

programa de musicoterapia para personas con discapacidad intelectual que envejecen

(Music Therapy Program for People with Disabilities
Intellectual Aging)

Ximena Valverde Ocáriz ■■■

Universidad Pontificia de Salamanca

Eliana Noemí Sabeh

Universidad Pontificia de Salamanca

resumen

La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención donde el terapeuta ayuda al cliente a mejorar la salud a nivel físico y psicológico, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio (Bruscia, 1997). El presente trabajo describe un programa de musicoterapia llevado a cabo en un grupo de personas con discapacidad intelectual que envejecen. El programa tuvo como objetivo prioritario ofrecer apoyo socio-emocional mediante la utilización de la música y el sonido. Fue una propuesta de carácter preventivo, integrando lo recreativo y lo terapéutico. El diseño se realizó a partir de las necesidades detectadas en los participantes, principalmente el desarrollo de la autoestima, el fortalecimiento de la autonomía, y el reconocimiento, expresión y regulación de las emociones. La metodología de intervención fue grupal, interactiva y experiencial. Se aplicaron técnicas específicas de musicoterapia, como la ejecución musical, la escucha activa, la improvisación vocal e instrumental, el movimiento y la expresión corporal, la creación de espacios sonoros. Los usuarios del programa participaron voluntariamente en la propuesta, encontrando en ésta un espacio de libre expresión y una nueva forma de comunicación e interacción social. Se observaron cambios cualitativos a nivel actitudinal y socioemocional.

PALABRAS CLAVE: musicoterapia, discapacidad intelectual, programa, envejecimiento.

summary

Music therapy is a systematic process of intervention, in which a therapist helps a client to improve physical health and psychological level, using musical experiences and relationships that develop through them as dynamic forces of change (Bruscia, 1997). This paper describes a music therapy program conducted in a group of people with intellectual disabilities who are aging, those attending a day center. The program main objective was to provide socio-emotional support through the use of music and sound. It was a proposal for a preventive nature, integrating the recreational and therapeutic. The design was based on the needs identified in the participants, focusing mainly on the development of self-esteem, strengthening the autonomy, and recognition, expression and emotion regulation. The methodology of intervention had a group character, interactive and experiential. Various specific techniques from the music therapy field, such as musical performance, active music listening, improvisation, both vocal and instrumental, movement and body expression, the creation of sound spaces, among others. Users of the program voluntarily participated in the proposal, finding in it a free speech and a new form of communication and social interaction. Qualitative changes were observed attitudinal and social-emotional level.

KEY WORDS: Music Therapy, Intellectual Disabilities, Program, Aging.

introducción ■ ■ ■

Desde el inicio de la humanidad la música, el sonido y la danza han sido utilizados con fines terapéuticos. En la antigüedad la música se empleaba para influir tanto en estados emocionales, como cognitivos y físicos de los individuos, incluso se le atribuían fines curativos y mágicos. Pero es durante el siglo XIX cuando se desarrolla material bibliográfico de referencia sobre la musicoterapia, elaborado por médicos y estudiantes de medicina. De esta manera se comienza a dar forma a lo que en el siglo siguiente pasaría a ser una nueva disciplina sanitaria (Alvin, 1984).

En la primera mitad del siglo XX su aplicación terapéutica toma nuevas direcciones, entre otras razones debido a la integración entre los saberes médicos, psicológicos y psiquiátricos con la realidad de la experiencia musical. La investigación clínica y experimental, por otro

lado, empieza a ofrecer datos contrastables sobre la eficacia de la música en una variedad de contextos (Vink y Bruinsma, 2003). Podemos destacar a figuras importantes en el desarrollo inicial de la disciplina tales como Eva Vescelius, Margaret Anderton o Isa Maud Ilsen, quienes iniciaron las primeras intervenciones con soldados de la segunda Guerra Mundial que habían sufrido trastornos físicos y mentales (Davis, Gfeller y Thaut, 2002).

Es, sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XX cuando se consolida la Musicoterapia gracias a la unión de sus representantes, quienes forman asociaciones en diferentes lugares del mundo y crean posteriormente una Federación Mundial, hoy conocida como The World Federation of Music Therapy. En Europa también contamos con una Confederación Europea de Musicoterapia. En la actualidad, existen numerosos programas de formación de profesionales de la musicoterapia en varios países. En algunos de ellos consti-

tuyen carreras de grado y en otros, como es el caso de España, formaciones de postgrado.

Por ser una terapia integradora y transversal, se utiliza para intervenir en diferentes colectivos y contextos, entre los que podemos citar: personas con trastornos del desarrollo (Kim, Wigram y Gold, 2008), con discapacidades físicas, sensoriales e intelectuales (Moore, Peterson, O'Shea, Mcintosh y Thaut, 2008; Lotan y Gold, 2009), niños y adultos con trastornos psiquiátricos (Gold, Voracek y Wigram, 2004), atención temprana (Nicholson, Berthelsen, Abad, Williams y Bradley, 2008), geriatría (Svandottir y Snaedal, 2006), violencia doméstica (Day, Baker y Darlington, 2009) inmigración (Baker y Jones, 2006), neonatología (Standley et al., 2010), rehabilitación neurológica (Aldridge, Schmid, Kaeder, Schmidt y Ostermann, 2005).

