desde su habitación salió de su letargo, y desde ese momento fue contratado para que cantara todas las noches para él y así lo hizo durante diez años (Alvin, 1967).

El movimiento romántico, ya en el siglo XIX, invirtió los planteamientos ilustrados, al considerar la música como el lenguaje por excelencia para expresar los sentimientos (Calle, 2013). En esta línea, El filósofo alemán Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831), reconocía que la música produce efectos morales, civiliza y educa, en forma de símbolos o figuras (Fubini, 1994).

A principios del siglo XIX, el médico canadiense Hunter, lograba bajar la fiebre de sus pacientes con música, para lo cual decidió instalar orquestas en los hospitales en los que trabajó, comprobando cómo ciertos instrumentos, tales como la lira y el arpa, tenían efectos concretos sobre determinadas enfermedades,



Como se ha podido apreciar, la historia de la pre-Musicoterapia fue concluyendo una primera etapa en la que se mezclan las observaciones empíricas, la magia, la sugestión y la racionalización.

por lo que era sumamente importante conocer la manera en la que se debían emplear diferentes músicas para diferentes enfermedades nerviosas, siempre suministrando al paciente una música en consonancia con su estado anímico (Fariña, 2011). En la misma línea, a mediados del siglo XIX, el médico José de Letamendi, seleccionaba audiciones musicales como forma de mitigar los síntomas de una larga enfermedad que arrastró durante los últimos años de su vida, y así a partir de su propia experiencia, pudo destacar los efectos terapéuticos de la música (Poch, 1999).

Como se ha podido apreciar, la historia de la pre-Musicoterapia fue concluyendo una primera etapa en la que se mezclan las observaciones empíricas, la magia, la sugestión y la racionalización. Y ya llegando al siglo XX, el desarrollo de la Musicoterapia como disciplina se fue enfocando progresivamente hacia una práctica médica, con cada vez mayor respaldo científico.

En este sentido, en 1942, Casandra Franklin, descubre el poder terapéutico de la música durante su trabajo en el Hospital Tilton, un centro de la armada de los Estados Unidos de América, en New Jersey, mientras desarrollaba su labor como voluntaria de la

Cruz Roja. Empleando la música grabada y reproducida mediante gramófonos (y otras veces en directo), comprobó cómo los heridos de guerra de la II Guerra Mundial, a los que asistía, recobraban las energías y se restablecían de sus heridas con mayor rapidez que el resto de los pacientes del hospital (Davis, et al., 2000). A partir de este momento, diferentes hospitales empezaron a poner en práctica estas iniciativas. Aquí se dieron cuenta de cómo, al cabo de un tiempo, no era solamente la música la que motivaba y “cambiaba” a aquellas personas (especialmente la que se hacía en directo), sino que lo más importante era la relación que se establecía con quienes traían esa música. Y se comprendió, cada vez más, la necesidad de un entrenamiento específico para hacer del músico un terapeuta (Fariña, 2011).

En 1950 se crea la carrera de Musicoterapia por iniciativa de la NAMT (Asociación Nacional de Musicoterapia), siendo en EE.UU. a mediados del siglo XX donde surgen las primeras grandes figuras de la incipiente disciplina de la Musicoterapia: Edwin Thayer Gaston, primer profesor de Musicoterapia en la Universidad de Kansas y primer presidente y creador de la NAMT; Ira Altshuler, psiquiatra autor del principio de ISO; y Myrtle Fish Thompson, primera directora de un internado en Musicoterapia (Davis et al., 2000).

A partir de este momento, la disciplina de la Musicoterapia se fue desarrollando hasta llegar a nuestros días, teniendo cada vez un mayor peso académico, profesional, práctico y científico; siendo diferentes los niveles de desarrollo y dependiendo del país o región.

