



UNIVERSIDAD
DE
CÓRDOBA

Doctorado en Ciencias
Sociales y Jurídicas



LA MUSICOTERAPIA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA SEVERA

DOCTORANDO:

JAIME CARRASCO GARCÍA

DIRECTORES:

ANA BELÉN CAÑIZARES SEVILLA

IGNACIO GONZÁLEZ LÓPEZ



CÓRDOBA, 2021

TITULO: *LA MUSICOTERAPIA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGANICA SEVERA*

AUTOR: *Jaime Carrasco García*

© Edita: UCOPress. 2021
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>
ucopress@uco.es



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Doctorado en Ciencias Sociales y Jurídicas

**LA MUSICOTERAPIA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE
VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y
ORGÁNICA SEVERA**

**MUSIC THERAPY IN THE IMPROVEMENT OF QUALITY
OF LIFE IN PEOPLE WITH SEVERE PHYSICAL AND
ORGANIC DISABILITIES**

Doctorando:

Jaime Carrasco García

Directores:

Ana Belén Cañizares Sevilla

Ignacio González López

Córdoba, 17 de marzo de 2021



TÍTULO DE LA TESIS: La Musicoterapia en la mejora de la calidad de vida en personas con discapacidad física y orgánica severa.

DOCTORANDO: Jaime Carrasco García

INFORME RAZONADO DEL DIRECTOR DE LA TESIS

La tesis que aquí se informa configura una investigación con un alto sentido práctico que trata de construir conocimiento sobre la potencialidad de la musicoterapia en la calidad de vida de las personas, en este caso, con discapacidad física y orgánica severa.

La fundamentación teórica realizada repasa de forma exhaustiva, a través de una amplia consulta, el estado de la cuestión sobre la musicoterapia y sus efectos en el desarrollo de la calidad de vida y en el bienestar del ser humano, aunando referencias epistemológicas con resultados derivados de la práctica musicoterapéutica en contextos clínicos en la esfera nacional e internacional.

La metodología utilizada en la investigación se ha cimentado con diferentes evidencias teóricas y empíricas que demuestran su adecuación a los estudios realizados en el área de ciencias sociales. Esta se ha definido como un estudio cuasiexperimental mixto con pretest-postest de un solo grupo. Se ha procedido a diseñar e implementar una intervención de musicoterapia basada en la improvisación no-verbal siguiendo el Modelo Benenzon y se han estimado sus efectos sobre el bienestar psicológico, la calidad de vida, el bienestar social y el estado emocional de las personas con discapacidad física y orgánica severa, registrados con el apoyo de un conjunto de herramientas de diferente índole, lo que ha conllevado el empleo de estrategias analíticas de carácter cuantitativo y cualitativo que han resuelto satisfactoriamente los objetivos inicialmente formulados.

A partir de los resultados obtenidos se ofrecen una serie de propuestas que, a modo de orientación, no solo informan sobre los beneficios de la musicoterapia, sino que pretenden entender la relación entre la música y el bienestar físico y emocional desde una perspectiva multidimensional.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 17 de marzo de 2021

Firma de la directora y el director

Fdo.: Ana Belén Cañizares Sevilla

Ignacio González López

RESUMEN

El bienestar psicológico y la calidad de vida están asociados a criterios de desarrollo positivo de la personalidad. Este es un problema generalizado en personas con discapacidad física y orgánica gravemente afectadas. La formación del profesional en asistencia al dependiente debe contribuir a mejorar las situaciones de deterioro cognitivo, físico y psicológico de estas personas.

La presente investigación se basa en un diseño cuasiexperimental mixto con pretest y posttest de un solo grupo. En el estudio se recolectan, analizan y vinculan datos cualitativos y cuantitativos. Se valora si la Musicoterapia aporta una mejora en la salud y calidad de vida percibida por las personas con discapacidad física y orgánica severa. Se analizan aspectos conductuales, cognitivos, emocionales, familiares y sociales.

Teniendo en cuenta las distintas variables de estudio establecidas, se ha observado que la práctica de la musicoterapia es un coadyuvante efectivo no-farmacológico, como complemento de otras terapias. Se concluye que ayuda a mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios en el aspecto psicológico, social, emocional y de calidad de vida.

ABSTRACT

Psychological well-being and quality of life are associated with criteria for positive personality development. This is a general problem in people with severe physical and organic disabilities. The training of dependent care professionals should contribute to prevent cognitive, physical and psychological deterioration.

The present investigation is based on a mixed quasi-experimental design with pretest and posttest of only one group. In the study, qualitative and quantitative data are collected, analysed and linked. It is assessed whether Music Therapy provides an improvement in the health and quality of life perceived by people with severe physical and organic disabilities. Behavioural, cognitive, emotional, family and social aspects are analysed.

Taking into account the different study variables established, it has been observed that the practice of music therapy is an effective non-pharmacological adjuvant, as a complement to other therapies. It is concluded that it helps to improve the level of satisfaction of users in the psychological, social, emotional and quality of life aspects.

A mis padres, por sus
consejos, su apoyo
incondicional
y también por sus
“no me parece bien...”

Agradecimientos

Agradezco a mis directores de tesis, Ana Belén Cañizares Sevilla e Ignacio González López, su confianza en mi aventura y su disposición para asesorarme en todo momento. Sin su apoyo y buen hacer no habría sido posible culminarla. Gracias por su valioso tiempo y sus acertadas orientaciones.

A FEPAMIC, como organización y a la directora de la residencia, Sara Rodríguez Pérez, que me abrió las puertas de esta imprescindible Institución, haciendo posible la investigación en su centro.

A Saudade Amaya Carro, psicóloga de este centro y mi tutora de Prácticas, que en todo momento colaboró conmigo para que este proyecto se realizara. A cada uno de los y las participantes en el proceso, que voluntariamente se apuntaron a un carro en el que viajamos juntos y cada vez más entrañablemente vinculados por la música, por los caminos de la comunicación no-verbal, la más primitiva y profunda. Siempre los recordaré como esas personas alegres, optimistas y dispuestas, con las que aprendí a valorar la vida sobre todas sus dificultades e incertidumbres. Gracias por enriquecer mi experiencia vital.

A mis amigos, Paulino Tallón de Lara, Daniel Morales Martínez y Ana María Gutiérrez Martínez, compañeros de anhelos y batallas libradas y pendientes, por su valioso apoyo moral y entusiasmo en momentos de flaqueza.

Y a mi querida Elena, que está siempre ahí, con su preciosa ayuda técnica y emocional.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I. DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA SEVERA	21
1.1. Enfermedades que caracterizan a los dependientes severos	21
1.2. La protección de la sociedad a personas dependientes	25
CAPÍTULO II. CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR.....	35
2.1. La Calidad de Vida.....	35
2.1.1. La dignidad y el sufrimiento.....	39
2.2. El Bienestar	41
2.2.1. El bienestar psicológico y sus dimensiones personales.....	43
2.2.2. El bienestar subjetivo	46
2.2.3. El bienestar social.....	48
2.3. Las emociones positivas (afecto positivo) y la salud	49
2.4. El optimismo y la felicidad	55
2.5. La conciencia emocional: la regulación emocional	57
2.6. La resiliencia y su camino.....	60
2.7. El afrontamiento.....	65
CAPÍTULO III. MUSICOTERAPIA	71
3.1. Definición de Musicoterapia	71
3.2. Modelos de Musicoterapia	75
3.3. Modelo Benenzon de Improvisación no-verbal	78
3.4. Investigaciones sobre los beneficios del Modelo Benenzon.....	85
3.5. Modelos no oficiales	87
3.6. Musicoterapia y Medicina en la actualidad.....	89
3.6.1. Situación actual de la Musicoterapia en los Centros hospitalarios de España	91
3.6.2. La Musicoterapia en el contexto de intervención asistencial	92
3.7. Investigaciones que refieren beneficios	94
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	105
4.1. Problema de investigación	105
4.2. Objetivos	106
4.3. Hipótesis de trabajo.....	107

4.4. Variables implicadas en el estudio	108
4.5. Procedimiento	109
4.5.1. Diseño	110
4.5.2. Fases de la investigación.....	112
4.6. Instrumentos de medida y de recogida de los datos	116
4.6.1. Instrumentos de investigación cualitativa.....	117
4.6.2. Instrumentos de investigación cuantitativa.....	120
4.7. Grupo Informante. Lugar de intervención.....	122
4.8. Estrategias de análisis de datos.....	126
4.9. Programa de intervención de musicoterapia basado en el Modelo Benenzon.....	127
4.9.1. Objetivos	127
4.9.2. Destinatarios y destinatarias	128
4.9.3. Metodología	128
4.9.4. Sesiones de intervención musicoterapéutica.....	131
4.10. Cronograma de la Intervención	137
4.11. Cuestiones éticas.....	139
CAPITULO V. RESULTADOS OBTENIDOS	143
5.1. Resultados cualitativos	144
5.1.1. Cuestionario de motivos sobre la participación	144
5.1.2. Historia de Vida Sonoro-Musical	145
5.1.3. Descripción y valoración de la intervención.....	147
5.1.4. Resumen de la observación de conductas y habilidades de improvisación.....	178
5.1.5. Resumen de los Protocolos Benenzon	195
5.1.6. Valoración de la efectividad de la intervención.....	200
5.1.7. Valoración final de la intervención.....	206
5.2. Resultados cuantitativos	208
5.2.1. Resultados de la Escala de Bienestar Psicológico	208
5.2.2. Resultados de la Escala de Calidad de Vida Whoqol-Bref.....	215
5.2.3. Resultados de la Escala de Bienestar Social	222
5.2.4. Resultados de la Escala PANAS de Afecto Positivo y Afecto Negativo	229
5.2.5. Prueba de Correlación entre las distintas variables estudiadas	236
5.2.6. Triangulación de los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones de análisis a través de los distintos instrumentos de recogida de datos.....	238

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	247
6.1. Conclusiones generales del estudio.....	248
6.2. Conclusiones específicas de la investigación.....	251
6.3. Limitaciones y prospectiva del estudio	257
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	265
ANEXOS.....	301
Anexo 1. Documento-contrato de conformidad.....	301
Anexo 2. Entrevista previa a la intervención: Cuestionario de motivos.....	304
Anexo 3. Ficha Musicoterapéutica Modelo Benenzon: Entrevista inicial.....	305
Anexo 4. Observación de Conductas y Habilidades Musicoterapéuticas.....	310
Anexo 5. Protocolos Benenzon y Resumen	323
Anexo 6. Valoración de la efectividad de la intervención	334
Anexo 7. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989a). Adaptación de Díaz <i>et al.</i> (2006)	337
Anexo 8. Escala de Calidad de vida Whoqol-bref. Adaptación de Torres <i>et al.</i> (2008).....	340
Anexo 9. Escala de Bienestar Social de Keyes. Adaptación de Blanco y Díaz (2005)	342
Anexo 10. Escala PANAS de Watson <i>et al.</i> (1988). Adaptación de Sandín <i>et al.</i> (1999).....	345
Anexo 11. Implementación. Descripción del desarrollo de las sesiones	347
Anexo 12. Cuestionario de valoración final.....	369
Anexo 13. Glosario teórico del Modelo Benenzon.....	370

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Relación de identidades sonoras musicales (ISOs).....	79
Tabla 2. Variables trabajadas en la Intervención Musicoterapéutica.....	108
Tabla 3. Variables e Instrumentos utilizados	117
Tabla 4. Características Clínicas de los usuarios y usuarias	124
Tabla 5. Resumen del Programa de Intervención por Bloques	132
Tabla 6. Trabajo de campo	137
Tabla 7. Respuestas del Cuestionario de motivos	144
Tabla 8. Ficha Musicoterapéutica. Historia de Vida Sonoro-Musical	145
Tabla 9. Puntuación media: Conductas y Habilidades de Improvisación no-verbal.....	179
Tabla 10. Trabajo de Campo. Resumen de los Protocolos Benenzon.....	197
Tabla 11. Resumen resultado Autoaceptación	201
Tabla 12. Resumen resultado Autonomía	202
Tabla 13. Resumen resultado Relaciones Positivas	203
Tabla 14. Resumen resultado Dominio del Entorno	204
Tabla 15. Resumen resultado Crecimiento Personal.....	205
Tabla 16. Resumen resultado Propósito de Vida	206
Tabla 17. Resumen cuestionario valoración final de la investigación	207
Tabla 18. Prueba de Medias por variables. Bienestar Psicológico.....	209
Tabla 19. Medias Distribución Normal Bienestar Psicológico. Pre-intervención por variables y sexo	210
Tabla 20. Medias Distribución Normal Bienestar Psicológico. Post-intervención por variables y sexo.....	211
Tabla 21. Contraste de hipótesis. Bienestar Psicológico.....	213
Tabla 22. Prueba t de Diferencias Emparejadas. Bienestar Psicológico total.....	213

Tabla 23. Tamaño del Efecto y d de Cohen en el Bienestar Psicológico total	214
Tabla 24. Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables. Bienestar Psicológico.....	214
Tabla 25. Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables y sexo. Bienestar Psicológico	215
Tabla 26. Prueba de Medias por variables. Calidad de Vida.....	216
Tabla 27. Medias Distribución Normal Calidad de Vida. Pre-intervención por variables y sexo	217
Tabla 28. Medias Distribución Normal Calidad de Vida. Post-intervención por variables y sexo	218
Tabla 29. Contraste de hipótesis. Calidad de Vida.....	220
Tabla 30. Prueba t de Diferencias Emparejadas. Calidad de Vida total	220
Tabla 31. Tamaño del Efecto y d de Cohen en la Calidad de Vida total.....	221
Tabla 32. Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables. Calidad de Vida.....	221
Tabla 33. Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables y sexo. Calidad de Vida	222
Tabla 34. Prueba de Medias por variables. Bienestar Social.....	223
Tabla 35. Medias Distribución Normal Bienestar Social. Pre-intervención por variables y sexo	224
Tabla 36. Medias Distribución Normal Bienestar Social. Post-intervención por variables y sexo	225
Tabla 37. Contraste de hipótesis. Bienestar Social.....	227
Tabla 38. Prueba t de Diferencias Emparejadas. Bienestar Social total	227
Tabla 39. Tamaño del Efecto y d de Cohen en el Bienestar Social total.....	228
Tabla 40. Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables. Bienestar Social	228
Tabla 41. Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables y sexo. Bienestar Social	229
Tabla 42. Prueba de Medias por variables. PANAS.....	230
Tabla 43. Contraste de hipótesis. Afecto Positivo	231
Tabla 44. Contraste de hipótesis. Afecto Negativo.....	231
Tabla 45. Prueba t de Diferencias Emparejadas. Afecto Positivo y Negativo total.....	232
Tabla 46. Tamaño del Efecto y d de Cohen en el Afecto Positivo y Negativo total	233

Tabla 47. Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables y sexo. PANAS.....	234
Tabla 48. Datos de usuarios y usuarias en el Afecto Positivo y Negativo	234
Tabla 49. Correlación entre variables.....	237
Tabla 50. Triangulación de los resultados obtenidos	239

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. El daño cerebral.....	22
Figura 2. Enfermedades neurodegenerativas.....	23
Figura 3. Lesiones medulares.....	25
Figura 4. Documentos y leyes reguladoras de la discapacidad.....	26
Figura 5. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía de personas con dependencia.....	29
Figura 6. Dimensiones del Bienestar.....	41
Figura 7. Dimensiones personales en el Bienestar Psicológico.....	44
Figura 8. Caminos para desarrollar la resiliencia.....	64
Figura 9. Modelos oficiales de Musicoterapia.....	76
Figura 10. Modelo Benenzon de Musicoterapia.....	78
Figura 11. Interrelación entre ISOs.....	81
Figura 12. Principio del Objeto Intermediario.....	83
Figura 13. Principio del Objeto Integrador.....	84
Figura 14. Aplicaciones del Modelo Benenzon.....	85
Figura 15. Modelos no oficiales de Musicoterapia.....	87
Figura 16. Evolución de la Musicoterapia en el mundo.....	90
Figura 17. Beneficios de la Musicoterapia.....	94
Figura 18. Fases de la investigación.....	113
Figura 19. Fase diagnóstica.....	129
Figura 20. Metodología del Modelo Benenzon.....	130
Figura 21. Número de respuestas musicales del usuario/a a propuesta del Musicoterapeuta con consigna.....	181
Figura 22. Número de respuestas musicales creativas a propuesta del Musicoterapeuta.....	182
Figura 23. Número de propuestas musicales del usuario/a a iniciativa propia.....	183

Figura 24. Número de propuestas creativas a iniciativa propia.	184
Figura 25. Número de interacciones musicales entre usuario/a y el Musicoterapeuta.....	185
Figura 26. Número de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.....	186
Figura 27. Duración de interacciones musicales entre usuario/a y Musicoterapeuta.....	186
Figura 28. Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.	187
Figura 29. Número de veces que hace improvisaciones.	188
Figura 30. Número de veces que atiende a las consignas del Musicoterapeuta.....	189
Figura 31. Número de veces que participa en el debate.....	189
Figura 32. Intencionalidad de las improvisaciones.	190
Figura 33. Variedad en las improvisaciones.	191
Figura 34. Número de situaciones novedosas de la sesión.....	192
Figura 35. Tiempo de permanencia en la situación novedosa.....	192
Figura 36. Grado de actividad motora a la entrada de la sesión.....	193
Figura 37. Grado de actividad motora a la salida de la sesión.	194
Figura 38. Número de ocasiones con movimiento dinámico controlado en el setting.....	195
Figura 39. Prueba de Medias por variables. Bienestar Psicológico.	209
Figura 40. Medias Distribución Normal Bienestar Psicológico. Pre-intervención por variables y sexo.....	211
Figura 41. Medias Distribución Normal Bienestar Psicológico. Post-intervención por variables y sexo.....	212
Figura 42. Prueba de Medias por variables. Calidad de Vida.	216
Figura 43. Medias Distribución Normal Calidad de Vida. Pre-intervención por variables y sexo.	218
Figura 44. Medias Distribución Normal Calidad de Vida. Post-intervención por variables y sexo.	219
Figura 45. Prueba de Medias por variables. Bienestar Social.	223

Figura 46. Medias Distribución Normal Bienestar Social. Pre-intervención por variables y sexo. 225

Figura 47. Medias Distribución Normal Bienestar Social. Post-intervención por variables y sexo. 226

Figura 48. Prueba de Medias por variables. Afecto Positivo y Afecto Negativo. 230

Figura 49. Evolución del Afecto Positivo en cada uno de los usuarios y usuarias. 235

Figura 50. Evolución del Afecto Negativo en cada uno de los usuarios y usuarias. 235

ÍNDICE DE IMÁGENES

	Página
Imagen 1. “El Setting”.....	147
Imagen 2. “Instrumentos del Setting”	148
Imagen 3. “Otros instrumentos del Setting”.....	148
Imagen 4. Sesión “Adaptación al objeto intermediario”	149
Imagen 5. Sesión “Aprendemos a comunicarnos”	151
Imagen 6. Sesión “Recuerdos”	152
Imagen 7. Sesión “Tengo seguridad”	153
Imagen 8. Sesión “Mi autoestima”.....	154
Imagen 9. Sesión “¡Cuánto he logrado!”.....	155
Imagen 10. Sesión “¡Estoy orgulloso!”	156
Imagen 11. Sesión “Confío en mí mismo”	157
Imagen 12. Sesión “No me preocupa lo que piensen de mí”	157
Imagen 13. Sesión “No me preocupa lo que digan de mí”.....	158
Imagen 14. Sesión “Soy firme”.....	159
Imagen 15. Sesión “Me despreocupo”	160
Imagen 16. Sesión “Relaciones personales. Comunicación no-verbal”.....	161
Imagen 17. Sesión “Fomentamos la amistad”.....	162
Imagen 18. Sesión “Mis amigos me ayudan”.....	163
Imagen 19. Sesión “Confío en mis amigos”.....	164
Imagen 20. Sesión “Fomento las relaciones cercanas”	165
Imagen 21. Sesión “Acepto mis responsabilidades”	166
Imagen 22. Sesión “Yo dirijo mi vida”	167
Imagen 23. Sesión “Yo construyo mi vida”	168
Imagen 24. Sesión “Yo hago frente a mis problemas”.....	168

Imagen 25. Sesión “Yo hago lo posible por ser feliz”	169
Imagen 26. Sesión “Somos positivos”	170
Imagen 27. Sesión “Aprendo a conocerme mejor”	171
Imagen 28. Sesión “Soy inconformista”	172
Imagen 29. Sesión “Debemos cambiar lo que pensamos de los demás”	172
Imagen 30. Sesión “Avanzamos”	173
Imagen 31. Sesión “Hago planes de futuro”	174
Imagen 32. Sesión “Tengo un proyecto”	175
Imagen 33. Sesión “Estoy a gusto con mi vida”	176
Imagen 34. Sesión “Aprendo a no deprimirme”	177
Imagen 35. Sesión “Sé lo que quiero”	177

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se investiga la influencia de la Musicoterapia en el desarrollo del bienestar psicológico, social y emocional como determinantes de una mejor salud y calidad de vida percibida por las personas.

Coincide con un tiempo en que la Musicoterapia está cobrando presencia en todo el mundo, cuando la cuantiosa y reciente literatura relacionada con investigaciones realizadas en este campo avala la evidencia de la influencia de la música, usada con intención terapéutica, sobre el bienestar psicológico, social y emocional (Benenzon, 2011; Bruscia, 2014; Trallero Flix, 2000; Poch Blasco, 2001 y 2002; Vaillancourt, 2009 y Benedito Monleón, 2010), o sobre la calidad de vida de las personas que están sanas, satisfaciendo, además, las necesidades de niños y adultos con discapacidades o enfermedades (American Music Therapy Association [AMTA], 2014).

La población a la que va dirigida esta investigación está integrada por personas con discapacidad física y orgánica severa que se encuentran ante situaciones estresantes, inéditas o incapacitantes que les generan angustia, ansiedad o depresión, añadida a la mala situación física que en un momento determinado puedan padecer, sea por cáncer, traumatismos por accidentes, enfermedades neurodegenerativas y otras, que precisan de asistencia y cuidados personalizados.

La metodología utilizada en esta intervención grupal está basada en las técnicas de Musicoterapia del Modelo Benenzon (2011), destacando la improvisación no-verbal y el reconocimiento de los ISOs (Identidad Sonora) del usuario/a como medio para establecer canales de comunicación entre usuario/a/paciente y musicoterapeuta que den lugar al vínculo entre ambos. En este caso, también se buscan canales con los demás participantes, tratando de establecer relaciones personales entre ellos, ya que el objetivo de la Musicoterapia es desarrollar un mundo sonoro no-verbal de comunicación. Se han trabajado variables como la autoaceptación, la autonomía, las relaciones positivas, el dominio del entorno, crecimiento personal y un propósito de vida, derivadas del bienestar psicológico y que han sido estudiadas por muy variados autores, que, se entiende, se hacen imprescindibles en las personas con discapacidad física y orgánica severa y con necesidades asistenciales.

Esta investigación pone en práctica una intervención con personas con discapacidad residentes de la Institución FEPAMIC, con actividades intencionales bajo el control personal del musicoterapeuta, con el fin de colaborar en la mejora de su nivel de felicidad, bienestar psicológico

y social y percepción de la calidad de vida, buscando ayudarlos a sobrellevar sus problemas, con el menor coste de recursos materiales y humanos posible.

En un primer capítulo se recogen enfermedades que padecen las personas a las que va dirigida la intervención, como hemiplejía izquierda, encefalopatía epileptiforme postraumática, parálisis cerebral, tetraparesia, depresión, neurosis fóbica, tetraparesia espástica y epilepsia, parálisis infantil, hemiplejía y leve retraso mental, entre otras, así como la protección legal que les brinda la sociedad.

En el segundo capítulo se explican los fundamentos teóricos que intervienen en el bienestar y la calidad de vida, abarcando los conceptos de salud, bienestar psicológico, social y emocional.

En el tercer capítulo se hace un recorrido por la definición y modelos de musicoterapia (poniendo especial interés en el Modelo Benenzon, empleado en esta investigación), y su situación en el mundo y en España, con ejemplos de estudios llevados a cabo en el contexto de intervención asistencial, tanto benenzonianos como no-benenzonianos.

El cuarto capítulo recoge la metodología seguida durante el proceso de investigación. En primer lugar, se define el problema del que derivan los objetivos de la misma, las hipótesis de trabajo, variables implicadas en el estudio y el procedimiento que recoge el diseño de investigación y que se corresponde con un estudio cuasiexperimental mixto con pretest-postest de un solo grupo, seguido de una descripción de las fases de investigación. En segundo lugar, se nombran los instrumentos de medida elaborados y/o seleccionados para la recogida de datos, tanto cualitativos como cuantitativos. En tercer lugar, se recogen los datos del grupo informante y del lugar de intervención. En cuarto lugar, se enumeran las estrategias de análisis de datos que se han seguido, distinguiendo tanto las acciones para los cualitativos como para los cuantitativos. En quinto lugar, se aborda la descripción del programa de intervención de musicoterapia en el que se recogen los objetivos, destinatarios, metodología y descripción de la implementación. Por último, se hace referencia al cronograma de la intervención y se abordan las cuestiones éticas a seguir en el estudio.

En el quinto capítulo se exponen los resultados obtenidos, tanto cualitativos como cuantitativos. Los datos cualitativos recogen información sobre los motivos de la participación, una historia de vida sonoro-musical, una descripción y valoración de la intervención, un resumen de la observación de conductas y habilidades de improvisación no-verbal, un resumen de los protocolos Benenzon, una valoración de la efectividad de la intervención y, por último, una valoración final sobre la investigación a cargo de los usuarios y las usuarias. Los datos cuantitativos recogen información sobre dimensiones de las Escalas de Bienestar Psicológico, Calidad de Vida, Bienestar

Social y PANAS, de Afecto Positivo y Negativo. Finalmente, se lleva a cabo una triangulación de ambos componentes comparando los resultados obtenidos a través de seis unidades de análisis: variables, escalas (pretest-postest), hoja de observaciones y habilidades musicoterapéuticas, debate en el grupo diana y del cuestionario de satisfacción con la intencionalidad de dar respaldo a dichos resultados.

Por último, en el sexto capítulo se presenta la discusión y conclusiones, a las que se llega haciendo una referencia expresa a las limitaciones con las que cuenta esta investigación, tanto por el escaso número de participantes como por el poco tiempo empleado. A partir de los resultados obtenidos se ofrecen una serie de propuestas que, a modo de orientación, no solo informan sobre los beneficios de la musicoterapia, sino que pretenden entender la relación entre la música y el bienestar físico y emocional desde una perspectiva multidimensional.

CAPÍTULO I: DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA SEVERA

CAPÍTULO I. DISCAPACIDAD FÍSICA Y ORGÁNICA SEVERA

En este capítulo se realiza, en primer lugar, un recorrido por la discapacidad física y orgánica severa, que comprende una diversidad de enfermedades que padecen los participantes a los que va dirigida esta intervención musicoterapéutica. Se señalan sus causas, etiología y su clasificación, de gran importancia para la evolución emocional de este tipo de pacientes (PCs) y de cara a lograr su reconocimiento social.

En segundo lugar, se acomete un acercamiento al momento actual en que se encuentran los estudios en cuanto a los apoyos y concepción de modelos de abordaje para personas con discapacidad. De un lado, el modelo médico-rehabilitador y, de otro, el modelo social de estas enfermedades, presentando los cambios legislativos significativos que se han producido, a nivel internacional y estatal, para regular la protección de estas personas.

1.1. Enfermedades que caracterizan a los dependientes severos

Las personas con discapacidad severa tienen una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales con carácter permanente y como consecuencia pueden verse impedidas de ejercer sus derechos o no ser incluidas en la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de la población. En este grupo se incluyen a personas con:

I) Daño cerebral sobrevenido. Abarca a un conjunto de etiologías bastante heterogéneo y se produce como consecuencia de una lesión cerebral, influyendo en el desarrollo vital de la persona. Como señalan Bascones Serrano *et al.* (2005), no es una discapacidad de nacimiento o degenerativa, pues se produce como consecuencia de traumatismos craneoencefálicos y de accidentes cerebrovasculares, como se sintetiza en la Figura 1 y que se pasa a explicar:



Figura 1. *El daño cerebral.*

Fuente: elaboración propia, a partir de Bascones Serrano *et al.* (2005).

a) Traumatismo craneoencefálico. Es una afectación del cerebro causada por una fuerza externa que puede producir una disminución o alteración del estado de conciencia y conlleva una disfunción de las habilidades cognitivas o del funcionamiento físico. A menudo, incluye problemas de regulación y control de la conducta, dificultades de abstracción y resolución de problemas, trastornos de aprendizaje y memoria, así como alteraciones en el ámbito de la personalidad y el ajuste emocional. Las alteraciones físicas comprenden alteraciones motoras (movilidad, lenguaje) y/o sensoriales (visión, audición, tacto y gusto).

b) Los accidentes cerebrovasculares (ACV). Son alteraciones transitorias o definitivas del funcionamiento de una o varias zonas del encéfalo (cerebro, cerebelo y tronco cerebral) que aparecen como consecuencia de un trastorno circulatorio cerebral. Suelen clasificarse en dos grandes grupos. De un lado, los trastornos isquémicos, que tienen como causa un flujo sanguíneo inadecuado que provoca un área circunscrita de infarto cerebral (Trombosis, Embolia y Reducción del flujo sanguíneo) y, de otro, la hemorragia cerebral causada por la entrada masiva de sangre en el interior de la sustancia del cerebro. Otra de las causas más frecuentes del ACV es la rotura de aneurismas o dilataciones vasculares que resultan de defectos localizados en la elasticidad del vaso.

Entre las alteraciones más frecuentes del daño cerebral sobrevenido están las parálisis o debilidad total de la musculatura, cuyas manifestaciones son variables según la intensidad del déficit y el segmento corporal dañado. Las paresias dan lugar a una limitación de la motricidad de los músculos (debilidad). Será monoparesia si afecta a un solo miembro inferior o superior; hemiparesia si implica a varios músculos de un lado del corazón (brazo y pierna); la paraparesia limita la movilidad de las extremidades inferiores o superiores; y, la tetraparesia debilita las cuatro extremidades. La disartria es una dificultad para articular sonidos y palabras, producida por una parálisis o ataxia de los centros nerviosos que rigen los órganos fonatorios. La ataxia es una pérdida de coordinación de los dedos, manos, extremidades superiores e inferiores, el cuerpo, el habla, o los movimientos oculares. Puede llegar a producir trastornos del comportamiento, pérdida de equilibrio, coma o estado vegetativo persistente.

Toda alteración y aparición súbita de este tipo de enfermedades provoca un desajuste crítico en el curso vital de la persona, su entorno familiar y comunitario. El mundo cotidiano es bruscamente destruido y las posibilidades, los valores y las perspectivas del PC cambian por la descomposición familiar que suele traer consigo (Bascones Serrano *et al.*, 2005).

II) Las enfermedades neurodegenerativas se caracterizan por la pérdida progresiva e imparable de neuronas en áreas concretas del cerebro. La zona del sistema nervioso central donde se pierden puede ser la corteza cerebral, ganglios basales, tronco-encéfalo, cerebelo o médula espinal. Como señala Rodríguez-Antigüedad Zarranz (2004), ocasionan cuatro enfermedades (ver Figura 2):

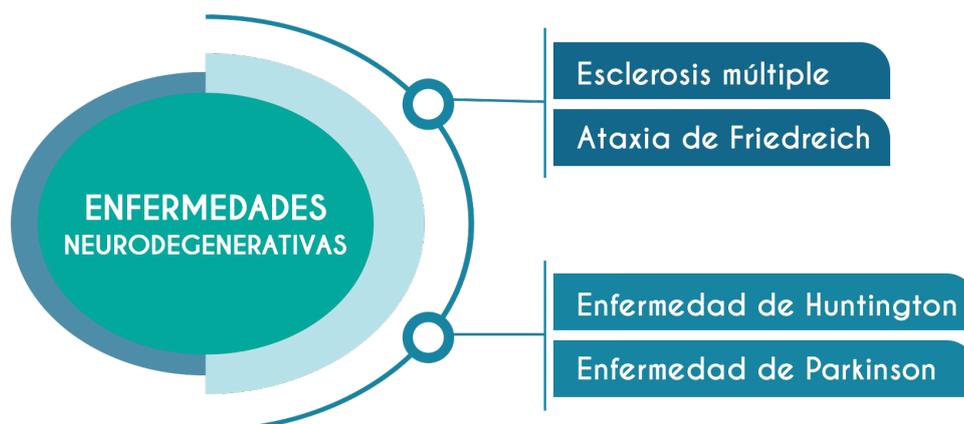


Figura 2. *Enfermedades neurodegenerativas.*
Fuente: elaboración propia, a partir de Rodríguez-Antigüedad Zarranz (2004).

a) La esclerosis múltiple es una enfermedad de naturaleza inflamatoria desmielinizante y autoinmune. De causa desconocida, se acepta que en su génesis intervienen una predisposición genética y el contacto con un factor ambiental, posiblemente infeccioso. La afectación de las neuronas y de los axones (la prolongación de las neuronas) está relacionada con la inflamación y la desmielinización.

b) La ataxia de Friedreich. Es un trastorno neurodegenerativo que afecta al cerebelo o sus conexiones y a los ganglios espinales dorsales. Se manifiesta por una dificultad para hablar, cambios en la visión cromática, disminución en la capacidad para sentir vibraciones en las extremidades inferiores, entre otras.

c) La enfermedad de Huntington es un trastorno del sistema nervioso central que afecta principalmente a los ganglios basales. Se transmite de modo autosómico dominante y se caracteriza por la asociación de trastornos motores (síndrome coreico, distonía, trastornos posturales que pueden provocar caídas, disartria y trastornos de la deglución, entre otros), psiquiátricos-conductuales (con modificaciones del carácter, síndrome depresivo) y, a veces, trastornos psicóticos y trastornos cognitivos. Los síntomas evolucionan hacia un empeoramiento progresivo y conducen a un síndrome demencial con un estado de postración en cama y caquexia.

d) La enfermedad de Parkinson afecta al movimiento cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro conocida como dopamina. Algunos casos son genéticos pero la mayoría no parecen darse entre miembros de una misma familia. Los síntomas comienzan lentamente, en general, en un lado del cuerpo, abarcando temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara, rigidez en los brazos, las piernas y el tronco, lentitud de los movimientos y problemas de equilibrio y coordinación.

III) La lesión medular es un trastorno de etiología variable que afecta a la función motora, sensitiva y/o autonómica. La médula espinal sufre un déficit neurológico con efectos a largo plazo que persisten a lo largo de la vida. Todas estas alteraciones habitualmente se presentan como una lesión tisular, como puede ser destrucción, compresión e isquemia. El edema medular condicionará un mayor daño tisular.

Las lesiones medulares pueden ser producidas por traumatismos (hemiplejias o parálisis de una parte lateral del cuerpo; paraplejias o parálisis de la parte inferior del cuerpo y tetraplejias o parálisis de las cuatro extremidades) por accidentes de tráfico, deportivos, laborales y otros. También pueden ser no traumáticas, como la poliomielitis, las congénitas, del desarrollo, trastornos degenerativos y otras causas (Martín Polo *et al.*, 2013), tal y como se sintetiza en la Figura 3.

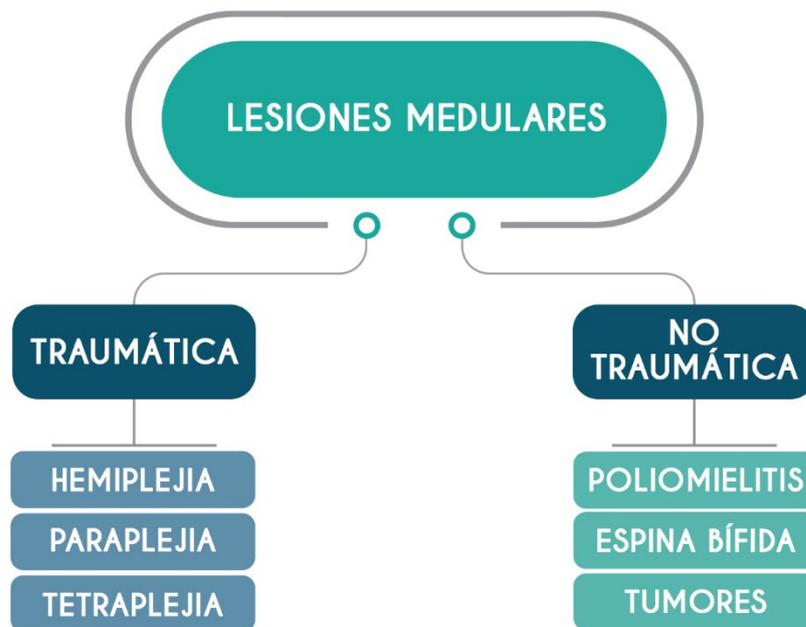


Figura 3. Lesiones medulares.

Fuente: elaboración propia, a partir de Martín Polo *et al.* (2013).

1.2. La protección de la sociedad a personas dependientes

Debido a los adelantos científicos y tecnológicos y sus aplicaciones, la UNESCO (19 de octubre de 2005) define la bioética como el estudio sistemático, pluralista e interdisciplinario para la resolución de los problemas éticos planteados por la medicina, las ciencias de la vida y las ciencias sociales cuando se aplican a los seres humanos. Por ello, en el año 2005 se lleva a cabo una Declaración Universal de principios bioéticos y Derechos Humanos que han sido aceptados y que tienen tres niveles de relaciones. En concreto, los principios relacionados con la dignidad de la persona comprenden sus derechos, libertades fundamentales, autonomía, el consentimiento y la confidencialidad, haciendo hincapié en que la dignidad y los derechos exigen que los intereses y el bienestar de la persona prevalezcan sobre el interés exclusivo de la ciencia y de la sociedad.

Históricamente la responsabilidad fundamental de remediar las condiciones que conducen a la aparición de deficiencias y de hacer frente a las consecuencias de la discapacidad ha recaído sobre las Administraciones de cada uno de los Estados. En definitiva, se trata de regular legalmente la discapacidad, como es el caso de España, a partir de leyes de ámbito internacional, como se sintetiza en la Figura 4.



Figura 4. *Documentos y leyes reguladoras de la discapacidad.*
Fuente: elaboración propia.

Con la celebración de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), se produce su verdadero reconocimiento, por medio de un instrumento de Derecho Internacional de carácter vinculante y obligatorio para los Estados. Por un lado, la Convención adopta el modelo social y atribuye la carga de la integración de las personas con discapacidad a la sociedad, señalando el vínculo entre barreras sociales, exclusión y vulneración o limitaciones al pleno goce o ejercicio de derechos. De otro lado, obliga a los Estados a la eliminación de barreras, de modo que hagan posible el ejercicio de derechos y la participación efectiva de las personas con discapacidad en condiciones de igualdad con los demás miembros de la sociedad (Parra-Dussan, 2010).

En esta Convención se muestra un nuevo modelo de discapacidad desde un enfoque de Derechos Humanos y dignidad, constituida por todos aquellos derechos y deberes de que gozan las personas por el mero hecho de pertenecer al conjunto de la Humanidad. Esta noción de dignidad exige que la sociedad se concencie de la importancia de todas las personas sin excepción, basada en su inherente valor humano y no en la medición de la capacidad funcional que posee cada individuo para contribuir a dicha sociedad. De esta manera se legitiman las actuaciones de los Estados sobre protección y garantía de los derechos de las personas sin ninguna excepción (Gómez-Asturias, 2015).

En referencia a las personas con diversidad funcional o discapacidad, Palacios y Romañach (2006) sostienen que el concepto de dignidad se aborda desde dos perspectivas diferentes. De un lado, la dignidad relacionada con el valor intrínseco del ser humano o el tradicional concepto de santidad de la vida, donde la bioética cobra una gran importancia respecto a la diversidad funcional o discapacidad. De otro, la dignidad extrínseca, relacionada con los derechos y condiciones de vida que definen las reglas de convivencia social y la interacción del individuo con su entorno. En esta perspectiva cobra gran importancia el camino de abordaje emprendido por el modelo social, al considerar la diversidad funcional una cuestión de Derechos Humanos, como origen de los derechos fundamentales, culturales, políticos, económicos y sociales de todas las mujeres y hombres con y sin diversidad funcional.

La combinación de las visiones de igualdad de la dignidad intrínseca y extrínseca debería suponer un nuevo impulso en la lucha por la consecución de todos los derechos de las personas con diversidad funcional (Palacios y Romañach, 2006).

El avance hacia un nuevo modelo social, en buena parte promovido por las propias organizaciones históricas de la discapacidad, ha facilitado el “surgimiento de nuevas iniciativas asociativas que ya no se agrupan tanto en torno a un diagnóstico médico rehabilitador o un tipo de deficiencia, sino más bien alrededor de un tipo concreto de necesidad, reivindicación, o rechazo de discriminación” (Jiménez Lara y Huete García, 2010, p. 149). Efectivamente, ayuda a eliminar las barreras para la participación real en la sociedad (Parra-Dussan, 2010).