En el presente artículo ofrecemos una breve introducción al campo de la musicoterapia y describimos un programa de intervención llevado a cabo recientemente con personas con discapacidad intelectual que envejecen, en el marco de un proyecto de colaboración entre el Centro Madrigal II (Asprodes Salamanca) y el Máster en Musicoterapia de la Universidad Pontificia de Salamanca.

¿Qué es la Musicoterapia?

Se pueden encontrar diversas definiciones de Musicoterapia. Éstas han ido cambiando y evolucionando con el paso de los años (Alvin, 1984; Bruscia, 1997; Davis, Gfeller y Thaut, 2002; Poch, 1999; Thayer, 1993).

De acuerdo con la Federación Mundial de Musicoterapia (2008): "La musicoterapia consiste en el uso de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía,

armonía), por un musicoterapeuta calificado, con un cliente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas".

Para Bruscia (1997), la musicoterapia es a la vez un proceso artístico, creativo y científico. El término Musicoterapia, plantea el autor, se utiliza para hacer referencia a dos campos de indagación de manera simultánea: por un lado se refiere al estudio del "complejo sonido-ser humano-sonido" y la búsqueda de elementos derivados. Por otro lado, se utiliza para la definición de un conjunto de recursos terapéuticos que privilegian el lenguaje no verbal córpore-sonoro-musical y del movimiento, tendiente a elaborar en la superación de síntomas patológicos.

¿Por qué una terapia con Música?

Podemos tomar como ejemplo afirmaciones realizadas por Juliette Alvin (1965), precursora en la utilización de musicoterapia en pacientes con discapacidad intelectual, quien señala que la música es la más social de todas las artes. Como parte de una función social ha afectado al hombre comprometido con ella, ya sea como partícipe o bien como espectador. En sí misma tiene una poderosa influencia integradora.

Por otro lado, los niveles de frecuencia o registros tonales, pueden afectar el estado de tensión/relajación de quien escucha. La intensidad o niveles dinámicos generalmente afectan a los sentimientos de poder, fuerza, seguridad y adecuación. El color tonal tiene un gran poder asociativo ya que es la primera cualidad a la que respondemos en términos de placer/no placer y el medio prima-

rio por el que damos a la música y al músico una identidad. El intervalo que forman melodía y armonía determinan el significado emocional, el ritmo y el tempo organiza el flujo temporal y la secuencia de acontecimientos sentidos (Bruscia, 1997).

Existen respuestas fisiológicas y psicológicas frente al fenómeno sonoro:

Respuestas fisiológicas: el sonido afecta el sistema nervioso autónomo, que es la base de nuestra reacción emocional; por otro lado, es capaz de estimular respuestas reflexivas, inducir las fases neurológicas y sensoriales de excitación y relajación, acelerar o frenar las funciones periódicas del cuerpo como la respiración, el ritmo cardiaco, la presión arterial o el ritmo digestivo (Bruscia, 1997; Bhunnoo, 2008). La música además es un medio de generación de fuerza física, ya que el ritmo estimula la acción muscular e induce actos corporales.

Respuestas psicológicas: las respuestas psicológicas a una experiencia musical dependen de la capacidad del oyente o del ejecutante para comunicarse o identificarse con ella. Esto no dependerá exclusivamente de la calidad de la música ni del nivel de la ejecución, sino más bien de la significación personal que tenga para el oyente. Los principales efectos psicológicos de la música sobre el individuo son aquellos que dan origen a la comunicación, la identificación, la asociación, la fantasía, la expresión personal y el conocimiento de sí mismo. La música puede expresar toda la gama de experiencias del hombre. Induce a un repertorio muy amplio de respuestas, inmediatas o diferidas, voluntarias o de carácter automático. Tiene el poder de evocar, asociar e integrar; es por esa razón que se convierte en un recurso excepcional de auto-expresión y de liberación emocional (Alvin, 1984; Poch, 1999; Davis, Gfeller y

Thaut, 2002).

Toda expresión musical conforma un discurso no verbal que refleja, al mismo tiempo, ciertos aspectos del mundo sonoro internalizado y también algunos mecanismos habituales a los que todo individuo recurre para provocar la movilización y consiguiente proyección de ese mundo sonoro con fines expresivos y de comunicación (Hemsey de Gainza, 2007). Para Fretgman (1990), la musicoterapia es el ámbito de recuperación del hecho musical como fenómeno grupal, colectivo, generador y movilizador de estados emocionales. En la relación terapéutica, los sonidos permiten fundar un puente de comunicación pre-verbal, de expresión arcaica concreta, conectada con el "aquí y ahora".

Musicoterapia y discapacidad intelectual

La utilización de la musicoterapia en personas con discapacidad intelectual tiene su génesis a mediados del siglo XX, cuando algunas escuelas públicas y privadas de Estados Unidos incluyeron el uso de la música como elemento integral de sus currículum, con el objetivo de ayudar al desarrollo del lenguaje, las habilidades motrices y la competencia social.