Diferencias entre musicoterapia y otras disciplinas afines

Desde la aparición de la Musicoterapia como disciplina a mediados del s. XX y durante varias décadas posteriores, hubo límites poco definidos y que se rebasaban con facilidad entre la Musicoterapia y otros ámbitos en los que se venía aplicando la música. En este sentido, fue bastante común la confusión, por ejemplo, entre la Musicoterapia Educativa aplicada en el ámbito de la Educación Especial y la Educación Musical Especial (Sabbatella-Ricardi, 2005).

Por una parte, la Educación Musical Especial debe entenderse como un área de especialización dentro de la Educación Musical, y que centra su trabajo en el proceso de enseñanza-aprendizaje musical dirigido a personas con necesidades educativas especiales. Los objetivos que persigue, por tanto, son eminentemente didáctico-musicales, llevándose a cabo las adaptaciones curriculares necesarias para conseguir el aprendizaje musical de este alumnado. En los contextos educativos, esta labor como Educador Musical Especial puede ser desarrollada por un maestro o profesor de Educación Musical con formación o especialización en el área de Educación Especial, o bien por un musicoterapeuta con especialización en el área educativa (Sabbatella-Ricardi, 2008).



A diferencia de la Educación Musical Especial, el aprendizaje musical no es el primer objetivo que persigue la intervención musicoterapéutica.

En contraposición, se encuentra la Musicoterapia Educativa, considerándose como la aplicación de la Musicoterapia en el ámbito educativo. Esta intervención se focaliza en las necesidades no-musicales de los sujetos con necesidades específicas de apoyo educativo (como puede ser las necesidades físicas, sensoriales, emocionales, cognitivas y/o sociales). A diferencia de la Educación Musical Especial, el aprendizaje musical no es el primer objetivo que persigue la intervención musicoterapéutica. A través de diferentes experiencias musicales terapéuticas, se pretende actuar en la problemática específica que presenta el sujeto, buscando la consecución de una serie de objetivos psico-educativos centrados en las necesidades que presenta esta persona que recibe el tratamiento indicado (Sabbatella-Ricardi, 2008).

De hecho, algunas otras intervenciones que utilizan la música pueden llegar denominarse erróneamente como Musicoterapia, especialmente aquellas que utilizan la música en entornos determinados y con personas pertenecientes a colectivos vulnerables o sensibles: coro de personas adultas mayores con Alzheimer; grupo de música (pop, rock o de otro tipo) integrado por personas con enfermedad mental o discapacidad; conciertos en entornos hospitalarios, para humanizar estos espacios; y un largo etcétera. Pero ¿Por qué no pueden considerarse las anteriores intervenciones como Musicoterapia? Si bien es cierto que es innegable que participar en hacer música o recibirla de manera receptiva actuará de manera beneficiosa a nivel psicofisiológico en los sujetos anteriores, no por ello podemos llamarlo Musicoterapia. En estos casos, lo apropiado sería denominarlo como lo que es: el canto en coro como actividad ocupacional para personas con Alzheimer; participar tocando o cantando en un grupo de música para el ejemplo anterior de personas con enfermedad mental o discapacidad; y escuchar un concierto en un entorno fuera del habitual, en este caso, un centro hospitalario (March-Luján, 2019). Para poder denominarlo Musicoterapia, serían necesarios diferentes elementos, a saber:

- El paciente, cliente, usuario o beneficiario, que es una persona que necesita de la ayuda de alguien para poder abordar o tratar su problemática

- Un terapeuta, que es el profesional que atiende, trata o ayuda al anterior. En este caso, el musicoterapeuta.
- Objetivos del tratamiento, que variarán dependiendo del tipo de persona a la que va dirigida la terapia, del encuadre clínico y orientación del propio terapeuta. Estos objetivos, tomando en cuenta lo anterior, podrán ser de tipo educativo, médico-curativo, psicoterapéutico, recreacional, etc.
- El proceso terapéutico. La relación de ayuda establecida entre la persona que recibe el tratamiento y el terapeuta no se realiza de manera esporádica o puntual, sino que forman parte de un proceso, más o menos dilatado en el tiempo, con sesiones periódicas. Este proceso variará en función de la orientación del terapeuta, de las necesidades de la persona que recibe el tratamiento, cuestiones institucionales, etc. (Martí, 2000).