Aunque el modelo social lleva funcionando muchas décadas, como en Estados Unidos y Gran Bretaña, existen problemas sobre la concepción de la diversidad funcional, debido a la falta de identificación y defensa de la dignidad intrínseca de las personas con diversidad funcional. En el debate bioético se abordan problemas relacionados con la vida, la dignidad y la libertad de seres en estados extremos de su existencia. Es fundamental escuchar la voz de aquellos que tradicionalmente se ha considerado que sufren (que desean morir o que desearían no haber nacido) para conseguir una vida que debe ser tan digna como las demás, una realidad vital para la que la bioética se convierte, a veces, en una peligrosa amenaza (Palacios y Romañach, 2006).

El modelo médico o rehabilitador entiende que la persona discapacitada lo es por una anomalía física, psíquica o sensorial producida por cualquier circunstancia (ya sea permanente o transitoria) que provoca, en muchas ocasiones, una disminución del disfrute de los derechos. Desde este enfoque “las políticas públicas siempre han tendido a solucionar en el mayor grado posible dicha anomalía, integrando a la persona y, principalmente, se ha hecho a través de una asistencia sanitaria” (Palacios y Romañach, 2006, p. 23). Sin embargo, Parra-Dussan (2010) argumenta que el modelo médico-rehabilitador solo habla de deficiencias de las personas con discapacidad.

En España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su exposición de motivos dice:

El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. (p. 44142)

Esta legislación viene a completar el enfoque médico-rehabilitador porque incorpora conceptos básicos para la vida independiente como la igualdad de oportunidades, la no discriminación, la figura del asistente personal y el pago directo (Palacios y Romañach, 2006).

En una visión de conjunto de los aspectos más importantes de dicha Ley destacamos que define las características del Dependiente, establece tres grados de dependencia y desglosa las prestaciones y servicios de acuerdo con el grado de autonomía personal (véase en la Figura 5).



Figura 5. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía de personas con dependencia.
Fuente: elaboración propia.

Lo plasmado en la Ley no tiene su correlato en la práctica y sus resultados son un tanto preocupantes porque, de una parte, se legisla para que el dependiente pueda ejercer sus derechos como un ciudadano más y, de otra, la sociedad no aplica esa igualdad de oportunidades que predica la Ley. Así, por ejemplo, en la ciudad de Córdoba, en 2017, hubo un 86% más de parados con discapacidad que en el año 2007 (Cobos, 2017, 30 de julio).

El desarrollo de las tecnologías abre la puerta a una nueva eugenesia, que no habla de tratar la enfermedad o la diversidad funcional, sino de eliminar o manipular fetos, cosa que no es aceptable por diversas razones y, sobre todo, porque supone una amenaza directa a los derechos humanos de las personas con diversidad funcional (Palacios y Romañach, 2006).

Ya Pániker (1998) señalaba que cuando una persona siente que la degeneración física, los sufrimientos físicos y psíquicos le han conducido a una situación que considera indigna, puede pensar que la muerte es un mal menor porque supone el fin de su agonía y de sus penalidades. El verdadero respeto a la dignidad humana implica el respeto a la voluntad, incluida la de alcanzar la muerte cuando ya nada se puede hacer por devolver a la vida la calidad a la que todo ser humano tiene derecho: “La dignidad humana es un valor socialmente reconocido, pero que se concreta individualmente. Solo uno mismo puede decidir si seguir viviendo, tiene o ha dejado de tener dignidad” (p. 90).

A este respecto, algunos autores sostienen que la discusión en España sobre la eutanasia ha puesto de manifiesto que el constructo dignidad humana es estudiado desde dos puntos de vista bien distintos e incompatibles. En este sentido, Valls (2015) señala que el cristianismo considera que la dignidad humana procede de su condición de ser hijos de Dios hechos a su imagen y semejanza. Reside en la capacidad de acatar y observar la ley moral que le ha sido impuesta por un ser supremo, es decir, Dios (en la teoría de Kant, heteronomía moral o ley de otro) y, por lo tanto, la eutanasia es considerada inmoral porque no se acata el precepto divino de no matar. El laicismo considera que la dignidad humana consiste en la capacidad que tenemos los humanos de darnos una ley moral a nosotros mismos (en la teoría de Kant, autonomía moral o ley de uno mismo). Desde este punto de vista se legitima una ley que la permita, sin imponerla a nadie y exigiendo las garantías de plena libertad en quien la pida y en quien la lleve a cabo.

Sobre la idea de muerte digna se baraja una teoría ética basada en los estudios de Kant, que define la Máxima, como el principio conforme al cual se obra, y la Ley, como principio objetivo según el cual se debe obrar. Es un principio válido para todo ser racional, imperativo y categórico único que dice “obra solo según aquella máxima por la cual puedas querer que al mismo tiempo se

convierta (la máxima) en una ley universal” (Kant, trad. en 2012, p. 126). La voluntad es independiente de cualquier otra cosa y ha de estar determinada solo por el aspecto formal de la ley pero que obliga a ser cumplida. Se basa en el supuesto de que hay que actuar de forma moralmente correcta y que solo se procede así cuando se satisface la orden que proviene de la razón.

Otra teoría ética es la Teoría del Cuidado, que sostiene la idea de que en el mundo existe una red de relaciones sociales que conforma una responsabilidad de ayuda de los unos hacia los otros y que hay que actuar en consecuencia (Pallares, 2013).

Uno de los fines de la medicina y de la ética es evitar el sufrimiento que produce el dolor, que minimiza nuestra existencia, de la enfermedad, de la vejez, de lo que castiga nuestros cuerpos por causa de algún accidente genético o externo. Cuando ello ocurre, todo lo que se haga contra el dolor es poco. Es en estos momentos cuando se empieza a hablar de la eutanasia, siempre y cuando lo que más importe no sea la vida sino la calidad de la vida (Sádaba, 2015).

En opinión de Sarmiento *et al.* (2016), muchos de los problemas de la atención clínica suscitan dificultades bioéticas porque las decisiones de los profesionales que atienden al PC están limitadas por circunstancias sociales y culturales específicas que hacen que cada uno de los casos pueda ser aún más difícil de solucionar. Las teorías éticas en las que subyacen los procedimientos de decisión cuentan con seis modelos distintos: el principialismo, el deontologismo, el consecuencialismo, la casuística, la ética de la virtud y la ética centrada en la persona, que no son del todo satisfactorios. Como solución proponen un modelo que opta por una mezcla de los anteriores, teniendo en cuenta el enfoque de la virtud, centrado en la persona, en armonía con una ética que reconoce la supremacía de la dignidad de la persona como sujeto moral, dotado de una conciencia moral con la que percibe el bien y el mal.

En todo caso, en el Código Deontológico Médico (2011), en su Capítulo VII Atención médica al final de la vida, artículo 36, se regula la obligación del médico para intentar curar al PC y, si no es posible, tiene la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, de no emprender acciones sin esperanza para el enfermo, de no provocar intencionadamente la muerte, de atender sus peticiones reflejadas en el documento de voluntades anticipadas y de aplicar la sedación en la agonía, si se dispone del consentimiento del PC implícito, explícito o delegado.

CAPÍTULO II. CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR

CAPÍTULO II. CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR

El bienestar es un indicador central de la salud y de la calidad de vida, asociado a criterios de desarrollo positivo de la personalidad, por lo que se exponen sus componentes como base y justificación para llevar a cabo esta investigación. Es uno de los factores a abordar en personas con discapacidad física y orgánica severas, ya que dicho bienestar supone el compromiso con los cambios existenciales de la vida y existen una serie de situaciones que pueden afectar en mayor o menor grado a su estabilidad psicológica.

La discapacidad sobrevenida por enfermedad neurodegenerativa o por traumatismo por accidente se asocia a la idea de pérdida, declive y deterioro, y puede sumir a la persona en una depresión que perjudica o agrava su equilibrio emocional, sobre todo si, tras una intensa actividad profesional, le puede suponer una idea de inutilidad.

En último lugar se describen las dimensiones que un PC afronta ante una enfermedad incapacitante, como pueden ser el bienestar psicológico, el bienestar social, las emociones y la regulación emocional y la resiliencia, como determinantes de una mejor sensación de calidad de vida y salud. En gran medida, la nueva situación que sobreviene al PC influye en su vida y afecta a sus relaciones interpersonales, dado que necesita del apoyo de sus familiares y conocidos. Las emociones negativas (el miedo, la ira, la tristeza, la desesperación o la ansiedad) pueden comprenderse como la reacción natural cuando de alguna manera ve su vida dependiendo de otras personas. Constituyen un foco importante de atención a la hora de plantear una intervención terapéutica en usuarios y usuarias con discapacidad física y orgánica severa.

2.1. La Calidad de Vida

Si inicialmente la calidad de vida fue considerada como un complemento útil de los conceptos tradicionales de la salud y el estado funcional de la persona, en la actualidad tiene que ver con el bienestar subjetivo y se circunscribe no solo a la salud sino también a las condiciones de vida individuales, a las normas y valores sociales y a las relaciones sociales (Yanguas Lezaun, 2006).

Para Pascual Millán (1998) la calidad de vida la componen, además de las dimensiones subjetivas de bienestar psicológico y calidad de vida percibida, la competencia conductual y la calidad del medio ambiente que rodea a la persona.

Resulta útil contraponer el “nivel de vida” a la “calidad de vida”. Mientras el primer término se mide por aspectos objetivos como los ingresos, electrodomésticos, espacio en el hogar, entre otras, la calidad de vida se mide por aspectos subjetivos y, por tanto, para su estudio es necesario recurrir a métodos indirectos como las escalas psicométricas. En este sentido se caracteriza por un sistema de valores en los que predomina la necesidad de desarrollo personal y de autorrealización (Seoane, 1999).

El mayor interés por el estudio de la calidad de vida está en el ámbito sanitario y es, desde este punto de vista, como se define en el campo de la salud. Sin embargo, Reig Ferrer (2000), en una revisión, emite un abordaje desde el punto de vista comportamental, defendiendo que no depende solo del bienestar psicológico o de la satisfacción sino de lo que uno hace para vivir una vida de calidad: “lo que una persona hace y cómo lo experimenta, cómo vive lo que hace y la calidad de su experiencia debe pasar a ser el objeto de estudio de la calidad de vida” (p. 8).

En el área médica, el enfoque de calidad de vida se limita al campo de la salud, dado que la práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Hay autores que sostienen que este concepto se relaciona con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían según las circunstancias. Por tanto, que, para ser evaluada, debe ser tratada desde un punto de vista multidimensional en el que se incluya el estilo de vida, la vivienda, la satisfacción en la escuela y en el empleo, así como la situación económica de las personas. En esta línea, Velarde Jurado y Ávila Figueroa (2002) afirman que “consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales, en otras palabras, consiste en sentirse bien y a gusto” (p. 350).

La World Health Organization, Division of Mental Health (1996), define calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (p. 3).

La esencia del concepto calidad de vida está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal: “Es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida” (Schwartzmann, 2003, p. 14).

Como se ha podido ver, los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son el bienestar emocional, la riqueza y bienestar materiales, la salud, el trabajo y otras formas de actividad productiva, las relaciones familiares y sociales, la seguridad y la integración con la comunidad. Ardila (2003) propone una nueva definición más comprensiva e integradora de la calidad de vida, como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Efectivamente, sostiene que es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, que incluye la intimidad, la expresión emocional, la seguridad, la productividad personal y la salud percibidas, a la par que es una sensación objetiva, en cuanto al bienestar material, a las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibidas.

En este mismo sentido, Vinaccia y Orozco (2005) hablan de que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo. Por un lado, recogen lo que se denomina felicidad, que alude al sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo. Por otro, en términos de indicadores objetivos, aluden a la noción de estado de bienestar. Igualmente, Botero de Mejía y Pico Merchán (2007) señalan que:

La calidad de vida es el resultado de una combinación de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del individuo con la utilización y aprovechamiento de sus potencialidades intelectuales, emocionales y creadoras, y de las circunstancias externas como la estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política, que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos.
(p. 15)

Caqueo Urizar y Lemos Giráldez (2008) sostienen que la calidad de vida tiene mucho que ver con el contexto social en el que se encuentra inserto el PC y la atención familiar recibida, lo que confirma la importancia de ésta como red social de apoyo emocional de las necesidades del individuo. Igualmente, Robaina Becerra *et al.* (2011) afirman que la calidad de vida está basada en algo más que todo lo necesariamente relacionado con la salud o los cuidados médicos, tales como condiciones laborales, ingresos, hogar, satisfacción con los servicios públicos, contaminación atmosférica, seguridad ciudadana, satisfacción con sus gobernantes, creencias religiosas, amor, respeto, libertad, igualdad, condiciones medioambientales, que no son responsabilidad de la salud o los cuidados médicos.

En cambio, otros autores como Urzúa *et al.* (2010), defienden que la calidad de vida está relacionada con la salud y que la referencia al nivel de bienestar supone evaluar los diversos dominios que actúan sobre la vida y el impacto que éstos tienen en el estado de salud de la persona.

Meeberg (1993) propone cinco características que diferencian calidad de vida de otros conceptos: a) es un sentimiento de satisfacción general con la vida; b) que las condiciones de vida del individuo son adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas; c) tiene un aspecto subjetivo que es esencial; d) también es fundamental la satisfacción personal; y, e) si objetivamente son aceptables las condiciones de vida en que se desenvuelve.

Al intentar definir el concepto de calidad de vida, Fernández-Ballesteros García (1998) observa que hay dos corrientes. Una se decanta por la concepción subjetiva, frente a otra que tiene una concepción objetiva, evaluada independientemente del sujeto.

Para otros, en cambio, se trata de un concepto que presenta dificultades a la hora de definirlo por su naturaleza, tanto objetiva como subjetiva, como por la afinidad de los enfoques y por los métodos e instrumentos para su estudio. A pesar de la falta de consenso en cuanto al concepto, las dimensiones que engloba y los diferentes instrumentos existentes para evaluarla, sostienen que el concepto de calidad de vida relacionado con la salud del individuo se refiere a un constructo que permite de forma cualitativa valorar las condiciones en que una persona, un grupo, una comunidad o la sociedad en su conjunto, afrontan los procesos que afectan a su salud y los terapéuticos empleados para su restablecimiento en el dominio físico, psíquico o social (Nhamba *et al.*, 2012).

Este constructo goza de una gran consideración en el campo de la Psicología Positiva porque está íntimamente relacionado con un amplio rango de beneficios personales, conductuales, psicológicos y sociales (Gutiérrez y Romero, 2014). Destaca en esta línea el trabajo de Lyubomirsky *et al.* (2005).

Urzúa y Caqueo (2012) entienden que el dilema acerca de la validez de su medición transversal frente a evaluaciones de tipo longitudinal es un tópico. La mayoría de las investigaciones sobre calidad de vida son realizadas de manera transversal y no consideran el cambio en su percepción originado con el paso del tiempo o la modificación de los factores que la modulan.

Para otros autores supone una valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida en los que predominan los estados de ánimo positivos (García-Viniegras y González Benítez, 2000).

En este sentido, el Grupo de la Organización Mundial de la Salud para el estudio de la Calidad de Vida (Grupo WHOQOL, 1994a, 1994b y 1995), mediante una colaboración internacional, ha desarrollado una evaluación fiable, válida y sensible de calidad de vida que es aplicable en todas las culturas. Determinaron que una evaluación ideal de salud debe incluir las dimensiones centrales de la calidad de vida, como son la física, la psicológica, la social y la ambiental y cubrirá los ámbitos de la vida como son el físico, el psicológico, el social y el espiritual (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996).

2.1.1. La dignidad y el sufrimiento

Paralelo al término calidad de vida va el concepto dignidad humana. En la antigua Grecia y en Roma, esta dependía del origen del individuo, su pertenencia a una familia poderosa, la posición social o de los cargos políticos que ostentaba. Desde el punto de vista religioso, las razones de la aparición del concepto dignidad deben buscarse en el Antiguo Testamento, cuando define que el hombre ha sido creado por Dios a su imagen y semejanza, al considerar que la persona es alguien digno.

En la época moderna, la dignidad surge de afirmar la libertad y autonomía del ser humano, desmarcándose del reino animal. En este sentido, Kant (trad. en 2008) sostiene que el hombre tiene un legítimo derecho al respeto de sus semejantes y también él está obligado a lo mismo, recíprocamente, con respecto a cada uno de ellos. La humanidad es una dignidad de valor infinito, en virtud de la cual se eleva sobre todos los demás seres del mundo que no son personas, que éstas sí pueden utilizar y, por consiguiente, se elevan sobre todas las cosas.

También en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, enunciada por las Naciones Unidas (1948), se hace de la dignidad humana uno de sus pilares cuando en el preámbulo declara la “fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana”, e inicia el Artículo 1º con la siguiente afirmación: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, pp. 1-2).

En la Constitución Española (1978, artículo 10 punto 1) se afirma que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social” (p. 10) y en su artículo 15 se expresa que:

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra. (p. 11)

Hay autores que plantean la hipótesis de que los conceptos de dignidad y de calidad de vida deben ser pensados en paralelo y no de manera simultánea, porque tanto los orígenes y la historia de cada uno de estos conceptos como su significado son distintos. Para Maldonado (2004), el concepto de calidad de vida se distingue del concepto dignidad porque tiene su origen en una conciencia ecológica en estrecha alianza con los temas y problemas de la economía, la política, salubridad y justicia sanitaria. Como referencia, cita la pertenencia de los seres humanos a un medio ambiente que es considerado no como recurso, sino como una dimensión de la cual dependemos literalmente todos. La calidad de vida involucra al ser humano con el medio ambiente.

El sufrimiento hace referencia a la capacidad por parte del individuo de sentir un dolor físico y/o psicológico. Para Taylor (1996) todas las civilizaciones, tradicionalmente, han dado una gran importancia al hecho de evitar el sufrimiento. La noción de que debemos reducirlo al mínimo es parte integral de lo que hoy significa para la sociedad actual el respeto. Igualmente, sostiene que el concepto dignidad significa el derecho a vivir en condiciones, cualesquiera que sean y bajo las cuales es posible o apropiado el propio autorrespeto.

La dignidad humana aparece en torno a la eutanasia o el derecho vinculado a unas condiciones mínimas de existencia, porque evocan situaciones de sufrimiento o dolor por parte de la persona que lo padece. En este sentido, Sennett (2003) defiende que “el acto de respetar el dolor ajeno es lo que confiere a los seres humanos una dignidad secular cuyo peso específico es afín al respeto de lo divino en las sociedades más tradicionales” (p. 67).

El derecho a morir dignamente es un tema interdisciplinar, donde concurren aspectos médicos, éticos, jurídicos, filosóficos y estéticos, ya que algunas personas consideran intolerable ver a un ser humano reducido a una vida vegetativa en contra de su voluntad. En este sentido, Pániker (1998) argumenta que “es un derecho a una muerte digna, a una muerte sin dolor y sin angustia, que subyace en el contexto de una sociedad laica que no cree que el sufrimiento innecesario tenga algún sentido” (p. 86).

En la sociedad actual y, debido a los avances técnicos, a la humanidad se le ofrece la posibilidad de mejorar y alargar la vida de las personas, un proceso en el que tiene gran importancia el respeto a la dignidad humana. La eutanasia ha estado presente en la historia de la humanidad con distintas motivaciones, justificaciones, finalidades¹. Desde su aplicación a los bebés nacidos con graves deficiencias o discapacidades (con lo que se convierten en una grave carga para la sociedad) hasta el causar la muerte a los soldados heridos en batalla y que no pueden ser atendidos, para librarlos del sufrimiento. En la actualidad, ante los desarrollos de la ciencia médica, es una práctica que adquiere nuevas dimensiones y de aquí su profundo y permanente debate en la sociedad (Martínez Bullé-Goyri, 2013).

2.2. El Bienestar

El bienestar “es el indicador central de la salud” (Blanco y Díaz, 2006, p. 11). Está íntimamente relacionado con la calidad de vida, la dignidad y el sufrimiento, el bienestar (psicológico, subjetivo y social), las emociones positivas, el optimismo y la felicidad, y la resiliencia y afrontamiento, tal y como se sintetiza en la Figura 6.



Figura 6. *Dimensiones del Bienestar*.
Fuente: elaboración propia.

¹ El 17 de diciembre de 2020, España aprueba la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, lo que la convertirá en el cuarto país de Europa y el sexto del mundo en legalizarla.

“El estudio del bienestar y el análisis de sus componentes psicosociales se abordan desde el punto de vista de la calidad de vida”. Se investiga en el campo del bienestar subjetivo, el bienestar psicológico y el bienestar social (Alfaro *et al.*, 2015, p. 1).

El concepto de salud contiene de manera implícita el concepto de bienestar de las personas. Así, el concepto de salud contiene de manera implícita el concepto de bienestar de las personas y no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946). Efectivamente, The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas (2012) la define como:

El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. (p. 1)

Para Lombardo (2013), el bienestar es el componente cognitivo de la satisfacción y “resultado de la evaluación cognitiva que las personas realizan acerca de cómo les fue (o les está yendo) en el transcurso de su vida” (p. 51). Mientras que para García-Viniegras y González Benítez (2000) supone una valoración subjetiva que “expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos” (p. 587).

Ryan y Deci (2001) afirman que el bienestar es un constructo complejo que se refiere a la óptima satisfacción en la vida y sostienen que la investigación actual se ha derivado de dos perspectivas generales. Una, el enfoque hedónico, que se centra en la felicidad y define el bienestar en términos del logro del placer y la evitación del dolor, y, otra, el enfoque eudaimónico que se centra en el significado y la autorrealización. Define el bienestar en términos del grado en el cual una persona está funcionando plenamente. Estas dos visiones han dado lugar a diferentes focos de investigación y un conjunto de conocimientos que en algunas áreas es divergente y en otras complementario. En efecto, Wehmeyer *et al.* (2017) encuentran que las investigaciones llevadas a cabo con personas con discapacidad intelectual ponen el foco en fortalezas como el optimismo, el bienestar, la compasión y la espiritualidad.

2.2.1. El bienestar psicológico y sus dimensiones personales

Okun y Stock (1987) sostienen que los indicadores de bienestar son subjetivos. En este sentido, Montorio e Izal (1992, p. 147) establecen cuatro dimensiones que componen el constructo bienestar psicológico: a) Afecto positivo (bienestar transitorio de carácter afectivo o emocional); b) Afecto negativo (insatisfacción transitoria de carácter afectivo o emocional); c) Felicidad (bienestar duradero que incluye principalmente un componente afectivo, aunque también una valoración positiva del mismo); y, d) Congruencia (bienestar duradero que implica un juicio o valoración global sobre la propia vida).

Según el enfoque eudaimónico, Ruiz Caballero (2012) define el bienestar psicológico como “el desarrollo de las capacidades y del crecimiento personal” (p. 327).

Meléndez Moral *et al.* (2011) plantean que el bienestar psicológico es el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida y De-Juanas *et al.* (2013) lo asimilan a la “felicidad desde una perspectiva hedónica, pero también se une al desarrollo de las capacidades humanas” (p. 157).

En este sentido, García-Viniegras y González Benítez (2000) inciden en el bienestar psicológico como un constructo que “expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo y se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social” (p. 588).

En otra línea, Ryff (1989b) lo asemeja a una situación de satisfacción personal, en el sentido de que las personas se plantean unos objetivos y metas muy importantes en la vida y con un gran significado para ellas mismas. Por ello concede gran importancia a una definición positiva de la salud, aunque haya presencia de alguna enfermedad y suponga un compromiso con los cambios existenciales de la vida. Efectivamente, propone seis dimensiones personales en el bienestar psicológico, como ilustramos en la Figura 7, partiendo de un modelo teórico en el que se relacionan las necesidades, motivos y atributos que cualquier persona, en un estado normal de salud, debe satisfacer para ser feliz (p. 1071):

1. Autoaceptación o capacidad de la persona de sentirse satisfecha consigo misma, autoaceptando sus propias limitaciones.
2. Autonomía o capacidad de independencia y autodeterminación en sus decisiones.
3. Relaciones positivas o capacidad de la persona de mantener relaciones de confianza, estables y de intimidad con los demás.

4. Dominio del entorno o capacidad de ir controlando las responsabilidades y decisiones tomadas en el día a día.
5. Crecimiento personal o capacidad de autorrealización como persona.
6. Propósito en la vida o capacidad de tener una meta a la que mirar.



Figura 7. Dimensiones personales en el Bienestar Psicológico.
Fuente: elaboración propia, a partir de Ryff (1989b, p. 1071).

Ryff (1989a) señala que estas dimensiones cambian porque el crecimiento personal y los propósitos de vida y la autonomía, conforme pasa el tiempo y dominio del ambiente, aumentan a lo largo de la vida.

Tradicionalmente el bienestar subjetivo ha estudiado los afectos y la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico se ha centrado en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal (Díaz *et al.*, 2006).

El bienestar psicológico, para García-Viniegras (2005), suele ser el balance entre las expectativas, proyección de futuro, y los logros, valoración del presente. Es la satisfacción en los ámbitos de mayor interés para el ser humano, como son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales y sexual afectiva con la pareja. Para Guil *et al.* (2016) se dispone como “una dimensión subjetiva de la calidad de vida y debe ser atendido y promovido como parte integrante de las acciones de salud” (p. 128).

La satisfacción con la vida y la salud mental son dos indicadores de bienestar psicológico. Hodzic *et al.* (2016) sostienen que depende, en mayor medida, de los valores y la cultura donde la persona se desenvuelve y, en menor medida, de los factores demográficos. La reparación emocional amortigua el efecto del estrés sobre la satisfacción con la vida y, por ello, la personas que discriminan mejor sus emociones parecen sentir menos ansiedad y depresión en situaciones que se evalúan como estresantes.

Las personas con discapacidad identifican su estado de salud con la presencia de dolor, ocasionado por trastornos articulares severos, parálisis y déficits sensoriales y cognitivos, que les desencadenan temor e inseguridad para realizar actividades con autonomía. A los mayores con discapacidad, la falta de perspectivas les despierta sentimientos de minusvalía, desesperanza e impotencia. En cambio, los jóvenes demuestran tener autodeterminación, sentimientos de autovalía, son capaces de aprender nuevos oficios acordes con sus capacidades, para poder ser productivos, y reconocen el apoyo que les brindan los familiares y la seguridad y ayuda en las actividades que no pueden realizar por sí mismos (Moreno Fergusson *et al.*, 2006).

Para las personas mayores con discapacidad, el sentimiento de bienestar consiste en tener una buena salud, planes de futuro, apoyo social, ingresos económicos y no tener depresión (Yanguas Lezaun, 2006).

Guil *et al.* (2016), señalan que para poder experimentar bienestar psicológico y mejorar su calidad de vida, las personas con discapacidad deben tener confianza en sus propias capacidades, mostrar actitudes positivas hacia sí mismas y funcionar psicológicamente de forma más adecuada. Deben ser conscientes de sus propias limitaciones, mantener relaciones sociales estables y disponer de una red amplia de relaciones íntimas, en quienes pueda confiar y que le aporten apoyo social. Así, sostienen que los PCs que muestran mayores niveles de resiliencia experimentan mayor bienestar psicológico.

En esta misma línea, Everaert *et al.* (2020) sostienen que hacer interpretaciones positivas puede llevar a las personas a ignorar importantes características negativas de situaciones como las dificultades en el trabajo o en las relaciones sociales. Sin duda, la interpretación negativa de la situación social favorece los comportamientos desadaptativos que conducen al desarrollo de emociones como la ansiedad (Gómez Ortiz *et al.*, 2020).

Una sociedad justa requiere la participación democrática y el acceso al trabajo, a la educación, a la información y el respeto activo de la diversidad cultural y lingüística, sin exclusión social y apostando por la inclusión en la sociedad de todos los ciudadanos sin distinción alguna. En este sentido, Hervás (2009) argumenta que la felicidad personal depende de todo lo que nos rodea y Escarbajal-Frutos *et al.* (2014) proponen una nueva generación de derechos sociales que dignifiquen al ser humano.

Al estudiar las alteraciones de tipo afectivo en los PCs más graves, lo que más se destaca, por encima de la depresión, es el síndrome de “desmoralización”. Se define como la presencia de desánimo, desaliento, desamparo, pérdida de sentido de la vida y fracaso. Los síntomas depresivos que se estudian se relacionan, entre otros, con un bajo estado de ánimo, con la desesperanza, con la ansiedad, con la rumia o cavilación sobre su situación, con el aislamiento social, con la inquietud, con la interrupción del sueño, con los cambios en el apetito y el peso, con los sentimientos de inutilidad y con los sentimientos de culpa (Rudilla *et al.*, 2015).

Tradicionalmente, para medir el desarrollo y el bienestar de las personas se ha utilizado la posesión de recursos y el Producto Interior Bruto. Sin embargo, desde el punto de vista de las capacidades, para medirlo se centra en todo aquello que permita a la persona vivir una vida digna y en libertad. La falta de capacidades (discapacidad) no puede ser la causa de una pérdida de libertad, sino que debe ser entendida como la existencia de obstáculos que precisan de asistencia para superarlos. La discapacidad siempre ha sido vista desde la perspectiva médica (que conlleva paternalismo) y desde la caridad o política pública de carácter social, que no hace más que erosionar la existencia humana y complicarla. Sin embargo, desde la perspectiva del modelo social, las barreras políticas, socio-económicas y jurídicas son los obstáculos derivados de la interrelación entre deficiencia y entorno no adecuado (Reyes Torres, 2015).

2.2.2. El bienestar subjetivo

En los últimos años ha sido objeto de estudio, como en la investigación llevada a cabo por Diener *et al.* (1985), en la línea trazada por Andrews and Withey en 1976, que han identificado tres componentes separables de bienestar subjetivo: dos dimensiones hedónicas, como son el afecto positivo/negativo y la satisfacción con la vida. Los dos primeros componentes se basan en lo afectivo, en los aspectos emocionales de este constructo, mientras que la satisfacción con la vida se basa en los aspectos del juicio cognitivo.

Atendiendo a Mella *et al.* (2004), “el bienestar subjetivo está determinado principalmente por apoyo social percibido, por el género y por la ausencia de depresión” (p. 79). Según Lombardo (2013), el bienestar subjetivo se relaciona con las emociones, porque “la emoción es una actividad psíquica producida por reacción frente a ciertos estímulos, tanto internos como externos y que involucran tres diferentes aspectos: fisiológicos, comportamentales y subjetivos” (p. 53).

El bienestar subjetivo tiene bases diferentes del psicológico porque las estudia el mismo proceso psicológico sirviéndose de diferentes indicadores. Unos autores inciden en la valoración que la persona hace de su propia vida en términos positivos. Otros inciden en la comparación que la persona hace de experiencias de sentimientos positivos con negativos y otros lo unen al desarrollo de un funcionamiento personal óptimo, como Zubieta Muratori y Fernández (2012), que sostienen que el bienestar subjetivo se basa en las emociones y tradicionalmente se ha abordado a través de temas como la felicidad, la afectividad o la satisfacción vital.

Atendiendo a lo expresado por Vázquez *et al.* (2009) en torno a la concepción hedonista (placer sensible), el bienestar subjetivo incluye la satisfacción vital, que es un juicio global de la propia vida, y el balance afectivo, que hace referencia a la frecuencia relativa de afectos placenteros o no placenteros en la propia experiencia inmediata. Destaca aquí el trabajo de Ruiz Caballero (2012), que lo define por “el afecto y la satisfacción con la vida” (p. 327).

En la concepción eudaimónica (placer espiritual), según Vázquez *et al.* (2009) el bienestar se determina por valores profundos con los que las personas se identifican.

Navarro y Bueno (2015) sostienen que el bienestar subjetivo se prolonga a lo largo de la vida sin que las “enfermedades crónicas o discapacitantes influyan en los indicadores de calidad de vida subjetiva, tales como la autoestima o control personal, ni evidencia epidemiológica consistente de una incidencia creciente en depresión” (p.1008).

Hernández Moreno y Landero Hernández (2014), en su investigación con PCs que padecen cáncer de mama, sostienen que hay una relación positiva entre la salud y la felicidad percibida por éstas. Ello indica que cuanto mejor sea la percepción de salud, mayor felicidad percibida tendrá el PC. Entienden el bienestar subjetivo como un constructo compuesto de ámbitos (el afecto positivo/negativo y la satisfacción con la vida) y consideran que la felicidad se deriva del bienestar subjetivo al hacer una evaluación personal, subjetiva y afectiva.

Desde una perspectiva psicológica, la calidad de vida se estudia a través del bienestar subjetivo. En este sentido, Denegri Coria *et al.* (2015) sostienen que abarca la satisfacción y grado de complacencia con acontecimientos vividos. “El bienestar subjetivo forma parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana”, como destacan García-Viniegras y González Benítez (2000, p. 587). En la misma línea se pronuncia García-Viniegras (2005), afirmando que la calidad de vida incluye la actividad vivencial. De aquí que se hable de calidad de vida como bienestar subjetivo.

Leyendo a Carballeira *et al.* (2015) vemos que el bienestar subjetivo se basa en la satisfacción con la vida y el equilibrio afectivo, siendo la satisfacción con la vida el balance entre las discrepancias y los logros obtenidos y la sensación de realización personal o experiencia de fracaso.

Tradicionalmente, para construir el concepto de bienestar subjetivo se han medido los resultados del cuidado de la salud y de los servicios sociales y el efecto que estos aspectos tienen en la construcción subjetiva de lo que las personas evalúan como satisfacción y felicidad. Sin embargo, los estudios llevados por el Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental de Barcelona han permitido encontrar variantes genéticas asociadas con síntomas depresivos o neurosis, que también están relacionadas con el bienestar subjetivo y viceversa. Si bien, se reconoce que la genética es solo uno de los factores que influyen en estos rasgos psicológicos, ya que el ambiente es tan importante o más que los efectos genéticos (Okbay *et al.*, 2016).

2.2.3. El bienestar social

Relacionado con la salud aparece el bienestar social como un valor que tiene como finalidad el que todos podamos disponer de los medios para satisfacer nuestras necesidades. Se vincula con el contacto social y las relaciones interpersonales, con el arraigo y los contactos comunitarios, con los patrones activos de amistad y la participación social, con el matrimonio y la paternidad, la familia y con los recursos sociales (Blanco y Díaz, 2005).

Con Keyes (1998) se puede comprobar que es sencillamente la valoración que hacemos de las circunstancias en el funcionamiento dentro de la sociedad. Enuncia cinco dimensiones del bienestar social, a saber:

1. La integración social o relaciones que mantenemos con la sociedad y grupo social más cercano.
2. La aceptación social o la integración en un grupo y la aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.
3. La contribución social o el sentimiento de utilidad para la sociedad o el grupo.
4. La actualización social o potencial de crecimiento y capacidad para producir bienestar.
5. La coherencia social o la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo (pp. 122-123).

Sin embargo, Blanco y Díaz (2005) consideran que el bienestar social es:

El resultado del nivel de satisfacción que hace la persona de sus oportunidades vitales (recursos sociales, recursos personales, aptitudes individuales), del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta (privación-opulencia, ataque-protección, soledad-compañía), y de la experiencia emocional derivada de ello. (p. 582)

Veenhoven (1994) la define como “el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva” (p. 5). En esta línea, Blanco y Díaz (2005) argumentan que “la gente sana no solo se preocupa por conocer el tipo de mundo en el que vive, sino que tiene la sensación de que es capaz de entender lo que acontece a su alrededor” (p. 583).

2.3. Las emociones positivas (afecto positivo) y la salud

Desde la revolución cognitiva y sus aportes a la postura conductual, se evidencia un notable interés en el estudio de la emoción y la regulación de ésta, por ser un comportamiento relevante para los humanos en su medio social, que implica adaptación y ajuste.

Cada vez que hay un cambio significativo a nuestro alrededor, las emociones se activan y nos alertan de las posibles consecuencias para nuestra supervivencia (Fernández-Abascal *et al.*, 2003). Actúan como funciones biológicas que permiten al organismo sobrevivir en entornos hostiles y que se han venido preservando durante generaciones (Ortega Navas, 2010) e implica un conjunto de mecanismos de control de las emociones para adaptarse al contexto (Luna *et al.*, 2016).

Como señalara Goleman (1998), todas las emociones son esencialmente impulsos que nos llevan a actuar, pues son sistemas de reacción automática con los que nos ha dotado la evolución. La distinta impronta biológica propia de cada emoción evidencia que cada una de ellas desempeña un papel único en nuestro repertorio emocional. Así, el enojo aumenta el flujo sanguíneo a las manos, con el miedo la sangre se retira del rostro (lo que explica la palidez y la sensación de

quedarse frío) y fluye a la musculatura esquelética larga, favoreciendo, así, la huida. Por ello, se refiere a la emoción como un impulso que nos moviliza hacia una acción determinada como puede ser huir, chillar o recogerse sobre sí mismos.

El escáner ha podido ir desvelando el funcionamiento de nuestro cerebro. Alrededor del tallo encefálico se fue configurando el sistema límbico, que aporta las emociones al repertorio de respuestas cerebrales. La evolución de este sistema estuvo aparejada al desarrollo de dos potentes herramientas, como son la memoria y el aprendizaje, y ubica la amígdala en la que se depositan nuestros recuerdos emocionales y que nos permite otorgar significado a la vida. Sobre esta base cerebral fue creándose el neocórtex: la región cerebral que nos diferencia de todas las demás especies y en la que reposa todo lo característicamente humano (el pensamiento, la reflexión sobre los sentimientos, la comprensión de símbolos, el arte, la cultura y la civilización). En el funcionamiento de la amígdala y en su interrelación con el neocórtex se esconde el sustento neurológico de la inteligencia emocional, entendida como un conjunto de disposiciones o habilidades que nos permiten, entre otras cosas, tomar las riendas de nuestros impulsos emocionales (Goleman, 1996).

Autores como Vecina Jiménez (2006) hablan de que las emociones tienen su sede biológica en un conjunto de estructuras nerviosas denominado sistema límbico, que incluye el hipocampo, la circunvalación del cuerpo calloso, el tálamo anterior y la amígdala. La amígdala, además de desempeñar otras funciones, es la principal gestora de las emociones y su lesión anula la capacidad emocional. Las conexiones neuronales entre estas estructuras, ubicadas en el cerebro reptiliano y la parte moderna del neocórtex, son muchas, directas y veloces para asegurar una comunicación muy adaptativa en términos evolutivos. En efecto, Fredrickson (2001) encuentra que “las emociones negativas tienen una función adaptativa inmediata. El miedo, la ira, la tristeza, la desesperación o la ansiedad nos preparan para realizar una conducta de supervivencia en una situación de peligro” (p. 221). Por su parte, Greene *et al.* (2019) sostienen que las emociones negativas, a parte del miedo, están fuertemente asociadas con el síndrome del trastorno de estrés postraumático. Y, finalmente, Park *et al.* (2013) mantienen que “quizás el hallazgo más consistente en la psicología positiva es que las relaciones buenas con otras personas, amigos, familiares y compañeros de trabajo, son el factor que contribuye de manera más importante a la buena vida psicológica” (p. 15).

En estudios se ha evidenciado la relación de los afectos positivos y negativos con el bienestar. Por ejemplo, Schwartzmann (2003) afirma que el afecto positivo te predispone a la acción

y a la extraversión, frente a los afectos negativos que se asocian más con el estrés, la depresión y la neurosis.

Vecina Jiménez (2006, p. 11) señala que “las emociones positivas facilitan la puesta en marcha de patrones de pensamiento receptivos, flexibles e integradores, que favorecen la emisión de respuestas novedosas”. Se puede decir que son útiles para prevenir enfermedades, para reducir la intensidad y duración de las mismas y también para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo (Lyubomirsky *et al.*, 2005). Así mismo, se considera que no es simplemente el éxito el que conduce a la felicidad, sino que el afecto positivo engendra éxito. En este sentido, Lyubomirsky *et al.* (2005) afirman que “Los individuos felices son más propensos que sus pares menos felices a tener matrimonios y relaciones satisfactorios, altos ingresos, superior desempeño laboral, participación de la comunidad, salud sólida y larga vida” (p. 846). Así mismo hay personas que muestran una gran predisposición a inhibir la expresión de las emociones negativas en situaciones de interacción social y tienden a evitar peligros potenciales de desaprobación, dado que anticipan reacciones negativas por parte de los demás (Montero *et al.*, 2012).