El modelo médico que abordaba a la discapacidad intelectual como una enfermedad sin cura, se fue sustituyendo por el modelo de desarrollo, que enfatizaba la adquisición de habilidades de lenguaje, motoras, preacadémicas, académicas y sociales (Coates, 1987, citado en Davis, Gfeller y Thaut, 2002). Fue entonces cuando los musicoterapeutas comenzaron a utilizar la música para provocar respuestas afectivas (emocionales), estimular la memoria, la comunicación y las habilidades sociales y motoras. Según Davis, Gfeller y Thaut, (2002), los objetivos que persigue la musicoterapia en la

intervención de personas con discapacidad intelectual se pueden agrupar cinco categorías:

- *Conductas sociales y emocionales:* dado que frecuentemente las personas con discapacidad intelectual tienen problemas a la hora de adquirir habilidades sociales, se utilizan actividades musicoterapéuticas estructuradas, que incorporan movimiento, canciones y actividades rítmicas que pueden ofrecer la estimulación necesaria para adquirir habilidades sociales apropiadas. En lo referido al desarrollo emocional, es posible trabajar a partir del reconocimiento y asociación de una identidad musical propia y/o del entorno. La música en este punto aportará señales de reconocimiento emocional. Por otro lado será un fuerte impulsor de la expresión emocional personal.
- *Habilidades motoras:* la música por excelencia es un potente estímulo para el desarrollo motriz. Este tipo de actividades permitirá a la persona con discapacidad intelectual, explorar su propio cuerpo a través del movimiento libre y guiado. Se trabajan además habilidades referidas a conceptos tales como lateralidad, direccionalidad, flexibilidad y agilidad, y por otro lado se puede potenciar la motricidad fina a través de la ejecución de instrumentos así como de actividades de expresión plástica unidas a las de expresión musical.
- *Habilidades de comunicación:* la musicoterapia potenciará el desarrollo de habilidades comunicativas, ya que a través del sonido y sus componentes, un terapeuta podrá ayudar a un paciente a desarrollar el lenguaje expresivo, receptivo, la intención comunicativa, la escucha activa y la capacidad de seguir consignas. Por

otro lado la música puede ayudar a desarrollar destrezas tales como el reconocimiento, diferenciación y discriminación sonora y fundamentalmente a la toma de conciencia del entorno sonoro.

- *Apoyo para potenciar el área cognitiva:* como sabemos las personas con discapacidad intelectual tienen dificultad para prestar atención a una determinada tarea. Esto, entre otras causas, se debe a la dificultad que tienen para filtrar estímulos relevantes. En lo que se refiere a seguir instrucciones y para que éstas sean significativas deberán ser muy simples y concretas. La musicoterapia a través de juegos musicales tales como la repetición de sonidos y/o el seguir instrucciones a partir de canciones reiterativas en sus letras puede ser un efectivo medio para lograr avances en esta área. De igual modo, ya sea con la utilización de instrumentos musicales u objetos de uso cotidiano a los que asignamos funciones musicales, podemos contribuir al desarrollo de habilidades cognitivas, a través de la diferenciación o clasificación de sonidos.
- *Música como Actividad de Ocio:* desde la musicoterapia puede animarse a las personas con discapacidad intelectual a utilizar la música en su tiempo libre.

programa de musicoterapia para personas con discapacidad intelectual que envejecen ■ ■ ■

Introducción

El programa de Musicoterapia que presentamos se llevó a cabo en El Centro de día Madrigal II, perteneciente a Asprodes-Feaps Salamanca, que atiende a personas con discapacidad intelectual

que envejecen. Dicho centro cumple la función de apoyar y mejorar las habilidades sociales y cognitivas que poseen los usuarios, a través de diferentes actividades divididas por áreas. Asisten a diario aproximadamente 50 personas, con una edad a partir de los 45 años. Durante seis meses de intervención musicoterapéutica se abordaron las necesidades socio-emocionales, cognitivas, comunicacionales y motrices de la población participante.

A continuación se presenta las principales características del programa:

- Se trabajó en sesiones grupales.
- Fue una propuesta de carácter preventivo, en donde se integró lo recre-

ativo y lo terapéutico (haciendo especial hincapié en el abordaje de los aspectos socio-afectivos de su momento vital) desde la interacción mediante experiencias musicales en grupo.