Técnicas, modelos y métodos en musicoterapia

En el campo de la Musicoterapia, al igual que otras disciplinas, existen procedimientos y recursos que contribuyen a su desarrollo práctico. Entre estos elementos encontramos técnicas, métodos y modelos, con diferencias significativas que merecen puntualizarse. En este sentido, Bruscia (1998) realiza los siguientes matices:

Un método se define aquí como un tipo particular de experiencia musical que atrae al cliente para propósitos terapéuticos (...) una técnica es un paso desde dentro de cualquier procedimiento que el terapeuta usa para dar forma a la experiencia inmediata del cliente; y un modelo es una única y sistemática orientación del método, procedimiento y técnica basado en determinados principios (p.115).

A grandes rasgos, estas técnicas pueden dividirse en dos grandes grupos o categorías, tomando como punto de partida la “manera de hacer”. Por una parte, se encontrarían las técnicas expresivas, y por otro, las receptivas.

Por tanto, al hablar de técnicas en Musicoterapia se engloba el conjunto de recursos que se utilizan dentro de los diferentes modelos teóricos o ámbitos de aplicación de la Musicoterapia, y que permite alcanzar los objetivos fijados en el tratamiento. A grandes rasgos, estas técnicas pueden dividirse en dos grandes grupos o categorías, tomando como punto de partida la “manera de hacer”. Por una parte, se encontrarían las técnicas expresivas, y por otro, las receptivas.

En este sentido, dentro de las técnicas expresivas se hallarían todo tipo de actividades que implican cantar (escribir canciones, modificar las existentes, improvisar con la voz, etc.), tocar instrumentos (de manera improvisada, o bien reproduciendo algo conocido o ensayado) o moverse con la música (psicodrama musical, bailar de manera libre o estructurada-ensayada, etc.) (Poch, 2002).

Por otra parte, se encontrarían las técnicas receptivas, que son aquellas basadas en la audición musical, en las que la persona que recibe el tratamiento musicoterapéutico escucha la música y responde a la experiencia de varias posibles maneras: en silencio, verbalmente, o mediante otras formas (escribiendo, plásticamente o moviéndose). La música puede ser





improvisada (en vivo o grabada), o bien realizada por el paciente o terapeuta, o bien puede tratarse de grabaciones de música registrada de diversos estilos. Todo ello permite incidir en aspectos emocionales, físicos, intelectuales, estéticos y/o espirituales, dependiendo de que se trabajen unos aspectos u otros con base en las necesidades u objetivos terapéuticos trazados en el tratamiento del paciente (Bruscia, 2007).

Por otra parte, se encuentran los modelos y métodos en Musicoterapia. Santiago (2015) considera que, por una parte, un modelo “es una construcción teórico-formal que fundamentada científica e ideológicamente interpreta, diseña y ajusta la realidad que responde a una necesidad concreta. Es decir, un modelo es una representación teórica que luego llevamos a la práctica en un contexto determinado” (párr.1). En cambio, un método es un constructo teórico (igual que sucede con el modelo), pero con una manera de hacer pautada que hace que pueda enseñarse y replicarse (siempre que las condiciones sean las mismas que en el origen).

En este sentido, y desde la aparición de la primera formación de Musicoterapia en EE. UU. en 1950, la Musicoterapia comienza a desarrollarse, tomando contacto e influencia con las diferentes corrientes filosóficas y psicológicas. A partir de ello, empiezan a gestarse diferentes enfoques que tienen en común la utilización de la música como agente terapéutico, aunque existen diferencias sustanciales en lo que respecta a su constructo teórico y puesta en práctica (Bruscia, 2007).