Las emociones tienen un papel evolutivo, siendo su razón de ser el ayudarnos a sobrevivir en nuestro entorno. Las emociones negativas nos preparan para vivir en un entorno amenazante o peligroso, por lo que tienen una función positiva. Por ejemplo, el miedo puede hacernos huir o mantenernos inmóviles ante un peligro. La ira nos hace reaccionar y defendernos. La tristeza nos permite detectar cuándo algo es malo para nosotros y debemos remediarlo. No podemos vivir y pensar sin emociones porque al reprimirlas pasan al inconsciente y se vuelven incontrolables (a través del estrés, las emociones negativas se transforman en destructivas). Conocer nuestras emociones nos ayuda a controlar nuestras ansiedades, tanto las de tipo patológico (estrés postraumático), como las asociaciones negativas que sufrimos de manera inconsciente y que condicionan nuestra vida (Punset, 2008).

Hay autores que consideran que las emociones tienen una gran importancia en el comportamiento del ser humano porque influyen en el proceso de toma de decisiones. Para Ruiz Caballero (2012), las emociones negativas son automáticas y se relacionan con la percepción de amenaza, siendo esenciales para enfrentarse a las situaciones en las que puede estar en peligro la propia supervivencia. Las emociones positivas están asociadas a percepciones agradables.

Según Punset (2008), las emociones tienen una potente repercusión en la salud mental y física. Está demostrado que hay personas a las que dos horas después de haber sufrido fuertes estímulos negativos de ira, miedo, irritabilidad o nerviosismo, se les ha detectado un amago de

ataque cardíaco. Igualmente se sabe que el estrés crónico produce altos niveles de cortisol, hormona del estrés por excelencia. Considerando que hay estrés crónico cuando ocurren de ocho a doce episodios diarios, fáciles de alcanzar en el quehacer cotidiano con su consiguiente liberación de las llamadas hormonas del miedo (la adrenalina, la noradrenalina y los corticoides), se podrían neutralizar a través de la relajación. Efectivamente, esta ralentiza el latido del corazón y la respiración, incrementa la resistencia de la piel a las corrientes eléctricas y la actividad Alfa del cerebro.

En la misma línea, Goleman (1997) considera el estrés emocional como la respuesta del organismo a las presiones y exigencias que abordan a las personas para que se “adaptan” a ellas. Para conseguir esa “adaptación” propone cambiar las costumbres y forma de vida, aprender a relajarse, a cuidarse y vivir mejor para así poder avanzar hacia una mayor salud y bienestar.

La OMS, en su desarrollo y evolución del concepto de calidad de vida con salud, concede mayor importancia a la evaluación realizada por el individuo acerca de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado una determinada enfermedad o accidente (Vinaccia y Quiceno, 2012). Abundando en esta misma línea, Botero Soto y Londoño Pérez (2013) consideran que la calidad de vida relacionada con la salud está vinculada con la satisfacción en aspectos fisiológicos como la discapacidad funcional, el sueño y la respuesta sexual; emocionales como la tristeza, el miedo y la inseguridad y sociales como situación laboral, académica y el nivel económico entre otras.

En efecto, ante una enfermedad incapacitante, cualquier PC afronta cambios en sus dimensiones física, emocional, psicológica, social y familiar. En gran medida esta nueva situación influye en su vida y afecta a sus relaciones interpersonales, dado que compromete y necesita del apoyo de sus familiares y conocidos. Las emociones negativas como el miedo, la ira, la tristeza, la desesperación o la ansiedad, pueden comprenderse como la reacción natural de estos PCs cuando se ven en su vida dependiendo, de alguna manera, de otras personas (Cabral-Gallo *et al.*, 2014).

Es patente que las emociones actúan como poderosos motivos de la conducta. Son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo. Las que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito y novedad producen cambios en la experiencia afectiva. Por ejemplo, el miedo, produce ansiedad, la ira y la tristeza, producen depresión. Para Piqueras *et al.* (2009), cuando hay un desajuste en la frecuencia, intensidad o adecuación de la reacción “puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental: trastorno de

ansiedad, depresión mayor, ira patológica; como físico: trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos y otros” (p. 86).

Como se ha expuesto anteriormente, “la inteligencia emocional está implicada en la salud, el bienestar y el ajuste psicológico y otros componentes más específicos de la salud” (Fernández-Abascal y Martín-Díaz, 2015). Existen más de 200 modelos por los cuales se explica la inteligencia emocional.

Mayer *et al.* (2016) hablan de un modelo de cuatro ramas de la inteligencia emocional para la resolución de problemas personales de una manera solvente: a) percibir las emociones; b) facilitar el pensamiento; c) comprender las emociones y d) saber manejarlas. La definen como “la capacidad de razonar válidamente con las emociones y con la información relacionada con las emociones y de utilizar las emociones para mejorar el pensamiento” (p. 296).

Según Sojo Monzón y Guarino (2010), el interés en medir este constructo se debe a la importancia que se otorga a la regulación emocional como “un recurso que se puede usar para modificar los propios estados afectivos, así como los de otros individuos” (p. 405).

La experiencia emocional y su regulación se encuentra avalada por estudios que muestran que “las emociones influyen tanto en procesos cognitivos como en la toma de decisiones, o en el funcionamiento de sistemas orgánicos como pueden ser el cardiovascular o el inmune” (Márquez-González *et al.*, 2008). Uno de los problemas que pueden afectar a la salud mental y concurrir en diversos trastornos psicológicos, tanto en niños como en adultos, son los desajustes emocionales (Fernández-Angulo *et al.*, 2016).

Por todo lo aquí expuesto, se hace necesario conocer las diversas formas de regulación de las emociones. En esta línea Páez y Da Costa (2014) concluyen que entre las diversas maneras de regulación se encuentran:

- a) Las formas de regulación abordando la situación a través de la reorientación de la atención, como la distracción o focalización de la atención en estímulos positivos, la adaptación a situaciones que no se pueden modificar, la focalización de la atención en los aspectos positivos de nuestra experiencia y la rumiación (forma disfuncional de orientar la atención o focalización repetitiva de la atención en los aspectos negativos).
- b) Las formas de regulación mediante el cambio cognitivo, entre las que se encuentran la reevaluación positiva o cambio en el punto de vista sobre la situación estresante, la rumiación negativa, el pensamiento desiderativo y el autocontrol, entre otras.

Las emociones positivas se relacionan con la salud y en este sentido Lyubomirsky *et al.* (2005) consideran que “siendo la salud algo más que la ausencia de enfermedad, y aunque los datos son limitados, las emociones positivas, a corto plazo, también parecen estar asociadas con conductas preventivas y comportamientos que promueven la salud” (p. 829).

Las emociones positivas y negativas, generalmente, están correlacionadas inversamente y, por ello, según Seligman y Csikszentmihalyi (2014), la sustitución de las emociones negativas por las emociones positivas puede tener efectos preventivos y terapéuticos.

Las emociones negativas debilitan el sistema inmunológico, mientras que las emociones positivas, especialmente el buen humor, el optimismo y la esperanza, contribuyen a sobrellevar mejor una enfermedad y facilitar el proceso de recuperación. Así, Bisquerra Alzina y Pérez Escoda (2007) sostienen que la competencia emocional influye de manera positiva en la regulación emocional, bienestar subjetivo y resiliencia.

Para reforzar los aspectos agradables y reducir el impacto de los desagradables, es necesario no dejarse influenciar por los condicionantes externos y saber adoptar estrategias para hacerles frente de una manera más positiva, lo que supone un esfuerzo y un ejercicio de voluntad personal. Cuando se dispone de autorregulación y de autonomía emocional se consigue el desarrollo personal y el bienestar, que son dimensiones que facilitan y predisponen a la felicidad.

Las investigaciones llevadas a cabo por diversos autores han puesto en evidencia que el afecto positivo contribuye a disminuir el riesgo de enfermedad y facilita la recuperación. El afecto positivo, por un lado, influye sobre el sistema fisiológico porque favorece prácticas saludables (como la mejora de la calidad del sueño y hacer ejercicio físico) que disminuyen la morbilidad. También actúa sobre el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) reduciendo la tasa cardíaca, la presión sanguínea y los niveles de epinefrina y norepinefrina en sangre, presentando menores niveles de cortisol en sangre y mayores niveles de oxitocina y de la hormona del crecimiento. Por otro lado, influye sobre la creación y mantenimiento de vínculos sociales que son protectores de un buen estado de salud. Así, Vázquez *et al.* (2009) sostienen que quienes presentan mayor afecto positivo tienen grandes posibilidades de recuperación de cualquier problema de salud.

El afecto positivo está ligado al placer que la persona manifiesta a través de su motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito. El sujeto suele experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza, que son sentimientos relacionados con la extroversión, el optimismo y la resiliencia. Además, es un factor protector de enfermedades y facilitador de un buen rendimiento, al contrario que el afecto negativo que se considera un factor de riesgo (Moral de la Rubia, 2011).

2.4. El optimismo y la felicidad

Daniel Goleman contempla el optimismo desde el punto de vista de la inteligencia emocional y sostiene que es una actitud que impide caer en la apatía, la desesperación o la depresión frente a las adversidades. Lo mismo que la esperanza, significa tener una fuerte expectativa de que, en general, las cosas irán bien a pesar de los contratiempos y de las frustraciones. Los optimistas consideran que los fracasos se deben a algo que puede cambiarse y, así, en la siguiente ocasión en la que afronten una situación parecida pueden llegar a triunfar. Los pesimistas, por el contrario, se echan las culpas de sus fracasos, atribuyéndolos a alguna característica estable que se ven incapaces de modificar (Goleman, 1996).

Para Ruiz Caballero (2012) el optimismo es una característica de la personalidad y puede influir en el bienestar psicológico porque produce un estado de ánimo que puede favorecer el bienestar subjetivo.

El optimismo disposicional hace referencia a expectativas positivas generalizadas de resultados, en la creencia de que el futuro deparará más éxitos que fracasos. Estudios recientes confirman que el pesimismo disposicional está relacionado con un peor estado de salud física, en comparación con el optimismo disposicional (Martínez Correa *et al.*, 2006).

Hay autores que consideran que el optimismo y el pesimismo se deben definir como las expectativas generalizadas, tanto favorables como desfavorables, acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida. Las principales características de las personas optimistas son que gozan de mejor salud, se quejan menos de los síntomas físicos y acuden menos al médico. Su perfil está relacionado con una menor vulnerabilidad a la experiencia de problemas de salud y atribuyen las causas de los eventos negativos que les suceden a factores externos, inestables en el tiempo y relacionados con un ámbito concreto (Guil *et al.*, 2016).

Para otros, el pesimismo está asociado con un peor estado de salud física, corroborando la teoría de Chang (1998), que prueba que las personas optimistas tienen menos estrés que las pesimistas y muestran reacciones fisiológicas más bajas.

El optimismo se relaciona con la idea de que te ocurrirán cosas buenas y se utiliza como sinónimo de pensamiento positivo y generador de numerosos beneficios. Para Park *et al.* (2013) el optimismo, o pensamiento positivo, se asocia con “un mejor estado de ánimo, mayor satisfacción con la vida, éxito en la escuela, el trabajo y los deportes, buena salud y una vida más larga” (p. 13). Además, las personas que piensan positivamente también son menos propensas a experimentar accidentes traumáticos.

Martínez Correa *et al.* (2006) sostienen que una menor reactividad ante el estrés puede, con el paso del tiempo, llevar a un menor daño para el organismo. El resultado final sería una mejor salud física y una mayor longevidad.

La búsqueda de la felicidad (bienestar subjetivo, tanto físico como psicológico) es una de las metas del ser humano y en la que más empeño pone. Ser feliz estriba en potenciar y desarrollar lo mejor que cada persona lleva dentro, poniendo las habilidades y el talento al servicio del logro del bienestar propio y de los demás (Ruiz Caballero, 2012). En esta línea, Denegri Coria *et al.* (2015) consideran que la felicidad se produce bajo la influencia de experiencias emocionales positivas cuando algún objetivo es alcanzado. Destacan aquí los trabajos de Taylor (1991) y Pereira (1997).

Uno de los principales cambios biológicos producidos por la felicidad consiste en el aumento de la actividad del centro cerebral que se encarga de inhibir los sentimientos negativos. Aquieta los estados que generan preocupación, al mismo tiempo que aumenta el caudal de energía disponible. La felicidad es una sensación de tranquilidad que hace que el cuerpo se recupere más rápidamente de la excitación biológica provocada por las emociones perturbadoras, proporcionando al cuerpo un reposo, un entusiasmo y una disponibilidad para afrontar cualquier tarea que se esté llevando a cabo y fomentando la consecución de una amplia variedad de objetivos (Goleman, 1996).

Lyubomirsky *et al.* (2005) sostienen en sus investigaciones que más de 7000 individuos informaron que estaban satisfechos con sus vidas, expresando sentimientos de alegría más de la mitad de las veces. En este sentido, se puede definir la felicidad como una forma abreviada de referirse a la experiencia frecuente de las emociones positivas.

En esta misma línea, Carballeira *et al.* (2015) relacionan la felicidad con el componente afectivo y con la presencia de emociones positivas frente a negativas, dado que sostienen que las emociones son un reflejo de cómo impactan los eventos vitales en la vida personal. A partir de todo ello, cada uno de nosotros realiza amplios juicios vitales a nivel global, como un todo, pero también en particular respecto a su felicidad individual.

El apoyo social, las actividades sociales, la forma de afrontar los problemas, los rasgos de personalidad, la autoestima, el estado funcional y la salud influyen en las personas con discapacidad física y orgánica. Es por ello, muy importante, afrontarlos para mejorar sus condiciones de salud, su funcionamiento físico y cognitivo, su afecto positivo y su participación social (Fernández-Ballesteros García *et al.*, 2010).

Así mismo, los estudios de Taylor *et al.* (2000) sugieren que un sentimiento positivo de sí mismo, un sentimiento de control personal y el optimismo actúan como recursos que no solo le permitirán afrontar las dificultades diarias, sino que cobran especial importancia a la hora del afrontamiento de eventos traumáticos o que amenazan la propia vida.

2.5. La conciencia emocional: la regulación emocional

Debido a la gran importancia que se ha dado a las emociones en cada una de las etapas del desarrollo de la persona, la regulación emocional ha sido estudiada desde diferentes enfoques a lo largo del tiempo.

Rovira Bahillo *et al.* (2014) afirman que la conciencia emocional (CE) se entiende como una primera etapa en la adquisición de la regulación emocional. Otro rumbo es el que sostiene Nyklíček (2011), cuando señala que la CE es un recurso que permite al individuo valorar los estados afectivos. Para Hofmann y Asmundson (2008) es de gran importancia para el bienestar psicológico; mientras Gross y Muñoz (1995) explican que muchas formas de psicopatología, como los trastornos afectivos o los trastornos de personalidad, presentan alteraciones en la regulación emocional.

Se aborda la CE desde un enfoque cognitivo-conductual, como un proceso interno que influye sobre la conducta y como sinónimo de inteligencia emocional. Como aseguran Ribero-Marulanda y Vargas Gutiérrez (2013), es un modelo que se centra en explicar cómo la persona afronta una situación que puede sobrepasarle y no es capaz de hacerle frente y, como consecuencia, le genera un alto nivel de estrés.

Cabello González *et al.* (2006) la definen como:

La habilidad de las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa, la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada y la destreza para regular y modificar nuestro estado de ánimo o el de los demás. (p. 156)

Desde la perspectiva biológica, Angarita Arboleda y Cabrera Dokú (2000, p. 6) afirman que “hace referencia a las dos principales áreas de actividad cerebral: la mente emocional y la mente racional”. Asimismo, Cardelle-Elawar y Sanz de Acedo Lizárraga (2006 p. 111) consideran que la “dimensión fisiológica es esencial en las emociones porque en ellas intervienen los sistemas nervioso, periférico y endocrino que preparan al organismo ante el estímulo de una emoción”.

Por su parte, Kinkead Boutin *et al.* (2011) estiman que la CE se ha considerado desde una dimensión biológica, en especial frente a eventos adversos, y se vincula con la salud física y mental. Mocaiber *et al.* (2008) indican que “las investigaciones sobre la CE revelan los mecanismos biológicos asociados con la mejoría de los síntomas causados por terapia de conducta cognitiva” (p. 536).

La CE evita la impulsividad, lo que permite actuar de una forma adecuada y socialmente regulada (Ribero-Marulanda y Vargas Gutiérrez, 2013). Por ello, para Ortega Navas (2010) es fundamental la educación emocional al “contribuir a una mejora de la salud física y mental, a la reducción de conflictos en las interacciones sociales, al aumento de la empatía, a la reducción del estrés y a la mejora del estado de bienestar” (p. 466). Efectivamente, Clemente y Adrián (2004) señalan que es un proceso dinámico que se puede mejorar mediante procesos educativos, así como cambiar y modificarse con la edad, que la generan los padres en los primeros años de vida por ser los referentes en la vida de un niño y, posteriormente, la propia maduración biológica.

Igualmente, implica unas habilidades, como indican Amarís Macías (2002) al señalar a la “inteligencia intrapersonal como una habilidad para reconocer las propias emociones y sentimientos, así como sus propias fortalezas y debilidades” (p. 35).

Vinaccia *et al.* (2006) sostienen que:

La salud mental correlaciona de manera positiva con el rol emocional y demuestran que la depresión y la ansiedad hacen que disminuya el rendimiento en las actividades de la vida diaria y que se pierda el control porque no hay una adecuada regulación de las emociones. (p. 102)

El modelo procesual de la regulación de emociones propuesto por Gross (1998) plantea que las emociones son eventos temporales, distinguiendo entre estrategias de supresión expresiva y reevaluación cognitiva. Ha identificado cinco puntos principales sobre las construcciones relacionadas con la regulación de las emociones: el afrontamiento, la regulación del estado de ánimo, la reparación del estado de ánimo, la defensa y la regulación del afecto.

La regulación de la emoción, como indica Gross (1998), es una estrategia que se refiere a los procesos mediante los cuales los individuos influyen en las emociones que tienen, cuándo las tienen, cómo las experimentan y las expresan. Las investigaciones de Gross y Levenson (1997) han demostrado que la supresión emocional se asocia con una disminución de las emociones positivas. Gross y John (2003) la asocian con una reducción del bienestar y con un aumento de la rumiación, relacionada con el estado de ánimo negativo.

Zeman *et al.* (2002) indican que la depresión se relaciona con la supresión emocional en niños. Gross y John (2003) vinculan la supresión emocional con una mayor incidencia de depresión. Rude y McCarthy (2003) la vinculan con adultos y Betts *et al.* (2009) con los adolescentes.

La supresión emocional se asocia con un aumento de la reactividad del sistema nervioso simpático, relacionando la supresión con la expresión de ira y un mayor riesgo cardiovascular (Butler *et al.*, 2003). Según Hackman y Farah (2009), puede resultar adaptativa, ya que se debe considerar la gran cantidad de contextos actuales donde la persona tiene que evitar la manifestación de sus emociones. Sin embargo, para Aldao *et al.* (2010) hay numerosas evidencias de que la supresión emocional tiene consecuencias nocivas para la salud mental y el sistema cardiovascular. En este caso, la rumiación, según Roemer *et al.* (2009), puede ser la distracción de la propia experiencia emocional que, paradójicamente, puede agravarla.

Gross (1998) sostiene que la reevaluación es una estrategia que reinterpreta las emociones con el fin de modificar su efecto. Gross y John (2003) señalan que se produce antes de que las respuestas emocionales se hayan activado totalmente y la relacionan con efectos positivos sobre el bienestar psicológico. Para Gross (2001), esta estrategia ha demostrado ser más adaptativa que cualquier otro intento de regulación emocional y aún más que el uso de la supresión expresiva para responder a emociones como el asco, la tristeza y la angustia.

Efectivamente, las investigaciones de Ochsner *et al.* (2004) la asocian con activaciones prefrontales y estructuras cerebrales del cíngulo anterior, áreas que aparecen involucradas en la regulación emocional adaptativa. Sobre la supresión destacan los trabajos de Goldin *et al.* (2008) y Kumaran *et al.* (2009), que sostienen que representa la reestructuración del problema a través de una actividad del sistema cerebro-mental.

Las estrategias de regulación de las emociones están relacionadas con la Psicopatología General, que lleva a cabo una revisión meta-analítica sobre las estrategias a seguir en la regulación de las emociones. En este sentido, para Aldao *et al.* (2010) el efecto de la rumia y de la cavilación sobre la regulación de las emociones es grande, siendo mediano el efecto de evitación, la resolución de problemas y la supresión en la regulación de las emociones y, por último, el efecto de la reevaluación y de la aceptación sobre la regulación de las emociones es pequeño.

Jauregui *et al.* (2016) argumentan que, aunque la regulación emocional hace referencia específicamente a la gestión emocional en situaciones que no necesariamente han de ser estresantes, sería conveniente realizar también estudios que la interrelacionen con el afrontamiento y se investiguen sus posibles conexiones.

En las últimas décadas, desde la Psicología Positiva se investiga este constructo, pero hay pocas escalas de medición para evaluarlo. Sin embargo, multitud de trabajos empíricos se centran en demostrar la relación entre la experiencia de emociones positivas y variables como la salud, el bienestar psicológico, la creatividad y la resiliencia. Leyendo a Vecina Jiménez (2006), observamos que las emociones son “respuestas con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, la experiencia subjetiva, el procesamiento de la información, entre otras. Son intensas y breves y surgen ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente” (p. 10).

2.6. La resiliencia y su camino

Actuando de mediadora de la autoestima, del bienestar social, emocional y del psicológico, aparece el concepto de resiliencia como una estrategia de afrontamiento ante situaciones adversas en momentos determinados de la vida. Hay personas que ante grandes adversidades son capaces de superarlas y salir fortalecidos de ellas, porque es, a partir de las grandes catástrofes o situaciones complicadas que se presentan en su vida, cuando hay que dedicar más tiempo y esfuerzo a crecer y superarse. Ante la adversidad, el hombre y la mujer se hacen más fuertes.

Determinados factores personales como inteligencia, autoestima y capacidad para resolver conflictos ayudan a tener conductas resilientes. Es una manera de actuar que depende del temperamento de la persona (Bisquerra Alzina y Pérez Escoda, 2007). Se entiende que cuando la persona es activa y fuerte, está dotada de la capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades.

Esta concepción, enmarcada dentro de la Psicología Positiva, busca comprender los procesos, mecanismos y recursos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser. En esta línea, surge el concepto de resiliencia (Guil *et al.*, 2016). La investigación realizada sobre la resiliencia ha puesto de relieve que la búsqueda de una escurridiza felicidad continua no es tan importante como el modo de aprender a capear las tormentas emocionales y recuperar la normalidad. El dominio del ciclo biológico de excitación y recuperación de la normalidad refleja la onda sinusoidal característica de la resiliencia (Goleman, 2006).

De lo anteriormente expuesto, se puede entender la resiliencia como la capacidad del ser humano para hacer frente a los reveses de la vida, aprender de ellos, superarlos e inclusive ser transformados por él. Nadie escapa de las adversidades experimentadas, sea en el ámbito familiar, como el accidente que deja secuelas, enfermedades graves, la existencia de miembros de la familia con discapacidad física y mental, o las experimentadas fuera del ámbito familiar, como catástrofes y guerras (Grotberg, 2013).

La resiliencia ha cobrado gran importancia para la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, si bien los autores no se ponen de acuerdo en la definición del concepto ni de cuántos factores se compone este constructo. Rodríguez *et al.* (2009) hablan de factores como la competencia personal, la aceptación de sí mismo y de la vida, entendidas como sinónimo de adaptación y flexibilidad.

Pesce *et al.* (2005) señalan que la capacidad de resiliencia está relacionada con factores como realización personal, autodeterminación y adaptación asertiva, y la autoestima con la satisfacción con la vida y apoyo social. Lundman *et al.* (2007) refieren que las personas resilientes son personas socialmente competentes que se aceptan como son y los avatares de la vida, porque tienen capacidad de adaptación y flexibilidad. Efectivamente, son capaces de realizarse como personas con capacidad de autodeterminación y con alta autoestima, se sienten apoyados socialmente, son ecuanímes, son congruentes con su forma de ser, son perseverantes y autosuficientes.

Para Suriá Martínez *et al.* (2015), el concepto de resiliencia no es algo estático inherente a la persona, es decir, no es un rasgo que la persona tiene o no tiene. Por el contrario, es un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que tienen lugar a través del tiempo, dando combinaciones entre atributos de la persona y su ambiente social y cultural, tratándose, por tanto, de un proceso interactivo. La complejidad de este constructo trae consigo la interacción entre los eventos adversos de la vida y los factores de protección del individuo (Pesce *et al.*, 2005).

Para construir la resiliencia, según Grotberg (2013), son necesarios cinco pilares:

1. La confianza o involucrarse emocionalmente con los demás. Si se trata de enseñar a niños y jóvenes a ser resilientes, la clave está en construir una relación con ellos basada en la confianza.
2. La autonomía, entendida como independencia y libertad en la capacidad de tomar nuestras propias decisiones, Así se establece:
 - “Yo tengo”, que implica fortalecimiento de la voluntad y deseo de aceptar límites en sus conductas.
 - “Yo soy”, cuando se sabe responsable de sus propios actos.
 - “Yo puedo”, cuando es capaz de desarrollar el manejo de sus sentimientos y emociones.
3. La iniciativa, o capacidad y voluntad de hacer las cosas. Con el desarrollo de la iniciativa se refuerzan nuestras relaciones de confianza con los otros, reconocemos límites a nuestros comportamientos y aceptamos ese aliento para ser personas autónomas (“Yo tengo”). Para fomentarla en los niños, jóvenes y adultos hay que incentivarlos a que hagan lo que les gusta.
4. La aplicación, o llevar a cabo una tarea de manera diligente. El éxito te mueve a seguir siendo diligente. Se debe desarrollar un sentimiento de superación evitando los sentimientos de inferioridad.
5. La identidad, entendida como un conocimiento de sí mismo, de sus logros o éxitos y el saber hacia dónde va (Grotberg, 2013).

La resiliencia considera a la persona “superior y distinta a la suma de sus partes; reconoce el gran potencial de cambio que ejerce sobre sí misma y sobre el medio ambiente” (Castaño-Mora y Canaval-Erao, 2015, p. 276). Está conformada por dos factores: de un lado la competencia personal y, de otro, la aceptación de uno mismo y de la vida. Además, por cinco características:

sentirse bien solo, confiar en sí mismo, perseverancia, satisfacción personal y ecuanimidad (Castaño-Mora y Canaval-Eraza, 2015).

Araújo y Faro (2016) sostienen que una persona resiliente se identifica por tener confianza en sí mismo/a y en su capacidad personal para resolver problemas, pues tiene que ver con las respuestas que damos a los conflictos de la vida, a la adversidad o a algún trauma, en presencia de amenazas o riesgos y señalan que “pone en funcionamiento factores como la producción de endorfinas, a través de la relajación, control de los impulsos, optimismo, capacidad de identificar las causas de los problemas, empatía, autoeficacia, capacidad para encontrar apoyos y autoconfianza para actuar positivamente” (p. 68).

La capacidad de enfrentar, afrontar, superar, aprender y fortalecerse en la adversidad supone la necesidad de una naturaleza personal vigorosa, aunque en muchos casos es el problema de salud el agente desencadenante de la resiliencia. Por ello, el impacto y reconocimiento que surgen de los logros (como es el caso de personas que son grandes deportistas estando en una silla de ruedas) refuerza la resiliencia individual e ilumina en la mente colectiva la profundidad y amplitud de la capacidad humana (Keltner y Walker, 2013).

Siguiendo el trabajo de Newman (2013), para enfrentarte a situaciones difíciles que cambian tu vida, puedes reaccionar con emociones fuertes y sensación de inseguridad o adaptarte poco a poco a la situación que te ha modificado la vida y te ha generado situaciones de mucho estrés. Esto se consigue con la resiliencia, en un proceso continuo en el tiempo y con un gran esfuerzo, de cara a lograr una buena adaptación ante las adversidades y las situaciones traumáticas. Significa resurgir de circunstancias difíciles y la aprende y la desarrolla el individuo en un camino (a la resiliencia) acompañado de considerable angustia emocional.

Factores asociados a la resiliencia, como la capacidad de hacer planes realistas, de resolver problemas y comunicarse, manejar los impulsos y sentimientos fuertes, tener un concepto positivo de uno mismo, pueden ser aprendidos y desarrollados de manera individual: Aprender del pasado, reflexionando sobre las circunstancias que resultaron más estresantes y cómo me afectaron. Es útil pensar en las personas que son importantes para mí. A quién recurrí para superar mi trauma. Qué aprendí de mí mismo. Si me resultó positivo ayudar a otros. Cómo superé los obstáculos. Qué es lo que me hace sentir más confiado y esperanzado sobre el futuro.

La resiliencia implica mantener la flexibilidad y el equilibrio en nuestra vida a medida que se atraviesan circunstancias, acontecimientos estresantes, traumáticos y, cuando no se pueda superar el problema, se debe buscar ayuda en grupos de apoyo, autoayuda y en la lectura (Newman, 2013).

Como señala Newman (2013), hay diez caminos para desarrollar la resiliencia en un proceso en el que está implicada la persona de manera integral: autoaceptándose, siendo realista, afrontando los problemas de manera directa, con fortaleza y valorándose como persona, no dando a los problemas más importancia de la que tienen, siendo optimista y procurando no caer en la depresión por muy grave que vea la situación en la que se encuentra. Véase la enumeración y descripción en la Figura 8:



Figura 8. *Caminos para desarrollar la resiliencia.*
Fuente: elaboración propia a partir de (Newman, 2013).

La familia funciona como generadora de resiliencia cuando dentro de ella se crean formas activas, saludables y sensibles de satisfacer las necesidades de uno de los miembros con discapacidad, sin comprometer la integridad total de la familia y sin abandonar las necesidades individuales y de desarrollo de los otros integrantes.

En el caso de que la dedicación sea solo de uno de los familiares, puede llevar a conflictos, a la falta de equilibrio en la satisfacción de las necesidades del resto de los miembros, a la falta de comunicación y a rupturas en la unidad familiar, porque la discapacidad de uno de los miembros de la unidad familiar puede producir en el resto emociones negativas como enojo, tristeza, pérdida, miedo o incertidumbre.

Las familias son resilientes si:

- Son libres de expresar sus sentimientos negativos (enojo, tristeza).
- Permiten la participación de todos los miembros de la familia.
- Conservan la esperanza.
- Tienen la sensación de no estar aisladas como consecuencia de la discapacidad.
- La enfermedad ha hecho de su familiar una persona más fuerte.
- Se preocupan por tender relaciones con quien pueda ayudarles.
- Se expresan de manera altruista con otras personas con problemas.

La familia debe seguir la estrategia de hacer normal la necesidad que tenga el PC. Por ejemplo, si él depende de un respirador, usarlo delante de todos adoptando una visión de normalidad fortalece el afrontamiento (Keltner y Walker, 2013).

Las familias resilientes se valen de las ayudas de las otras, a la vez que ofrecen su ayuda desinteresada (Landersman *et al.*, 2013). En el mismo sentido se expresa Papházy (2013), al sostener que la resiliencia debe ser promovida desde la niñez por los padres y los profesores, brindando un ambiente estable que permita a los niños desarrollar sus fortalezas internas, su capacidad de resolver problemas sociales e interpersonales y de entablar relaciones con los demás. La escuela debiera promover un sentimiento de comunidad, en el cual los niños y los maestros tienen una fuerte sensación de pertenencia.

2.7. El afrontamiento

El afrontamiento de un problema de salud crónico se fundamenta en la premisa de que las enfermedades o discapacidades no pueden curarse, o de que el tratamiento que requieren es prolongado y, por tanto, debe haber una adaptación o ajuste. Estos ajustes siguen una secuencia psicológica que consiste en enfrentarlo, asimilarlo mentalmente y afrontar el diagnóstico. Es un proceso que conduce al concepto de normalización que avala el óptimo funcionamiento y calidad de vida del PC.

El afrontamiento ante situaciones de estrés suele ser considerado, en general, como un factor estabilizador para la persona, de manera que facilita el ajuste individual y la adaptación cuando se producen situaciones estresantes. Ante una amenaza, el individuo puede responder con tres respuestas básicas de afrontamiento: rendirse, evitar o sobrecompensar. Estos estilos de afrontamiento suelen ser adaptativos durante la infancia y pueden considerarse como mecanismos de supervivencia saludables (Mate *et al.*, 2016).

De los tres estilos de afrontamiento, la sobrecompensación supone una lucha contra el esquema; la evitación supone huida; la rendición, inmovilidad. En la actualidad, existe un énfasis mucho mayor en los estilos de afrontamiento de evitación y sobrecompensación. Las emociones negativas (como la ansiedad o la depresión) son provocadas por estímulos asociados a recuerdos infantiles favoreciendo la evitación de estímulos, a fin de evitarlas: “La evitación se convierte en la estrategia habitual para afrontar el afecto negativo y es extremadamente difícil de cambiar” (Young *et al.*, 2013, p. 31).

Experimentar regularmente estrés, refuerza y construye resiliencia en los seres humanos. Las estrategias para afrontar la situación positivamente tras una enfermedad traumática son, por un lado, la protección que sirve para resguardarse o aislarse de un mayor dolor emocional en la interacción con otras personas; por otro, los cambios que suponen manejar los aspectos físicos, emocionales y sociales de la patología y, de otro, el apoyo que te dan las fuerzas autogeneradas por la promoción y aumento de la autoestima (Keltner y Walker, 2013).

El afrontamiento, entendido como la capacidad de adaptarse al estrés y a la adversidad, es una faceta central del desarrollo humano. De aquí se sostiene el hecho de que en la definición de este constructo se deba incluir, en diferentes grados, las formas en que las personas manejan sus emociones, pensar constructivamente, regular y dirigir su comportamiento, el control autónomo de sus acciones y actuar en ambientes sociales y no sociales para alterar o disminuir las fuentes de estrés. Por ello, el afrontamiento debe representar un aspecto importante de los procesos más generales de la autorregulación de la emoción, la cognición, el comportamiento, la fisiología y el entorno (Compas *et al.*, 2001).

En este capítulo se hace patente la importancia que el bienestar emocional tiene en el devenir de las personas y, fundamentalmente, en las personas con discapacidad severa. Del equilibrio en el balance afectivo (positivo vs negativo) depende en buena medida la estabilidad emocional. El bienestar emocional es el resultado de la compleja interacción entre las condiciones económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales y, junto a la valoración que el sujeto hace de su propia vida,

condicionan el desarrollo de su personalidad (García-Viniegras, 2005). Si bien es cierto que en toda persona coexisten los dos tipos de inteligencia: la cognitiva y la emocional. Las habilidades emocionales no solo nos hacen más humanos, sino que en muchas ocasiones constituyen una condición de base para el despliegue de otras habilidades que suelen asociarse al ser inteligentes, como puede ser tomar decisiones racionales.

En esta investigación se abre la puerta a la reflexión sobre la toma de conciencia de la situación personal de cada usuario/a con discapacidad severa, que conforman el grupo de residentes participantes en un programa de intervención de musicoterapia. Sobre los actos del día a día y sobre lo trabajado, con el fin de fomentar la capacidad de pensar, de planificar, concentrarse, solventar problemas y tomar decisiones, siempre presididas por las emociones positivas. Intentando que los usuarios y usuarias que participan en la investigación alcancen a tener momentos de felicidad, experimentando de manera muy frecuente emociones positivas, el interés y el orgullo, y, aunque se sabe que no estarán ausentes, contribuyendo a mitigar las emociones negativas, tales como la tristeza, la ansiedad y la ira.

CAPÍTULO III. MUSICOTERAPIA

CAPÍTULO III. MUSICOTERAPIA

En este capítulo se realiza un recorrido por la Musicoterapia para analizar la evolución sufrida por esta disciplina hasta convertirse en una técnica terapéutica en expansión. Se centrará en las distintas concepciones que los autores aportan para llevar a cabo el abordaje musicoterapéutico, dando lugar a los diferentes Modelos que explican la situación de la Musicoterapia en el mundo, así como su presencia en los hospitales españoles.

Se trata esta terapia en el contexto asistencial, en el que la reciente literatura evidencia la influencia que ejerce sobre el bienestar y, por ende, en la calidad de vida y salud de las personas y en los beneficios, tanto fisiológicos como psicológicos y sociales que comporta. Se hace un recorrido por las investigaciones, en crecimiento constante, sobre los efectos de la musicoterapia en el tratamiento de usuarios y usuarias, llevadas a cabo por profesionales y teóricos de todo el mundo y que refieren beneficios, tanto en la medicina como en otros campos. En particular, se aborda el Modelo Benenzon, usado a la hora de llevar a cabo el diseño e intervención de un programa. Finalmente, se exponen los resultados de algunas de las investigaciones que se han hecho aplicando este Modelo y que refieren beneficios.

3.1. Definición de Musicoterapia

El importante papel asignado a la música ya fue establecido por Gaston (1982):

La música es una forma de comportamiento humano y que ejerce una influencia única y poderosa. A través de ella, los enfermos y deficientes pueden modificar su conducta, sea adquiriendo nuevas pautas o mejorando las que ya tienen. A veces es la música misma la que lo provoca, pero la mayoría de las veces es el musicoterapeuta el que influye para que se realicen esas modificaciones. Ya sea mediante la música o la persuasión lo que se busca es siempre producir cambios deseables. (p. 27)

Numerosos autores coinciden en los beneficios de la música cuando se usa para mejorar el bienestar de la persona, poniendo el énfasis en que la musicoterapia es un proceso sistemático que tiene como finalidad ayudar al cliente a llegar a la salud. En el mismo intervienen: a) El PC, usuario/a o cliente que necesita la ayuda; b) El musicoterapeuta que lo atiende; c) Unos objetivos médico-curativos, psicoterapéuticos, recreacionales, educativos; y, d) Un tratamiento que se desarrollará en función de la orientación del musicoterapeuta, que velará por encauzar los problemas del PC. Ya en 1989, Bruscia la definió como “un proceso sistemático de intervención en el que el

terapeuta ayuda al cliente para lograr la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellos como fuerzas dinámicas de cambio” (2014, p. 21). En esta línea, ayuda al ser humano en su función preventiva y curativa (Poch Blasco, 2001) y se diferencia de la música porque “cualquier actividad musical no es terapéutica” (Poch Blasco, 2001, p. 93).

La expansión de las técnicas musicoterapéuticas en la sociedad actual se debe a la crisis existente en el área de la vida emocional del ser humano. Etimológicamente, Musicoterapia significa terapia a través de la música y no es una terapia alternativa.

Está integrada en el grupo de las Terapias creativas, junto con la Danza-Terapia, Arte-Terapia, Poesía-Terapia y Psicodrama (Poch Blasco, 1999) porque utiliza el lenguaje no-verbal y simbólico, permite la observación y obtención de respuestas distintas a las que se obtienen con las terapias tradicionales verbales (Poch Blasco, 2001). Es un tipo de terapia que busca provocar respuestas emocionales de manera más directa e inmediata que otras terapias verbales tradicionales por las cuales los psicoterapeutas tratan de llegar al PC.

Se considera como una forma terapéutica de comunicación no-verbal, que utiliza el lenguaje no-verbal y simbólico y se aplica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de posibles dificultades o trastornos que presentan las personas, por lo que permite la observación y obtención de respuestas distintas a las que se obtienen con las terapias tradicionales verbales (Palacios Sanz, 2001).

Numerosos autores coinciden en los beneficios de la música cuando se usa para mejorar el bienestar de la persona. Poch Blasco (2001) considera la finalidad de la Musicoterapia como la ayuda al ser humano en su función preventiva y curativa, y reivindica que el musicoterapeuta deba ser un miembro más en el equipo terapéutico de un hospital, de un equipo psicosocial o de un equipo de educación especial. Lago Castro (2008) sostiene que la música es la combinación perfecta y artística de saber utilizar el ritmo y el sonido, siendo indispensable para la formación integral del hombre, definiendo la Musicoterapia como el uso de la música y el movimiento de forma directa, equilibrada y controlada como herramienta terapéutica. Lacárcel Moreno (2003) encuentra que la música ayuda a expresarse mejor y a tener más vocabulario, y que tocar instrumentos ayuda en la motricidad, la expresión y comunicación y la creatividad.

Se trata de utilizar la música con una finalidad no musical, como un medio para un fin, porque lo fundamental es la utilización juiciosa y estructurada de la música o de actividades musicales, a cargo de un profesional formado que tiene como objetivo restaurar, mantener o mejorar el bienestar físico, emocional, social, cognitivo y psicológico de una persona. Como señala Vaillancourt (2009), es "utilización juiciosa y estructurada de la música a cargo de un profesional

formado con el objetivo de restaurar, mantener o mejorar el bienestar físico, emocional, social, cognitivo y psicológico de una persona" (p. 50). No se pretende curar sino mejorar la calidad de vida de las personas, creando un ambiente tranquilizador para favorecer su desarrollo global.