- Fue un programa de apoyo emocional con música, que se ajustó a la programación general de la organización y a las necesidades de los destinatarios.
- Se evaluó cada sesión en conjunto, así como individualmente a cada participante, de forma sistemática y continua, realizando un seguimiento personalizado, teniendo en cuenta la relación que cada uno mantenía con otras personas significativas de su entorno. Para ello, se utilizaron técni-

Tabla 1. Objetivos del programa de musicoterapia por áreas de intervención

ÁREAS	OBJETIVOS
Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar los tiempos de atención. - Desarrollar la concentración. - Aumentar la memoria a corto y largo plazo. - Estimular la creatividad.
Área comunicativa	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar las habilidades de comunicación interpersonal. - Enriquecer el contenido de la expresión verbal. - Desarrollar la intención comunicativa. - Desarrollar la escucha activa.
Habilidades de vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar al desarrollo en actividades de carácter cotidiano. - Mejorar y potenciar el uso de la comunidad. - Desarrollar la autonomía.
Área socio-emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la conducta social. - Reconocer, expresar y regular las propias emociones. - Reconocer y diferenciar las emociones de los otros. - Desarrollar el autoconcepto y la autoestima.
Área motriz	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar conciencia corporal de sí mismo. - Desarrollar movimientos de distintas partes del cuerpo. - Desarrollar y potenciar la lateralidad. - Expresar emociones corporalmente.

cas cualitativas de evaluación, la observación directa o con cámara de vídeo, fichas de registro, entrevistas (formales e informales), valoración de informes previos.

Objetivos

Una vez que se detectaron las posibles necesidades de los participantes, se formularon los objetivos de la intervención, que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 2. Características de los grupos de participantes

GRUPO	Nº	NECESIDADES COMUNES	CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO
1	11	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocerse corporalmente. -Situarse en el espacio y el tiempo. -Recordar acontecimientos de sus vidas. -Aumentar el nivel de autonomía. -Reconocer sus propias emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> -Poseen un nivel de autonomía muy bajo. -Tienen dificultades al momento de pedir algo a alguien y hacerse entender. -La atención es muy breve. -Es un grupo muy receptivo al trabajo musical. -Tienen motivación para participar. -Prefieren las actividades que impliquen tocar instrumentos. -Tienen un escaso reconocimiento emocional. -En algunos se observan conductas sociales positivas.
2	10	<ul style="list-style-type: none"> -Comunicarse con los demás. -Tener contacto con el entorno e integrarse a éste. - Participar en actividades sociales. -Expresar emociones. -Reconocer su propio cuerpo. -Mantener los tiempos de atención. - Aumentar el nivel de autonomía. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tienen un bajo conocimiento y regulación emocional. -Poseen un bajo nivel de confianza en sí mismos. -Tienen un nivel de autonomía alto. -Tienen una motivación alta por participar en el programa. -Demuestran una alta aceptación por la música. -Aceptan diferentes propuestas para trabajar, no obstante se observa una aceptación aún mayor hacia la improvisación musical.
3	12	<ul style="list-style-type: none"> -Relacionarse con los demás. -Ser escuchados. -Tener una red social cercana. -Sentirse útiles. -Reconocer, expresar y regular sus propias emociones. -Reconocerse corporalmente. -Aumentar el nivel de autonomía. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tienen un tiempo reducido de atención. -Tienen un nivel de autoconocimiento bajo. -Tienen un reconocimiento y autorregulación emocional bajos. -Demuestran poca confianza en sí mismos. -Tienen un nivel de autonomía alto. -Son muy receptivos a las actividades propuestas en el programa. -Prefieren las actividades de movimiento corporal e improvisación musical. -Tienen un nivel de motivación alto.

Metodología

Participantes

Los usuarios que participaron en el programa fueron un total de 33 personas, de los cuales 16 eran mujeres y 17 hombres; 22 eran residentes del mismo centro y 11 asistían al lugar, solamente al centro de día, ya que vivían con sus familias.

Las características descriptivas de los participantes son las siguientes:

Edad: el rango de edad fluctuó entre los 45 y los 74 años, ajustándose, por tanto, a la edad en que empieza a producirse el proceso envejecimiento en la población con discapacidad intelectual.

Agrupación: se conformaron tres grupos para llevar a cabo la intervención, tomando como variable de agrupamiento la similitud en las necesidades de los participantes. En la Tabla 2 pueden observarse las características de los grupos.

Estructura de las sesiones

Las sesiones constaron de dos fases preparatorias y cinco fases de actividades. Todas ellas estaban articuladas por cuatro criterios metodológicos (Mateos, 2004):

- Alternar las fases de exteriorización con las fases de interiorización.
- Primero desarrollar las conciencia de sí mismo para pasar a la conciencia del otro.
- Mantener la atención-motivación-afecto de los participantes a lo largo de las siete fases mediante la escucha mantenida.
- Encadenamiento de actividades buscando la unidad y la variedad.

El programa tuvo una duración total de ocho meses. La frecuencia de la intervención fue de una sesión semanal por grupo, de entre 60 a 90 minutos cada una. El desarrollo temporal de este proyecto de intervención se dividió en etapas; la primera de ellas consistió en un periodo de observación de dos meses, utilizando la observación natural, participando en las diferentes actividades diarias que los usuarios del centro realizaban. De esta forma se logró detectar las necesidades y objetivos planteados en el programa. La segunda etapa del trabajo, de seis meses de duración, consistió en la puesta en marcha de la intervención, previa formación de los grupos.