Hoy en día, son muchos los abordajes en Musicoterapia que existen, pero sólo son cinco los que han recibido la consideración de Métodos o Modelos Ofi-

ciales, reconocimiento que les fue otorgado por su recorrido histórico, fundamentación teórica, desarrollo de la práctica clínica, evidencia científica e investigación, y con capacitación formativa. Los que ostentan este reconocimiento son: el Método BMGIM de Imágenes Guiadas con Música, el Método de Musicoterapia Analítica, el Método de Musicoterapia Creativa, el Modelo de Musicoterapia Benenzon, y el Método Conductista de Musicoterapia. Este reconocimiento fue dado por la comunidad musicoterapéutica a través de su principal organismo, la Federación Mundial de Musicoterapia WFMT, en el IX Congreso Mundial de Musicoterapia celebrado en Washington, en EE. UU., celebrado en 1999 (Wigram et al., 2005).

A continuación, se darán algunas pinceladas sobre las particularidades de cada uno de estos cinco modelos-métodos.

El primero en detallar es el Modelo Benenzon de Musicoterapia. Es un modelo que toma como referencia el psicoanálisis. Nace a finales de los años 60 del siglo XX. Su creador, Rolando Benenzon, es considerado como el padre de la Musicoterapia latinoamericana. Este modelo basa su intervención en la creación-apertura de canales de comunicación con el paciente a través de un elemento intermediario (por lo general un instrumento musical), y a partir de ahí se puede comenzar a recuperar el paciente. Trabaja con el inconsciente (concepción freudiana), a lo que Benenzon añade sonoridad y movimiento, lo que denominará como “concepto de ISO”. En este espacio inconsciente, existen dos tipos de ISO: universal que se encuentra en sonoridades como el ritmo cardíaco, la respiración... y el ISO gestáltico,



El trabajo terapéutico en este modelo se desarrolla dentro de lo que se denomina Musicoterapia improvisacional, utilizando para la comunicación entre terapeuta y paciente los denominados objetos intermediarios, que pueden ser objetos sonoro-musicales, el cuerpo en el espacio, y la voz no hablada

que serían el conjunto de sonoridades que recibiría el feto durante el embarazo. El trabajo terapéutico en este modelo se desarrolla dentro de lo que se denomina Musicoterapia improvisacional, utilizando para la comunicación entre terapeuta y paciente los denominados objetos intermediarios, que pueden ser objetos sonoro-musicales, el cuerpo en el espacio, y la voz no hablada (Benenson, 2000).

El segundo es el Método Psicoanalítico en Musicoterapia. Su creadora, a principios de los años 70, fue Mary Priestley, musicoterapeuta. Se basa en las teorías de Freud, y utiliza la improvisación y el diálogo musical (...) como una herramienta creativa con la que explorar la vida interior del cliente para proporcionar el camino hacia el crecimiento personal y hacia un mayor autoconocimiento (Priestley, 1994, p.3). En el método psicoanalítico, el paciente describe un problema concreto, se le pone un título, y el paciente improvisa con instrumentos que elige él mismo mientras que el terapeuta observa (puede intervenir). Las sesiones son

grabadas, para que puedan ser comentadas posteriormente (Wigram et al., 2005). El paciente generalmente toca instrumentos variados de percusión sin necesidad de tener ningún conocimiento previo en su manejo. Por su parte, el terapeuta utiliza el piano con la finalidad de estimular, controlar, contener todo lo que el paciente expresa, animando musicalmente al paciente a que explore y cree su propia música en un ambiente sonoro-musical totalmente libre (Ruud, 1990).

El tercer lineamiento musicoterapéutico que se desarrollará es el Método Conductista en Musicoterapia. Está basado en la psicología conductista que surge en EE. UU., tomando como referentes los trabajos de Watson y Skinner. Uno de los primeros autores en escribir sobre la aplicación de las teorías comportamentales a la Musicoterapia fue Clifford Madsen, de la *Florida State University*. Junto con Cotter, ya en 1966 publicaron un artículo en el que describían la Musicoterapia Conductista por primera vez. Desde el prisma conductista, la música es utilizada en el tratamiento de las conductas de varias maneras: como impulso o estímulo, como estructura temporal y de movimiento corporal, como centro o foco de atención y como recompensa (Wigram et al., 2005; Mercadal-Brotons, 2000). El método conductista aplicado a la Musicoterapia toma como punto de partida la/s conducta/s a modificar en el individuo. Una vez identificada/s la/s conducta/s a modificar, se evalúa, para obtener información diversa, como el historial clínico, o el papel que desempeña la música en la vida del paciente. El siguiente paso es realizar el diseño del programa de tratamiento basado en actividades musicales, para poder