La World Federation of Music Therapy (WFMT, 1996) concibe la Musicoterapia como una profesión sanitaria establecida que usa la música para hacer frente a necesidades físicas, emocionales y sociales de individuos de todas las edades. Mejora la calidad de vida de las personas que están sanas y satisface las necesidades de niños y adultos con discapacidades o enfermedades. Las intervenciones pueden ser diseñadas para promover el bienestar, manejar el estrés, aliviar el dolor, expresar sentimientos, potenciar la memoria, mejorar la comunicación o promover la rehabilitación en un tratamiento.

Para Poch Blasco (2001) es “la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica, para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta” (p. 93). Soria-Uríos *et al.* (2011) defienden su uso profesional en entornos médicos, educativos y cotidianos con personas que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y bienestar físico, social, emocional, intelectual y espiritual.

Existen unos objetivos terapéuticos como son la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Efectivamente, se trata de la utilización científica de la música con métodos y procedimientos fruto de investigaciones científicas en los ámbitos musical (antropológico, sociológico, psicológico, histórico, folklórico), terapéutico (biológico, neurofisiológico, médico, psiquiátrico, de educación especial, de marginación social) o musicoterapéutico (efectos de la música sobre el ser humano o en los distintos cuadros clínicos) y del contexto terapéutico. Se concluye que la finalidad de la Musicoterapia es la de ayudar al ser humano de muy diversos modos, como profiláctico o curativo, y en este sentido se expresan Trallero Flix (2000), Poch Blasco (2002), Vaillancourt (2009) y Bruscia (2014).

Asociaciones profesionales como la American Music Therapy Association (2020), la establecen como el uso clínico y basado en evidencia de intervenciones musicales para lograr objetivos individualizados, dentro de una relación terapéutica por parte de un profesional acreditado que ha completado un programa de musicoterapia aprobado. Es una profesión de salud instituida en la que la música se utiliza dentro de una relación terapéutica para abordar las necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de las personas. Después de evaluar las fortalezas y necesidades de cada cliente, el musicoterapeuta calificado brinda el tratamiento indicado que incluye crear,

cantar, moverse y / o escuchar música. A través de la participación musical en el contexto terapéutico, las habilidades de los clientes se fortalecen y se transfieren a otras áreas de sus vidas. La musicoterapia también proporciona vías de comunicación que pueden ser útiles para quienes tienen dificultades para expresarse con palabras. La investigación respalda su eficacia en áreas como la rehabilitación física general y facilitación del movimiento, aumentando la motivación de las personas para participar en su tratamiento.

Los hay que la concretan como arte, porque tiene que ver con la subjetividad, la individualidad, la creatividad y la belleza. También “como ciencia, porque tiene que ver con la objetividad, colectividad, replicabilidad y verdad, y como un proceso interpersonal que tiene que ver con la empatía, intimidad, comunicación, influencia recíproca y relación de roles” (Ríos Zamora, 2009, p. 9).

La Musicoterapia ofrece la posibilidad de influir en la respiración y el bienestar, a través de técnicas como el canto y el instrumento de viento (Raskin y Azoulay, 2009). En este mismo sentido se pronuncian Hillman (2002), con su investigación en el canto participativo, y Skingley *et al.* (2014), señalando que el canto usado como terapia conduce a la mejora de la salud física y del bienestar psicológico de los PCs con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y otros.

Benenzon (2011) la establece en su modelo como una psicoterapia que utiliza las expresiones corpóreo-sonoras no-verbales para desarrollar un vínculo relacional entre musicoterapeuta y otras personas necesitadas de ayuda, para mejorar el bienestar y la calidad de vida. La considera como un proceso histórico-vincular (a lo largo de una serie de encuentros con comienzo, trayectoria y final) dentro de un contexto no-verbal entre el terapeuta y PC o grupo. Es un arte que nace de la intencionalidad del que la hace y del que la reconoce y la siente como tal (Romero, 2012a).

Su finalidad es, además, rehabilitar a las personas y recuperarlas para la sociedad, así como producir cambios socio-culturales-educativos en el ecosistema y actuar en la prevención primaria de la salud comunitaria (Benenzon, 2011).

Hay que subrayar la importancia de que la Musicoterapia sea ejercida por un musicoterapeuta profesional y que, para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas, individualmente o en grupo, se diseñe un proceso que promueva y facilite la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos (Martí Augé *et al.*, 2015b).

3.2. Modelos de Musicoterapia

La música no se debe aplicar como una receta, porque supone demasiadas variables para que pueda decirse que tal tipo de música actúa de tal o cual manera. Esta variabilidad determina que en Musicoterapia se hable de modelos, que a su vez se clasifican en receptivos (consisten en escuchar música en función de las necesidades particulares) y activos (consisten en improvisar, con instrumentos y con la voz, así como en componer y utilizar las canciones). Lo que la música tiene de excepcional es que se adapta a todos los niveles de funcionamiento (Vaillancourt, 2009).

Todos los modelos utilizan la música por su influencia en el subconsciente y como un medio de mejorar la vida de las personas. Implican más o menos activamente al usuario/a de manera que éste expresa sus sensaciones, sentimientos y emociones. En unos, el musicoterapeuta tiene un papel más directivo en la elección de músicas y actividades, de manera que el PC las recibe y reacciona a ellas, mientras que en otros existe una interacción entre ambos al comunicarse a través de diferentes medios de expresión. Con los métodos que utilizan las técnicas expresivas el PC participa cantando, tocando instrumentos o danzando. Los métodos que usan la técnica receptiva utilizan la música, grabada o en directo, para realizar ejercicios de relajación, de atención o de expresión de las emociones. Es el musicoterapeuta quien, tras el estudio inicial del paciente-usuario/a-cliente (PUC), deberá combinar las distintas técnicas, en función de las necesidades y circunstancias de éste y disponer de una formación muy completa y gran vocación (Romero, 2012a).

En todos los modelos de intervención en Musicoterapia se puede observar la existencia de: una primera fase de exploración, en la que se realizará una evaluación del sujeto; una segunda fase de aplicación metodológica, en la que inicialmente se desarrollan las primeras hipótesis de trabajo; y una tercera fase de reforzamiento continuo de los recursos de la Musicoterapia, que permita la aplicación de los mismos en diferentes casos, así como la elaboración de un cuerpo teórico-práctico de trabajo (Berenguer, 2012).

Desde el IX Congreso Mundial de Musicoterapia de 1999, celebrado en Washington (EEUU), solo existen cinco modelos oficiales (Romero, 2012b), ver Figura 9.

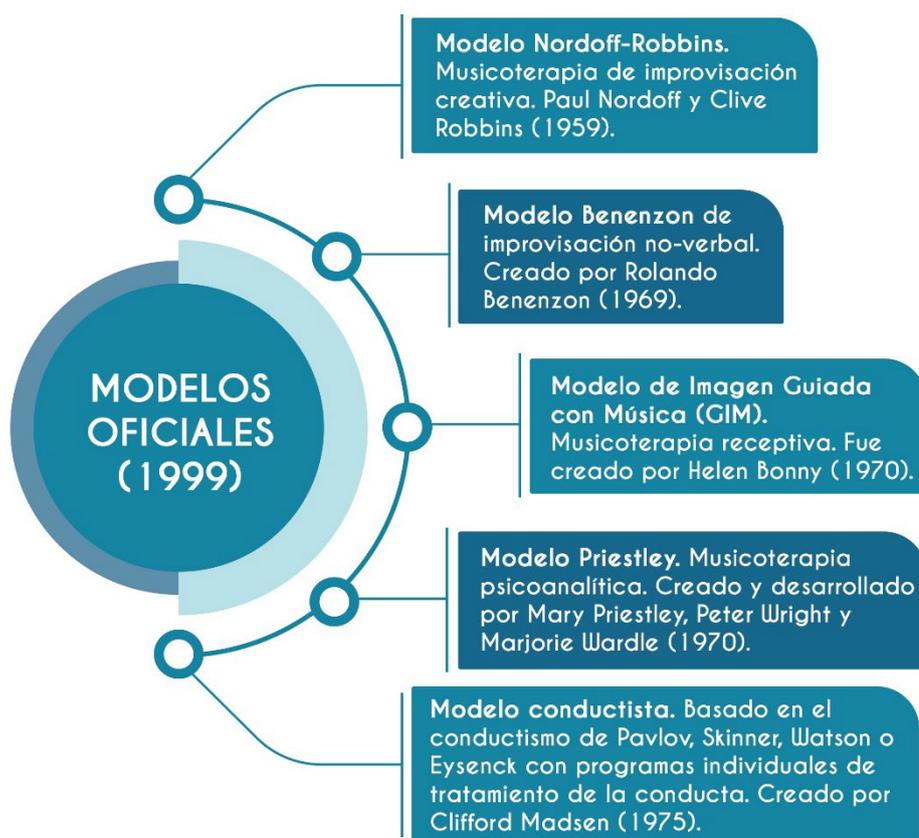


Figura 9. Modelos oficiales de Musicoterapia.
Fuente: elaboración propia, a partir de Romero (2012b).

Se describen a continuación.

a) Modelo Nordoff-Robbins. Es un modelo de Musicoterapia creativa, enfocado desde la improvisación (Londres, 1959) por Paul Nordoff, compositor y pianista, y Clive Robbins, profesor de educación especial. Se relaciona con teorías de la psicoterapia que derivan de la Psicología Humanista, particularmente de Abraham Maslow. Implica al terapeuta en tres fases de creatividad. En primer lugar, el terapeuta conoce al PUC y delimita los objetivos clínicos. A continuación, utiliza la música de improvisación de forma creativa y, en tercer lugar, consigue que el PC comience a crear y hacen música juntos. El procedimiento principal es la improvisación musical activa, utilizando el piano y los instrumentos de percusión. Se aplica en PUCs con retraso del desarrollo, discapacidades múltiples y problemas emocionales de todo tipo (Lorenzo, 2012).

b) Modelo de Imagen Guiada con Música (GIM). Fue creado por Helen Bonny, musicoterapeuta y violinista, en la década de los setenta y se considera un modelo humanista de Musicoterapia receptiva que utiliza la música grabada, generalmente clásica, y las imágenes que ésta ayuda a generar, para hacer cambios y transformaciones internas. La fase de la sesión en la que se usa la música tiene una secuencia que se denomina “el diagrama del viaje”, con tres niveles de

experiencia: el preludio; el puente, que produce el ascenso o descenso a los estados más profundos de sus emociones; y el centro, que es el mensaje de la sesión. Con la música se ayuda al PC a acercarse al mundo emocional, facilitando la liberación de las emociones más intensas, le estimula la creatividad y experimenta, en estado de relajación, las sensaciones que produce la música en el cuerpo, para elaborar una imagen integrada y global de uno mismo. Se utiliza en PCs con capacidad de pensamiento simbólico y competencia verbal (March, 2012).

c) Modelo Priestley de Musicoterapia psicoanalítica. Aparece en Gran Bretaña en 1970, siendo creado y desarrollado por Mary Priestley, Peter Wright y Marjorie Wardle, como un modelo de improvisación basado en el psicoanálisis de Sigmund Freud, Melanie Klein, Carl Gustave Jung y Donald Woods Winnicott entre otros, en que se trabajan sentimientos inconscientes mediante la improvisación musical y comentarios verbales. El musicoterapeuta desempeña un papel más activo que en el psicoanálisis en cada sesión clínica, que tiene cuatro fases de procedimiento: identificar un tema para la improvisación; definir los roles de improvisación del PC y el terapeuta; improvisar el título y discutir la improvisación. Esta última, es sobre las reacciones inmediatas del PC a la experiencia, para después escuchar la grabación e incidir más en su significado. La aplicación clínica para adultos trata una gama amplia de problemas psicológicos, y para niños, con los que se focaliza en la escucha, desarrollo de la inteligencia, la capacidad verbal y habilidades de pensamiento simbólico (Bruscia, 1999 y Romero, 2012a).

d) Modelo conductista. Aparece en 1975, con Clifford Madsen, basado en el conductismo de Pavlov, Skinner, Watson o Eysenck, y propone programas individuales de tratamiento para encontrar las necesidades de los PCs, con el objetivo de conseguir cambios en su comportamiento inapropiado (Romero, 2012a).

e) Modelo Benenzon. Es una Terapia no-verbal cuya primera y principal premisa a tener en cuenta es que no cura, sino que mejora la vida del PC, abriendo nuevos canales de comunicación y dando forma a la relación terapéutica. En este sentido sí puede mejorar la enfermedad en colaboración con un equipo multidisciplinar (Benenzon, 2011). La explicación de este modelo se desarrolla de manera más profusa en el apartado siguiente.

3.3. Modelo Benenzon de Improvisación no-verbal

Rolando Benenzon comenzó a diseñar su Modelo en el año 1969 sobre una base propia extensa que se cimenta en teorías de diversos autores. De un lado, del campo de la psicología, como Sigmund Freud, Donald W. Winnicott, Carl G. Jung, Paul Watzlawick, Konrad Lorenz, Héctor J. Fiorini, Stanley Hall y Didier Anzieu. De otro, de estudiosos de la música y el objeto sonoro, como Pierre Schaeffer, Curt Sachs y Raymond Murray Schafer; y en fundamentos de la educación musical, como Edgar Willems, Émile Jaques-Dalcroze, Zoltán Kodály, Carl Orff y Maurice Martenot.



Figura 10. *Modelo Benenzon de Musicoterapia.*
Fuente: elaboración propia, a partir de Benenzon (2011).

Como se puede ver en la Figura 10, el Modelo Benenzon se encuadra dentro de las terapias de improvisación no-verbal (TNV). El lenguaje no-verbal es lo que conforma lo que cada persona es desde antes de nacer, dado que cuando estamos en el vientre de nuestra madre es el oído uno de los primeros sentidos que se empieza a desarrollar, y se formará una relación/vínculo entre la madre y el feto que solo ellos dos entienden. No hay cruce de palabras, pero sí está llena de sonidos y

movimientos que forman un lenguaje preverbal. Se sabe que la psicología del niño se desarrolla sobre la base del lenguaje no-verbal.

Lo novedoso del Modelo Benenzon es que habla de una “terapia relacional no-verbal” que tiene que ver con la persona, diagnosticada o no de cualquier patología y, de esta manera, deja de ser una terapia dirigida a enfermos para pasar a ser utilizada para mejorar la calidad de vida. Se basa en tres principios: La identidad sonora-musical, el objeto intermediario y el integrador, tal y como a continuación explicamos:

a) La identidad sonora musical (ISO) es el primer principio del Modelo y se define como un concepto psico-corporal donde se integra además la cultura y el ecosistema. Existen diez ISOs, tal como se muestran y definen en la Tabla 1:

Tabla 1.
Relación de identidades sonoras musicales (ISOs).

<p>ISO U UNIVERSAL</p>	<p>Está emparentado con la herencia filo y ontogenética.</p> <p>En él se encuentran las energías producidas por el sonido y el ritmo del latido cardiaco, los sonidos de inspiración y espiración (o sea, todo lo que significa la producción interna de nuestro cuerpo), los sonidos de la naturaleza (el sonido del viento, del agua...) y algunas estructuras que a lo largo de los milenios se han incorporado a la herencia arcaica (como podrían ser las melodías infantiles de las canciones de cuna).</p> <p>Son ritmos musicales binarios, intervalos de tercera menor, melodías en intervalos de segunda, tercera y cuarta.</p>
<p>ISO G GESTÁLTICO</p>	<p>Está ligado a todo lo que tiene que ver con la historia de la gestación intrauterina del individuo.</p> <p>Durante esta fase el feto recibe varias fuentes de sonidos, vibraciones y de movimiento: latido cardiaco, inspiración y espiración, la voz, el canto, los sonidos musicales y articulares, los sonidos intestinales, entre otras.</p> <p>Los sonidos que entran a través del líquido amniótico del exterior, propios del ecosistema que rodea a la madre. Los sonidos del inconsciente de la madre al inconsciente del feto, que sería el intercambio energético de los ISOs Universal y Gestáltico de la madre y su feto. Estos sonidos y vibraciones penetran en el interior del cuerpo a través del cordón umbilical. Es decir, que el feto relaciona los movimientos vibratorios con el flujo sanguíneo y con todo lo vital: termorregulación, nutrición y oxigenación.</p> <p>Para descubrirlo es fundamental reconocer la vida del PC desde sus comienzos o inferirlos a través de sus formas de comunicación. Es en este reconocimiento donde interesa la búsqueda sonoro musical de los familiares del PC para construir el ISO familiar.</p>

<p>ISO C CULTURAL</p>	<p>Está inmerso en las fuentes arcaicas, arquetípicas y familiares que el medio, a partir del nacimiento, le proporciona. En términos sonoro-musicales, se encuentran todas las canciones, melodías, movimientos que caracterizan el medio socio-cultural en que vivió y vive el PC. A partir de él, y uniéndose las energías que vienen del inconsciente, algunas se descargarán hacia la conciencia. Son las que se utilizan para establecer la relación/vínculo con el musicoterapeuta.</p>
<p>ISO CO COMPLEMENTARIO</p>	<p>Son los pequeños cambios que cooperan cada día o en cada sesión de Musicoterapia, por efecto de las circunstancias ambientales y dinámicas.</p>
<p>ISO I INTERACCIÓN</p>	<p>Nace cada vez que se establece una relación. Ese ISO en Interacción va a caracterizar esa relación en particular y a ninguna otra y en él se entremezclan las energías de los ISOs del Musicoterapeuta y del PC.</p>
<p>ISO GR GRUPAL</p>	<p>Es la identidad sonora creada entre un grupo concreto de personas, producto de las afinidades musicales latentes o desarrolladas en cada uno de sus miembros.</p>
<p>ISO F FAMILIAR</p>	<p>Es la identidad sonora de toda la historia familiar para descubrir su herencia, así como los sucesos corporales - sonoro- musicales de su pasado y de su presente.</p>
<p>ISO A AMBIENTAL</p>	<p>El musicoterapeuta debe reconocer los sonidos y los fenómenos de comunicación analógicos que tiene el lugar donde vive el PC y que va creando alrededor del mismo. Cada sitio tiene características ambientales sonoras, olfatorias, táctiles y demás códigos del contexto no verbal.</p>
<p>ISO CM COMUNITARIO</p>	<p>Es el conjunto de fenómenos no verbales que se suceden en el transcurso del día y a través del tiempo y que caracterizan a un determinado grupo de individuos que interactúan en un determinado lugar por un principio común.</p>
<p>ISO TR TRANSCULTURAL</p>	<p>Es la identidad sonora que caracteriza a un determinado grupo humano que se ha visto necesitado de emigrar, asimilarse, adaptarse a otro grupo.</p>

Fuente: elaboración propia, a partir de Benenzon (2011).

En esta teoría, los ISOs están interrelacionados de la misma forma que una gigante e infinita cebolla, en forma de espiral (ver Figura 11). La primera capa la constituyen el ISO Universal y el ISO Gestáltico. Las personas con sus recíprocas expresiones no-verbales estimulan las capas que le siguen. A esta capa inicial le sigue el ISO Cultural, a la que se le adosa el ISO Complementario. Desde allí se produce el salto al espacio, creando la capa del ISO en Interacción, que da lugar con el advenimiento entre los otros al ISO Grupal (todo rodeado por capas superpuestas y en espiral), al ISO Familiar, ISO Ambiental, ISO Comunitario e ISO Transcultural. Finalmente, englobando a

todos ellos para volver a comenzar, el ISO Universal que va a dar lugar nuevamente a todos los ISOs (Benenzon, 2011).

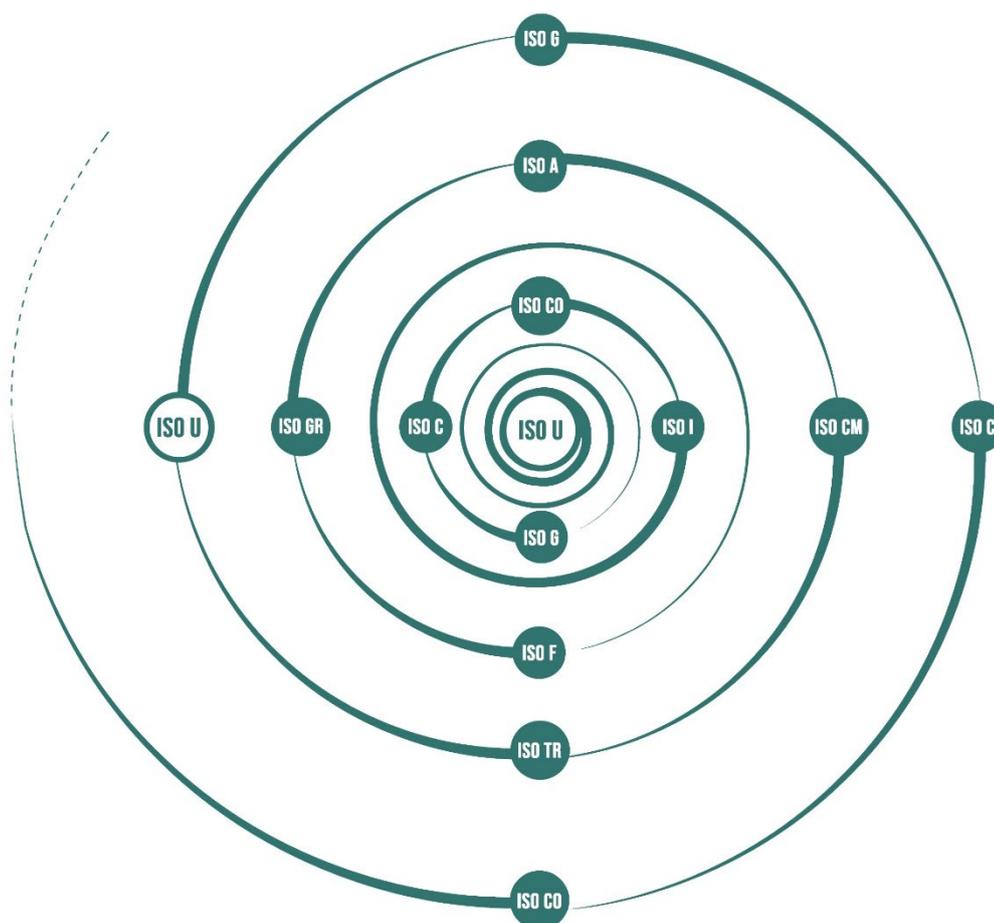


Figura 11. *Interrelación entre ISOs.*

Fuente: elaboración propia, a partir de Benenzon (2011, edic. formato Kindle: posición 3145).

La producción sonora de un individuo lleva implícita la suma de los ISOs anteriormente mencionados. Por ejemplo, un ritmo binario proviene desde un ISO Universal, la voz de la madre de un ISO Gestáltico, un fragmento melódico viene de un ISO Cultural.

b) El principio del objeto intermediario es el segundo principio del Modelo y se define como un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre la persona sin desencadenar estados de alarma intensos. Es un objeto sonoro mediante el cual el PC se comunica (puede ser elegido por él mismo). Está en medio de la persona y el terapeuta, donde se produce la comunicación.

El objeto sonoro tiene las siguientes características:

- Existencia real y concreta.
- Inocuidad, no desencadena reacciones de alarma.
- Maleabilidad, que pueda utilizarse a voluntad.
- Transmisor, que permita la comunicación por su intermedio.
- Adaptabilidad, que se adecue a las necesidades del sujeto.
- Asimilabilidad, que permita una relación tan íntima como para que el sujeto lo identifique consigo mismo.
- Instrumentalidad, que pueda ser utilizado como prolongación del sujeto.
- Identificabilidad, que pueda ser reconocido inmediatamente.
- Los instrumentos musicales y el sonido pueden considerarse “objetos intermediarios” y cumplen casi todas las características enunciadas (Benenzon, 2011).

El musicoterapeuta, en su función de terapeuta no verbal (TNV), al aplicar el objeto intermediario como mediador con el paciente/cliente (PC), establece una secuencia energética, tal y como sigue (ver Figura 12):

- A través de sus expresiones no-verbales y de su personalidad, ayuda a liberar la tensión energética de los ISOs del usuario/a.
- Esas descargas energéticas del PC penetran en el musicoterapeuta e impactan en sus ISOs: ISOU (ISO Universal); ISOG (ISO Gestáltico); ISOC (ISO cultural); ISOCO (ISO complementario).
- Ese estímulo moviliza los ISOs del musicoterapeuta, que elabora una respuesta en función de sus asociaciones corporales-sonoro-musicales (Benenzon, 2011).

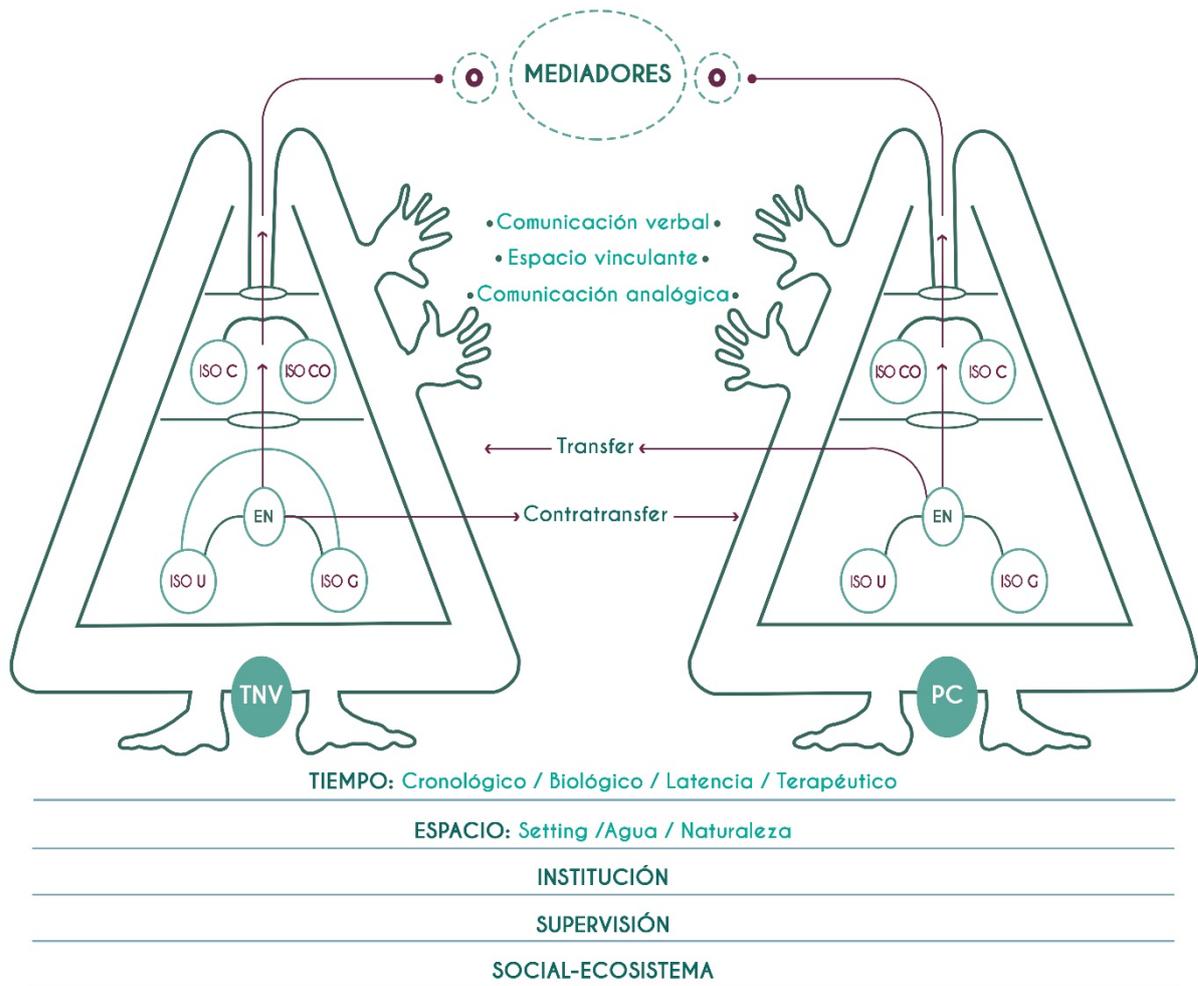


Figura 12. Principio del Objeto Intermediario.

Fuente: elaboración propia, a partir de Benenzon (2011, edic. formato Kindle: posición 1365).

Nota. TNV (Terapeuta no-verbal), PC (Paciente/Cliente), EN (energía); ISOU (ISO Universal); ISOG (ISO Gestáltico); ISOC (ISO cultural); ISOCO (ISO complementario).

c) El Objeto integrador, que es el tercer principio, es el instrumento que en un grupo terapéutico lidera sobre los demás y puede unificarlos. Suelen ser instrumentos grandes de percusión que son elegidos por una persona que lidera el grupo.

La Figura 13 muestra el proceso por el cual el Musicoterapeuta debe sentir la percepción de lo que viene del PC, no solo lo expresado por las energías descargadas de los ISOs del usuario/a, sino también lo que ha podido percibir del medio familiar y de la cultura de ese PC. Esta liberación, manifestada por los canales de comunicación analógicos, representará la descarga energética, produciendo la ecuación que va del estado de excitación al estado de reposo. El fenómeno repetitivo de esta ecuación, enlazado por los ISOs del musicoterapeuta y del PC, teje el vínculo entre ambos. Es, en ese momento, donde se produce el sistema homeostático (Benenzon, 2011).

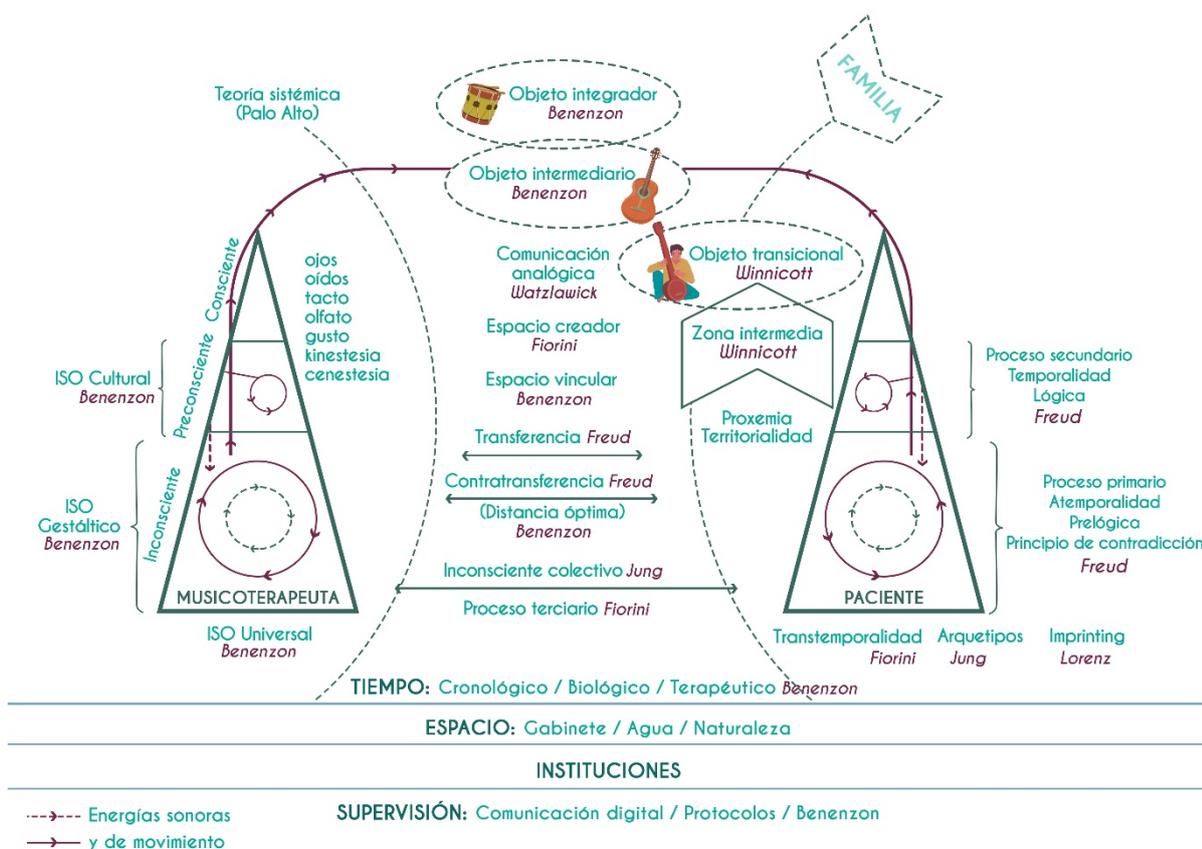


Figura 13. Principio del Objeto Integrador.

Fuente: a partir de Benenzon (2011, edic. formato Kindle: posición 650).

Se dispone de una literatura propia sobre las aplicaciones del Modelo Benenzon en el campo clínico y la prevención primaria, como mostramos esquemáticamente en la Figura 14.



Figura 14. *Aplicaciones del Modelo Benenzon.*
Fuente: elaboración propia, a partir de Benenzon (2011).

3.4. Investigaciones sobre los beneficios del Modelo Benenzon

Una primera investigación remite al uso de la Musicoterapia en el PC de Alzheimer, caracterizado por la pérdida de la memoria, cambios en los estados de ánimo y problemas de atención y de orientación. Su rehabilitación se puede obtener a través de las relaciones o el vínculo que se construye entre el terapeuta con el PC, donde interactúan las personalidades de ambos.

Las personas con Alzheimer conservan totalmente las energías que componen el ISO Universal y su habilidad para realizar un ritmo binario. Para establecer la relación o vínculo, en el ISO Gestáltico se incluirán aquellos fenómenos culturales que se transfieren del ISO Cultural de la madre y de la constante relación entre ISO Cultural e ISO Gestáltico. Para descubrir el ISO Gestáltico es fundamental reconocer la vida de ese PC desde sus comienzos o inferirlos a través de sus formas de comunicación. Para construir el ISO Familiar buscaremos el mundo sonoro musical de los familiares que rodearon, estimularon y asociaron con los afectos y las emociones al PC y que suelen estar conservados.

Debido a que lo que más tarde se deteriora con el Alzheimer es el recuerdo musical, el PC puede participar en un grupo de animación musical (para rescatar sus vivencias musicales con canto de pasodobles, coplas populares, saetas, villancicos y otros) y cuando de alguna manera baile y/o cante con un musicoterapeuta lo hará con intencionalidad, favoreciendo la apertura del canal de comunicación a través del cuerpo, estableciendo el vínculo entre él y el musicoterapeuta.

Esa pieza musical se podrá repetir tantas veces como sea necesario, o como un ritual de iniciación o de comienzo de sesión, de despedida o de eslabón para otras alternativas. No se debe confundir la escucha de fragmentos musicales en forma pasiva con una técnica musicoterapéutica. En las sesiones de Musicoterapia todo debe ser acción, un poner en funcionamiento el ISO en Interacción (Benenzon, 2011).

Una segunda investigación remite a Leivinson (2005), musicoterapeuta benenzoniana con niños con TEA, de Mendoza (Córdoba, Argentina). Destaca que los objetos intermediarios, instrumentos musicales o fuentes sonoras en general, permiten a la persona autista una relación exenta de pánico. Le ofrece una seguridad afectiva que surge de la propia actividad lúdico-sonora, porque ofrece un modelo expresivo donde de alguna manera cabe la anticipación y el colocarse en el lugar del otro para poder continuar con la experiencia sonoro-musical planteada.

Una última investigación, en una institución residencial con adultos de la tercera edad también en Mendoza, es la de Denis y Casari (2014), en la que concluyeron que la “Musicoterapia genera un estado de bienestar y ayuda a recordar la letra de canciones y melodías que parecían olvidadas” (p. 79).

3.5. Modelos no oficiales

Aunque solo se reconocen cinco modelos oficiales, descritos por parte de la comunidad de musicoterapeutas, existen muchos otros desarrollos teóricos, no menos importantes, dando lugar a los llamados Modelos no oficiales (Bruscia, 1999), que recogemos en la Figura 15.

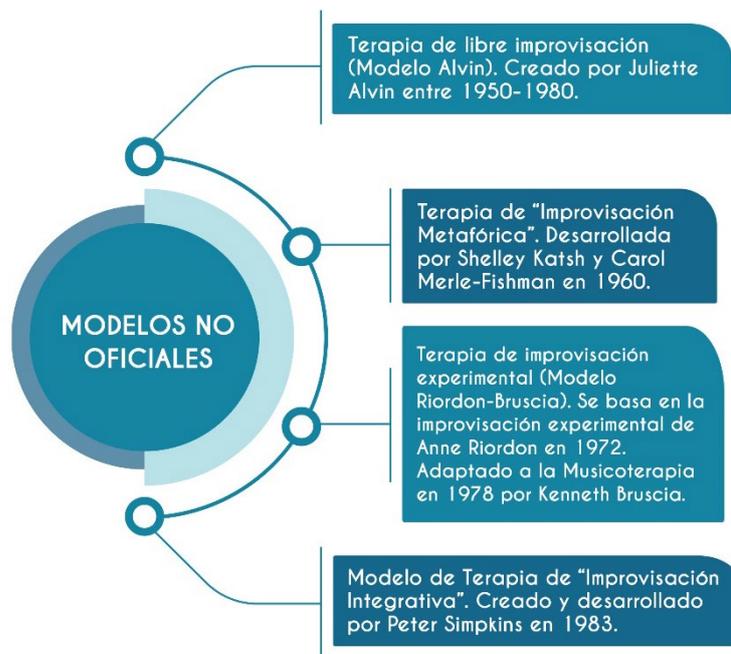


Figura 15. Modelos no oficiales de Musicoterapia.
Fuente: elaboración propia, a partir de Bruscia (1999).

a) Modelo Alvin. Creado por Juliette Alvin entre 1950-1980, utiliza la libre improvisación junto a otras actividades como la escucha, la ejecución, la anotación, la composición y el movimiento. Está basado en la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud. El terapeuta debe ser un músico experimentado que conozca las consecuencias psicológicas y fisiológicas de la música sobre los diversos problemas humanos, y no impondrá ninguna regla, estructura o tema a la improvisación del PC. Los objetivos principales de la terapia son: la autoliberación, el establecimiento de varios tipos de relaciones con el mundo y el desarrollo de áreas física, intelectual y socio-emocional. La técnica principal es la escucha de grabaciones de la música creada por el propio PC. Las aplicaciones clínicas se dirigen a niños con autismo, con deficiencia mental, con parálisis cerebral, con disfunción cerebral mínima o niños inadaptados (Bruscia, 1999).

b) Terapia de “improvisación metafórica”. Desarrollado por Shelley Katsh y Carol Merle-Fishman en 1960, conjuga la Musicoterapia y la Psicoterapia. Combina nociones de terapia Gestalt (como crear contacto con el entorno o enfrentarse a las necesidades básicas,), del Análisis Transaccional (el funcionamiento en los estados del yo, padre, adulto y niño), y de la Psicología Evolutiva (dar significado específico al sonido y a la música en los diferentes períodos de su vida). El objetivo principal de las improvisaciones es lograr una metáfora musical sobre el problema del PC. El método tiene dos componentes principales: la improvisación clínica y la discusión verbal. Se utiliza, fundamentalmente, con adultos con tendencias neuróticas y con un historial de desórdenes psiquiátricos que deben tener desarrolladas las habilidades para expresarse verbalmente y creer en los efectos de este tipo de terapia, porque confía en su propia capacidad y en la del musicoterapeuta para el cambio (Bruscia, 1999).

c) Modelo Riordon/Bruscia. Se basa en la terapia de improvisación experimental de Anne Riordon, creada en 1972. Engloba tres actividades principales: la improvisación de danza, la improvisación musical y la discusión verbal. Fue adaptado a la Musicoterapia en 1978 por Kenneth Bruscia. Es indispensable saber seguir consignas simples, imitar al terapeuta en el baile y en la música. Se utiliza con adultos y niños con gran variedad de discapacidades y también con grupos sin discapacidades (Bruscia, 1999).

d) Modelo de Terapia de “Improvisación Integrativa”. Desarrollado por Peter Simpkins en 1983, se basa en las teorías psicodinámicas de Sigmund Freud (que recoge nociones relacionadas con procesos primarios “del yo, el ello y el súper-yo”, la relación de transferencia y la resistencia) y de Wilhelm Reich (aspectos relacionados con la identificación de bloqueos psíquicos en el cuerpo). También se basa en otras corrientes como la Terapia de la Gestalt y el análisis del movimiento de Rudolf Laban. Se diseñó para niños con retraso mental, autismo y otras formas de psicosis infantil. También se aplica a los adultos con problemas psiquiátricos crónicos y agudos. Se puede adaptar a cualquier tipo de PC, incluyendo aquellos con problemas sensoriales, discapacidades físicas y problemas de aprendizaje. Los medios para interactuar pueden ser verbales o interactivos (Bruscia, 1999).