Métodos y técnicas

La metodología utilizada varió en función del objetivo a trabajar, pero podemos decir que consistió básicamente en un acercamiento entre personas, con la utilización de la música y los instrumentos musicales como objetos intermedios (Benenson, 2000) y como objeto principal de encuentro. Entre las técnicas se cuentan la escucha, la improvisación musical, la ejecución instrumental y vocal, diferentes formas de expresión corporal, la danza, la sonorización y dramatización de situaciones y experiencias de vida de los participantes.

Se realizaron sesiones tanto de carácter experienciales, experimentales, lúdicas e interactivas. Por otro lado es importante señalar que los participantes de las sesiones de musicoterapia tuvieron un rol activo en el transcurso de la terapia.

2.3.4. El encuadre

Para referirnos al significado y el valor del encuadre musicoterapéutico es importante tener en cuenta sus elementos fundamentales, que son los siguientes (Mateos, en prensa):

- El proceso de interacción con actividades musicales para establecer una relación de ayuda socio emocional.
- Las actitudes musicoterapéuticas.
- Las actividades musicales que propician el proceso de interacción.
- Los recursos y técnicas para el desarrollo de las sesiones.
- El tiempo de las sesiones y del tratamiento.
- Aceptación incondicional
- La empatía
- La escucha
- La observación
- La autenticidad y la coherencia del terapeuta.

Veamos con más detenimiento cada uno de estos aspectos:

- *El proceso de interacción con actividades musicales para establecer una relación de ayuda socio emocional.* Esta es la columna vertebral del proceso de intervención musicoterapéutica. La música en sí misma no cura, solo puede aliviar. Lo que hace que un paciente entre a través de sesiones de musicoterapia en un proceso de desarrollo psicológico afectivo-social es el encuadre musicoterapéutico completo, especialmente su relación con la persona que le ayudará con las actividades musicales.
- *Las actitudes musicoterapéuticas.* Las instituciones que atienden a personas con diferentes tipos de situaciones críticas, necesitan de un profesional que sepa comprender y atender las situaciones de cada día en cada momento. En una sesión pueden darse oportunidades para trabajar aspectos troncales en la persona sean éstos de carácter lúdico, educativo y/o psicoterapéutico (socio-afectivo). La utilización de la música como medio de acercamiento, requiere de una actitud permanente de escucha y observación. Algunas de las principales actitudes que contribuyen a producir un vínculo en la relación paciente terapeuta son:
 - *Las actividades musicales propician el proceso de interacción.* Las actividades musicales que se desarrollan en las sesiones las conduce el musicoterapeuta, pero no excluye que se puedan diseñar desde las aportaciones que hagan los participantes. En musicoterapia el terapeuta utiliza tanto experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como agentes terapéuticos. De todas las relaciones que se pueden desarrollar en musicoterapia, dos son de gran significado para el proceso de cambio: relación cliente-música y la relación cliente-terapeuta (Bruscia, 1997). Cuando la música se utiliza como terapia, la relación cliente-música sirve como vehículo primordial o agente terapéutico del cambio y se facilita la relación cliente- terapeuta para ese fin.
 - *Los recursos y técnicas para el desarrollo de las sesiones.* En musicoterapia se utilizan la música y sus componentes inherentes (el sonido, el silencio y el movimiento) como recursos esenciales para el logro de objetivos terapéuticos tanto a nivel psicológico como físico. La actividad musical desplegada en las sesiones suele denominarse con alguno de los términos derivados de la palabra improvisación, sugiriendo un paralelo entre el arte de componer directamente sobre un instrumento en una audición y la posibilidad de ejecutar instrumentos sonoro-musicales durante la sesión de musicoterapia.

- *Los materiales: instrumentos musicales convencionales y no convencionales, la voz, música grabada.* Los materiales que se utilizan en las sesiones tienen un carácter muy variado, sin embargo lo importante es que cumplan como un medio efectivo de intervención. A continuación se destacan algunos de los recursos que se utilizaron:
 - Instrumentos musicales: han servido en este programa instrumentos musicales de todo tipo, de cuerda, viento y percusión.
 - Instrumentos musicales no convencionales: se han utilizado una variedad de objetos de uso cotidiano que mediante su manipulación generan efectos sonoros, significativos tanto para los participantes como para el proceso terapéutico.
 - La voz: es un medio de comunicación, desarrollo personal y autoexpresión. Éste es considerado tanto por el terapeuta como por los clientes como el instrumento musical por excelencia, del cual todos estamos provistos.
 - Música grabada: la utilización de música grabada se utilizó en momentos puntuales de las sesiones, dando siempre un objetivo claro a la utilización de esta, y de esta forma evitar que se convierta en hilo musical, perdiendo los efectos esperados.
 - Otros materiales: en ocasiones durante el proceso de intervención, además de material sonoro se han utilizado elementos tales como láminas, lápices de colores, pinturas, material audiovisual.
- *El espacio.* La sala de trabajo con música es el encuadre viso-espacial

donde las personas aprenden a situarse en el aquí y ahora. Si se logra asociar esta sala a emociones positivas, las sesiones se encadenan mejor unas con otras y son percibidas como un continuo. Es muy importante que esta sala esté bien acondicionada: buena acústica, sin reverberación, mejor si está insonorizada, buena temperatura, posibilidad de trabajar en grupos cooperativos en forma de "u" o de círculo, buena iluminación, confortable. En este caso, la intervención tuvo lugar en una de las salas del centro, que poseía características adecuadas para llevar a cabo el programa.