llevarlo a cabo. Mientras se lleva a cabo el tratamiento, se recogen datos sobre las respuestas del paciente, para poder evaluar el proceso, y decidir si está siendo útil o no. La Musicoterapia conductista se ha venido aplicando en la medicina general, en geriatría, o en educación especial (Mercadal-Brotons, 2000).

El cuarto es el Método de Musicoterapia creativa o Método Nordoff–Robbins. Nace en el año 1959, partiendo del trabajo conjunto de Paul Nordoff (pianista y compositor) y Clive Robbins (profesor de educación especial), que trabajaron utilizando la música como herramienta terapéutica en el tratamiento de

niños con discapacidad física e intelectual. Es un modelo que parte de la terapia humanista, tomando en un primer momento las ideas en un principio de Steiner y el movimiento antroposófico (dentro de la psicología humanista), e incorporando después otros conceptos humanísticos de Maslow (como experiencia cumbre, autorrealización, desarrollo de talentos artístico-creativos, etc.) (Wigram et al., 2005). Ellos desarrollaron la idea de que dentro de cada ser humano hay una reacción innata a la música, pudiendo acceder al “niño musical”. Con esta premisa, cualquier persona puede participar de la música, incluso niños con un grado de discapacidad severo no sólo pueden percibir la música, sino además responder creativamente a ella (Lorenzo e Ibarrola, 2000). Para su puesta en práctica, necesita un musicoterapeuta (que es el que se sienta al piano), y un coterapeuta, que ayuda a la improvisación al paciente. El principal objetivo es conseguir que el paciente se exprese a través de los instrumentos. Es una terapia individual y enfocada sobre todo a niños con autismo, retraso mental, problemas sensoriomotrices, etc. (Wigram et al., 2005).

El quinto y último es el Método Bonny de Imaginación Guiada con Música (BMGIM). Fue gestado en la década de los años 60 por Helen Bonny, y es un método que difiere de los anteriores en que únicamente utiliza la música grabada o editada, con la finalidad de explorar las imágenes que afloran del inconsciente del viajero-paciente-cliente-usuario-beneficiario, todo ello en un estado no ordinario de conciencia,



previamente inducido por una relajación realizada por el terapeuta. Este método ha sido utilizado con resultados exitosos en el tratamiento del estrés emocional (Beck, 2012; Beck et al., 2015) y en otro tipo de enfermedades crónicas, como artritis reumatoide (Jacobi & Eisenberg, 2001), fibromialgia (Torres, 2015a, 2015b), y enfermedad inflamatoria intestinal (March-Luján, 2017), entre otras.

Referencias

Alvin, J. (1967). *Musicoterapia*. Paidós Ibérica S.A.

Beck, B. D. (2012). *Guided Imagery and Music (GIM) with adults on sick leave suffering from work-related stress – a mixed methods experimental study*. Doctoral Dissertation. Aalborg University, Denmark. http://vbn.aau.dk/files/68298949/42919_phdbolettebecksmall.pdf

Beck, B., Hansen, A., & Gold, C. (2015). Coping with work-related stress through Guided Imagery and Music (GIM): Randomised controlled trial. *Journal of Music Therapy*, 52(3), 323-352.

Benenzon, R.O. (2000). Modelo Musicoterapéutico de Benenzon. En Betés, M. (comp.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 330-349). Ediciones Morata S.L.

Betés, M. (2000). Bases históricas del uso terapéutico de la música. En Betés, M. (comp.) *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 23-36). Ediciones Morata S.L.

Bruscia, K. E. (1998a). *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Barcelona Publishers.

Bruscia, K. E. (2007). *Musicoterapia: Métodos y prácticas*. Ed. Pax.