3.6. Musicoterapia y Medicina en la actualidad

El inicio de la Musicoterapia moderna se produce en Francia en 1841. Florimond Hervé observó que, cuando tocaba el armonio durante el recreo en el manicomio donde trabajaba, la actitud de los enfermos cambiaba. A partir de entonces la música con funciones paliativas se introdujo en los hospitales. En Europa, el precursor fue Émile Jacques Dalcroze (principios del s. XX), que consideraba la música como un medio de unificar el cuerpo y el espíritu.

En EE.UU. los inicios de la Musicoterapia se remontan a principios del S. XX, cuando los músicos entretenían en los hospitales a los miles de PCs que sufrían traumas físicos y emocionales de las guerras y se pudo observar que facilitaban su recuperación.

En 1919, la Universidad de Columbia impartió cursos a cargo de la enfermera Margaret Anderton, que fundó la clínica Anderton, incluyendo los servicios de música para la recuperación de los soldados canadienses heridos durante la Primera Guerra Mundial (AMTA, 2014).

Desde 1944 y hasta nuestros días se han ido implantando los primeros planes de estudio para musicoterapeutas y se han constituido asociaciones internacionales y nacionales para incentivar la investigación. Véase en la Figura 16 la síntesis sobre la evolución que ha sufrido la Musicoterapia en los últimos tiempos.

A partir de que en 1944 la Michigan State University creara el primer plan de estudios, la musicoterapia ha ido creciendo y extendiéndose por todo el mundo, de manera que en 1950 nace la National Association for Music Therapy (NAMT) y poco a poco se ha ido implantando en Inglaterra, Austria, Argentina, España y Portugal, entre otros países.



Figura 16. Evolución de la Musicoterapia en el mundo.

Fuente: elaboración propia, a partir de Bufill Le Monnier (2003) y Poch Blasco (2002).

La Federación de Asociaciones de Musicoterapia Españolas (FEAMT) está integrada por seis asociaciones²: Asociación para el desarrollo y la investigación de la Musicoterapia; Asociación para el estudio e investigación de la Música, la Terapia y la Comunicación; Asociación Española de Musicoterapia Plurimodal; Asociación Gaditana de Musicoterapia; Asociación Valenciana de Musicoterapia e Instituto Europeo de Musicoterapia Humanista.

² <http://feamt.es/historia/>

Entre los fines de la FEAMT destacamos el fomento de la investigación y el intercambio de experiencias, publicaciones y trabajos de Musicoterapia, velar por el cumplimiento del código ético profesional establecido por la Federación, en consonancia con el de la European Music Therapy Confederation y está realizando gestiones para lograr el reconocimiento de la Musicoterapia como profesión sanitaria (FEAMT, 2017).

A este respecto, Sabbatella *et al.* (2018) informan de que la Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales (AEMP) es la única asociación de musicoterapia española registrada en la Dirección General de Trabajo de la Subdirección General de Programación y Actuación Administrativa del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

3.6.1. Situación actual de la Musicoterapia en los Centros hospitalarios de España

La Musicoterapia, utilizada en muchos hospitales de todo el mundo, llega a España para ser incorporada como terapia complementaria y apoyo de los tratamientos farmacológicos en distintos servicios hospitalarios, a través de fundaciones, asociaciones y ONG sin ánimo de lucro. Algunos ejemplos son:

La Fundación Porqueviven³.

La Fundación Música y Salud⁴.

La Asociación Músicos en Acción⁵.

La Fundación Menudos Corazones⁶.

La Fundación Caico⁷.

La Fundación Instituto San José Comunidad de Madrid. Hermanos San Juan de Dios⁸.

La ONG “No es solo Música”⁹.

La Associació Ressò de Musicoterapia/ Asociación Ressó de Musicoterapia¹⁰.

³ <http://www.porqueviven.org/>

⁴ <http://www.Musicoterapiaysalud.org/proyectos>

⁵ http://www.musicosenaccion.org/?page_id=7

⁶ <http://www.menudoscorazones.org/>

⁷ <http://www.fundacioncaico.org/quienes-somos/>

⁸ <http://fundacioninstitutosanjose.com/>

⁹ <http://noesolomusica.blogspot.com.es/p/fines-sociales-y-medios-para.html>

¹⁰ http://www.ressomt.org/cat/pagina_incial.htm

A modo de resumen, hay que resaltar la evolución que está teniendo en España la práctica de la Musicoterapia, con una proliferación de fundaciones, asociaciones y ONG sin ánimo de lucro, sustituyendo a la falta de intervención gubernamental, que no muestra intención de favorecer de manera oficial su desarrollo en los hospitales como terapia de apoyo en los tratamientos farmacológicos.

Abundando en esto, Del Moral Marcos *et al.* (2014), en su investigación sobre la situación actual de la Musicoterapia en España, a través de una encuesta de opinión de 103 musicoterapeutas, informan de un aumento de las publicaciones, la realización de congresos nacionales de Musicoterapia, y, por el contrario, detectan la carencia de formación en investigación, así como el “intrusismo” al no disponer de unos estudios específicos, como un Grado en Musicoterapia o la falta de reconocimiento social.

Al hilo de lo aquí apuntado, Ortiz y Sabbatella (2011) realizaron un estudio, basado en el diseño de encuesta a musicoterapeutas en práctica clínica (participaron 57 encuestados), siendo el balance 76.27% de mujeres, frente a 23.73% de hombres, con una edad media de 41.1 años y una experiencia profesional de 8.3 años. Los resultados informaron que Madrid (35%), Cataluña (17%), Andalucía (17%) y Valencia (10%) eran las comunidades con mayor número de profesionales (79%).

3.6.2. La Musicoterapia en el contexto de intervención asistencial

Hay numerosos autores que consideran que la musicoterapia puede ser utilizada tanto desde el punto de vista preventivo como desde el coadyuvante de otros tratamientos en el contexto asistencial/rehabilitador. Así, según la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el trastorno mental grave (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, p. 17, Apartado C: punto 5.2.5.), la Musicoterapia y la Arteterapia son intervenciones creativas que pueden ser utilizadas junto a otras en el tratamiento y proceso rehabilitador de las personas con trastorno mental grave.

La Musicoterapia tiene dos ámbitos de aplicación: el curativo y el preventivo. En su vertiente curativa, se puede utilizar en escuelas, clínicas, hospitales, centros residenciales de la tercera edad, centros de atención de día, centros comunitarios, institutos o de manera individual. Produce efectos beneficiosos sobre la salud de las personas en el ámbito psíquico, el físico y el social, usando el ritmo, la melodía y la armonía (Millán Calenti *et al.*, 1994). Puede ser usada en el área de la tercera edad, porque mejora las enfermedades mentales, problemas emocionales, enfermedades neurológicas y físicas y en el área de la prevención (Poch Blasco, 2002). En su vertiente preventiva,

se puede aplicar a nivel personal, en guarderías y en diversos niveles educativos (Ríos Zamora, 2009).

La sitúan dentro del campo de las terapias artístico-creativas, es decir, de aquellas disciplinas que estudian, desarrollan y aplican técnicas, estrategias y métodos para establecer una relación de ayuda socioemocional (Mateos Hernández *et al.*, 2012). Debe llevar al usuario/a a los gustos musicales del pasado y a partir de aquí favorecer su creatividad, reconstruyendo situaciones personales (Sabbatella, 2007).

Para Álvarez Nieto (2004) es la más utilizada de las terapias artístico-creativas, porque hace uso de una gran cantidad de metodologías que facilitan el acceso a la emoción. En este mismo sentido, Palacios Sanz (2001) habla del uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación, educación y adiestramiento de personas que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales e igualmente está indicada para personas neuróticas, psicóticas y autistas. Lago Castro (2008) considera que es un “proceso entendido como un objetivo que busca no el enseñar o jugar con la música, sino cambiar, mejorar y transformar” (p. 115).

Se destaca la importancia de aplicar la Musicoterapia en personas con discapacidades múltiples y problemas emocionales de todo tipo, dado que favorece la capacidad para superar circunstancias traumáticas (resiliencia), como pueden ser un accidente que produzca un traumatismo grave, enfermedades neurodegenerativas y otras (Lorenzo, 2012). Un matiz interesante es indicar que la Musicoterapia desarrolla la inteligencia porque con ella se trabaja la escucha, la capacidad verbal y habilidades de pensamiento simbólico (Romero, 2012a).

Benenzon (2002) señala que el objetivo de la Musicoterapia en el campo de la medicina es “estudiar el complejo sonido-ser humano-sonido, con el objetivo de abrir canales de comunicación en el ser humano, producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en él mismo y en la sociedad” (p. 25). Contribuye “al desarrollo del ser humano como una totalidad indivisible y única” (p. 29). “Cuando se habla de Musicoterapia se piensa en una serie de metodologías y técnicas en pos de la comunicación” (p. 38), sin embargo “es el proceso de comunicación dentro del gran mundo del contexto no-verbal” (p. 40).

3.7. Investigaciones que refieren beneficios

La musicoterapia aporta beneficios en variados ámbitos (Poch Blasco, 2002), como se ha sintetizado en la Figura 17. Numerosos investigadores han encontrado beneficios bioquímicos, psicológicos, sociales, intelectuales, espirituales y fisiológicos, que a continuación se detallan.



Figura 17. *Beneficios de la Musicoterapia.*
Fuente: elaboración propia, basado en Poch Blasco (2002).

Beneficios Bioquímicos

Miller (1975), Sternheimer (1994), Clynes (1982) o Golstein (1980), citados en Poch Blasco (2002, p. 18), sostienen que, dependiendo del tipo de música usada, los efectos en la bioquímica de nuestro organismo son positivos o negativos. Así, ciertas notas musicales afectan a los aminoácidos de una proteína, lo que influye, al parecer, en el crecimiento más rápido de las plantas (algo que ya era conocido en la India). Igualmente, la música sedante puede estimular la liberación de hormonas tales como las endorfinas, las cuales a su vez actúan sobre receptores específicos del cerebro y sobre neurotransmisores que pueden llevar a aliviar el dolor. En esta línea Lacárcel Moreno (2003) indica que:

La música afecta de tal forma al nivel psicofisiológico y emocional de la persona que existe una necesidad de estimular el pensamiento positivo y las nociones constructivas mediante la música, debido a que estas modifican las endorfinas y las células C del organismo, que forman parte del sistema inmunológico. (p. 223)

Orjuela Rojas (2011) sostiene que, a través de los mecanismos de procesamiento neurobiológico y cognoscitivo de la música, el efecto relajante de la Musicoterapia se produce con la liberación de “dopamina”. En este sentido, Levitin (2013) concluye que se modulan los niveles de “dopamina” cuando la gente escucha música agradable. Y, finalmente, Poquérusse *et al.* (2018) encuentran que disminuye significativamente los niveles de “amilasa”, destacando su capacidad para reducir el estrés y contribuir a mejorar el bienestar general.

Beneficios Psicológicos

Poch Blasco (2001) refiere que los niños de educación especial adquieren una mayor capacidad de adaptación al centro porque la Musicoterapia influye en el área emocional del ser humano. En ese sentido se pronuncian Ortega *et al.* (2009), concluyendo que produce efectos como la reducción de la ansiedad, la mejora del equilibrio emocional, mayor desarrollo psicofísico y aumento de interacción y comunicación social en niños con necesidades educativas especiales.

En cuanto al Alzheimer, Brotons y Koger (2000) refieren que mejora el contenido del habla y la fluidez del lenguaje. Thompson *et al.* (2005) encontraron que la exposición a la música clásica produce aumentos transitorios en el rendimiento cognitivo y la fluidez verbal en estas personas. De la Rubia *et al.* (2014) aseguran que consiguen reducir, en la mayoría de los PCs, la depresión y la ansiedad relacionadas con el estrés y aumentar su nivel de felicidad como precursora de la sensación de bienestar. Gómez Gallego y Gómez García (2017) sostienen que mejora algunas de las alteraciones cognitivas, psicológicas y conductuales, aunque sería interesante complementar la musicoterapia con intervenciones de danzaterapia, a fin de mejorar los aspectos motores y funcionales. Moreira *et al.* (2018) encuentran resultados positivos sobre la memoria en personas con Alzheimer, pero dicha evidencia es inconsistente por el pequeño número de ensayos realizados y, por último, Fernández Martínez *et al.* (2018) aseguran que produce beneficios en el rendimiento cognitivo, la fluidez verbal y mejora de atención en PCs con Alzhéimer, en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), reformando sus relaciones sociales y recuperación de los índices de depresión en PCs con fibromialgia o esquizofrenia.

En lo referente a PCs psiquiátricos con esquizofrenia, Kwan y Clift (2018) mencionan mejoras en su percepción de bienestar y calidad de vida, del ánimo y la ansiedad. En la misma línea se pronuncian Talwar *et al.* (2006), que la consideran como terapia coadyuvante para reducir síntomas negativos de la esquizofrenia, y Silverman (2014) alude a un mejor manejo de la depresión, vigor, confusión, tensión y fatiga. Efectivamente, en el campo de la demencia, Fakhoury *et al.* (2017) encuentran que las intervenciones con más de tres meses de duración disminuyen fuertemente la ansiedad y tienen el potencial de mejorar la calidad de vida. Holden *et al.* (2019) sostienen que, aplicada en el hogar, ayuda a reforzar un grado de independencia de los PCs con demencia y sus cuidadores, permitiendo traducción directa de beneficios a su vida diaria.

Como señala Oslé Rodríguez (2011, p. 9), el PC psicótico “aprende a sentir, expresar y canalizar las diferentes emociones y amplía sus posibilidades de comunicación en grupo desde un punto de vista creativo”. En este sentido, Raglio *et al.* (2012) inciden en que, si bien en los síntomas conductuales y psicológicos sí es eficaz, no lo es tanto en los aspectos cognitivos y fisiológicos. Sin embargo, Salvador y Martínez (2013) observaron una mejora general en el área cognitiva, con un avance en la capacidad de atención al sonido y la escucha, la concentración y la participación en PCs con trastorno mental grave.

Bendicho Montés (2013) afirma que se consigue que los PCs sigan activos, aumenten su autonomía personal, corten con los lazos de dependencia familiar, mejoren su autoestima y sus sentimientos de utilidad, así como sus relaciones sociales, lo que les hace seguir vinculados a su entorno.

Así mismo, Guenoun y De Pedro (2014) concluyen que produce beneficios emocionales, disminuyendo la ansiedad y el estrés. Disminuye la ansiedad en cuidadores (Cabral-Gallo *et al.*, 2014) y reduce la ansiedad y la depresión en adultos chinos presos (Chen *et al.*, 2014).

Mejora el estado anímico reduciendo la ansiedad, la depresión y mejora la calidad de vida (Martí Augé *et al.*, 2015a). En esta línea se suceden las investigaciones de Werner *et al.* (2016), Meadows *et al.* (2015), Aalbers *et al.* (2017), Burns *et al.* (2018) o de Lam *et al.* (2020), que encuentran que podría mejorar la fluidez verbal y reducir la ansiedad, la depresión y la apatía en PCs con demencia, aunque no parece haber beneficios comprobados en memoria, función diaria o calidad de vida en general. Se necesitan más ensayos clínicos.

Con respecto a las personas que sufren de aislamiento y sensación de inestabilidad, Bradt *et al.* (2019) observan que la técnica de composición de canciones favorece la expresión de sentimientos y la toma de conciencia relacional.

Por lo que se refiere a personas con cáncer, ayuda a abordar y articular estados emocionales complejos, como pueden ser los sentimientos que experimentan durante el proceso de su enfermedad (Ready, 2010). Disminuye la ansiedad, el estrés y la depresión en enfermas de cáncer de mama (Lesiuk, 2015), con mujeres mastectomizadas (Zhou *et al.*, 2015) y reduce las obsesiones y compulsiones en mujeres con cáncer (Abdulah *et al.*, 2019).

En este mismo sentido se pronuncian con adultos iraníes con cáncer, aliviando la angustia relacionada con la quimioterapia (Jasemi *et al.*, 2016) y mejorando la capacidad cognitiva en PCs con esta patología (Chen *et al.*, 2018). Rebaja la angustia y mejora el estado de ánimo en la estancia hospitalaria de adultos australianos con cáncer (O'Brien *et al.*, 2016). Identifica e intensifica emociones y mejora las estrategias de regulación del estado de ánimo (Laansma y Haffmans, 2016). En efecto, en enfermos de cáncer, con las intervenciones de relajación e imágenes, canto e improvisación con instrumentos factibles de tocar, se descubre un impacto positivo en el bienestar, ansiedad, depresión, estado de ánimo y dolor (Köhler *et al.*, 2020). Igualmente, en un estudio de análisis documental sobre investigaciones con PCs oncológicos, se obtiene como resultado que en situaciones de tipo emocional reduce la depresión, la ansiedad y el estrés, ayudando en la relajación y mejorando el umbral del dolor (Carrasco García *et al.*, 2020).

Sugieren que proporciona beneficios en las áreas de autoeficacia, depresión y capacidad para participar en actividades sociales en PCs con dolor crónico y en enfermos graves hospitalizados (Low *et al.*, 2020) y descubrieron que es una intervención accesible y adaptable ya que los PCs se muestran interesados, receptivos y satisfechos (Fallek *et al.*, 2020). Utilizada en personas sanas, la musicoterapia puede mejorar el estrés, la ansiedad y la expresión de emociones positivas (Brabant *et al.*, 2017).

Finalmente, Kwok (2019) encuentra evidencias de que la integración de la psicología positiva y la musicoterapia es eficaz para aliviar la psicopatología y mejorar el bienestar de los adolescentes.

Beneficios sociales

En lo referido a niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Valdés *et al.* (2012) observan una mejoría en la interacción social, en el rendimiento escolar, en la concentración, en el acatamiento de autoridad (disminución de la frustración y resistencia), en la autoestima y una disminución del uso de medicación.

En lo que respecta a personas con TEA, Gold *et al.* (2007) sostienen que puede ayudar a niños con este trastorno a mejorar sus habilidades comunicativas, aunque advierten de que se requiere una mayor investigación para evaluar si los efectos de la musicoterapia son duraderos y su incidencia en la práctica clínica típica. Supone una mejora de los trastornos del lenguaje y el compromiso social en los TEA (Gold y Bieleninik, 2016). Contribuye a mejorar los déficits de comunicación e interacción social y permite abrir canales de comunicación para favorecer la socialización y mejorar su calidad de vida (Calleja Bautista *et al.*, 2016). Consiguieron que niños austriacos con TEA pudieran relacionarse (Gattino *et al.*, 2016), al igual que entre niños israelíes, ayudando a conocer los patrones musicales recurrentes en su propio eco (Marom *et al.*, 2018). Mejoraron las relaciones sociales de niños noruegos, las percepciones sensoriales y la atención (Mössler y Schmid, 2016). Por otro lado, se mejoró la interacción social, la comunicación verbal y no verbal, el comportamiento iniciador de la reciprocidad socioemocional, la adaptación social y las relaciones padre-hijo en niños de nueve países participantes (Gold y Bieleninik, 2016). En esta misma línea se pronunciaron Marom *et al.* (2018), Yurteri y Akdemir (2019) y Mössler *et al.* (2019).

Así mismo, se encontraron beneficios psicológicos, mejorando las respuestas cerebrales y los resultados de atención que afectan al funcionamiento social y académico de niños estadounidenses con TEA (LaGasse *et al.*, 2019) y mostraron efectos de interacción significativos, produciendo el cambio generalizado en habilidades sociales (Mössler *et al.*, 2019). Aplicada en los juegos infantiles, repercute en la mejora del disfrute social infantil en niños australianos afectados de TEA (Thompson *et al.*, 2019) y aumenta las habilidades sociales en niños coreanos (Yoo y Kim, 2018). Efectivamente, Rabeyron *et al.* (2019) observan que ayuda a mejorar las relaciones sociales, pero no encuentran diferencias significativas entre escuchar música o recibir tratamiento de musicoterapia. Comprobaron un mayor desarrollo de la comunicación vocal y que este desarrollo no es lineal, sino que se caracteriza por patrones complejos (Salomon-Gimmon y Elefant, 2019). En esta línea, consiguen algunos resultados positivos, especialmente con respecto a las habilidades de comunicación social, que son de gran valor para los investigadores educativos y personal escolar (Kossyvaki y Curran, 2020). Ayuda a las madres a percibir altos niveles de disfrute infantil en los

juegos musicales porque apoyaba el compromiso social en los niños con TEA (Thompson *et al.*, 2019).

En lo que se refiere a la lesión cerebral grave, la música improvisada ofrece una estrategia para evaluar la percepción y orientación de los PCs que presentan un mínimo de acciones o reacciones (Herkenrath, 2002). Estimula las funciones cognitivas del PC, la personalidad y la forma de vincularse y expresarse emocionalmente (Schapira *et al.*, 2007). La improvisación creativa “anima a los PCs con depresión a expresar sus emociones, involucrando la cognición y así obtener un acceso inmediato a sus procesos mentales internos” (Aldridge y Aldridge, 2008, p. 185). Se ha demostrado que es “un gran potencial para ser una actividad importante en rehabilitación en personas que han sufrido una lesión cerebral traumática” (Gilbertson y Aldridge, 2008, p. 13). Supone una serie de efectos ordenados según el modelo de procesamiento de la información, a través de tres componentes: 1) Entrada, en la que participan los órganos de los sentidos; 2) Procesamiento, que involucra el sistema nervioso central; y 3) Salida, con la participación del sistema muscular y glandular (Soria Uríos *et al.*, 2011). En adolescentes con anemia falciforme, Oliveira *et al.* (2017) concluyen que experimentan una mayor capacidad de comunicación, mejoría en el ambiente familiar, mayor relajación y beneficios sociales como la reducción de la ansiedad. En la línea de López Ruiz (2015), que defiende que es una herramienta eficaz para integrar y socializar a adolescentes bajo medidas judiciales.

Finalmente, Silverman (2019b) destaca la competencia musical, la intencionalidad y reconoce la contribución única de la música dentro de la musicoterapia como una intervención psicosocial para adultos en entornos de salud mental.

Beneficios Fisiológicos

En afásicos no-fluentes, Racette *et al.* (2006) descubrieron la eficacia del canto para ayudar en el lenguaje. En el accidente cerebrovascular, Särkämö *et al.* (2008) encuentran que escuchar música de forma regular puede mejorar la recuperación cognitiva y prevenir estados de ánimo negativos, mientras Hoffmann (2010) sostiene la importancia del ritmo como un componente relevante en PCs que tienen pérdida o limitada su orientación temporal.

En niños con discapacidades neurológicas, López (2009) habla del impacto que les produce la musicoterapia e, igualmente, en niños normales produce un aumento en el desarrollo de las habilidades musicales. Ciertamente, escuchar música ayuda a regular la respiración, la frecuencia cardíaca y el trastorno por estrés postraumático (Osborne, 2012). Minimiza los efectos negativos propios del proceso de envejecimiento porque refuerza la capacidad memorística, mejora las

habilidades motoras y los lenguajes expresivo y receptivo, facultades que contribuyen en la mejora del estado de bienestar de la persona (Bernabé Villodre, 2013).

Por otra parte, y referido al cáncer, Montalbán Quesada (2014) encuentra que reduce el dolor y aumenta la relajación autógena. Tiene efectos positivos en la calidad del sueño en adultos hindúes con cáncer (leucemia) en tratamiento de quimioterapia (Dehkhoda *et al.*, 2016). Actúa como coadyuvante, junto al sufentanilo, en la analgesia del dolor en adultos chinos con cáncer (Wang *et al.*, 2015); igualmente en la analgesia del dolor en adultos hindúes (Krishnaswamy y Nair, 2016). Es empleada como una forma complementaria de tratamiento no-farmacológico, ayudando a restablecer el equilibrio mental del individuo portador de trastornos mentales en las funciones cognitivas y fisiológicas (Marins Barcelos *et al.*, 2018). Mejora la tensión y fatiga en adultos estadounidenses con problemas psiquiátricos (Silverman, 2016). Tiene influencia positiva en la relajación en PCs con cáncer hospitalizados en cuidados paliativos (Warth *et al.*, 2015). En el crecimiento de los bebés prematuros (Ettenberger *et al.*, 2017), y produce retraso en la aparición del vómito y/o náusea (Díaz-Morales *et al.*, 2019).

Finalmente, en los usuarios y usuarias a los que se les practican inserciones intravenosas y extracciones de sangre, produce beneficios en el estrés y el dolor frente a los que no la reciben (Mandel *et al.*, 2019).

Beneficios Intelectuales

Entre los autores que encuentran beneficios intelectuales, Schellenberg *et al.* (2007) sostienen que la exposición a escuchar o cantar canciones infantiles conocidas, además de mejorar la capacidad cognitiva, incide en la creatividad y que tal mejora depende de la coincidencia entre la música y el oyente.

Vargas (2009) encontró que el escuchar música durante el estado temprano post-derrame cerebral puede reforzar la recuperación cognoscitiva y prevenir una conducta negativa. En el mismo sentido, en personas con Alzheimer, Barcia-Salorio (2009) refiere que puede estimular las capacidades cognitivas como la memoria, evocando los recuerdos del pasado cuando se les presenta una información en un contexto de canción que les facilita la retención y el recuerdo de la misma.

Por otra parte, ayuda a diagnosticar el TEA en adultos con signos de discapacidades intelectuales y de desarrollo, como es el caso de adultos alemanes con dichos signos (Bergmann *et al.*, 2016). También en el manejo de las facultades intelectuales en PCs psiquiátricos (Silverman,

2019a) y en los niños produce avances en diferentes áreas del lenguaje, el aprendizaje, la socialización y las habilidades motoras (Pineda Pérez y Pérez Remón, 2011).

Beneficios espirituales

En los cuidados paliativos, Foster y Valentine (2001) consideran que los tratamientos en moribundos deben ser holísticos y la musicoterapia podría ayudar formando parte de estos cuidados. En efecto, Da Silva *et al.* (2017) refieren beneficios espirituales y moderados niveles de bienestar existencial. Produce una mayor intimidad afectiva e intimidad física en familiares de enfermos con cáncer terminal (Kim y Dvorak, 2018). Así mismo ayuda en el cuidado de personas al final de la vida, suponiendo un importante apoyo en cuidados paliativos (Clements-Cortés, 2010).

Se sabe que la manera de percibir el bienestar de cada uno de los usuarios y usuarias difiere mucho según su personalidad, creencias, actitudes y afrontamiento de su problema. En consecuencia, los profesionales y autores de estas investigaciones parten de la premisa de que las dimensiones biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociales, intelectuales y espirituales son susceptibles de ser trabajadas en Musicoterapia, y en sus conclusiones todos refieren beneficios en alguno de estos constructos.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

En este capítulo se exponen las bases metodológicas sobre las que se fundamenta la presente investigación, así como las técnicas y herramientas utilizadas para la recogida de información. Una vez planteado el problema, se describen los objetivos propuestos a partir de las variables objeto de estudio. Se presentan los instrumentos elaborados y/o escogidos para la recogida de información y se explican las técnicas aplicadas para el análisis e interpretación de la misma. La necesidad de dar respuesta a los interrogantes surgidos conlleva que la investigación se aborde desde un enfoque metodológico mixto. Junto al análisis observacional se lleva a cabo un diseño cuasiexperimental mixto con pretest-postest de un solo grupo en el que se recolectan, analizan y vinculan datos cualitativos y cuantitativos en un mismo estudio, todo ello bajo los principios de convergencia, complementariedad y secuencialidad (Morgan, 2014). Finalmente, se presenta la planificación y diseño de las sesiones de Musicoterapia que se han llevado a cabo para conseguir los objetivos propuestos, concluyendo con la exposición de los aspectos éticos que han guiado el estudio.

4.1. Problema de investigación

La Musicoterapia produce efectos terapéuticos porque utiliza la música de forma controlada con la intención de mejorar, mantener y/o incrementar la salud y la calidad de vida de las personas. Como dice Lago Castro (2008), se usa la música y el movimiento de forma directa, equilibrada y controlada como herramienta terapéutica. Su finalidad es ayudar al ser humano en su función preventiva y curativa (Poch Blasco, 2001). En efecto, Bruscia (2014) sostiene que:

Como arte, se ocupa de la subjetividad, la individualidad, creatividad y belleza. Como ciencia, se preocupa por la objetividad, universalidad, replicabilidad y verdad y, como una de las ciencias de las humanidades, se preocupa de los procesos interpersonales en todos los niveles, incluida la comunidad, la sociedad y cultura. (p. 11)

El problema que se plantea en este estudio consiste en analizar la influencia de la práctica de la Musicoterapia, basada en la improvisación no-verbal siguiendo el Modelo Benenzon, en la salud y la calidad de vida percibida por las personas con discapacidad física y orgánica severa.

El aumento actual, por motivos muy diversos, de personas con discapacidad física y orgánica severa, llevó a considerar si sería bueno incorporar, junto a las terapias tradicionales, una intervención musicoterapéutica que favoreciera de manera global a estas personas. De un lado, se quiso conocer si es adecuada dicha intervención, por la dificultad añadida derivada de la limitación de sus capacidades comunicativas y/o cognitivas, y de otro, se decidió llevarla a cabo por la escasez de investigaciones musicoterapéuticas encontradas para este colectivo concreto.

Esta investigación tiene un carácter múltiple e interrelacionado que se explica, de manera general, en advertir la relación que existe entre la aplicación de una intervención de Musicoterapia utilizando el Modelo Benenzon a usuarios y usuarias que padecen discapacidad física y orgánica severa y la mejora en su bienestar físico y psicosocial y, por ende, en la salud y en la calidad de vida percibida.

Para Briones (2002) “el problema de investigación se da siempre en una problemática, es decir, en un sistema de preguntas y de posibles respuestas” (p. 21), por lo que investigar es resolver problemas.

Cerda Gutiérrez (1991) indica que “una de las fuentes principales en la formulación de un problema es la experiencia del investigador, de lo contrario, este problema se va a convertir en un supuesto teórico desligado de la realidad que se investiga” (p. 143).

Para Torres Carrillo y Jiménez Becerra (2004) “plantear un problema de investigación equivale a delimitar el objeto de la investigación, cuyo abordaje generará nuevos conocimientos o validará los existentes en nuevos contextos” (p. 16).

Partiendo de estas premisas, el problema planteado tiene precisión porque busca conocer los efectos del uso de la Musicoterapia, tiene relevancia por la influencia que el problema tiene sobre la salud y la calidad de vida, tiene claridad porque define los términos usados, los aclara y facilita su conocimiento y profundiza en este campo. Igualmente, tiene especificación porque solo se refiere al uso de la música con intención terapéutica.

4.2. Objetivos

A través de esta investigación se propone demostrar que la Musicoterapia produce efectos beneficiosos en personas con discapacidad física y orgánica severa. Sus necesidades son tanto de tipo físico como psicológico, social y espiritual y pueden ser abordadas desde el campo de la Musicoterapia, ya que la música usada con intención terapéutica puede llegar a cubrirlas.

Ello da lugar a los siguientes objetivos:

- a) Objetivo 1. Diseñar una intervención de musicoterapia basada en la improvisación no-verbal siguiendo el Modelo Benenzon.
- b) Objetivo 2. Evaluar el efecto de la intervención musicoterapéutica sobre el bienestar psicológico, la calidad de vida, el bienestar social y el estado emocional de las personas con discapacidad física y orgánica severa.
- c) Objetivo 3. Analizar la relación existente entre emociones positivas (afecto positivo) y el bienestar psicológico, la calidad de vida y el bienestar social de las personas con discapacidad física y orgánica severa.
- d) Objetivo 4. Describir el nivel de satisfacción experimentado por las personas con discapacidad física y orgánica severa tras la participación en la experiencia musicoterapéutica.

4.3. Hipótesis de trabajo

En estrecha relación con los objetivos, se plantea la hipótesis de partida que informa del eje sobre el que se sostiene esta investigación. Esta defiende que la Musicoterapia repercute positivamente en la mejora del bienestar y calidad de vida percibida en las personas con discapacidad física y orgánica severa. En este sentido, se apuesta por la intervención musicoterapéutica como herramienta de adquisición y modificación de patrones afectivos y conductuales. De esta manera, la presente investigación plantea que la Musicoterapia puede actuar sobre las emociones y, por tanto, favorecer una mejora del bienestar psicológico y calidad de vida percibida.

Esta conjetura inicial queda concretada en las siguientes hipótesis a validar mediante el estudio propuesto:

Hipótesis 1 (H₁). La participación en una intervención de musicoterapia utilizando el Modelo Benenzon mostrará una mejora de un grupo poblacional con discapacidad física y orgánica severa en sus aspectos conductuales, cognitivos, emocionales, familiares, físicos y sociales, una vez finalizada esta.

Hipótesis 2 (H₂): La participación en una intervención musicoterapéutica utilizando el Modelo Benenzon afectará positivamente en el bienestar psicológico, percepción de calidad de vida y salud, bienestar social y en los aspectos emocionales/afectivos de un grupo poblacional con discapacidad física y orgánica severa.

4.4. Variables implicadas en el estudio

Las variables de estudio que darán la información que responda a las metas formuladas se encuentran presentes en la Tabla 2.

Tabla 2.
Variables trabajadas en la Intervención Musicoterapéutica.

DIMENSIONES	DESCRIPCIÓN	VARIABLES
Bienestar Psicológico	Con ella se engloba el grado en que una persona juzga de manera general su vida.	-Autoaceptación -Autonomía -Relaciones Positivas -Dominio del Entorno -Crecimiento Personal -Propósito de Vida
Calidad de Vida	Viene dada por la percepción que la persona tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos y por la mayor satisfacción del individuo y el grado de realización de sus aspiraciones personales.	-Estado Psicológico -Relación Social -Estado Físico -Relación Ambiental
Bienestar Social	Es la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad.	-Integración Social -Aceptación social -Contribución Social -Actualización Social -Coherencia Social
Emociones Positivas	Son algo más que la ausencia de emociones negativas. Su utilidad deriva de la importancia que tienen para prevenir enfermedades, para reducir la intensidad y duración de las mismas y también para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo.	-Atención -Interés -Alerta -Excitación -Entusiasmo -Inspiración -Orgullo -Capacidad de resolución -Fuerza -Actividad
Emociones Negativas	De manera global tienen influencia sobre nuestra vida porque afectan negativamente a la calidad de vida y son un factor de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales o aumentar la influencia negativa de estas en nuestro estado de ánimo.	-Angustia -Preocupación -Hostilidad -Irritabilidad -Pánico -Temeridad -Vergüenza -Culpabilidad -Nerviosismo -Ansiedad
Conductas y habilidades de improvisación no-verbal en el mundo sonoro-musical	Adquisición y desarrollo de conductas y habilidades relacionadas con la improvisación no-verbal.	-Interés -Actitud -Estado de ánimo -Actividad -Creatividad -Relajación

Fuente: elaboración propia.

La utilización de estas variables, distribuidas en las seis dimensiones de análisis, se justifica en la presente investigación como coadyuvantes de la mejora en la calidad de vida, en el sentido de que autores y autoras que han investigado sobre ellas, como Vilariño Besteiro *et al.* (2009), argumentan que la autoaceptación va unida al incremento del autoconocimiento y la autoeficacia, incidiendo sobre la vivencia de experiencias traumáticas, la importancia otorgada a la imagen corporal y las habilidades de comunicación. Borges *et al.* (2018) señalan que la música y el baile mejoran los niveles de autonomía, tanto funcional como del estado mental. Leyendo a López Liria *et al.* (2014) se comprueba que la musicoterapia puede mejorar la calidad de vida y las relaciones sociales de estas personas y Salas Zapata y Grisales Romero (2010) hablan de la importancia del apoyo moral, social y espiritual del entorno en que viven las mujeres con cáncer de mama como estrategia para mejorar su calidad de vida. En este mismo sentido, Fernández-Fernández *et al.* (2013) afirman que la angustia emocional de las personas mayores tiene su origen en los pensamientos de sucesos vitales pasados y su afrontamiento de manera positiva contribuye a su bienestar y, por ende, tienden a percibir un crecimiento personal no dando paso a esos pensamientos obsesivos.

4.5. Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación, en primer lugar, se pidió permiso a la dirección de la Institución FEPAMIC, de Córdoba, lugar donde se llevó a cabo la experiencia, dando a conocer los objetivos y metodología del proyecto. Con la ayuda de la psicóloga del Centro, se procedió a ofertar el taller de musicoterapia a los usuarios y usuarias de la Institución. Se concretaron una serie de entrevistas de forma individual para llevar a cabo una primera toma de contacto. En la siguiente entrevista se aplicaron los instrumentos de medida para la investigación y así disponer de una valoración inicial de cada uno de los y las participantes (pretest). Una vez analizados los resultados obtenidos se procedió a la elaboración de las sesiones de trabajo musicoterapéutico.

El trabajo de campo se llevó a cabo tres veces por semana, con una duración aproximada de entre 2 y 3 horas en una de las dependencias de la Institución. Con el fin de que el estudio pudiera ser representativo se desarrollaron 35 sesiones. Tras la finalización de la intervención se procedió a aplicar de nuevo los instrumentos de medida usados al comienzo de la investigación, para valorar el impacto de dicha intervención.

4.5.1. Diseño

El diseño de investigación que sustenta este estudio es cuasiexperimental mixto con pretest-postest de un solo grupo.

Los métodos mixtos son una mezcla de datos cualitativos y cuantitativos y, como tales, suponen la recopilación y el análisis de datos desde ambos enfoques en un mismo estudio (Creswell y Plano Clark, 2017). No obstante, hay que destacar que no consisten únicamente en la recolección de datos de diferente naturaleza sobre el mismo fenómeno, sino que implican un planteamiento inicial del problema de investigación que contemple el método inductivo y deductivo (Hernández Sampieri *et al.*, 2006). El valor de estos métodos con respecto a otros viene determinado, según Morgan (2014), por tres principios: la convergencia, en la medida en que los datos recabados por el método cuantitativo y cualitativo son parecidos, lo que permite confirmar la validez interna; la complementariedad, permitiendo abordar mayores objetivos en la investigación; y la secuencialidad, al utilizar los resultados obtenidos a través de un método para mejorar la implementación del otro método.

En la investigación cualitativa, la interpretación que se da a las cosas y fenómenos no puede ser expresada por la estadística o las matemáticas, y utiliza para ello la inferencia inductiva y el análisis diacrónico en los datos, emplea los criterios de credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad como formas de hacer creíbles y confiables los resultados de un estudio, usa múltiples fuentes para estudiar un solo problema, los cuales convergen en torno a un punto central del estudio (principio de triangulación y convergencia), emplea preferentemente la observación y la entrevista abierta y no estandarizada como técnicas en la recolección de datos, y centra el análisis en la descripción de los fenómenos y cosas observadas (Cerdeja Gutiérrez, 1991). Efectivamente, “el propósito de este tipo de investigación es resolver problemas cotidianos e inmediatos. Se trata de hacer comprensible el mundo social y busca mejorar la calidad de vida de las personas” (Álvarez-Gayou, 2003, p. 159).

En este trabajo se sigue un enfoque cualitativo porque es el apropiado para conocer los significados que las personas asignan a sus experiencias (Hernández Sampieri *et al.*, 2006). Es observacional, descriptivo e interpretativo porque explica lo que sucede y por qué sucede. Desde esta perspectiva, los fenómenos son estudiados en su contexto, intentando encontrar su sentido a partir de los significados que las personas les dan (Noreña *et al.*, 2012).

Castillo y Vásquez (2003) señalan que la calidad científica de los estudios cualitativos se evalúa por su credibilidad, cuando sus resultados son reconocidos como verdaderos por las personas que participan en la investigación. Por su confirmabilidad, que se refiere a que la interpretación o análisis de la información es neutral, ya que otros investigadores pueden llegar a las mismas conclusiones. Y por su aplicabilidad, porque se pueden transferir los resultados a otros contextos o grupos.

Para el estudio cualitativo se utiliza el grupo diana como técnica de investigación social que privilegia el habla, cuyo propósito radica en propiciar la interacción mediante la conversación acerca de un tema/objeto de investigación, en un tiempo determinado, y cuyo interés consiste en captar la forma de pensar, sentir y/o vivir de los individuos que conforman el grupo. Siguiendo a Álvarez-Gayou (2003), el objetivo es “provocar confesiones o auto exposiciones, dentro de lo posible, entre los participantes, a fin de obtener de éstos información cualitativa sobre el tema de investigación” (p. 132). Efectivamente, interesa el análisis particular de cada individuo, ya que se adapta más a la finalidad de esta investigación, en contra del grupo de discusión, donde interesa más el discurso grupal (Colás Bravo *et al.*, 2009).