Evaluación del programa

Durante el periodo de ejecución del programa, se llevaron a cabo diferentes tipos de evaluaciones:

- Evaluación grupal de las sesiones

Para la evaluación de las sesiones se utilizó una ficha de observación cualitativa, en la que se registraban las conductas observadas grupalmente en cada uno de los encuentros. Se registraron conductas de dos tipos: por un lado, conductas sonoras significativas (ejecutadas con instrumentos, con el propio cuerpo, o con objetos de la sala) y por otro lado, conductas de interacción significativa (con el musicoterapeuta y con el resto de integrantes del grupo), teniendo en cuenta elementos psicomotores, comunicativos y socioafectivos en dichas interacciones. A partir de ellas se generaron hipótesis que nos permitieron continuar la intervención, especialmente en relación a emociones suscitadas durante la sesión y necesidades socio-afectivas de los participantes.

- Autoevaluación de los usuarios

Al finalizar cada sesión, se realizaba una evaluación conjunta con los usuarios.

Dicha evaluación consistía en compartir verbalmente con el grupo, uno por uno, cómo se sentían (realización de un chequeo emocional), si se sentían igual que al comienzo de la sesión (comparación de estados emocionales) y qué elementos les habían resultado significativos. Para esto se utilizaron diferentes estrategias tales como pedir a los usuarios que eligiesen una palabra para describir la sesión o preguntando qué era lo que más y lo que menos les había gustado (siempre existía mayor dificultad para encontrar los puntos débiles tanto personales como grupales). Todas las preguntas en este momento de reflexión y resumen de cada sesión se realizaban de acuerdo a las competencias que tenía el grupo, nunca se pedía información que para ellos no fuera posible dar. Se utilizaron además fichas de autoevaluación emocional en donde se les presentaba a los participantes una escala pictográfica graduada, con dibujos de caras que reflejaban distintos niveles de bienestar emocional. Los participantes pintaban la que se correspondía con su estado emocional.

Debido a la dinámica de la intervención, que fue progresando de lo más directivo a lo menos directivo, las consignas en un comienzo eran muy concretas y verbales, lo que con el tiempo fue cambiando. En ocasiones se les preguntaba a los usuarios cómo querían que fuese el momento de reflexión, y eran ellos los que proponían que esto fuera hablado, por ejemplo; en otros momentos se optó por responder tocando instrumentos, utilizando la improvisación como recurso comunicativo-expresivo, quedando la comunicación no verbal como pilar. En estos momentos de expresión no verbal los usuarios lograron una mayor desinhibición, ya que no debían enfrentarse al grupo a través de la palabra sino que lo hacían a través del sonido.

Por otro lado, al finalizar el programa

se llevó a cabo una entrevista abierta con cada uno de los participantes para conocer de forma más completa cómo habían experimentado la vivencia del programa.

- *Evaluación individual de los participantes*

La evaluación individual de los participantes se llevó a cabo en diferentes momentos de la intervención, a través de la metodología observacional. Las dificultades en encontrar instrumentos de evaluación para sesiones musicoterapéuticas en el contexto español, nos llevaron a diseñar un instrumento de evaluación específico, con el fin de valorar el progreso de los participantes en el área socio-emocional, y como una experiencia piloto de evaluación de sesiones. Aunque se trabajaron diversas áreas en la intervención, decidimos evaluar solo el área socio-emocional, por considerarla prioritaria en este programa.

El proceso que se siguió fue el siguiente:

- a) Se redactó un conjunto de ítems para que reflejaran el área socio-emocional como única área de valoración.
- b) Se elaboró un protocolo de observación individual.
- c) Se realizó una primera aplicación del protocolo de observación a la mitad de los participantes seleccionados, en el mes de Noviembre. Esta prueba piloto puso en evidencia la necesidad de modificar algunos ítems y eliminar otros, por considerarse que no valoraban con claridad lo que se pretendía evaluar.
- d) El protocolo de evaluación quedó constituido por 15 ítems, referidos a las siguientes dimensiones del bienestar socio-emocional: autoestima, competencia/bienestar y reconocimiento

emocional, y autonomía. A través del mismo se registraron conductas y actitudes observadas en los participantes durante una sesión. Los ítems eran afirmaciones del siguiente tipo:

- *Realiza comentarios positivos sobre sí mismo*
- *Muestra expresión facial o corporal distendida*
- *Reconoce las emociones que siente*
- *Utiliza una variedad de emociones en diferentes situaciones que son adecuadas para el momento.*

Se incluyeron cuatro opciones de respuesta, que el evaluador debía indicar de acuerdo con la frecuencia en que se presentaba una conducta o actitud: *nunca, ocasionalmente, a veces y frecuentemente.*

- e) Decidimos evaluar a dos de los tres grupos participantes del proyecto, ya que los dos grupos seleccionados compartían necesidades y objetivos. Los grupos seleccionados para la evaluación fueron los de mayor autonomía, ya que en el grupo con mayores necesidades de apoyo se trabajaron objetivos diferentes cuyos indicadores no fueron incluidos en el instrumento de evaluación.
- f) Cada uno de los 22 participantes fueron evaluados en dos ocasiones: al principio y al final del programa.
- g) La evaluación fue realizada por la musicoterapeuta que llevaba a cabo la intervención. La primera evaluación individual se realizó además con un evaluador externo, permitiendo de esta forma analizar de forma exploratoria la concordancia entre dos observadores.