Calle, I. (2013). *Fundamentos histórico-artísticos de la música como medio terapéutico en Europa: desde la Edad Media hasta el Prerromanticismo*. Tesis doctoral. Universitat de València. <http://bit.ly/2qIQx4l>

Cid, F.X. (1787). *Tarantismo observado en España... y memorias para escribir la historia del insecto llamado Tarántula, efectos de su veneno en el cuerpo humano, y curación por la música...* Madrid: Fondo Antiguo de la Universidad Complutense. http://alfama.sim.ucm.es/dioscorides/consulta_libro.asp?ref=B22607663&idioma=0

Davis, W.B., Gfeller, K., y Thaut, M. (2000). *Introducción a la Musicoterapia: teoría y práctica*. Editorial de Música Boileau.

Fariña, C. (2011). Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. *Boletín ANM*, Año 3, N.º 29, IV-32. Caracas (Venezuela): Academia Nacional de Medicina. <https://www.yumpu.com/es/document/view/13347706/aplicaciones-de-la-musicoterapia-en-la-medicina-academia>

Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia FEAMT (2020). *Definición de Musicoterapia según la World Federation of Music Therapy WFMT de 1996*. <http://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>

Fubini, E. (1994). *La Estética Musical desde la Antigüedad hasta el siglo XX*. Alianza Música.

Jacobi, E.M., & Eisenberg, G.M. (2001). The efficacy of Guided Imagery and Music (GIM) in the treatment of rheumatoid arthritis. *Journal Association of Music & Imagery*, 8(1), 57-74.

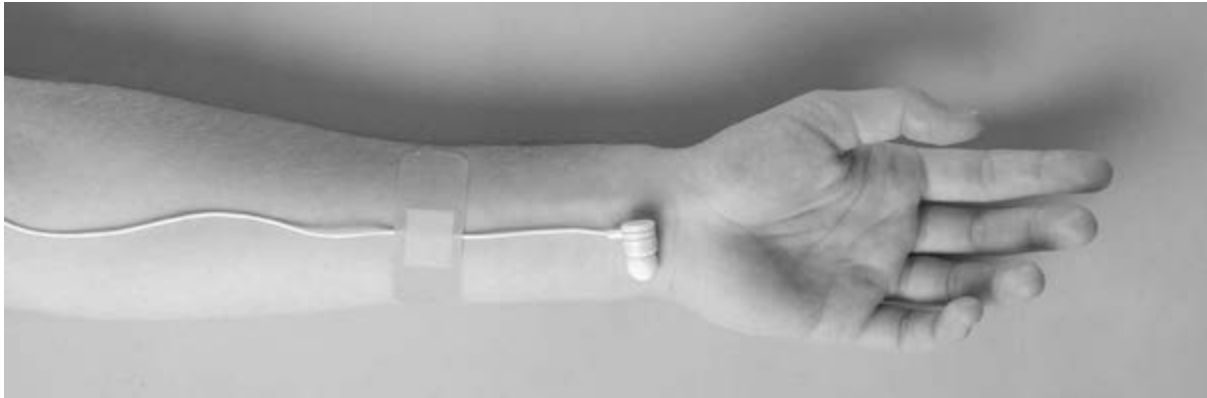
La Biblia (2006). *Conferencia Episcopal Española*. Verbo divino.

Lorenzo, A., e Ibarrola, B. (2000). Modelo Humanista Transpersonal. En Betés, M. (comp.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 364-378). Ediciones Morata S.L.

Madsen, C.K., Madsen, C.H. Jr., & Cotter, V.A. (1968). A Behavioral approach to Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 5, 69-71.

March-Luján, V. A. (2017). *Estudio del impacto de la intervención con una adaptación grupal del método de Musicoterapia BMGIM en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa)*. Tesis doctoral. Universidad Católica de Valencia UCV.