Por otro lado, el enfoque cuantitativo pone el acento en aquello que se puede medir, por lo que precisa de la recolección de datos siguiendo unos criterios previamente establecidos, que les doten de validez y confiabilidad. La finalidad de este enfoque es extraer conclusiones a partir de la comprobación de una o varias hipótesis propuestas, por lo que resulta imprescindible que estas sean medibles, de manera que el análisis estadístico y la interpretación de los datos sea extrapolable a la población, es decir, se emplea el método inductivo para realizar generalizaciones confiables y se caracteriza por aspectos como que permite la enumeración y la medición sometida a los criterios de contabilidad y de validez, permite el uso de las matemáticas reproduciendo numéricamente las relaciones que se dan entre los objetos y los fenómenos y se les relaciona con los diseños o investigaciones denominadas experimentales, encuestas o cuasiexperimentales (Cerdeza Gutiérrez, 1991).

Se basa en la validez, la confiabilidad y la muestra como conceptos fundamentales para este enfoque. La validez implica que la observación, la medición o la apreciación se centren en la realidad que se busca conocer. La confiabilidad se refiere a resultados seguros y previsibles. La confiabilidad se considera externa cuando otros investigadores llegan a los mismos resultados en condiciones iguales. La muestra sustenta la representatividad de un universo y se presenta como el factor crucial para generalizar los resultados (Álvarez-Gayou, 2003).

La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, sus relaciones y su estructura. La investigación cuantitativa se propone determinar la relación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacerla extensible a una población de la cual procede la misma. Con este estudio se pretende deducir por qué las cosas suceden de una determinada manera (Pita Fernández y Pértegas Díaz, 2002), porque el objetivo de la investigación cuantitativa pasa a ser “la identificación de patrones generales que caracterizan a la totalidad de una población” (Ugalde y Barbastre, 2013, p. 181) y se centra en el estudio de las relaciones entre variables cuantificadas, siendo sinónimo de rigor y de procedimientos fiables que definen el método científico, donde “sus hallazgos son fáciles de comunicar, permiten la elaboración de síntesis y facilitan la acumulación de conocimientos” (Cabrero García y Richart Martínez, 1996, p. 215). El conocimiento resultante está basado en la observación, medición e interpretación cuidadosa de la realidad objetiva (Sousa *et al.*, 2007).

En definitiva, con este segundo enfoque se parte de dos presupuestos: la realidad es algo por descubrir, y las relaciones que se puedan realizar entre las variables ya existen, independientemente de la medición que haga el investigador (Ackerman *et al.*, 2013).

4.5.2. Fases de la investigación

Este estudio se ha llevado a cabo a través de cinco fases diferenciadas, según el diseño de investigación empleado: planificación, diseño de la intervención, aplicación y recogida de datos, análisis de los resultados y discusión y difusión. En la Figura 18 queda configurada una visión conjunta de dichas fases, que a continuación se explican.

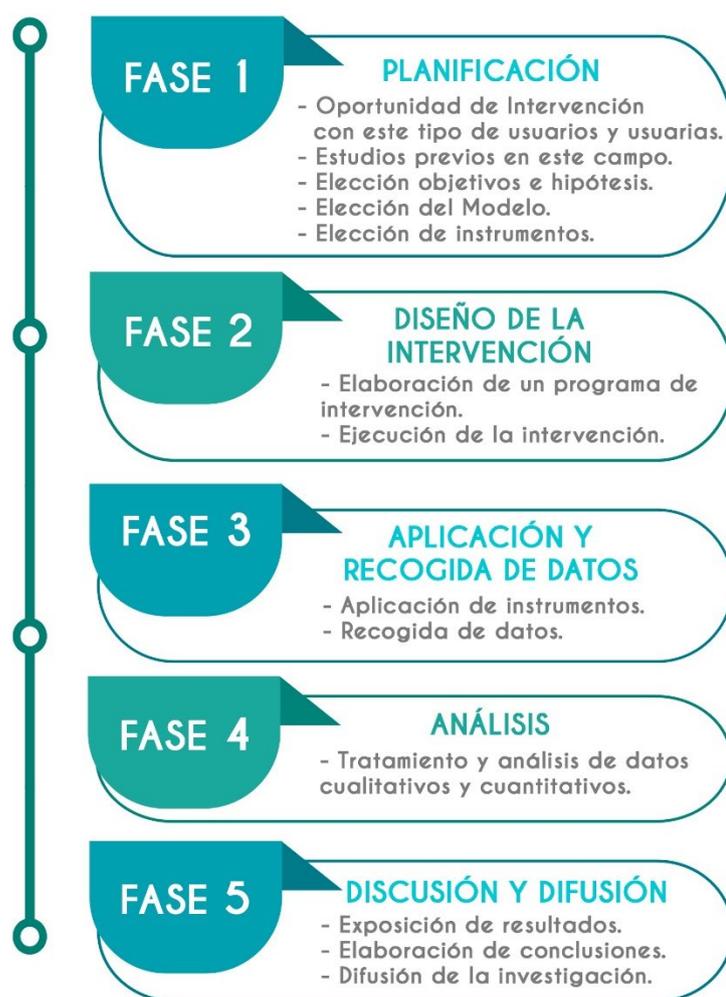


Figura 18. Fases de la investigación.
Fuente: elaboración propia.

Fase I. Planificación

Esta investigación centra su interés en analizar si la Musicoterapia aporta una mejora en la salud y calidad de vida percibida por las personas con discapacidad física y orgánica severa.

Antes de proceder a diseñar el estudio, se llevó a cabo una búsqueda en la literatura con el fin de conocer la adecuación de llevar a cabo el mismo con usuarios y usuarias con discapacidad física y orgánica severa, por la dificultad añadida derivada de la limitación de sus capacidades comunicativas y/o cognitivas. Precisamente por esto y por la escasez de investigaciones musicoterapéuticas en este campo, es por lo que se tomó la decisión de actuar.

En esta primera fase se escogió el tipo de investigación, se concretaron los objetivos, entendiéndolos desde una perspectiva operativa y holística, y se eligieron los instrumentos, buscando conexiones con estudios como el del Alzheimer de Benenzon (2011) y otras investigaciones benenzonianas como Levinson (2005) y Denis y Casari (2014). El propósito fue aplicar el Modelo Benenzon de Musicoterapia, adaptado a un grupo diana de 10 participantes/usuarios y usuarias con intención comunicativa en un contexto no-verbal, más 2 pasivos sin estas características, estableciendo un vínculo entre el musicoterapeuta y la persona con la finalidad de favorecer una mejora de la vida emocional y, por ende, una mejora en el bienestar psicológico y calidad de vida percibida.

Para la recogida de datos cualitativos se diseñaron una Ficha de Observación de conducta y habilidades improvisatorias de carácter no-verbal, y una batería de preguntas que se hicieron tras las sesiones para promover el debate.

Para la recogida de datos cuantitativos que respaldasen los datos cualitativos obtenidos, se han escogido escalas que miden las dimensiones que se ha propuesto trabajar: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, Escala de Calidad de Vida Whoqol-Bref, Escala de Bienestar Social de Keyes y Escala PANAS de Watson.

Fase II. Diseño de la intervención

Una vez firmado el contrato de actuación con la Dirección del Centro (ver Anexo 1), consistente en la estipulación de una serie de condiciones especiales para poder llevar a cabo los trabajos necesarios encaminados a responder al problema de investigación y obtenida la autorización, se puso en marcha todo el diseño de la intervención.

Para poder diseñarla de la manera más ajustada posible a la realidad de los y las participantes, se llevó a cabo una primera reunión, en una de las dos salas de la Institución/Residencia FEPAMIC donde se implementó la actuación, para explicar en qué consistiría el trabajo. Seguidamente, y con la finalidad de conocer inicialmente cuál era la situación de partida de las personas destinatarias, se procedió a aplicar, de manera individual, un Cuestionario de motivos (ver Anexo 2) por los que querían participar y, a continuación, un pretest de las Escala de Bienestar Psicológico, Calidad de Vida, Bienestar Social y PANAS (ver Anexos 7, 8, 9 y 10).

Con el apoyo de los resultados de los instrumentos de medida antes aplicados, se elaboró un programa de intervención ajustado a las características de los y las participantes organizado en siete bloques:

- Bloque 0. De adaptación al objeto intermediario.
- Bloque 1. Autoaceptación o capacidad de la persona de sentirse satisfecha consigo misma, aceptando sus propias limitaciones.
- Bloque 2. Autonomía o capacidad de independencia y autodeterminación en sus decisiones.
- Bloque 3. Relaciones positivas o capacidad de la persona para mantener relaciones de confianza estables y de intimidad con los demás.
- Bloque 4. Dominio del entorno o control de las responsabilidades y decisiones tomadas en el día a día.
- Bloque 5. Crecimiento personal o autorrealización como persona.
- Bloque 6. Propósito de vida para mantener alguna meta a la que mirar, por la que luchar.

Fase III. Aplicación y recogida de datos

Tomando como base las recomendaciones de Benenzon de que la frecuencia de trabajo con el usuario/a no debe ser menor de tres veces por semana y, a poder ser, de manera permanente y continua, se desarrollaron 35 sesiones con la finalidad de que el estudio se ajustase, en la medida de lo posible, a estas recomendaciones y a la disponibilidad, de acuerdo con la Dirección del Centro. En esta línea se pronuncian Martí Augé *et al.* (2015a) en su artículo sobre el efecto de la musicoterapia en mujeres con cáncer de mama, que en uno de sus objetivos específicos se proponen evaluar si hay una mejora del estado anímico y calidad de vida una vez finalizado el tratamiento de 8 sesiones de musicoterapia (pre/post tratamiento), o en la investigación de Montalbán Quesada (2014) en hospitales de Cleveland, Ohio, con usuarios y usuarias ingresados remitidos por el Equipo de Cuidados Paliativos con un diagnóstico de estado avanzado de potencial enfermedad terminal, que apunta que los resultados de “una sola” intervención de Musicoterapia redujeron el dolor en estos.

El trabajo de campo se llevó a cabo desde el 1 de noviembre de 2016 al 8 de febrero de 2017, periodo en el que se realizó la recogida de datos cualitativos y, tras la finalización, se aplicaron de nuevo los instrumentos de medida de escala usados en la investigación de manera individualizada en formato posttest.

Fase IV. Análisis de los resultados

En esta fase se llevó a cabo un minucioso estudio de la información aportada por los distintos instrumentos utilizados.

La información cualitativa ha sido transformada en tablas de frecuencia y porcentajes y visualizada en gráficos y figuras para facilitar su estudio y posterior comparación.

Por otro lado, los datos recogidos a través del procedimiento pretest y posttest de las Escalas han sido tratados por medio de un Estudio Descriptivo Básico, consistente en establecer pruebas de significación estadística y calculando el tamaño del efecto de la intervención.

Finalmente, se contrastaron los datos recogidos (triangulación) a través de la observación (método cualitativo) y los resultados del pre y post-test de las Escalas aplicadas (método cuantitativo) para el estudio del problema planteado en la presente investigación, suprimiendo la incertidumbre por la utilización de un solo método.

Fase V. Discusión y difusión

En este momento, se llevó a cabo la discusión de los resultados, comparando los obtenidos tanto en el análisis de los datos cualitativos como en el de los datos cuantitativos con el marco teórico de referencia, triangulando unos con otros y comprobando si estos últimos respaldan la validez de los primeros. Seguidamente, se procede a la elaboración de las conclusiones partiendo de las hipótesis iniciales de la investigación y respondiendo a los objetivos formulados, identificando las limitaciones del estudio y estableciendo las futuras líneas de investigación. Finalmente, se establece el modo en el cuál esta información va a ser difundida.

4.6. Instrumentos de medida y de recogida de los datos

Los instrumentos y técnicas de recogida de datos dependen del objetivo planteado y de las personas a las que se dirige el estudio. Para su planificación se ha tenido en cuenta si es susceptible o no de aplicación, si los datos recogidos son representativos y si son idóneos teniendo en cuenta las posibilidades de los participantes. Se han utilizado a lo largo del trabajo de campo con el objetivo de ir recogiendo la información para, posteriormente, procesarla. La información relativa a las distintas variables de estudio fue recogida por medio de un conjunto de instrumentos que valoraban el interés, motivación, conductas y habilidades de improvisación no-verbal, bienestar psicológico, calidad de vida, bienestar social y emociones del grupo participante. Al mismo tiempo se recogieron datos de Vida Sonoro-Musical y clínicos de cada usuario/a. Estos se enumeran en la Tabla 3.

Tabla 3.
Variables e Instrumentos utilizados.

VARIABLES	INSTRUMENTOS	MOMENTOS DE APLICACIÓN
Interés	Cuestionario de motivos	Pre-intervención
Motivación	Ficha Musicoterapéutica Historia de Vida Sonoro-Musical	Pre-intervención
Conductas y Habilidades	Hoja de Observación de Conductas y Habilidades	Post-sesión
Conductas y habilidades de improvisación no-verbal	Protocolos 1, 2, 3 y 4 Protocolo de Síntesis y Rituales	Pre y Post-sesión Post-intervención
Autoaceptación Autonomía Relaciones Personales Dominio del Entorno Crecimiento Personal Propósito de Vida	Hoja de Observación de Conductas y Habilidades Respuestas en el Debate Grupal	Post-bloque
Bienestar Psicológico	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	Pre y Post-intervención
Calidad de Vida	Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF	Pre y Post-intervención
Bienestar Social	Escala de Bienestar social de Keyes	Pre y Post-intervención
Emociones Positivas y Negativas	Escala PANAS de emociones de Watson	Pre y Post-intervención

Fuente: elaboración propia.

4.6.1. Instrumentos de investigación cualitativa

En el caso de que la información a requerir sea de carácter cualitativo, se han empleado las siguientes herramientas:

- Cuestionario de motivos (ver Anexo 2). Implementado previo a la intervención musicoterapéutica, pretende conocer el interés que mueve a los usuarios y usuarias a realizar el taller de Musicoterapia y cuáles de las variables que se van a trabajar les interesan para su mejora del bienestar y calidad de vida percibida. Consta de 5 preguntas tipo Likert (que obtienen opiniones, impresiones y enfoques precisos de los encuestados).
- Ficha Musicoterapéutica Historia de Vida Sonoro-Musical de Benenzon (ver Anexo 3). Se trata de una entrevista inicial, cerrada, con el usuario/a y/o tutor/a, previa a la intervención. Consta de 10 preguntas abiertas referidas al interés que tiene conocer cómo se ha desarrollado su Vida Sonoro-Musical desde la niñez hasta el momento actual. A partir de la cumplimentación de esta herramienta se puede llegar a la subjetividad de la persona y encontrar las relaciones con el mundo de lo social. Al hilo de esto, Álvarez-Gayou (2003, p. 127), aunque en sentido más amplio que el utilizado aquí, habla de que

“la historia de vida se caracteriza por ser la historia que una persona cuenta de su propia vida o de lo que considera la parte más importante de su existencia”. Kvale (1999) dice que el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es que, tanto los investigadores como los sujetos, juntos, busquen conocer un fenómeno social para cambiarlo y luego aplicar este conocimiento a través de nuevas acciones.

- Hoja de Observación de Conducta y Habilidades de Improvisación no-verbal (ver Anexo 4). Este instrumento de elaboración propia busca recoger conductas y habilidades de los usuarios y usuarias en la improvisación no-verbal, basado en las variables trabajadas en cada bloque del programa de intervención (autoaceptación, la autonomía, las relaciones positivas, el dominio del entorno, crecimiento personal y un propósito de vida) más el componente físico-motor. Por cada objetivo enumerado en la Hoja de Observación, se propone una medida, categorizada del 1 al 5 por tramos, según la duración de las interacciones musicales, el número de respuestas musicales, el grado de actividades a la entrada y a la salida, la intencionalidad de las improvisaciones y variedad en las mismas. Igualmente, se hace una media de cada puntuación, una serie de puntualizaciones derivadas de los datos observados y una impresión en las observaciones sobre la evolución de cada uno de los usuarios y usuarias. Todo ello ha sido sintetizado a partir de los criterios antes enumerados, previamente fijados y categorizados los hechos, conductas (expresión de emociones, atención, interés por participar, relajación, asistencia) y otros eventos observados en el transcurso de las sesiones de Musicoterapia. En este sentido, Álvarez-Gayou (2003) indica que el investigador, cuando actúa como participante-observador, se vincula más con la situación que observa.
- Protocolos del modelo Benenzon (Benenzon, 2011) (ver Anexo 5). A pesar de lo complicado que pueda resultar plasmar por escrito la improvisación no-verbal, fue interesante llevar a cabo un registro de cada una de las sesiones. Su importancia estriba en que se puede reflexionar sobre lo trabajado y/o acontecido a lo largo de cada una de ellas. Para ello se emplearon los siguientes registros:
 - Protocolo n.º 1. Protocolo de preparación del terapeuta no-verbal benenzoniano. Aplicado previo a cada sesión, contempla datos como la observación física y el estado de ánimo del terapeuta y sus causas y otras observaciones.
 - Protocolo n.º 2. Protocolo de utilización del *setting* y del grupo operativo instrumental. Recoge datos del espacio donde se lleva a cabo la sesión y del grupo operativo instrumental, cantidad de instrumentos y nombres, disposición espacial de

esos instrumentos y del terapeuta no-verbal benenzoniano y los posibles cambios introducidos en cada sesión.

- Protocolo n.º 3. Para después de la sesión. Descripción de la sesión. Implementado tras la finalización de cada sesión, recoge ausencias y causas, la hora de inicio, las sensaciones y actitud del terapeuta, así como otras observaciones sobre el usuario/a durante la sesión tales como la actitud, el estado de ánimo, el pulso, el flujo de canciones e instrumentos que utiliza, cómo utiliza el espacio y el uso de su cuerpo (asociación corpóreo sonoro-musical no-verbal más importante).
- Protocolo n.º 4. Efecto residual de la sesión. Recoge las sensaciones del terapeuta, las sensaciones del usuario/a y las conclusiones del terapeuta y del usuario/a al finalizar la sesión.
- Protocolo de síntesis y de rituales. Registra, en un primer momento, el número de sesiones realizadas, el estado de ánimo del terapeuta, incidencias sobre el *setting*, su disposición espacial más frecuente y sensación residual después de la sesión. Por otro lado, recoge la actitud del usuario/a en aspectos como el ritual de inicio, cambios que se hayan producido, modo de responder a la consigna, utilización del espacio, elección del instrumento, modo de usarlo, producción del pulso, ritmos y flujos, intervalos más frecuentes, canciones más frecuentes, letras más cantadas, asociaciones libres corpóreo-sonoro musicales no-verbales y una conclusión del terapeuta sobre sí mismo, el usuario/a y la supervisión. Al finalizar la intervención, se realiza un resumen y conclusiones más significativas de la sesión.
- Debate en el grupo diana (ver Anexo 6). Se llevó a cabo tras la finalización de cada uno de los bloques del programa de intervención, con una duración de aproximadamente 1 hora. El propósito fue propiciar la interacción mediante la conversación y provocar el diálogo entre los y las participantes, a fin de obtener información sobre las variables dependientes objeto de la investigación. Se utilizó como una técnica de recogida de información sobre la forma de pensar, sentir y vivir de los y las participantes en torno a las variables trabajadas en cada uno de los bloques. Se introdujo a partir de la consigna con que se iniciaba cada una de las sesiones y se presentó a través de 4 preguntas abiertas, excepto en autoaceptación, que constaba de 3, sobre cada una de las variables trabajadas, en base a sentimientos de autoaceptación, de la expresión de su autonomía, de la comunicación y relaciones sociales, de las responsabilidades del día a día, de conocerse mejor, y ser capaz de hacer planes de

futuro, con aclaración de conceptos para que pudieran responder de manera solvente (teniendo en cuenta sus limitaciones) y buscando conocer su valoración de las variables trabajadas en cada uno de los bloques.

- Cuestionario de valoración final (ver Anexo 12). Se cumplimentó al finalizar la investigación y busca conocer el grado de satisfacción con lo experimentado y vivido a través de preguntas relacionadas con sus gustos, las sensaciones que ha tenido durante el proceso, qué mejoras concretas ha experimentado, si ha mejorado en algún punto concreto, si ha ampliado sus amistades y cuál es su valoración sobre la intervención del musicoterapeuta.

4.6.2. Instrumentos de investigación cuantitativa

Para llevar a cabo el estudio cuantitativo se escogieron los siguientes instrumentos, cuya aplicación proporciona información para confirmar de manera fehaciente si la intervención musicoterapéutica tiene efectos reales en la mejora de la sensación de bienestar físico, psicológico, social y afectivo como determinantes de una mejor calidad de vida:

- Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989a) (ver Anexo 7), en su versión propuesta por Van-Dierendonck (2004) y la adaptación al castellano de Díaz *et al.* (2006). Cuenta con un total de 39 ítems a los que los y las participantes deberán responder utilizando un formato de respuestas tipo Likert con 6 opciones de respuesta de categorías ordenadas, con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo), donde varios ítems están redactados en forma inversa para minimizar la conformidad, estando distribuidos en dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida, y un factor de segundo orden denominado Bienestar Psicológico. La escala ha sido previamente aplicada en investigaciones anteriores, además de Díaz *et al.* (2006), por otros como Abello *et al.* (2008), Zubieta y Delfino (2010), Zubieta, Muratori y Fernández (2012) o Zubieta, Fernández, y Sosa (2012), que trabajan con las escalas de Bienestar Psicológico y Bienestar Social y, por tanto, ha sido dotada del rigor científico necesario.
- Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF (Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life WHOQOL-BREF World Health Organization, 2004) (ver Anexo 8). Este instrumento dinamiza la percepción del sujeto en las dimensiones centrales de la calidad de vida, como son la dimensión física, la psicológica, la social y la ambiental. Está recomendado por ser un instrumento que tiene una amplia difusión y

excelentes propiedades conceptuales, psicométricas y posibilidades de utilización, tanto en la medición del impacto de una intervención, detección de cambios en el estado de salud, como en facilitar la comunicación entre el usuario/a y terapeuta, obtener información sobre la adherencia terapéutica y orientar la toma de decisiones para que los esfuerzos por prolongar la vida se acompañen de esfuerzos por mejorar la calidad de vida (Cardona-Arias e Higuera-Gutiérrez, 2014). Se utilizó la adaptación al castellano de Torres *et al.* (2008), edición reducida de 26 ítems. Los usuarios y usuarias deberán responder utilizando un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta y con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Se compone de 2 ítems de preguntas generales sobre la salud y los 24 ítems restantes están agrupados en cuatro dominios: Física, Social, Ambiental y calidad de vida y salud. La escala ha sido previamente aplicada en investigaciones anteriores, además de los autores antes citados, por otros como López Huerta *et al.* (2017) o Flores Villavicencio *et al.* (2013). Y, por tanto, ha sido dotada del rigor científico necesario.

- Escala de Bienestar Social de Keyes, adaptada al castellano por Blanco y Díaz (2005) (ver Anexo 9). Consta de 33 ítems a los que los participantes deberán responder utilizando un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta de categorías ordenadas, con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Varios ítems están redactados en forma inversa para minimizar la aquiescencia y está constituida por cinco dimensiones: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social. La escala ha sido previamente aplicada en investigaciones anteriores. Además de Blanco y Díaz (2005), por otros como Alonso y Martínez Taboada (2011), Zubieta y Delfino (2010), Abello *et al.* (2008) y Zubieta, Fernández, y Sosa (2012). Por tanto, está dotada del rigor científico necesario.
- Escala PANAS (ver Anexo 10). La Lista Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) o Lista de Emociones Positivas y Negativas de Watson (1988) tiene como objetivo valorar, separadamente, las experiencias emocionales positivas y negativas vividas recientemente por el sujeto, evaluadas con una escala tipo Likert de 20 ítems que puntúa de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Se distribuye en dos partes, 10 ítems de afecto positivo (puntuación de 10-50) y 10 ítems de afecto negativo (puntuación de 10 a 50). Los datos psicométricos sugieren que ambas subescalas del PANAS poseen niveles adecuados de fiabilidad y validez (factorial, convergente y

discriminante) con medidas de autoinforme existentes de la ansiedad infantil y la depresión. Se discute la posible relevancia de este instrumento para diferenciar la ansiedad de la depresión en los jóvenes y se mantienen las propiedades psicométricas aun cuando se modifiquen las instrucciones temporales de aplicación (Sandín *et al.*, 1999). El Afecto Positivo incluye los estados emocionales por los que el sujeto se siente entusiasta, activo, alerta, con energía y participación gratificante. El Afecto Negativo representa estados emocionales aversivos como ira, culpa, miedo, disgusto y nerviosismo. La escala ha sido aplicada además de por Sandín *et al.* (1999), en investigaciones elaboradas por Moral de la Rubia (2011), Blanco Molina y Salazar Villanea (2014), Nolla *et al.* (2014) y Medrano *et al.* (2015) y, por tanto, dotada del rigor científico necesario.

4.7. Grupo Informante. Lugar de intervención

Conocer el estado en el que se encuentran las personas con discapacidad física y orgánica severa, con necesidades asistenciales, y tener como meta la mejora de su calidad de vida, debe ser uno de los principales objetivos de la sociedad actual, cuyas actuaciones deben ir encaminadas a proporcionar a sus miembros una vida lo más activa y saludable posible. Para ello, existen movimientos asociativos de y para personas con discapacidad, que promueven su plena integración, la mejora de la calidad de vida y la defensa de los intereses de este colectivo mediante el fomento de iniciativas en un marco legal que satisfagan sus necesidades y generen empleo colaborando, en la medida de lo posible, a mitigar los efectos que estas enfermedades incapacitantes producen en las personas que las padecen y, a su vez, aporten valor a la sociedad.

Hernández Sampieri *et al.* (2006) señalan que en los estudios mixtos el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es el de generalizar sus resultados a una población más amplia. Lo que se busca es profundidad y calidad más que cantidad. Lo que interesan son los participantes que ayuden a entender el fenómeno de estudio y den una respuesta positiva a lo que se investiga. El número se determina por la capacidad operativa de recolección y análisis de datos, el entendimiento del fenómeno y la naturaleza del fenómeno a analizar.

En este trabajo no se aplican técnicas de muestreo. Participan voluntariamente y con consentimiento informado los usuarios y usuarias de la institución FEPAMIC. En este sentido, se ha seguido a Medina García *et al.* (2015), que argumentan que, para formar parte en una

investigación, los individuos a estudio deben ser participantes voluntarios y firmar un “consentimiento informado”.

La investigación ha sido llevada a cabo en la Residencia de FEPAMIC, Organización no Gubernamental sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, que representa a las personas con discapacidad de la provincia cordobesa a través de sus 32 asociaciones y 6000 asociados. Da asistencia a usuarios y usuarias en su mayoría con enfermedades de carácter degenerativo, por lo que se tipifica para personas con discapacidad física gravemente afectadas (RGA), con trastornos psiquiátricos, psicológicos, conductuales y emocionales asociados.

Se configura como servicio de alojamiento y convivencia que ofrece una atención integral y continuada de carácter personal, ajustando sus actuaciones a las necesidades que presenten las personas usuarias, en función de su Plan Personal de Apoyos. Así, se garantizan los derechos de atención a las personas con discapacidad en Andalucía, sin perjuicio de las limitaciones existentes en virtud de resolución judicial y el respeto a la dignidad de la persona (legalmente reconocidos en la Ley 1/1999, de 31 de marzo y en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia).

Ofrecen diferentes servicios, como el de fisioterapia, asistencia médica y psicológica, terapia ocupacional, logopedia, equinoterapia, entre otros. El Departamento de Psicología lleva a cabo sus intervenciones tanto a través de grupos de terapia como de forma individual. Usa diferentes técnicas en función de las necesidades de los usuarios y usuarias, como talleres de inteligencia emocional, terapia de grupo, reestructuración cognitiva, relajación en imaginación, establecimiento de pautas/reforzadores, entre otras. Predominan aquellas destinadas a la modificación de conductas, debido a las necesidades que presenta esta población, estableciendo pautas tomadas para la intervención de muy diversas patologías neurodegenerativas, neuropsiquiatrías, trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo entre otras. Realizan la evaluación, diagnóstico, tratamiento psicológico y preventivo, desarrollo de Planes Personalizados de Apoyo y asesoramiento psicoterapéutico. Al ser los usuarios y usuarias personas con pluridiscapacidad, también se contempla un plan de intervención basado en la atención individualizada (FEPAMIC, 2017).

La muestra de esta investigación se centra en doce usuarios y usuarias con discapacidad física y orgánica que viven durante el año 2017 en esta Residencia, participando voluntariamente tras la firma del contrato de conformidad entre la Dirección del Centro y el musicoterapeuta (ver Anexo 1).

La Tabla 4 muestra, de manera sintetizada, la descripción de los datos clínicos de los y las participantes. Edad, nivel de estudios, años de enfermedad, diagnóstico, etiología y tratamiento.

Tabla 4.
Características Clínicas de los usuarios y usuarias.

Usuario/a	Sexo	Dependencia	Edad	Estudios	Años de enfermedad	Diagnóstico	Etiología	Tratamiento	Codificación Cie 10
1	Hombre	Silla Ruedas	44	Ninguno	Desde la juventud	Trastorno mental por esquizofrenia paranoide	Enfermedad cerebro vascular	Terapia antidepresiva Relajación	F20.1
2	Hombre	Sin silla	37	Ninguno	Desde nacimiento	Retraso mental leve	Sufrimiento fetal perinatal	Terapia antidepresiva Rehabilitación muscular	F70
3	Hombre	Silla Ruedas	40	Primarios	Desde nacimiento	Retraso mental leve Hemiparesia	Discapacidad intelectual Discapacidad física	Terapia antidepresiva Rehabilitación muscular	G81.9
4	Mujer	Silla Ruedas	60	Ninguno	Desde la infancia	Hemiplejia izquierda	Poliomielitis infantil	Terapia antidepresiva Rehabilitación muscular	G81
5	Hombre	Silla Ruedas	51	Ninguno	Desde su juventud	Hemiplejia izquierda	Traumatismo craneoencefálico y alteración de la conducta por síndrome orgánico de la personalidad	Terapia antidepresiva Rehabilitación muscular	G81
6	Hombre	Silla Ruedas	47	Primarios	Desde su juventud	Encefalopatía epileptiforme postraumática Trastorno depresivo	Traumatismo craneoencefálico	Terapia antidepresiva Relajación	G93.4 F34.1
7	Hombre	Silla Ruedas	49	Ninguno	Desde nacimiento	Parálisis cerebral Tetraparesia	Encefalopatía	Rehabilitación muscular	F82
8	Mujer	Silla Ruedas	46	Medios	Desde hace 10 años	Ictus con hemiplejia Síndrome depresivo	Accidente cerebro vascular	Terapia antidepresiva Relajación	G81.9 F34.1

Usuario/a	Sexo	Dependencia	Edad	Estudios	Años de enfermedad	Diagnóstico	Etiología	Tratamiento	Codificación Cie 10
9	Hombre	Silla Ruedas	48	Primarios	Desde hace 7 años	Soriasis Trastorno depresivo	Síndrome del cuidador con deterioro Intento de autolisis	Terapia antidepresiva	F34.1
10	Mujer	Silla Ruedas	53	Ninguno	Desde la infancia	Parálisis cerebral infantil en forma atáxica Tetraparesia	Alteración de la coordinación con pérdida de control	Rehabilitación muscular	G80.4
11	Hombre	Pasivo Silla Ruedas	37	Ninguno	Desde la infancia	Discapacidad intelectual leve Distrofia muscular Problema del lenguaje y comunicación	Síndrome de Williams	Rehabilitación muscular	Q93.8
12	Mujer	Pasivo Silla Ruedas	50	Ninguno	Desde la infancia	Discapacidad intelectual leve Distrofia muscular Problema del lenguaje y comunicación	Síndrome de Williams	Rehabilitación muscular	Q93.8

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos proporcionados por FEPAMIC.

El grupo ha estado compuesto por 7 hombres y 3 mujeres que siguen conservando de forma aceptable su capacidad de comunicación y reflexión, no así su motricidad fina, que la tienen muy deteriorada, por lo que a la hora de rellenar las plantillas de las escalas propuestas para obtener datos de la intervención musicoterapéutica tuvieron que ser ayudados por el musicoterapeuta. A ellos se suman 2 usuarios y usuarias pasivos que, por los problemas de lenguaje y comunicación que padecen, no serán evaluados con las escalas de medida, aunque sí quedarán recogidos sus resultados en las hojas de observación de conductas y habilidades de improvisación no-verbal, (ver Anexo 4, fichas 11 y 12). Las edades están comprendidas entre 37 y 60 años, con una edad media de 47 años. Respecto a su nivel educativo, un 60 % de los sujetos no tienen estudios, el 30 % estudios primarios y un 10 % estudios de bachillerato.

Los y las participantes padecen enfermedades como hemiplejia izquierda, encefalopatía epileptiforme postraumática, parálisis cerebral, tetraparesia, depresión, neurosis fóbica, tetraparesia espástica y epilepsia, parálisis infantil, hemiplejia y leve retraso mental entre otras. Estos trastornos

los sufren algunos desde el nacimiento y otros tras un accidente cardiovascular o craneoencefálico, alteración de la coordinación y pérdida de control con falta de energía muscular, malestar psicosocial como ansiedad, depresión, baja autoestima con intento de autolisis, alteración de la conducta, de la coordinación motora y otras, pero conservan de una manera aceptable sus capacidades de comunicación y reflexión.

Todas ellas son razones suficientes para tomar en consideración y poner en práctica esta experiencia, ya que hay numerosas investigaciones que han centrado sus esfuerzos en estudiar, por ejemplo, los beneficios de la Musicoterapia en la Educación Especial, como Poch Blasco (2001) y Ortega *et al.* (2009), en la adolescencia, como Benedito Monleón (2010) y López Ruiz (2015), para todas las personas en general, como Oslé Rodríguez (2011) o la han relacionado con la mejora en la dislexia, como Overy *et al.* (2003) o con cáncer, como Martí Augé *et al.* (2015a).

4.8. Estrategias de análisis de datos

Para el tratamiento de la información y el análisis de los datos recogidos en la investigación, con propósito de validación, se sigue a Denzin (1970), que habla de que la triangulación es la combinación de dos o más teorías, de dos o más fuentes de datos, de dos o más observadores expertos, de dos o más métodos de investigación (cualitativo y cuantitativo), en el estudio de un fenómeno singular. La triangulación es un procedimiento sistemático de recogida y análisis de datos que ayuda a generar hipótesis cuyas evidencias están basadas en la conducta, acciones y razonamientos de las personas investigadas (Castellanos-Verdugo *et al.*, 2010). En esta metodología, la teoría y los datos interactúan constantemente.

En el análisis cualitativo, tanto el resultado de la entrevista individualizada para recoger datos de la Historia de Vida Sonoro-Musical, como los datos de la Observación de Conducta y Habilidades improvisatorias no-verbal, como los datos de los Protocolos Benenson y los recogidos en los Debates finales de cada bloque, han sido transformados en tablas de frecuencia y porcentajes para facilitar su estudio y posterior comparación. En este análisis se han categorizado e interpretado sentimientos, conductas, actitudes ante la vida, actitudes ante una enfermedad incapacitante y otros.

Para el análisis cuantitativo se ha llevado a cabo una recogida de datos a través de la aplicación individualizada de un pretest antes de la intervención musicoterapéutica y de un posttest individualizado al finalizar la intervención, de las Escalas de Bienestar Psicológico, Bienestar Social, Calidad de Vida y PANAS, ya mencionadas. Con la información derivada de los resultados del pretest, antes de la intervención y del posttest, después de la intervención, se ha llevado a cabo

un Estudio Descriptivo básico para, posteriormente, establecer pruebas de significación estadística como el contraste de hipótesis, la t de Student de dos muestras relacionadas, pretest y posttest al mismo grupo intervenido, la prueba/test d de Cohen para evaluar el tamaño del efecto y una representación gráfica de distribución normal, ajustándola al pequeño tamaño de la muestra para comprobar si la intervención ha sido positiva. Por último, calculamos la correlación de Pearson para valorar la existencia de asociación entre las emociones medidas con el balance afectivo y las otras variables objeto de estudio.

En el tratamiento de la información cuantitativa se ha utilizado el programa de técnicas estadísticas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0 y Microsoft Excel. Para el tamaño del Efecto d de Cohen se ha empleado la calculadora d de Cohen online disponible en la página web <https://www.easycalculation.com/es/statistics/effect-size.php>.

Finalmente, se llevó a cabo una triangulación comparando los resultados obtenidos para dar respaldo a los resultados de la observación y que den mayor veracidad y fiabilidad a lo encontrado.

4.9. Programa de intervención de musicoterapia basado en el Modelo Benenzon

Intervención basada en el Modelo Benenzon, introduciendo variantes propias que hagan óptima la sesión. Es una musicoterapia de improvisación no-verbal que se adapta a cualquier tipo de usuario/a. No está enfocada desde una perspectiva clínica y, por ello, en esta investigación no se aplica individualmente, sino a un grupo de personas con discapacidad física y orgánica severa, que mantienen capacidad verbal y de reflexión.

4.9.1. Objetivos

Con esta intervención se busca una mejora en la calidad de vida de las personas mencionadas a través de la recreación y/o el divertimento, utilizando todas las técnicas benenzonianas y, como gran novedad, adaptadas al tipo de usuarios y usuarias de la institución en la que se desarrolla. Es por ello que las finalidades que se proponen en este programa son:

1. Aplicar la musicoterapia en personas con discapacidad física y orgánica severa.
2. Aumentar las emociones positivas de estas personas, ayudándoles a tener una visión más optimista de la vida.
3. Mejorar la calidad de vida de estas personas.

Estos objetivos tienen un tratamiento holístico y no son ni estrictos ni inflexibles, por lo que no condicionan el desarrollo de la intervención.

4.9.2. Destinatarios y destinatarias

El Modelo Benenzon está dirigido a personas con intención comunicativa en un contexto no-verbal y estableciendo un vínculo usuario/a y musicoterapeuta, con la finalidad de atender a la prevención primaria y a la mejora de su calidad de vida (Romero, 2012a).

A la hora de llevar a cabo las sesiones de Musicoterapia, Benenzon (2011) establece unas recomendaciones para que el usuario/a no pueda producir en el musicoterapeuta frustración, inhibición corporal y bloqueo de la creatividad.

La creatividad permite fabricar instrumentos para que el usuario/a pueda producir ritmos y sonidos varios, donde el esquema corporal es trascendente. Se debe apartar el lenguaje verbal en favor de los gestos, las mímicas y las expresiones sonoras vocales. De este modo, la persona es capaz de comunicarse cantando con mayor precisión, aspecto que debe compartir el musicoterapeuta.

Esta propuesta de intervención va dirigida a un grupo de usuarios y usuarias con discapacidad física y orgánica severa, que mantienen una mínima capacidad verbal y de reflexión adecuada al tipo de investigación que nos proponemos, entendida como posibilidad de comprender las consignas planteadas en la intervención para dar una respuesta, dentro de sus limitaciones, a las preguntas sobre sentimientos y emociones al interactuar con el musicoterapeuta.

4.9.3. Metodología

Benenzon, en su Modelo de Musicoterapia para la atención del usuario/a, distingue dos momentos en la metodología del ISO, en la atención del usuario/a (Romero, 2012a): la fase diagnóstica y la fase terapéutica.

La fase diagnóstica tiene como objetivo descubrir el ISO de la persona o del grupo, del objeto intermediario y el objeto integrador, como se sintetiza en la Figura 19. Se conoce a la persona desde el punto de vista sonoro o musical. Se sigue una metodología basada en la realización de una Ficha Musicoterapéutica con cuestiones relativas a la vivencia sonora musical, en el contexto de un encuadre no verbal, para descubrir cómo la persona se mueve dentro del lenguaje no-verbal y cómo lo realiza.

En la primera sesión, durante aproximadamente veinte minutos, se observa a la persona en su realización y utilización de los instrumentos a su alcance. Después, partiendo de cuatro fragmentos musicales de dos o tres minutos, se efectúa una evaluación (test no-verbal) tras controlar las reacciones del usuario/a.



Figura 19. Fase diagnóstica.

Fuente: elaboración propia, a partir de Benenzon (2011) y Romero (2012a).

Los fragmentos musicales, para determinar cuál de los elementos musicales impacta más y comprobar cómo la persona canaliza la ansiedad y con qué instrumento, deben reunir las siguientes características:

- a) Música de ritmo muy primitivo. Con uso del ritmo binario, porque se relaciona con el ritmo cardíaco y el pulso, y es fisiológico.
- b) Música donde debe predominar la melodía. El ritmo será secundario.
- c) Música donde predomina la armonía. Con música de ambiente que abarca todo el espacio.
- d) Fragmento de música popular tradicional y/o famosa.

El elemento primordial del contexto no-verbal que se aprecia en la estructuración del lenguaje musical es la repetición. El temor a la cronificación hace que el musicoterapeuta tema repetir una y mil veces una melodía o un ritmo, creyendo que está aburriendo o provocando una pasividad y no es así, porque cuanto más se repita un tema más fácil es su reconocimiento.