Resultados y Conclusiones

Dado que el protocolo de observación construido específicamente para valorar las repercusiones de este programa en el área socio-emocional tenía el sentido de ser utilizado como una experiencia inicial de evaluación *cuantitativa* de datos observacionales, consideramos que los resultados deben ser tomados como datos exploratorios, de prueba del instrumento y de la utilidad que podría tener en futuras sesiones de musicoterapia. Somos conscientes, en ese sentido, de que el instrumento no ha sido probado en cuanto a su validez y fiabilidad. Por otro lado, el número de participantes es escaso para determinar propiedades psicométricas de la medición y por último, el instrumento tiene pocos ítems en cada dominio. Esto en principio facilitaba la aplicación, pero es un factor negativo desde el punto de vista de la precisión en la medida. Esta experiencia ha servido como primera aproximación a la evaluación del área socioemocional en programas de musicoterapia, quedando por tanto la idea de continuar la investigación en esta línea: la mejora de este instrumento y el análisis de su validez y fiabilidad.

Partiendo de esta consideración, indicamos el análisis de datos cuantitativo realizado con el programa SPSS15.0, así como los resultados obtenidos. Se realizaron análisis descriptivos para los dos momentos de la evaluación (inicio y final del programa): medias, desviación típica, valores máximos y mínimos de las variables estudiadas: autoestima, bienestar emocional y autonomía. En las Tablas 3 y 4 se observan los resultados obtenidos.

Para determinar si existían diferencias significativas entre la primera y la segunda evaluación, se utilizaron pruebas no paramétricas de contraste de hipótesis (prueba de rangos de Wilcoxon). No se

Tabla 3. Datos descriptivos de la primera aplicación del instrumento

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
AUTOESTIMA	22	2,00	4,00	3,47	.55
BIENESTAR EMOCIONAL	22	2,60	4,00	3,36	.46
AUTONOMÍA	22	2,86	4,00	3,65	.37

Tabla 4. Datos descriptivos de la segunda aplicación del instrumento

Variables	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
AUTOESTIMA	22	2,33	4,00	3,60	.44
BIENESTAR EMOCIONAL	22	2,20	4,00	3,35	.50
AUTONOMÍA	22	2,57	4,00	3,63	.44

detectaron diferencias significativas entre las variables estudiadas en los dos momentos (autoestima: $p=0,163$; bienestar emocional: $p=0,935$; autonomía: $0,529$).

Creemos que los resultados deben ser tomados con cautela por las razones que antes hemos señalado. Destacamos la dificultad que existe para registrar datos observacionales en grupos de intervención terapéutica, donde el terapeuta debe atender a múltiples aspectos a la vez. Por tanto, proponemos diversas estrategias de mejora para una futura evaluación: aumentar el número de ítems del instrumento, aplicarlo a más grupos para tener un mayor número de partici-

pantes, grabar en vídeo todas las sesiones con el fin de hacer análisis observacionales con más observadores y fuera del tiempo de la intervención y llevar a cabo los procedimientos psicométricos que permitan determinar su validez y fiabilidad.

El resto de datos de carácter *cualitativo* obtenidos a través de la ficha de observación de conductas significativas y de la autoevaluación de los participantes, nos aportaron feedback acerca de cómo se vivió el proceso terapéutico. A continuación ofrecemos nuestras conclusiones al respecto, siendo conscientes de que, en futuras aplicaciones del programa sería conveniente mejorar la sistematización

en la recogida de estos datos, muy valiosos durante el proceso de intervención. Partiendo de esta premisa, no queremos dejar de comentar que percibimos mejoras en los participantes a nivel de motivación, asistencia a los encuentros y participación en las sesiones. Por otro lado la mayor parte de los usuarios adquirió un rol dentro del grupo. Se observó también que al término de cada sesión el nivel de ansiedad era menor que al inicio. Entre los comentarios que con frecuencia se expresaron durante la entrevista realizada a los participantes, destacaron que al término de las sesiones se sentían más tranquilos, más relajados, se olvidaban de los problemas y les ayudaba a estar más alegres.

Por otro lado, el vocabulario emocional de los participantes se fue modificando, ya que a lo largo de las sesiones fueron sustituyendo el simple "estar bien", por expresiones más complejas y elaboradas como "hoy me siento mejor, pero siento un poco de tristeza", " hoy me siento enfadado", " hoy no quiero contarte cómo me siento", lo que permitió a los usuarios conocerse a sí mismos y poder comunicarlo a los demás.