- March-Luján, V. A. (2019). *Fundamentos de la Musicoterapia*. Máster Universitario en Musicoterapia, 13.ª edición. Material no publicado. Universidad Católica de Valencia UCV.
- Martí, P. (2000). Visión general y teoría de la Musicoterapia. En Betés, M. (comp.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 287-300). Ediciones Morata S.L.
- Mercadal-Brotos, M. (2000). Modelo conductista. En Betés, M. (comp.). *Fundamentos de Musicoterapia* (pp. 309-317). Ediciones Morata S.L.
- Priestley, M. (1994). *Essays on Analytical Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Poch, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia, Volumen I*. Ed. Herder.
- Ruud, E. (1990). *Los caminos de la musicoterapia. La musicoterapia y su relación con las teorías terapéuticas actuales*. Editorial Bonum.
- Sabbatella-Riccardi, P. L. (2005). Intervención musical en el alumnado con necesidades educativas especiales delimitaciones conceptuales desde la pedagogía musical y la musicoterapia. *Tavira*, 20, 123-139. <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/7767/33194907.pdf>
- Sabbatella-Riccardi, P. L. (2008). Educación Musical Inclusiva: Integrando perspectivas desde la Educación Musical y la Musicoterapia Educativa. En Ortiz, M. A. (coord.). *Música. Arte. Diálogo. Civilización* (pp. 255-268). Center for Intercultural Music Arts, Grupo de Investigación HUM-742 D.E.Di.C.A. Universidad de Granada. <https://hum742.ugr.es/media/grupos/HUM742/cms/MUSICA.%20ARTE.%20DIALOGO.%20CIVILIZACION.pdf#page=257>
- Santiago, R. (2015). *¿Modelo? ¿Enfoque? ¿Método? ¿Metodología? ¿Técnica? ¿Estrategia? ¿Recurso? ¿Cuándo debemos emplear cada uno de estos términos?* Online: The flipped Classroom. <http://bit.ly/1XXDogu>
- Torres, E. (2015a). *Effectiveness of GrpMI with fibromyalgia patients*. Doctoral dissertation. Aalborg University, Denmark. http://vbn.aau.dk/files/225519272/Esperanza_Torres_Serna_E_pdf.pdf
- Torres, E. (2015b). Group Music and Imagery (GrpMI) for treating fibromyalgia: Listening to oneself as a path of opening and transformation. In Grocke D., & Moe, T. (Eds.). *Guided Imagery and Music (GIM) and music imagery methods for individual and group therapy* (pp. 267-275). Jessica Kingsley Publishers.

- Wigram, T., Pedersen, I. N., y Bonde, L. O. (2005). *Guía completa de musicoterapia: teoría, práctica clínica, investigación y formación*. AgrupArte Producciones.

Notas

- 1 Del inglés World Federation of Music Therapy (WFMT). Se trata de una entidad reconocida por la OMS, y considerada como la principal entidad a nivel mundial que rige la Musicoterapia.
- 2 ISO=raíz latina que significa "igual". Aquí, el principio de ISO es un principio básico de Musicoterapia, enunciado en 1948 por Ira Altshuler, psiquiatra del Wayne Country General Hospital (Eloise, Michigan), director del departamento de Musicoterapia de dicho hospital y miembro del Comité Ejecutivo de la NAMT (National Association of Music Therapy, primera asociación estadounidense (y mundial) de Musicoterapia) desde sus comienzos. Este principio nos viene a decir que, para entrar en contacto con un paciente, la música utilizada deberá estar en consonancia con el estado anímico que el paciente tiene en ese preciso momento. No confundir con el concepto de ISO de Benenzon, que significa Identidad Sonora.
- 3 Esta técnica será retomada por Serafina Poch Blasco ya en el s. XX.
- 4 José de Letamendi y Manjarrés (1828- 1897) fue catedrático de Anatomía en la Universidad de Barcelona y posteriormente Catedrático de Patología General en la Universidad Central de Madrid.
- 5 Debe tenerse en cuenta que los primeros discos en vinilo aparecen precisamente en esta época, los años 40 del s. XX
- 6 Del inglés *National Association of Music Therapy*