El ritmo a emplear será el binario, marcándolo con movimientos ascendentes y descendientes de brazos, de piernas, de los dedos, de cualquier parte que pueda entrar en movimiento. Se adaptarán instrumentos convencionales o creados para resolver todas las dificultades psicomotrices que el PC presente (Benenzon, 2011).

El musicoterapeuta no utilizará soportes de reproducción electrónica sonora, sino que interpretará con instrumentos del *setting*, en directo, abriendo caminos para propiciar el intercambio comunicativo no-verbal (vínculo) con usuarios y usuarias. En algunos momentos, hará “dialogando” sobre lo expresado por ellos. En otros, intentando que lo imiten o interactúen a partir de los ritmos interpretados por él. Para que surta el efecto buscado, el entrenamiento debe ser permanente, de ahí que la intervención se lleve a cabo tres veces por semana. Cada ausencia, cada alternativa de pasividad y de no estimulación es un fracaso ante el deterioro constante de la persona. Es por ello que se debe ayudar al usuario/a a que luche en forma constante para detener la progresiva disminución de sus facultades. En definitiva, el proceso debe ser continuo.

Entre un fragmento y otro discurrirá un lapso de 5 minutos, tiempo en el que el terapeuta observa las reacciones del usuario/a (dado que si la observación es directa desencadena ansiedad).

La fase terapéutica es la intervención de Musicoterapia propiamente dicha. El músico terapeuta hará uso de toda su capacidad de comunicarse con la persona. Siguiendo el Modelo Benenzon, se distinguen tres etapas en el desarrollo de la sesión (ver Figura 20):



Figura 20. Metodología del Modelo Benenzon.
Fuente: elaboración propia, a partir de Benenzon (2011) y Romero (2012a).

1. Caldeamiento y catarsis. Consiste en preparar el “organismo para la acción”, es decir, a la persona en general. El caldeamiento puede acarrear una descarga tensional o catarsis, o bien darse solo lo primero.
2. Percepción y observación del encuadre no verbal. El MT percibe el ISO del usuario/a, que intenta abrir un canal de comunicación con él. El ISO del terapeuta entra en juego, en un tanteo a nivel sonoro con el usuario/a.
3. Diálogo sonoro. Una vez establecido el canal se produce el efecto terapéutico, dado que se está buscando una comunicación sonora no-verbal con otra persona.

El objeto intermediario se usa como instrumento para el trabajo de la comunicación no-verbal, que permita dar fluidez a los canales de comunicación con el objetivo de que aflore el inconsciente (consciente y preconscious). No es necesario que sea musical, pero debe reunir estos requisitos:

- Previsible y de reconocimiento rápido.
- Cotidiano y relacionado con el ISO Cultural del usuario/a.
- De fácil manipulación y desplazamiento.
- Que favorezca las relaciones con otros instrumentos.

4.9.4. Sesiones de intervención musicoterapéutica

El programa de esta intervención consta de siete bloques relacionados con las seis dimensiones ya mencionadas y uno inicial de adaptación. Estos son: Bloque 0: Adaptación al objeto intermediario; Bloque 1: Auto aceptación; Bloque 2: Autonomía; Bloque 3: Relaciones positivas; Bloque 4: Dominio del entorno; Bloque 5: Crecimiento personal; y Bloque 6: Propósito de vida. En la Tabla 5 se ofrece un resumen con los objetivos, contenidos, actividades, número de sesiones y su duración, desarrollándose en el Anexo 11.

Tras la última sesión de cada uno de los bloques, se abrió un turno de palabra en el grupo para hacer una puesta en común donde se expresaron sus sentimientos y opiniones sobre las consignas trabajadas. El musicoterapeuta tomó nota de todo lo hablado y rellenó la Hoja de Conductas y Habilidades improvisatorias no-verbal y los Protocolos Benenzon de Síntesis y Rituales de cada uno de los participantes, que sirvieron para ir modificando la planificación inicial en función de las necesidades de los usuarios.

Tabla 5.
Resumen del Programa de Intervención por bloques.

Programa de Intervención					
BLOQUE	OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	SESIÓN	DURACIÓN
BLOQUE 0: ADAPTACIÓN AL OBJETO INTERMEDIARIO. “APRENDEMOS A COMUNICARNOS CON LENGUAJE NO-VERBAL”	01. Presentar el setting. 02. Dar a conocer las sesiones. 03. Descubrir su capacidad motora.	El setting: espacio y objetos y/o instrumentos de la sala que pueden ser utilizados para la comunicación no-verbal.	Presentación de los instrumentos del <i>setting</i> : -El MT, realiza esquemas rítmicos y melódicos con cada instrumento. -Práctica libre por parte de los usuarios y usuarias (US). -Sin melodías regladas ni partituras. -Afloramiento espontáneo de músicas conocidas. -Ecos, variaciones, diálogos sonoros tras propuestas del MT.	1ª	2 horas
	04. Descubrir qué instrumentos les atraen.	Instrumentos que se van a utilizar y mesa donde se van a ubicar.	Presentación de los distintos ritmos. -Los US realizan patrones rítmicos con instrumentos afines. -Comunicación a través de sonidos, ruidos y movimientos corporales. -Improvisaciones libres o imitando al MT o a cualquier compañero/a.	2ª	2 horas
	05. Adquirir habilidades para adaptarse al grupo.	Adaptación al grupo. Adaptación a los distintos timbres e intensidades sonoras.	Búsqueda del verdadero arquetipo corpóreo- sonoro-musical. -Los US “experimentarán” sonoridades e intensidades con los instrumentos del <i>setting</i> .	3ª	2 horas
	06. Conocer el tipo de ayuda que necesita el usuario/a en el uso del instrumento.	La comunicación no-verbal.	Improvisaciones con objeto intermediario para aflorar el ISO. -Se invitará a los US a expresar sus sentimientos a través de improvisaciones libres con el instrumento escogido (objeto intermediario). -Se observarán los ritmos predominantes, para descubrir su Historia de Vida sonoro-musical.	4ª	2 horas
	07. Conocer que la MTP es un mundo sonoro-no-verbal de comunicación. 08. Llegar a conocer qué es la comunicación no-verbal.	Los ISOs.	Descubrimiento ISO Universal y Gestáltico: -ISO Universal: energías producidas por nuestro cuerpo: sonido y ritmo cardiaco; los sonidos de la naturaleza (viento y agua); estructuras como melodías infantiles o canciones de cuna. -ISO Gestáltico: reconocimiento de la vida musical del usuario/a desde sus comienzos, inferida a través de sus improvisaciones no-verbales. -Diálogos sonoros a partir de improvisaciones para abrir canales de comunicación con el MT o US. -Reflexión final sobre la adaptación a los instrumentos intermediarios.	5ª	3 horas

Programa de Intervención					
BLOQUE	OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	SESIÓN	DURACIÓN
BLOQUE 1: AUTOACEPTACIÓN. "SOMOS POSITIVOS"	A1. Reconocerse como persona válida.	Las emociones negativas. Su influencia sobre nuestra vida.	-Consigna al inicio de cada sesión. -Improvisaciones pensando en la autoaceptación. -El MT interpreta ritmos alegres con gesto optimista y tomando iniciativas no verbales. -Asociaciones (ISO en Interacción) usando partes del cuerpo, movimientos, cantos, silbidos, chasquidos de dedos, percusión de manos o pies, gritos, murmullos y ritmos moviendo silla de ruedas.	6ª	2 horas
	A2. Desarrollar una relación terapéutica no-verbal.	Miedo, ansiedad, tristeza, depresión, ira.	-Apertura del canal de comunicación a través del cuerpo, cantando o acompañando ritmos improvisados por el MT, para encontrar el ISO en interacción. -Tararear, cantar estribillos de canciones populares evocadas (se entiende como secuencia dentro del proceso terapéutico en el que el ritmo libre se adapta a sus posibilidades).	7ª	2 horas
	A3. Reorganizar las zonas de la personalidad olvidadas del usuario/a.	Los estados emocionales que afectan negativamente a la calidad de vida como factor de riesgo para contraer enfermedades.	-Ritualización de secuencias para fortalecer el holding musicoterapéutico entre MT y US. -Repetición de piezas musicales de sesiones anteriores. -Acompañamientos rítmicos.	8ª	2 horas
	A4. Ayudar a procesar los recuerdos emocionales negativos.	La importancia de la autoaceptación.	-Mentalizados en la consigna, los US improvisarán desinhibiéndose e interactuando poco a poco, a través de los objetos intermediarios escogidos. -Desarrollo del lenguaje no-verbal. -Búsqueda de la comunicación de emociones con gestos, mímicas y expresiones sonoras vocales.	9ª	2 horas
	A5. Evocar los recuerdos. A6. Llegar a conocer la autoaceptación.	Los recuerdos. La autoaceptación.	-Afianzar el vínculo a través de la evocación de recuerdos mediante el sonido y el gesto facial-corporal. -Debate reflexionando sobre la autoaceptación, cómo ser más positivos, el orgullo, el entusiasmo, la seguridad y las dificultades de la comunicación no-verbal de estos sentimientos.	10ª	3 horas
	BLOQUE 2: AUTONOMÍA. "SOMOS AUTÓNOMOS"	AU1. Aprender a ser autónomos respecto a sus necesidades físicas.	Como ser autónomos.	-Expresión de independencia y autonomía a través de improvisaciones libres. -Se repite una y mil veces una melodía o un ritmo surgido por los US.	11ª
AU2. Mantener la claridad mental.		Autoafirmarse ante los demás manteniendo las opiniones.	-Afirmación de autonomía, improvisando sin importar lo que piensen los demás. -Ritmos de percusión de Semana Santa o canciones aprendidas.	12ª	2 horas
AU3. Aprender a tener confianza y expresar las opiniones propias.		Las decisiones sin importarte lo que los demás piensen de ti.	-Consolidación de autonomía. -Improvisaciones sin imitación. -Repetición de melodías improvisadas y conocidas.	13ª	2 horas

Programa de Intervención					
BLOQUE	OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	SESIÓN	DURACIÓN
	AU4. Saber despreocuparse de lo que la gente piensa de ti.	Cómo aliviar el dolor.	-El MT improvisa con fuerza y decisión. Liberando energía. Respuesta de US en sintonía. -Repetición de canciones conocidas acompañadas de sus instrumentos. -Relajación final.	14ª	2 horas
	AU5. Aprender a juzgarse por los valores que uno cree que son importantes y no por los que te digan los demás. AU6. Llegar a conocer lo que es la autonomía.	Mejorar el funcionamiento muscular. La autonomía.	- "Diálogos" no verbales libres e improvisados. Repetición de ritmos y canciones conocidas. -Búsqueda del bienestar a través del sonido. -Uso de instrumentos, voz y cuerpo. -Reflexión final sobre autoestima, respeto y responsabilidad.	15ª	3 horas
BLOQUE 3: RELACIONES POSITIVAS. "NOS CONOCEMOS Y SOMOS AMIGOS"	R1. Ofrecer canales alternativos de comunicación con lenguaje no-verbal.	La comunicación con lenguaje no-verbal.	-Relaciones positivas. -Improvisaciones dialogadas y contactos a través de instrumentos. -El MT interpreta con el xilófono "Forrest Gump Piano Theme". US acompañan con ritmos y movimientos.	16ª	2 horas
	R2. Fomentar la amistad y la comunicación con lenguaje no-verbal.	La amistad.	-Improvisaciones libres consolidando vínculos de amistad. -Se recuerdan las sevillanas del amigo, que los US acompañan con alegría.	17ª	2 horas
	R3. Encontrar en la amistad la ayuda que se necesita.	La comunicación con el grupo.	-Se busca la integración de todos en el grupo. -Cada uno propone una improvisación y todos le responden. -Uso de instrumentos, movimientos y gestos faciales. -Repetición de ritmos improvisados y canción anterior.	18ª	2 horas
	R4. Demostrar que se confía en los amigos para que ellos confíen en ti.	Comunicarse con los amigos y familiares.	-Uso de instrumentos compartidos e intercambio de los mismos para improvisar. -Repetición de canciones aprendidas. (Las llaves).	19ª	2 horas
	R5. Establecer comunicación y expresión de sentimientos entre musicoterapeuta y usuario/a.	Comunicarse con el Musicoterapeuta en lenguaje no-verbal.	-Expresión de confianza a través de las improvisaciones. -Se invita a tocar juntos o dialogando. -Canciones aprendidas con acompañamiento.	20ª	3 horas
	R6. Llegar a conocer qué son las relaciones positivas".	Comunicación. Su importancia.	-Reflexión sobre dificultades para expresar de forma no verbal sentimientos de relaciones positivas.		

Programa de Intervención					
BLOQUE	OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	SESIÓN	DURACIÓN
BLOQUE 4: DOMINIO DEL ENTORNO. “NOS RESPONSABILIZAMOS DE LO QUE DECIDIMOS”	D1. Estar a gusto con su propia vida.	El control responsable de las decisiones tomadas en el día a día.	-Improvisaciones libres y responsables. -Cuidado del setting. -Investigando maneras de tocar. -Cantar y ritmar con el metalófono “Forrest Gump Piano Theme”.	21 ^a	2 horas
	D2. Aprender a dirigir su propia vida.		-Improvisaciones libres, evitando consignas. Espontáneas. -Búsqueda del dominio del setting. -Repetición de ritmos improvisados y conocidos por los US.	22 ^a	2 horas
	D3. Ser capaz de construir un modo de vida acorde con su forma de ser.		-Improvisaciones libres añadiendo gestos corporales y faciales. Invitar a compañeros a conocernos mejor. -Se intenta transmitir aceptación de uno mismo. -Repetición de ritmos improvisados y conocidos por los US.	23 ^a	2 horas
	D4. Aprender a aceptar las responsabilidades y hacerles frente.		-Dominio del entorno a través de improvisaciones “difíciles” (con otras partes del cuerpo). -Expresión de sentimientos.	24 ^a	2 horas
	D5. Aprender a relajarse y hacer lo posible para ser feliz. D6. Llegar a conocer qué es el dominio del entorno.	La importancia de dominar el entorno.	-Recopilación de ritmos improvisados buscando el vínculo y el placer. -Se recuerdan canciones conocidas. -Reflexión final sobre adaptación al entorno.	25 ^a	3 horas
	BLOQUE 5: CRECIMIENTO PERSONAL. “NOS CONOCEMOS MEJOR”	C1. Reducir el miedo y la ansiedad ante la enfermedad y la vida.	Se trata de conocerse para mejorar su forma de vida, identificación de las nuevas experiencias y los avances reales que ha experimentado como persona.	-Improvisaciones con la consigna “somos positivos”. Con todo el cuerpo. Búsqueda de la desinhibición.	26 ^a
C2. Aprender a conocerse mejor.		-Repetición de ritmos improvisados y rutinas. -Diálogos no verbales utilizando setting y gestos. -Despedida con melodías y ritmos conocidos.		27 ^a	2 horas
C3. Aprender a ser inconformista.		-Se invita a compañeros a la comunicación a través del setting. -Improvisaciones libres y guiadas. -Repetición de canciones aprendidas acompañadas del objeto intermediario en improvisaciones libres.		28 ^a	2 horas
C4. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.		-Afirmación de la consigna “ser positivos y crecer”. -Diálogos improvisados y también monólogos espontáneos. -Repetición de ritmos conocidos. -Relajación final.	29 ^a	2 horas	
C5. Identificar los avances reales que con los años ha experimentado como persona. C6. Llegar a conocer qué es el crecimiento personal.		La importancia de crecer personalmente.	-Improvisaciones optimistas y alegres. -Melodía “Do-re-mi” con acompañamientos libres con objetos intermediarios y tarareos. -Reflexión final sobre la seguridad que se va adquiriendo en el uso del setting, la amabilidad y asertividad dentro del grupo.	30 ^a	3 horas

Programa de Intervención						
BLOQUE	OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	SESIÓN	DURACIÓN	
Programa de Intervención						
BLOQUE	OBJETIVOS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES	SESIÓN	DURACIÓN	
BLOQUE 6: PROPÓSITO DE VIDA. "TENEMOS FUTURO"	P1. Apoyar emocionalmente al usuario/a.	El ánimo y la relajación. La calidad de vida y el bienestar psicológico y social. Planes de futuro. Dirección y objetivos en la vida.	-Visión del futuro a través de improvisaciones (seguro, incierto, agitado, triste, feliz...). -Despedida con pasodoble "Soy cordobés".	31ª	2 horas	
	P2. Ser capaz de hacer planes de futuro y trabajar para hacerlos realidad.		-Improvisaciones de las consignas sobre el propósito de vida. -Se trabajan fortalezas: tesón, superación, optimismo y desinhibición. -El musicoterapeuta improvisa melodía de Mr. Sandman, The Chordettes con el metalófono, a propuesta de un usuario/a. -Todos acompañan y tararean. Fortalecimiento del vínculo grupal.	32ª	2 horas	
	P3. Capacitar al usuario/a para realizar los proyectos que se propone para sí mismo.		-Improvisaciones libres que expresan alegría y bienestar. -Ritmos ternarios, de vals, acompañados con elementos del setting y balanceos.	33ª	2 horas	
	P4. Sentirse bien con lo hecho en el pasado y lo que se espera hacer.		-Búsqueda del optimismo y comunicación grupal no verbal a través del setting. Rechazo de sentimientos depresivos. -Improvisación de las consignas sobre el propósito de vida. -Improvisaciones y acompañamientos sobre la marcha Radetzky, interpretada por el MT.	34ª	2 horas	
	P5. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria y a no deprimirse.		El propósito de vida. Su importancia.	-Improvisaciones libres para reafirmar el propósito de vida. -Diálogos e imitaciones. -Repetición de ritmos improvisados y conocidos y de la canción aprendida. -Reflexión sobre proyectos de vida y sensaciones tras los talleres, en la última sesión.	35ª	3 horas
	P6. Llegar a conocer qué es el propósito de vida.					

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar, las actividades programadas a través de las improvisaciones no-verbales de ritmos libres o de patrones rítmicos y de canciones populares acompañados del objeto intermediario en ningún momento usan melodías regladas ni partituras. Las improvisaciones son siempre espontáneas, tanto por parte del musicoterapeuta como de los usuarios y usuarias, lo que no impide que en dichas improvisaciones surjan, a veces, fragmentos evocadores de músicas conocidas encaminadas a hacer aflorar el ISO en Interacción, que es el que mueve a relacionarse, al intercambio de energía para que pueda producirse el vínculo (la relación) a partir del descubrimiento de los ISOs Gestáltico o identidad sonora del propio individuo, el ISO Universal, que proviene de

la herencia como ser humano, y del ISO Familiar, compuesto por los sonidos, movimientos y pausas que caracterizan a un determinado grupo familiar.

4.10. Cronograma de la Intervención

El programa consta de tres períodos fundamentales y diferenciados por su momento de aplicación:

- a) En primer lugar, el trabajo estuvo orientado a realizar acciones previas a la intervención, dirigidas a obtener datos de la situación inicial de los y las participantes. En este punto hay que destacar que, debido a sus limitaciones físico-motoras, su psicomotricidad fina y grafomotricidad, la aplicación de las Escalas, tanto en el pretest como en el postest, como en cualquier otro soporte escrito para recabar información, como es el caso de los cuestionarios de motivos, la ficha historia de Vida Sonoro-Musical o el cuestionario final, se han llevado a cabo de manera individual y el proceso ha sido como sigue: el musicoterapeuta ha leído la pregunta, el usuario/a la ha puntuado de viva voz y el musicoterapeuta ha señalado la puntuación en el soporte escrito.
- b) En segundo lugar, se implementaron una serie de sesiones (35) con el objetivo de desarrollar la libre expresión de las emociones a través de la improvisación no-verbal y posterior expresión verbal en el grupo diana.
- c) En último lugar, se explicitan las acciones a llevar a cabo después de la intervención, como son la aplicación del postest de las Escalas y el cuestionario final de valoración de la experiencia.

La distribución de las sesiones se refleja de manera más detallada en el cronograma de la Tabla 6.

Tabla 6.
Trabajo de campo.

AÑO 2016/2017	DURACIÓN	TEMPORALIZACIÓN	INSTRUMENTOS
ANTES DE LA INTERVENCIÓN			
Cuestionario Inicial de Motivos	5 minutos por usuario/a	01/11/2016	Cuestionario motivos
Entrevista Inicial individual	10 minutos por usuario/a	02/11/ 2016	Ficha historia Vida Sonoro-Musical
Valoración Inicial pretest Escalas de medida	2h.	02/11/2016	Escala B. Psicológico
	2h.	02/11/2016	Escala Calidad Vida
	2h.	04/11/2016	Escala B. Social
	3h.	04/11/2016	PANAS

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN					
BLOQUE	SES	DURACIÓN	TEMPORALIZACIÓN	INSTRUMENTOS	
BLOQUES DE TRABAJO	BLOQUE 0 ADAPTACIÓN AL OBJETO INTERMEDIARIO	S-1	2h.	07/11/2016	Protocolos Benenzon. Hoja Observación Debate grupo diana sobre variables a estudiar
		S-2	2h.	09/11/2016	
		S-3	2h.	11/11/2016	
		S-4	2h.	14/11/2016	
		S-5	3h.	16/11/2016	
	BLOQUE 1 AUTO ACEPTACIÓN	S-6	2h.	18/11/2016	Protocolos Benenzon. Hoja Observación Debate grupo diana sobre variables a estudiar.
		S-7	2h.	21/11/2016	
		S-8	2h.	23/11/2016	
		S-9	2h.	25/11/2016	
		S-10	3h.	28/11/2016	
	BLOQUE 2 AUTONOMÍA	S-11	2h.	30/11/2016	Protocolos Benenzon. Hoja Observación. Debate grupo diana sobre variables a estudiar.
		S-12	2h.	02/12/2016	
		S-13	2h.	07/12/2016	
		S-14	2h.	09/12/2016	
		S-15	3h.	12/12/2016	
	BLOQUE 3 RELACIONES POSITIVAS	S-16	2h.	14/12/2016	Protocolos Benenzon Hoja Observación. Debate grupo diana sobre variables a estudiar.
		S-17	2h.	16/12/2016	
		S-18	2h.	19/12/2016	
		S-19	2h.	21/12/2016	
		S-20	3h.	04/01/2017	
	BLOQUE 4 DOMINIO DEL ENTORNO	S-21	2h.	06/01/2017	Protocolos Benenzon. Hoja Observación. Debate grupo diana sobre variables a estudiar.
		S-22	2h.	09/01/2017	
		S-23	2h.	11/01/2017	
		S-24	2h.	13/01/2017	
		S-25	3h.	16/01/2017	
	BLOQUE 5 CRECIMIENTO PERSONAL	S-26	2h.	18/01/2017	Protocolos Benenzon. Hoja Observación. Debate grupo diana sobre variables a estudiar.
		S-27	2h.	20/01/2017	
		S-28	2h.	23/01/2017	
		S-29	2h.	25/01/2017	
		S-30	3h.	27/01/2017	
	BLOQUE 6 PROPÓSITO DE VIDA	S-31	2h.	30/01/2017	Protocolos Benenzon. Hoja Observación. Debate grupo diana sobre variables a estudiar.
		S-32	2h.	01/02/2017	
		S-33	2h.	03/02/2017	
		S-34	2h.	06/02/2017	
		S-35	3h.	08/02/2017	
DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN					
Valoración Final Escalas Posttest	1-S	2h.	10/02/2017	Escala B. Psicológico Escala Calidad Vida Escala B. Social PANAS	
	2-S	2h.	13/02/2017		
	3-S	2h.	15/02/2017		
	4-S	2h.	17/02/2017		
Pasar Cuestionario	1-S	10' por usuario/a.	22/02/2017	Cuestionario de valoración al finalizar la intervención.	

Fuente: elaboración propia a partir de Benenzon (2011).

4.11. Cuestiones éticas

Esta investigación ha respetado las cuestiones éticas fundamentales recogidas en las principales guías y códigos de ética científica como la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000) o códigos más adaptados a las Ciencias Sociales, como el ESRC Framework for Research Ethics (Orton-Johnson, 2010). Se demandó permiso a la Dirección de la Institución FEPAMIC, donde se llevó a cabo la investigación, para dar a conocer los objetivos y metodología del proyecto. Todos los y las participantes dieron su consentimiento tanto para la recogida de información como para el tratamiento de los datos obtenidos. A continuación, se desglosan los principios que se han tenido en cuenta para llevar a cabo este estudio:

- No se dañará a los y las participantes de la investigación.
- La independencia de la investigación debe ser clara y cualquier conflicto de intereses o parcialidad debe ser explícito.
- Se ha respetado, en todo momento, la confidencialidad de la información suministrada por los sujetos de investigación y el anonimato de los y las participantes.
- Los y las participantes de la investigación intervinieron de manera voluntaria, sin ningún tipo de coerción.
- La investigación se diseñó, revisó y emprendió, garantizando la integridad y la calidad.
- Tanto la Dirección del Centro como los y las participantes estuvieron completamente informados sobre el propósito, los métodos y los posibles usos previstos de la investigación, que implica su participación en la investigación y qué riesgos, si los hubiera, están involucrados.

CAPÍTULO V. RESULTADOS OBTENIDOS

CAPITULO V. RESULTADOS OBTENIDOS

En esta investigación se sistematiza el estudio de variables psicológicas, que son: la autoaceptación, reconocimiento de lo que valemos y de que somos dignos de ser queridos y respetados a pesar de no ser perfectos; la autonomía, capacidad de tomar decisiones sin intervención ni influencia externa; las relaciones positivas, manteniendo relaciones de confianza, estables y de intimidad con los demás; el dominio del entorno, controlando las responsabilidades y decisiones tomadas en el día a día, el crecimiento personal o capacidad de autorrealización como persona y el propósito de vida, aceptando los cambios y venciendo los miedos para crecer como persona. Todo ello está encaminado a posibilitar un afloramiento de emociones positivas en los usuarios y usuarias para que aumente su autoestima y una mejor predisposición y modelo de afrontamiento de la situación en la que se encuentran.

En primer lugar, se analizan los resultados cualitativos obtenidos a partir del cuestionario de motivos sobre su participación en este estudio, siguiendo con los resultados obtenidos en la historia de vida musical, resumen de la Hoja de Observación de Conductas y habilidades de improvisación, resumen de datos obtenidos en los Protocolos del Modelo Benenzon a lo largo de la intervención, respuestas de los usuarios y usuarias en los Debates referidos a las Consignas de actuación propuestas y, finalmente, las respuestas al Cuestionario de Valoración de la intervención.

En segundo lugar, se atenderá a los resultados de la aplicación de las escalas pretest-postest, y que han sido las siguientes:

- La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Adaptación al castellano de Díaz *et al.* (2006, p. 577).
- La Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Adaptación de Torres *et al.* (2008, p. 327).
- La Escala de Bienestar Social de Keyes. Adaptación de Blanco y Díaz (2005, p. 589).
- La Escala PANAS de emociones Positivas y Negativas (Watson *et al.*, 1988). Adaptación de Sandín *et al.* (1999, p. 42).

Finalmente, en la búsqueda de una mayor fiabilidad, los resultados expuestos en este apartado serán confrontados con los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo, respaldando así la interpretación que se ha hecho de los datos observados y obteniendo una serie de conclusiones que respondan a los objetivos de investigación formulados. Al tratarse de un diseño cuasiexperimental, hay que ser muy cuidadoso en el grado de certeza al atribuir la mejora a esta intervención sin haber controlado variables extrañas.

5.1. Resultados cualitativos

Se ha seguido un esquema de análisis con los datos recogidos, tras la puesta en común de las dimensiones trabajadas a lo largo de las sesiones, sobre la mejoría observada, la utilidad de la intervención de Musicoterapia y la posterior reflexión sobre lo trabajado y si esa intervención ha sido apropiada para aplicarla a este tipo de participantes/usuarios y usuarias. Finalmente, la satisfacción que ha producido en ellos dicha intervención.

5.1.1. Cuestionario de motivos sobre la participación

La aplicación de este cuestionario ha seguido los mismos pasos que los demás instrumentos, donde se ha necesitado la utilización de su capacidad motora y manual. Hay que aclarar que, debido a las limitaciones físico-motoras de los usuarios y usuarias, la aplicación de los cuestionarios ha sido individual.

Tabla 7.
Respuestas del Cuestionario de motivos.

Preguntas	Respuestas más repetidas	Porcentaje
1. Puntúa la importancia que le das a participar en el taller de Musicoterapia	Muy baja	0%
	Baja	0%
	Suficiente	20%
	Alta	30%
	Muy alta	50%
2. ¿Cuál es el interés que te mueve a participar?	Aprender a comunicarse con música y pasárselo bien.	70%
	Siempre les ha gustado hacer música.	20%
	No tener una razón concreta para participar, pero esperan pasarlo bien.	10%
3. De entre las siguientes dimensiones, ¿cuáles crees que son para ti más importantes?	Tener autonomía.	70%
	Poder dominar mi entorno físico y ambiental.	20%
	Tener relaciones más positivas y tener más amigos.	10%

Preguntas	Respuestas más repetidas	Porcentaje
4. ¿Cuáles te gustaría poder mejorar con la realización del taller?	Poder comunicarme con música con mis amigos	10%
	Ser más autónomo	70%
	Desenvolverme mejor en el medio que me rodea	20%
5. ¿Has realizado antes algún taller de Musicoterapia? ¿Fue una experiencia positiva? ¿Por qué?	No	100%

Fuente: elaboración propia.

A raíz de las respuestas obtenidas (ver Tabla 7), se aprecia que la participación suscita ciertas expectativas por lo novedoso. De ellas se deduce que lo que más les mueve a participar es poder tener más autonomía (70%), seguida del dominio del entorno (20%) y ampliar las amistades (10%) y así no depender tanto de cuidadores y cuidadoras en el desenvolvimiento de su día a día, aunque se les haya aclarado que también estas dimensiones se refieren a la hora de la toma de decisiones. No obstante, y a pesar de ello, parece que la actitud de estos usuarios y usuarias es la de participar y romper un poco la monotonía de su quehacer diario (el Taller se lleva a cabo en un horario que no interrumpe el devenir de las actividades normales de la Institución), con la esperanza de que en algo mejorará su bienestar y calidad de vida.

5.1.2. Historia de Vida Sonoro-Musical

Para hacer factible el Objetivo 1 del estudio (Diseñar una intervención de musicoterapia basada en la improvisación no-verbal siguiendo el Modelo Benenzon) se ha resumido, en la Tabla 8, la Historia de Vida Sonoro-Musical de los y las participantes antes de la Intervención, como guía a la hora de elaborar la implementación del taller de musicoterapia.

Tabla 8.
Ficha Musicoterapéutica. Historia de Vida Sonoro-Musical.

Ambiente sonoro-musical durante los primeros meses y/o años de vida	Porcentaje
Ambiente sonoro-musical durante la gestación	Desconocido por usuario/a 100%
¿Qué canciones te cantaban?	Oía música de la radio o la televisión 60%
	No lo recuerda o lo desconoce 40%
¿Cómo te dormían?	Con canciones infantiles 60%
	No lo saben 40%

Ambiente sonoro-musical durante los primeros meses y/o años de vida	Porcentaje	
De pequeño ¿Qué sonoridades emitías?	Imitaban los sonidos de los animales (perros, gatos, gallos y otros)	40%
	Imaginaban juguetes como reales e imitaban sus ruidos (coches, aviones y otros)	20%
	Imitaban las marchas de la Semana Santa	10%
	No lo sabe y/o no se acuerdan	30%
¿Qué canciones te gustaba cantar en la infancia?	La canción del Popeye	10%
	Abuelito de Heidi	20%
	La mamá de Marco	20%
	La música de corte popular	20%
	No lo saben y/o no lo recuerdan	30%
¿Qué canciones te gustaba escuchar en la infancia?	La de los dibujos animados	60%
	La de la radio	10%
	No lo recuerda	30%
¿Y en la adolescencia?	La de los dibujos animados	100%
¿Y en la actualidad?	Sevillanas	40%
	Copla española	20%
	Flamenco	30%
	Saetas de Semana Santa	10%
¿Tocas algún instrumento musical?	Teclado	20%
	No	80%
¿Qué instrumento te gustaría tocar?	Guitarra	60%
	Corneta	10%
	Piano	10%
	Tambor	10%
	Violín	10%

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar, a raíz de los resultados obtenidos en la entrevista sobre su historia musical se desprende que su bagaje musical se reduce a la música de corte popular. No tienen formación musical y, excepto dos que parece que han tocado alguna vez un teclado, los otros ocho no han tenido ninguna aproximación a instrumentos musicales (los dos usuarios y usuarias pasivos no han sido entrevistados). Sin embargo, parece que les gustaría tocar guitarra, tambor, corneta, piano..., que oyen y/o ven en la interpretación de las canciones populares que más les gustan (sevillanas, canción española, saetas y pasodobles). Ello no es óbice para que, desde esta perspectiva, se les haga ver que hay instrumentos de percusión con los que pueden hacer las improvisaciones y los ritmos que le gustan a pesar de sus limitaciones.

5.1.3. Descripción y valoración de la intervención

La intervención está constituida, como ya se describió, por una programación que consta de un bloque 0, de adaptación al objeto intermediario del Modelo Benenzon y de seis bloques a desarrollar en cinco sesiones de 2 horas de duración cada una, siendo la última de cada bloque de una hora más para comentarios y reflexiones (Bloque 1: La Autoaceptación; Bloque 2: La Autonomía; Bloque 3: Las Relaciones Positivas; Bloque 4: El Dominio del Entorno; Bloque 5: El Crecimiento Personal y Bloque 6: El Propósito de Vida).

Los objetivos de esta intervención (aplicar la musicoterapia en personas con discapacidad física y orgánica severa, aumentar las emociones positivas de estas personas, ayudándoles a tener una visión más optimista de la vida y mejorar la calidad de vida de estas personas) se desarrollan a través de consignas para que los y las participantes llevaran a cabo improvisaciones no-verbales con la intencionalidad de expresar los sentimientos de alegría y de felicidad, de autoaceptación, de autonomía, de querer relacionarse con los otros, de demostrar ser importantes y estar por encima de los problemas, y aprender los recursos que sobre estas variables puede aportarles la música. Tras la última sesión de cada uno de los bloques, se abrió un turno de palabra para hacer una puesta en común donde expresaron sus sentimientos y opiniones sobre las consignas trabajadas.

Debido a la falta de movilidad de los usuarios y usuarias, los instrumentos, en lugar de distribuirse por el suelo, se colocaron sobre una mesa, posibilitando así su acceso (ver imágenes 1, 2 y 3). El musicoterapeuta situó a los usuarios y usuarias que están en sillas de ruedas frente al instrumento más afín, ayudó a establecer la comunicación, y se acercó a cada uno y a cada una para hacer preguntas musicales o responder musicalmente o con gestos a lo planteado por los participantes. Algunos, dada su escasa movilidad, fueron estimulados de forma más personal, incluso ayudándoles a producir los sonidos.



Imagen 1. “El Setting”



Imagen 2. “Instrumentos del Setting”



Imagen 3. “Otros instrumentos del Setting”

Primordial importancia ha tenido en todas las sesiones el uso de la repetición como medio fundamental de transmisión de seguridad y gratificación en los usuarios y usuarias, y punto de partida hacia la experimentación de nuevas improvisaciones. Se han usado, por tanto, los patrones

de repetición/rituales que ocurren a lo largo de las sesiones a la hora de la comunicación no-verbal. Por último, también se tuvo en cuenta que los objetivos propuestos no son directivos, aunque sí intencionales.

Previo a cada sesión, el musicoterapeuta rellenó los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5). Al finalizar las mismas, rellenó la Ficha diaria de Observaciones (ver Anexo 4), Síntesis y Rituales y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (ver Anexo 5).

La sesión 1ª, de “Adaptación al objeto intermediario”, Bloque 0, se dedicó a la observación, por parte del musicoterapeuta, de los y las participantes en el uso de los instrumentos a su alcance, durante veinte minutos aproximadamente, acercándoles los de difícil acceso cuando mostraban interés por ellos (ver Imagen 4).



Imagen 4. Sesión “Adaptación al objeto intermediario”

Tras la observación, el musicoterapeuta interpretó varios fragmentos musicales de distintos estilos y rítmicas (ritmo binario, melodía sencilla, armonía...), durante dos minutos aproximadamente cada uno. La finalidad fue comprobar cómo se canalizaba la ansiedad y con qué instrumento, y averiguar cuál de los elementos musicales impactaba más a los usuarios y usuarias, a través de sus reacciones, gestos, tarareos y golpecitos. Entre un fragmento y otro, hubo un lapso de 5 minutos.

Cuatro usuarios y usuarias solo tienen movilidad en una mano, por lo que se les dio a escoger instrumentos que no requieren el uso de las dos manos (carraca, sonajas, pandereta, castañuelas de mango, maraca, palo de lluvia, placas con una baqueta...). El resto pudo escoger cualquier instrumento o elemento del setting. Se cumplió así la consigna del Modelo Benenzon en el sentido de que ninguna dificultad motora debe impedir que el usuario/a maneje algún instrumento para expresar sonidos y, si no, se adaptará uno a su medida.

En ningún momento se usan, según el Modelo Benenzon, melodías regladas ni partituras. Las improvisaciones son siempre espontáneas, tanto por parte del musicoterapeuta como de los usuarios y usuarias, lo que no impide que en dichas improvisaciones afloren, a menudo, fragmentos evocadores de músicas conocidas del folclore español, que son recordadas con cierta aproximación. Fueron, entre otras, “El patio de mi casa”, “Duérmete niño” y “Dónde están las llaves”, a las que se les suma “Soy cordobés” (Pasodoble de Rafael Castro, muy popular de la ciudad de Córdoba) o estribillos rítmicos de sevillanas o marchas procesionales.

Esta sesión supuso un primer contacto del musicoterapeuta con los y las participantes y de estos entre sí, y sirvió para configurar las relaciones interpersonales, el clima que debe existir en el desarrollo de las sesiones y su capacidad de comunicación no-verbal. Ya finalizando la sesión se produjo cierta desinhibición.

En las sesiones 2ª y siguientes del Bloque 0, se continuó trabajando la “Adaptación al objeto intermediario”. En concreto en esta sesión (y hasta la sesión 5ª), el musicoterapeuta desarrolló toda su capacidad de comunicarse con los usuarios y usuarias en tres etapas diferentes: a) Caldeamiento, que prepara para la acción; b) Observación del encuadre no-verbal y percepción del ISO de los usuarios y usuarias, intentando abrir un canal de comunicación con el musicoterapeuta produciéndose un tanteo a nivel sonoro con ellos; y c) Producción del diálogo sonoro una vez establecido el canal de comunicación para conseguir el efecto terapéutico, utilizando el contexto no-verbal, con instrumentos musicales y con el cuerpo como medio de expresión y de comunicación para favorecer la relación con los usuarios y usuarias. La consecuencia fue que, ante la ejecución de varias improvisaciones del musicoterapeuta con melodías populares, las imitaron e, incluso, respondieron con otras que ellos y ellas recordaban.

En la sesión 3ª, el musicoterapeuta continuó descubriendo los ISOs de los usuarios y usuarias a través de sus improvisaciones libres. La mayoría experimentaron con los instrumentos, aunque sin apenas interactuar. Se siguió avanzando hacia la meta de aprender a comunicarse con un lenguaje no-verbal.

A lo largo de la sesión 4ª se ayudó a establecer la comunicación, promoviendo en los usuarios y usuarias la realización de preguntas musicales o la posibilidad de responder musicalmente o con gestos a lo que se les planteaba. El resultado fue que, hasta los que tienen menor movilidad (los usuarios y usuarias pasivos), al ser estimulados de forma más personal, produjeron sonidos y pequeñas improvisaciones.

En la 5ª sesión, el musicoterapeuta dio a conocer en qué consiste la comunicación no-verbal, llevando a cabo ejercicios de improvisación con algunos usuarios y usuarias para afianzar la forma en que puede producirse el vínculo. Con el instrumento musical, algunos improvisaron la expresión de sentimientos como la angustia, la alegría y la seguridad (ver Imagen 5). Se respondió a cada uno y a cada una improvisando con su instrumento e intentando abrir los canales de comunicación para que se produjera el vínculo. El resultado fue que empezaron a acostumbrarse al uso de los instrumentos y material del setting (en ocasiones sus propias sillas) como intermediarios comunicativos y, aunque el proceso fue lento, se percibieron progresos.



Imagen 5. Sesión “Aprendemos a comunicarnos”

En la sesión 6ª y siguientes del Bloque 1, “Somos positivos”, se desarrolló la autoaceptación, buscando que los usuarios y usuarias descubrieran sus ISOs, expresando sentimientos positivos a través de improvisaciones libres y de la comunicación no-verbal, incidiendo sobre los “Recuerdos” (ver Imagen 6). Las improvisaciones se orientaron a evocar recuerdos positivos de la vida. El musicoterapeuta tomó la iniciativa, improvisando ritmos alegres y con gesto optimista, e invitando a usar partes del cuerpo con movimientos, canto, silbidos o chasquidos. El resultado fue que estos recuerdos provocaron la desinhibición en algunos de los usuarios y usuarias, al contrario de otros que no se sintieron gratificados porque sus recuerdos les evocaban malas experiencias vividas.