En las sesiones se utilizaron canciones, muchas de éstas creadas en forma colectiva, con palabras o frases propuestas por los usuarios y musicalizadas por la musicoterapeuta. Dichas canciones fueron haciendo que se generara un vínculo y de esta manera se fueron dando las condiciones adecuadas para la consecución de objetivos. Las letras de algunas de éstas hacían referencia a los estados emocionales de los participantes, quienes tenían la

opción de responder en un comienzo a través del lenguaje no verbal, por medio de la improvisación con instrumentos musicales. Esto fue dando paso lentamente a que esas respuestas se transformaran en respuestas verbales y en donde cada vez se comunicaba con mayor claridad el contenido expresivo que éstas transmitían.

Dentro de los temas abordados en las sesiones, se trabajó de manera espontánea el duelo, a causa del fallecimiento de uno de los integrantes del grupo. El clima emocional creado poco a poco a lo largo del proceso y la relación de confianza en el grupo entre todos los miembros y con la musicoterapeuta facilitaron que surgiera el tema. Este acontecimiento originó una serie improvisaciones musicales, en las cuales los participantes se expresaron por medio del sonido tanto de sus propias voces como a través de instrumentos musicales, y en donde reflejaron temores y esperanzas frente a la experiencia de la muerte y la forma de enfrentarse a ella.

Por último, queremos también señalar que durante el periodo de aplicación del programa de musicoterapia, se realizaron conciertos educativos, permitiendo a los asistentes experimentar con instrumentos, acompañar canciones con instrumentos de percusión, realizar preguntas y proponer canciones. Como complemento a todo esto, se conformó un coro, en el que participaron las familias de los integrantes del programa, compartiendo e integrando así, de una manera aún más significativa, la experiencia de la música entre usuarios del programa y familias.

Aldridge, D., Schmid, W., Kaeder, M., Schmidt, C. y Ostermann, T. (2005). Functionality or aesthetic? A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 13, 25-3.

Alvin, J. (1965). *Música para el niño disminuido*. Buenos Aires: Ricordi.

Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Baker, F. y Jones, C. (2006). The effect of music therapy services on classroom behaviours of newly arrived refugee students in Australia- a pilot study. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11(4), 249-260.

Benenzon, R. (2000). *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Bhunoo, S. (2008). The music effect. Music physiology and clinical applications. *Journal of Mental Health*, 17(3), 341-344.

Bruscia, K. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amarú.

Bruscia, K. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Vitoria: Agruparte.

Davis, W. B., Gfeller, K. E. y Thaut, M. H. (2002). *Introducción a la musicoterapia*. Barcelona: Boileau.

Day, T., Baker, F. y Darlington, Y. (2009). Experiences of song writing in a group programme for mothers who had experienced childhood abuse. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(2), 133-149.

Del Campo, P. (Coord.) (1997). *La música como proceso humano*. Salamanca: Amarú.

Gold, C., Voracek, M. y Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1054-1063.

Hemsey de Gainza, V. (2007). *La improvisación musical*. Buenos Aires: Ricordi.

Kim, J, Wigram, T. y Gold, C. (2008). The effects of improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: a randomized controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1758-1766.

Lotan, M. y Gold, C. (2009). Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment for individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(3), 207-215.

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

Mateos, L. A. (en prensa). *Terapias artístico creativas*. Salamanca: Amarú.

Moore, K. S., Peterson, D. A., O'Shea, G., Mcintosh, G. C. y Thaut, M. H. (2008). The effectiveness of music as a mnemonic device on recognition memory for people with multiple sclerosis. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 307-329.

Nicholson, J. M., Berthelsen, D., Abad, V., Williams, K. y Bradley, J. (2008). Impact of Music Therapy to Promote Positive Parenting and Child Development. *Journal of Health Psychology*, 3(2), 226-238.

Poch, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia, Vol. I y II*. Barcelona: Herder.

Standley, J. M., Cassidy, J., Grant, R., Cevasco, A., Szuch, C., Nguyen, J., Walworth, D., Procelli, D., Jarred, J. y Adams, K. (2010). The effect of music reinforcement for non-nutritive sucking on nipple feeding of premature infants. *Pediatric Nursing*, 36(3), 138-145.

Svandottir, H. B. y Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*, 18(4), 613-621.

Thayer, E. (1993). *Tratado de Musicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Vink, A. y Buinsma, M. (2003). Evidence Based Music Therapy. *Music Therapy Today*, IV (4), 1-26.

Agradecimientos: agradecemos a los profesionales y directivos del Centro Madrigal II de Asprodes-Feaps Salamanca por habernos ofrecido la posibilidad de llevar a cabo el programa de musicoterapia descrito y por su apoyo permanente, demostrando un alto grado de calidad y calidez tanto humana como profesional.

Recibido el 16 de abril de 2010; revisado el 21 de junio de 2010;
y aceptado el 1 de octubre de 2010

Dirección para correspondencia:

Ximena Valverde Ocáriz
Los Pinquillos 2759, Iquique (Chile)
E-mail: ximena.valverde@gmail.com