Imagen 6. Sesión “Recuerdos”

La sesión 7ª se focalizó en la consigna “Debo sentirme seguro y positivo conmigo mismo”, como facilitadora de la autoaceptación y el reconocimiento de sus posibilidades. Se favoreció la apertura del canal de comunicación a través del cuerpo cantando, tarareando y acompañando ritmos improvisados por el musicoterapeuta.

Canturrearon la canción popular “El patio de mi casa”, sugerida por la improvisación de un usuario/a, parecida al “aga-cha-té” de dicha melodía. Esta producción se entiende como una secuencia dentro de un proceso terapéutico en el que el ritmo se adaptará a sus posibilidades (aunque no sea exactamente el verdadero ritmo ni el verdadero tempo del original). Esta manera aséptica (espontánea, sin artificios) de trabajar lo no-verbal va favoreciendo la comunicación y creando vínculos. Siguiendo la máxima del Modelo Benenzon, esta interpretación se podrá repetir tantas veces como sea necesario, como un ritual de iniciación (comienzo de sesión), de despedida o como un eslabón para otras alternativas.

El resultado fue que algunos usuarios y usuarias empezaron a querer abrir el canal de comunicación y se sintieron desinhibidos, sacando de sí mismos sensaciones a través del cuerpo e instrumentos musicales (ver Imagen 7).



Imagen 7. Sesión “Tengo seguridad”

En la sesión 8ª se trabajó “Mi autoestima”, para lo cual se continuó propiciando el canal de comunicación mediante la improvisación de ritmos libres siguiendo la consigna “debo aceptarme tal y como soy”, dando a entender que nos aceptamos independientes y distintos de los demás. Con ello, se trató de poner en funcionamiento el ISO en Interacción porque el estímulo viene a través del cuerpo y la memoria se evoca con el movimiento. Fue una dinámica donde cada participante puso en juego su creatividad a través de sus improvisaciones, en la idea de que estas producen descargas energéticas del usuario/a que penetran en el musicoterapeuta, este moviliza sus ISOs y elabora una respuesta en función de sus asociaciones corporales-sonoro-musicales y a su vez ayuda a liberar la tensión energética de los ISOs de los usuarios y usuarias.

El holding musicoterapéutico entre usuario/a y musicoterapeuta exige estabilidad y secuencias que se ritualicen. Se finalizó, por tanto, recordando la pieza de la anterior sesión (“El patio de mi casa”), que sirvió de canal de comunicación y se encadenará con la próxima secuencia -cualquier ritmo o melodía que surja- que permita la apertura de un nuevo canal de comunicación.

El resultado fue que la mayoría llevó el ritmo, en la medida de lo posible, con sus instrumentos y lo tararearon (ver Imagen 8). Algunos improvisaron otras cancioncillas populares conocidas.



Imagen 8. Sesión “Mi autoestima”

La sesión 9ª se centró en “¡Cuánto he logrado!” y se pidió a los usuarios y usuarias que se expresaran a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos, pensando en la consigna “Debo sentirme entusiasmado con mis logros en la vida”. Se trabajó la creatividad intentando, a través del movimiento, ampliar la apertura del canal de comunicación, impulsando la sustitución del lenguaje verbal por los gestos, las mímicas y las expresiones sonoras vocales. Se intentó que, a través de la creatividad, se utilizase el cuerpo de los usuarios y usuarias como objeto intermediario, emitiendo sonidos y/o haciendo ritmos con los brazos, las palmas de las manos, los dedos o los pies. Debían usar todo su cuerpo o las partes que mantengan movilidad y, por tanto, aprender a desbloquearlo. Para ello, el musicoterapeuta iba tomando iniciativas a modo de ejemplo no-verbal,

intentando que mantuvieran un espíritu optimista en sus improvisaciones y éstos, con expresiones de alegría, mostraban su satisfacción. Lo importante no son sus producciones, sino que se sintiesen bien y fuesen creando un vínculo comunicativo (ver Imagen 9).



Imagen 9. Sesión “¡Cuánto he logrado!”

El resultado fue que todos y todas participaron, cada uno en la medida de sus posibilidades, porque estaban bastante motivados y desinhibidos, repitiendo con entusiasmo, como podían, las improvisaciones y melodías que se iban realizando.

En la sesión 10ª, con la consigna “Debemos sentirnos orgullosos de quienes somos”, se invitó a los usuarios y usuarias a realizar improvisaciones con ritmos libres para dar a entender que estaban orgullosos y orgullosas de lo que son. La mayoría comprende que todos somos diferentes y que cada uno se debe sentir bien siendo como es.

Se siguió buscando que las descargas energéticas de los usuarios y usuarias penetraran en el musicoterapeuta, para movilizar sus ISOs y elaborar una respuesta en función de sus asociaciones corporales - sonoro - musicales, lo que ayudaría a liberar la tensión energética de los ISOs.

El musicoterapeuta retomó el tema rítmico de “aga-cha-té” para favorecer el fortalecimiento del vínculo entre todos, que tararearon y acompañaron con balanceos, movimientos de brazos o los instrumentos, cada uno según sus posibilidades (ver Imagen 10).



Imagen 10. Sesión “¡Estoy orgulloso!”

Aprovechando que era la última sesión de este Bloque, se llevó a cabo una puesta en común (debate), reflexionando sobre la autoaceptación, sobre cómo ser más positivos, sobre el orgullo, el entusiasmo y la seguridad y las dificultades presentadas a la hora de la comunicación no-verbal de estos sentimientos. Hubo respuestas como “yo me acepto como soy”, respaldada por una mayoría que, en general, estaban contentas y contentos con ellos mismos por los logros conseguidos.

En las sesiones 11ª y siguientes del bloque 2 “Somos autónomos”, se propició la autonomía, entendida como la capacidad de independencia y autodeterminación en las propias decisiones. Se buscó que los usuarios y usuarias descubrieran sus ISOs, expresando sentimientos de independencia a través de improvisaciones libres y de la comunicación no-verbal. En concreto, en esta sesión se trabajó la consigna “debo tener confianza y expresar mis propias opiniones”.

El musicoterapeuta llevó a cabo una improvisación para demostrar que es firme en sus convicciones y participaron y colaboraron en todo momento intentando hacer, en la medida de sus posibilidades, lo que se les indicaba, desplegando sus habilidades sin temor ni inhibición.

Puesto que en el Modelo Benenzon la repetición es el elemento primordial del contexto no-verbal, se reiteró una y mil veces una melodía o un ritmo, ya que les gratifica por la previsibilidad de los intervalos y ritmos, que vuelven y se reconocen.

En la segunda parte de la sesión el musicoterapeuta improvisó un ritmo básico de sevillanas, que reconocieron y siguieron con partes de su cuerpo o instrumentos, según sus posibilidades o apetencias, fortaleciendo las relaciones interpersonales. Posteriormente, un usuario/a improvisó un ritmo de Semana Santa y se repitió muchas veces con acompañamientos libres.

Los usuarios y usuarias disfrutaban repitiendo innumerables veces aquello que de alguna manera les gratificaba, confirmando la teoría benenzoniana en este sentido (ver Imagen 11).

El resultado ha sido que han utilizado sus energías para demostrar que tienen autonomía de pensamiento y decisión, aumentando la confianza en sí mismos.



Imagen 11. Sesión “Confío en mí mismo”

En la sesión 12^a se trabajó con la consigna “No debes preocuparte de lo que la gente piensa de ti” y se consideró una continuación de la anterior, ya que se siguió con la autonomía en el aspecto de no dar importancia a lo que otros piensen de uno. El musicoterapeuta orientó sobre cómo, a través de una improvisación libre, se puede dar a entender que no le preocupaba lo que los demás pensasen de él, y pidió a los usuarios y usuarias que pensarán en la consigna y expresaran sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos (ver Imagen 12).

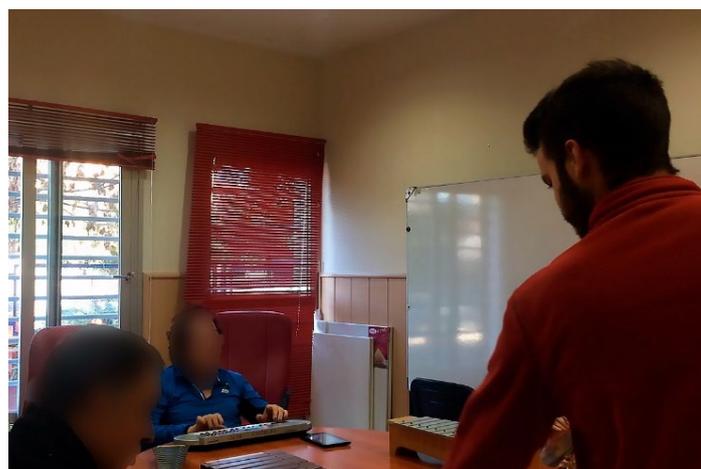


Imagen 12. Sesión “No me preocupa lo que piensen de mí”

Se continuó con la repetición de ritmos improvisados y conocidos fragmentos de ritmos de percusión de Semana Santa o con las canciones recordadas, como sevillanas (“Algo se muere en el alma...”), pasodobles (“Soy cordobés...”), que fueron cantadas, tarareadas o ritmadas con instrumentos o cuerpo.

El resultado fue que todas sus energías se orientaron hacia la idea de independencia y de libertad y confianza en sus improvisaciones. Aunque algunas improvisaciones sonaran “raras”, no importó, porque eran personales e incluso se repetían, sin importar que a algunos no les gustaran. Así, a través de los instrumentos, el cuerpo y los gestos, cada participante expresó libremente lo primero que se le ocurrió, sin importar los resultados ni lo que los demás opinaran y demostrando una menor inhibición.

La mayoría consiguió la catarsis y, como consecuencia final, la relajación. De esta sesión se destaca la receptividad mostrada por el grupo.

En la sesión 13ª la consigna fue “debo juzgarme por los valores que creo que son importantes y no por lo que me digan los demás”. Este es otro aspecto de la autonomía personal al que los y las participantes le dan mucha importancia, por lo que se trabajó como una continuación de la sesión anterior. El musicoterapeuta indicó que no le debían imitar a él ni a ningún compañero o compañera, y dedicó una improvisación a cada usuario/a, intentando transmitir seguridad e independencia. Cada persona contestó con una improvisación totalmente diferente y en la que quedaba claro que él o ella también lo era. La actividad se repitió varias veces, porque en algunos casos resultaba difícil que no hicieran eco de lo que oían (ver Imagen 13).



Imagen 13. Sesión “No me preocupa lo que digan de mí”

A continuación, y hasta finalizar la sesión, se repitió el esquema rítmico de Semana Santa, trozos de sevillanas y el pasodoble que tanto les gustaba. Cada participante acompañó con improvisaciones libres.

El resultado fue la evidencia de que sería necesario repetir en otras ocasiones este tipo de actividad para afianzar la independencia y seguridad de todos los usuarios y usuarias.

En la sesión 14ª, “Soy firme”, se continuó abordando la autonomía personal bajo el prisma de la firmeza en nuestras convicciones. Se trataba de imbuir en el ánimo de los usuarios y usuarias, a través de improvisaciones, la idea de que ellos y ellas tenían palabra y del valor de sus decisiones, aunque no estuviesen de acuerdo con sus familiares, amistades o cuidadores y cuidadoras. En esta sesión se planteó fomentar también el respeto hacia las acciones de los y las demás, así como la autoestima.

El musicoterapeuta realizó improvisaciones muy rítmicas y contundentes, intentando transmitir fuerza y firmeza. Fueron respondiendo a su aire, impregnando de rotundidad, a veces excesiva, sus improvisaciones. Luego, todos improvisaron libremente (ver Imagen 14).



Imagen 14. Sesión “Soy firme”

Para aplacar el excesivo ruido, el musicoterapeuta intentó provocar un ambiente más relajado improvisando la melodía de “Frère Jacques” que, tras varias repeticiones, provocó acompañamientos suaves, lo que llevó a una gran relajación previa al final de la sesión.

El resultado fue una cierta agresividad mostrada por los usuarios y usuarias en sus manifestaciones de firmeza lo que, dadas sus circunstancias, posiblemente supuso un desahogo. Finalmente se consiguió un agradable estado de relajación por parte de todos y de todas, incluido el musicoterapeuta. Durante esta sesión se consiguió llegar a la catarsis en el grupo.

La sesión 15ª se siguió la consigna “debo despreocuparme de lo que la gente piensa de mí”. Se considera continuación de las anteriores sesiones porque se trabajó la autonomía personal, ahora desde la perspectiva de tratar de influir en los sentimientos de autonomía e independencia respecto al “qué dirán”.

Se realizaron “diálogos” espontáneos entre los usuarios y usuarias, improvisando ritmos personales, consiguiendo no imitar en la mayoría de los casos, repitiéndose la actividad ya experimentada en la sesión 13. Posteriormente, cada uno improvisó, o repitió algún ritmo ya conocido, de manera espontánea, atendiendo solo a sus impulsos y buscando su bienestar a través del sonido (ver Imagen 15).



Imagen 15. Sesión “*Me despreocupo*”

Se utilizaron tanto los instrumentos como las voces y el cuerpo, de manera independiente o combinada. Se repitió el ritmo de Semana Santa y se recordó el de Frère Jacques.

El musicoterapeuta ayudó, como de costumbre, a los usuarios y usuarias con mayores dificultades de movilidad, tratando de captar la intención que estos tenían para expresarla según su voluntad.

En esta sesión, al ser la última del Bloque, se planteó una reflexión sobre sentimientos relacionados con la autoestima, el respeto, la responsabilidad y asertividad y se les invitó a dar a conocer su opinión sobre lo que habían sentido al hacer las improvisaciones propuestas en las sesiones anteriores. El resultado fue que la mayoría de los que hablaron apuntaron que procuran ser autónomos en muchas de sus decisiones, aunque a veces no se tienen muy en cuenta sus opiniones.

En la sesión 16ª y siguientes del Bloque 3, “Relaciones positivas”, se trabajaron las “Relaciones personales a través de la comunicación no-verbal”, buscando que los usuarios y usuarias descubrieran sus ISOs, expresando sentimientos positivos a través de improvisaciones libres y de la comunicación no-verbal.

Se buscó el acercamiento en el grupo, que cada persona se sintiera escuchada sin reticencias e intentando eliminar barreras para llegar a ser, además de compañeros y compañeras, amigos y amigas. El musicoterapeuta trató de fomentar las improvisaciones “dialogadas”, las alternancias e incluso los contactos a través de los instrumentos (ver Imagen 16). En ocasiones han expresado con la voz, mientras improvisaban, “estoy...”. Resultó complicado y se entendió la necesidad de una mayor práctica de la comunicación no-verbal.



Imagen 16. Sesión “Relaciones personales. Comunicación no-verbal”

El musicoterapeuta improvisó en el xilófono un fragmento del tema de “Forrest Gump”. Los usuarios y usuarias tararearon y acompañaron al musicoterapeuta con ritmos y movimientos. Se repitió varias veces con gusto por parte de todos y todas. No quedó claro si reconocieron la melodía, pero les gustó, porque se interesaron en la repetición del fragmento varias veces.

El resultado fue que hubo leves contactos entre ellos y ellas y a través de los instrumentos, dentro de sus dificultades de movilidad. Lo más importante a destacar de esta sesión fueron las buenas sensaciones entre los miembros del grupo.

La sesión 17ª, en la que se trabajó el “Fomento de la amistad”, se consideró continuación de la anterior porque se trabajaron también las relaciones positivas desde el fomento de la amistad a través del lenguaje no-verbal e improvisaciones libres, para terminar de eliminar los obstáculos en el acercamiento con sus iguales de una manera divertida. Se buscó que los usuarios y usuarias interaccionaran con todo el grupo y no por género y que fuesen creativos a la hora de improvisar.

Se pudo observar cómo los componentes del grupo se buscaban unos a otros y hacían improvisaciones libres intentando producir el vínculo entre ellos a través del lenguaje no-verbal. El musicoterapeuta orientó a quienes no supieron enfrentarse a esta producción hasta que se consiguió, aunque fuera mínimamente. La mayoría se sintió a gusto ejecutando este tipo de improvisaciones y las repitieron en varias ocasiones con otros compañeros y compañeras (ver Imagen 17).



Imagen 17. Sesión “Fomentamos la amistad”

El musicoterapeuta improvisó un fragmento de las sevillanas “Cuando un amigo se va”, que ellos y ellas acompañaron con alegría. Esta actividad resultó bastante gratificante para los usuarios y usuarias y se repitió varias veces.

El resultado fue que estas personas se sintieron cómodas con sus compañeros y compañeras, siendo más cómplices que en las primeras sesiones, alcanzando en ocasiones la catarsis. A lo largo de la sesión se ve que consiguieron evadirse de sus problemas y limitaciones.

La sesión 18, “Mis amigos me ayudan”, se consideró la continuación de las anteriores porque se siguieron impulsado las relaciones positivas. Se trató de dar valor a la amistad como recurso que ayuda física y moralmente y se buscó que todos y todas las componentes del grupo se integraran, no se marginara a nadie y se ayudara a aquellos que tenían menos visibilidad, haciendo que cada uno y cada una propusiera una improvisación a la que el resto respondía. En esta sesión se les motivó para que fuesen creativos y creativas y dieran un carácter divertido a sus improvisaciones con música y gestos corporales y faciales (ver Imagen 18).



Imagen 18. Sesión “Mis amigos me ayudan”

Se continuó con la repetición de ritmos improvisados y conocidos por los usuarios y usuarias y se repitieron las preferidas del grupo (El patio, Soy cordobés y Sevillanas del adiós). Esto provocó relajación y seguridad, así como sentimientos de camaradería.

El resultado fue una respuesta positiva por parte de todos porque querían demostrar su amistad a sus compañeros.

La sesión 19, “Confío en mis amigos”, era continuación de las sesiones anteriores para seguir fomentando las relaciones positivas. Se trataba de demostrar a las amistades la confianza mutua y se pusieron en juego las relaciones personales y asertividad a través de la improvisación y gestos de amabilidad faciales y corporales.

El musicoterapeuta orientó sobre cómo, a través del ritmo y del gesto, se puede dar a entender que podemos confiar en nuestros amigos y amigas, realizando improvisaciones juntos, invitando, con lenguaje no-verbal, a tocar compartiendo instrumentos (dos en un xilófono, por ejemplo) o el intercambio espontáneo de los mismos, hecho que no se había producido hasta el momento.

Como despedida, el musicoterapeuta improvisó la melodía “Donde están las llaves” y casi todos la siguieron con instrumentos, gestos corporales y voz (tarareo o letra). Se repitió varias veces. Este ayudó a quienes tenían dificultades para que tomaran conciencia de que podían intentar ejecutar la producción porque era parte del proceso y debían superar las barreras de la comunicación no-verbal (ver Imagen 19). El resultado fue que se demostraron amistad a través de improvisaciones libres dirigidas a algunos de sus compañeros y compañeras.



Imagen 19. Sesión “Confío en mis amigos”

La sesión 20ª, “Fomento las relaciones cercanas”, fue continuación de la anterior porque se siguieron trabajando las relaciones positivas. Se trató de que comprendieran que se deben fomentar las relaciones con las personas que te rodean y de que expresaran la confianza a través de las improvisaciones.

El musicoterapeuta invitó, con su ejemplo, a que utilizaran todos los medios expresivos no-verbales de que disponían, como los sonidos y los gestos corporales y faciales, además del resto del setting. Se realizaron improvisaciones libres, se invitó a compartir instrumentos o intercambiarlos y se produjo contacto físico por medio de los objetos intermediarios para reclamar atención y tocar juntos. Los usuarios y usuarias con total movilidad imitaban al musicoterapeuta en sus aproximaciones a compañeros y compañeras para tocar juntos o iniciar diálogos improvisados. También ayudaban a los que tenían la movilidad más reducida (ver Imagen 20).



Imagen 20. Sesión “Fomento las relaciones cercanas”

El musicoterapeuta improvisó sobre el tema de la Banda Sonora de “Forrest Gump”, que recordaron, acompañaron y repitieron.

Tras la última de las sesiones de este Bloque 3, se abrió un debate sobre las “relaciones positivas” como son la confianza, la amistad, la ayuda de los demás, el fomento de las relaciones personales y otras, incidiendo en las dificultades a la hora de expresar estos sentimientos de manera no-verbal, expresándolos con sonidos para comunicarse con el musicoterapeuta y entre ellos y ellas. Se destaca que todos los componentes del grupo participaron en dicha reflexión, aumentando su complicidad.

En la sesión 21ª y siguientes del Bloque 4, “Nos responsabilizamos de lo que decidimos”, sobre el dominio del entorno, se buscó que los usuarios y usuarias descubrieran sus ISOs, expresando sentimientos positivos a través de improvisaciones libres y de la comunicación no-verbal. En concreto, en esta sesión se trabajó la “aceptación de las responsabilidades”.

Se trató de provocar en los componentes del grupo una reflexión sobre la responsabilidad, el respeto y la colaboración, aceptando las consecuencias sobre las decisiones tomadas en el día a día. Se hizo hincapié en el cuidado del setting y el respeto a las intervenciones de los demás.

Al final de la sesión se dedicó un tiempo a la improvisación libre, en la que se integró el musicoterapeuta, que en un momento determinado interpretó en el xilófono el tema ya conocido de “Forrest Gump Piano Theme” (ver Imagen 21).



Imagen 21. Sesión “Acepto mis responsabilidades”

El resultado fue que los usuarios y usuarias se esmeraron en cuidar de los instrumentos a través del contacto y percepción de sus texturas, experimentando distintas maneras de tocarlos en las improvisaciones, cuidándolos y esforzándose en las improvisaciones creativas. Se puede destacar la colaboración de todos y de todas en el desarrollo de la sesión y la consecución de catarsis.

La sesión 22ª, “Yo dirijo mi vida”, se consideró una continuación de la anterior porque se siguió desarrollando el dominio del entorno. Se trató de reflexionar sobre la idea de que yo dirijo mi propia vida, sin perder de vista dimensiones como la responsabilidad, el respeto y la cooperación con los que me rodean. Se repitieron actividades de la sesión anterior, implicando en el lenguaje no verbal a los compañeros y compañeras del grupo. No se presentaron sugerencias por parte del musicoterapeuta, para que cada usuario/a decidiera qué, cuando, cómo y, a veces, con quién improvisar.

Espontáneamente, al final de la sesión, surgió el “repaso” /repetición de algunos ritmos ya practicados como “El patio de mi casa”, “Dónde están las llaves” y “Soy cordobés”. El resultado fue una mayor libertad expresiva y dominio del setting (ver Imagen 22).



Imagen 22. Sesión “Yo dirijo mi vida”

La sesión 23ª, “Yo construyo mi vida”, en línea de la anterior se trabajó, igualmente, el dominio del entorno, esta vez desde el punto de vista de “construir un modo de vida acorde con mi forma de ser”. Se trata de crear improvisaciones libres, gestos corporales y faciales con los que invitar al compañero a que me conozca. Se buscaba fomentar las relaciones personales, la autoestima, asertividad y la reflexión sobre la importancia de construir tu propia vida.

El musicoterapeuta realizó improvisaciones en las que intentó transmitir la aceptación de sí mismo (con desenvoltura y seguridad) y los usuarios y usuarias improvisaron con similar idea. Aunque el terapeuta sugirió de vez en cuando algunos ritmos, repitieron los suyos propios, siguiendo también la tónica de la sesión anterior. Fue bastante gratificante para todos.

Hay que destacar la predisposición del grupo a participar a pesar de la dificultad que presenta transmitir estos sentimientos con lenguaje no-verbal. El musicoterapeuta ayudó a todos los que tuvieron dificultades en sus improvisaciones. El resultado ha sido que algunos usuarios y usuarias han conseguido la catarsis que conduce a la relajación final.



Imagen 23. Sesión “Yo construyo mi vida”

En la sesión 24ª, “Yo hago frente a mis problemas”, se mantuvo el trabajo sobre el dominio del entorno y se introdujo la consigna “hacer con” una parte del cuerpo más difícil de usar.

El musicoterapeuta orientó sobre cómo, a través del ritmo, se puede dar a entender que se hace frente a los problemas del día a día y llevó a cabo improvisaciones “difíciles”, utilizando partes de su cuerpo menos hábiles para este fin (golpear con codo, frente, coger el instrumento con dedos, con las manos atrás...), expresando con gestos faciales que esto suponía un esfuerzo, para invitar a los usuarios y usuarias a esforzarse en el uso de alguna parte de su cuerpo menos capacitada o con menor movilidad, dando como resultado una gran disponibilidad de todo el grupo a colaborar con las actividades propuestas por el musicoterapeuta (ver Imagen 24).



Imagen 24. Sesión “Yo hago frente a mis problemas”

La sesión 25ª, “Yo hago lo posible por ser feliz”, se consideró consolidación de lo practicado en las anteriores, dado que se siguió trabajando el dominio del entorno. Se trataba de expresar los sentimientos de felicidad con lenguaje no-verbal, practicando los sonidos y ritmos o melodías que más placer les provocaran, de los ya experimentados, o improvisar sobre otros nuevos con los que se sintieran a gusto.

Al final, en un ambiente distendido, se recordaron algunos ritmos ya practicados. como “El patio de mi casa”, “Dónde están las llaves”, “Soy cordobés” y las “Sevillanas del adiós” (ver Imagen 25).



Imagen 25. Sesión “Yo hago lo posible por ser feliz”

El resultado fue una sesión similar a la 22ª, en la que libremente improvisaron y se relacionaron dentro de sus posibilidades.

En el intercambio de opiniones final de la dimensión, sobre el entorno que les rodea y su adaptación a él, en general comentaron que eran conscientes de su situación y dentro de sus circunstancias deben ser lo más felices posible. Se mostraron satisfechos y satisfechas con el lugar donde se encuentran porque disponen de buena atención y amigos.

A partir de la sesión 26ª y siguientes, “Nos conocemos mejor”, del Bloque 5, se trabajó el crecimiento personal, buscando que los usuarios y usuarias descubran sus ISOs, expresando sentimientos positivos a través de improvisaciones libres y de la comunicación no-verbal. En concreto, esta sesión se centró en trabajar la consigna “Soy positivo ante la enfermedad y la vida”. Se trató de provocar en los y las componentes del grupo una reflexión sobre el sentimiento de ser positivo ante la enfermedad y los reveses de la vida. Estas dimensiones se pusieron en juego a través de la improvisación libre con lenguaje no-verbal y gestos corporales y faciales, echando mano de lo ya aprendido sobre las improvisaciones, intentando que estas fueran creativas. Se buscó, igualmente, la desinhibición del grupo (ver Imagen 26).



Imagen 26. Sesión “Somos positivos”

El resultado fue que la mayoría consiguió la catarsis que les hizo olvidar las enfermedades e inconvenientes de la vida.

En la sesión 27ª, “Aprendo a conocerme mejor”, se continuó la precedente sobre el crecimiento personal. Se trataba de expresar la idea de que nos conocemos bien a través del lenguaje no-verbal. Se pusieron en práctica actividades para hacer posible la improvisación para expresar sentimientos con sensibilidad creativa. En cuanto a las dimensiones trabajadas, destacan la autoestima, la cooperación y la gestión de las emociones.

El musicoterapeuta realizó improvisaciones percutiendo y/o moviendo distintas partes de su cuerpo (cabeza, hombros, codos...), para descubrir hasta dónde llegaban sus posibilidades. Los usuarios y usuarias intentaron hacer lo propio, lo que supuso gran esfuerzo por parte de algunos y algunas, dadas sus grandes dificultades motrices (ver Imagen 27).



Imagen 27. Sesión “Aprendo a conocerme mejor”

El resultado fue que gran parte del grupo iba alcanzando un nivel aceptable de desinhibición y espontaneidad, al igual que se comunicaban entre ellos y ellas con confianza, y conocían las rutinas y las realizaban con pocas indicaciones por parte del musicoterapeuta, captando sin dificultad la consigna de cada sesión.

En la sesión 28ª, “Soy inconformista”, se abordó nuevamente el crecimiento personal. Se expresaron sentimientos de inconformismo, con improvisaciones llenas de contundencia y originalidad, acompañadas de gestos faciales. Las dimensiones trabajadas versan sobre la autoestima y el sentimiento de euforia que podría producir en los y las componentes del grupo pensar que su vida puede mejorar. Se buscó la desinhibición y el “poder hacer”.

Como era habitual, en cada despedida se repetían algunos ritmos y melodías ya conocidos, con lo que se conseguía seguridad y relajación, así como conciencia de grupo.

El resultado fue la satisfacción de que, en muchos aspectos, eran autónomos (ver Imagen 28).



Imagen 28. Sesión “Soy inconformista”

La sesión 29ª, “Debemos cambiar lo que pensamos de los demás”, fue continuación de las últimas sesiones porque se sigue trabajando el crecimiento personal. Se trata de ser positivos y positivas y cambiar lo que se piensa de nosotros y nosotras y de las demás personas. Las dimensiones giraron alrededor de la autoestima y la gestión de las emociones positivas.

El musicoterapeuta pidió implicar a otros con gesto amable y sonriente. Se percibió que, a través de las consignas y las improvisaciones libres o guiadas, los usuarios y usuarias habían estrechado considerablemente sus vínculos afectivos y se interesaban más unos por otros (ver Imagen 29).



Imagen 29. Sesión “Debemos cambiar lo que pensamos de los demás”

La última media hora se dedicó, como rutina, al recuerdo de melodías o canciones conocidas, a las que se acompañaron improvisaciones más o menos libres.

En la sesión 30ª, “Avanzamos”, se afianzó lo practicado en este bloque, trabajando el crecimiento personal. Se trataba de reconocer los avances que, con los años, han experimentado como personas.

Las dimensiones trabajadas giraron en torno a los sentimientos de optimismo, asertividad y toma de decisiones a la hora de comunicarse con el musicoterapeuta o sus compañeros y compañeras de manera no-verbal. Se repitieron ritmos improvisados y conocidos por los usuarios y usuarias, siendo esta vez “do, re, mi” el de más éxito (ver Imagen 30).



Imagen 30. Sesión “Avanzamos”

Por ser la última de este bloque 5, al final de la sesión se abrió un proceso de reflexión compartida, poniendo especial interés en destacar los aspectos que se habían trabajado a lo largo de las cinco sesiones correspondientes, en el plano de la comunicación no-verbal.

Los resultados fueron la mayor seguridad que mostraban los usuarios y usuarias en el dominio de las rutinas. Cambiaban de objetos intermediarios y experimentaban con todo el setting a su alcance. A veces reclamaban objetos más alejados, que el musicoterapeuta estuvo siempre atento a acercarlos.

Se observó, asimismo, un aumento en fortalezas como la amabilidad, la creatividad, el interés por aprender y el entusiasmo.

En el intercambio de opiniones sobre cómo se crece como persona, en general, comentaron que son amables y responsables. Todas y todos los componentes del grupo participaron en la reflexión, donde la idea más repetida fue “Casi no he tenido muchas experiencias agradables en mi vida y me gustaría que los avances en medicina sirvan para curarme”.

En las sesiones 31ª y siguientes, “Tenemos futuro”, del Bloque 6, se trabajó el propósito de vida, buscando que los usuarios y usuarias descubrieran sus ISOs, expresando sentimientos positivos a través de improvisaciones libres y de la comunicación no-verbal. En concreto, la sesión 31 versó sobre “Hago planes de futuro” y se trató de provocar en los y las componentes del grupo una reflexión sobre el sentimiento de ser positivo haciendo planes de futuro responsables y realizables. Estas dimensiones se pusieron en juego a través de la improvisación libre con lenguaje no-verbal y gestos corporales y faciales, echando mano de lo ya aprendido sobre las improvisaciones, intentando que estas fueran creativas y adecuadas a lo que querían expresar. Así, el futuro se esperaba tranquilo y lleno de seguridades, incierto, agitado, con altibajos, alegre y feliz, triste y desafortunado. (ver Imagen 31). Cada visión de futuro sugirió una improvisación apropiada, combinando timbres, alturas, intensidades y tempos.



Imagen 31. Sesión “Hago planes de futuro”

Como despedida, se repitieron ritmos improvisados y conocidos por los usuarios y usuarias. Esta vez el objeto de improvisaciones final fue el pasodoble “Soy cordobés”.

El resultado ha sido positivo y han querido repetir las actividades, integrándose con más facilidad en ellas, consiguiendo experimentar catarsis, para acabar con una sensación de relajación y alegría.

La sesión 32ª, “Tengo un proyecto”, trataba de concienciar al grupo de que había que poner en práctica alguno de los proyectos que hubieran deseado, siendo el fin abordar fortalezas como el optimismo, el tesón, el espíritu de superación y el trabajo. Se siguió trabajando en la desinhibición del grupo a la hora de la comunicación no-verbal.

Tras practicar improvisaciones según la consigna, un usuario/a propuso, mediante tarareo, la canción “Mr. Sandman”, de The Chordettes. El musicoterapeuta la tocó en el metalófono y todos y todas acompañaron con sus improvisaciones, gestos y tarareos, produciéndose un fortalecimiento de la relación/vínculo (ver Imagen 32).



Imagen 32. Sesión “Tengo un proyecto”

Se continuó con la repetición de ritmos improvisados y conocidos por los usuarios y usuarias y propuestas de canciones que el musicoterapeuta interpretó y ellos y ellas improvisaron acompañamientos.

En el resultado se destaca la participación en las actividades, cada participante según sus posibilidades, y el interés y alegría mostrado durante la sesión, en la que han canturreado e improvisado tarareos. Hay que destacar que los usuarios y usuarias tienden a vivir el presente, recordando el pasado, pero rehuyendo pensar en el futuro.

La sesión 33^a, “Estoy a gusto con mi vida”, era continuación del bloque sobre el propósito de vida. Se trataba de concienciar al grupo de que debían sentirse bien con lo hecho en el pasado y lo que esperaba hacer en el futuro. Las dimensiones estuvieron presididas por la autoestima, la esperanza y la cooperación entre los y las componentes del grupo.

El musicoterapeuta orientó sobre cómo, a través de una improvisación rítmica/melódica, se puede dar a entender que “me siento bien conmigo mismo” y la llevó a cabo con gestos, con el apoyo de la melodía del “Vals de las flores” del “Ballet Cascanueces”, de P. Tchaikovsky, expresando que se sentía muy bien y con optimismo. Los usuarios y usuarias le contestaron con

improvisaciones y gestos para transmitir que ellos también se sentían bien, acompañados con balanceos y percusiones ternarias de manera espontánea (ver Imagen 33).

También se hicieron improvisaciones libres para “estar a gusto” y tarareos de distintas cancioncillas que cada uno iba recordando.

En el resultado, como siempre, destaca la total disponibilidad del grupo y su entusiasmo en las actividades.



Imagen 33. Sesión “Estoy a gusto con mi vida”

Con la sesión 34^a, “Aprendo a no deprimirme”, se trataba de concienciar al grupo de que hay que aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria y a no deprimirse. Las actividades siguieron en la misma línea de las anteriores sesiones, donde todas las fortalezas giraron alrededor de la autoestima y la desinhibición personal como desencadenantes de las emociones positivas.

El musicoterapeuta orientó sobre cómo, a través de una improvisación rítmica, se puede dar a entender que no debemos deprimirnos, realizando improvisaciones y gestos para transmitir optimismo mediante ritmos rápidos y glissandos. Se puede ser optimista a pesar de que a veces las condiciones de vida sean complicadas.

Los usuarios y usuarias transmitieron, mediante improvisaciones, que no estaban deprimidos y deprimidas, sino alegres y optimistas. Luego, el musicoterapeuta improvisó con el xilófono sobre la “Marcha Radetzky” de J. Strauss, que tiene un ritmo alegre y desenfadado y todos los usuarios y usuarias demostraron conocerla. Todos improvisaron de alguna manera y tararearon o palmearon, comunicando optimismo y alegría (ver Imagen 34).

Los resultados, a pesar de las dificultades, han sido que todos y todas estaban lo suficientemente motivados y apoyados como para intentar llevar a cabo improvisaciones libres donde se podía intuir la expresión de sentimientos optimistas. Al menos, durante la sesión, se han

sentido alegres y animosos, lo que repercute en la disminución de sus sensaciones de dolor y dificultades psíquicas y/o motóricas.



Imagen 34. Sesión "Aprendo a no deprimirme"

La sesión 35ª, "Sé lo que quiero", transcurrió, igualmente, como continuación de las últimas sesiones. Se trataba de saber qué metas se proponen en la vida y esforzarse por alcanzarlas.

Al tratarse de la última sesión del bloque y del proyecto, el musicoterapeuta intervino lo menos posible, para que los usuarios y usuarias expresaran de manera no-verbal sus sentimientos, emociones y expectativas vitales. Como ya tenían práctica, espontáneamente experimentaron solos y solas o invitaron a personas del grupo, a veces con diálogos, otras mediante ecos o imitaciones y utilizando también el gesto y el cuerpo. Cuando lograban pequeños avances, sentían gratificación (ver Imagen 35).



Imagen 35. Sesión "Sé lo que quiero"

Como despedida se repitieron las canciones ya practicadas y se propusieron otras que sirvieron para afianzar el vínculo entre ellos y con el musicoterapeuta, al ser reconocidas por la mayoría.

Los resultados en cuanto a conseguir la catarsis, tras el caldeamiento inicial acostumbrado, fueron importantes, lo que los llevó a evadirse de sus problemas personales y conseguir una mayor relajación posterior.

A destacar la participación de todos y todas en la reflexión final, donde la idea más repetida fue “Yo no tengo un objetivo claro en mi vida”. Su proyecto de vida es vivirla sin complicaciones y contando con la ayuda necesaria.

En la despedida, todos y todas demostraron que se había creado un vínculo no solo terapéutico, sino afectivo, entre musicoterapeuta y grupo, que manifestó su deseo de continuar las sesiones, demostrando que estas habían sido muy gratificantes y satisfactorias.

5.1.4. Resumen de la observación de conductas y habilidades de improvisación

Al finalizar cada una de las sesiones se ha llevado a cabo una recogida de datos en la Ficha de Observación de Conductas y Registro Diario (Anexo 4), en la que se han conjugado las variables trabajadas con los datos de la intervención musicoterapéutica.

La información aportada por este registro se interpreta del siguiente modo, en virtud de las observaciones realizadas a los usuarios y usuarias en los siguientes elementos o ítems de valoración para cada una de las variables consideradas:

- Duración y/o tiempo de las interacciones musicales: 1=menos de 10 segundos; 2=entre 10 y 19 segundos. 3=entre 20 y 29 segundos; 4=entre 30 y 39 segundos; y 5=más de 40 segundos.
- Número de respuestas musicales: 1=entre 1 y 5 respuestas; 2=entre 6 y 10 respuestas; 3=entre 11 y 15 respuestas; 4=entre 16 y 20 respuestas; y 5=más de 20 respuestas.
- Grado de actividades a la entrada y a la salida: 1=casi nada; 2=poca; 3=normal, 4=mucha; y 5=excesiva.
- Intencionalidad de las improvisaciones: 1=no se observa ninguna intencionalidad; 2=se observa poca intencionalidad; 3=se observa alguna intencionalidad; 4=se observa bastante intencionalidad; y 5=se observa mucha intencionalidad.
- Variedad en las improvisaciones: 1=no hay ninguna variedad; 2=hay poca variedad; 3=hay alguna variedad; 4=hay bastante variedad; y 5=hay mucha variedad.

Con los datos recogidos, procedentes de la observación (ver Anexo 4), se ha llevado a cabo un resumen para codificarlos posteriormente y darles validez (ver Tabla 9).

Tabla 9.

Puntuación media: Conductas y Habilidades de Improvisación no-verbal.

VARIABLES	Puntuación media de cada usuario/a											
	ítem de observación de conductas y habilidades improvisatorias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
AUTOACEPTACIÓN	1	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.	3	4	3	3	2	2	4	2	2	4
	2	N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.	4	4	2	5	4	3	4	1	4	3
AUTONOMÍA	1	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.	2	3	2	3	3	2	2	3	2	4
	2	N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.	3	3	4	2	3	4	2	2	4	2
RELACIONES POSITIVAS	1	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2
	2	N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.	4	4	3	3	4	3	3	1	3	2
	3	Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.	4	3	2	2	3	4	4	1	4	4
	4	Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.	4	4	4	3	3	2	4	2	3	2
DOMINIO DEL ENTORNO	1	N.º de veces que hace improvisaciones.	5	4	4	5	5	5	2	3	4	1
	2	N.º de veces que atiende a las consignas.	3	2	3	4	4	4	3	1	3	4
	3	N.º de veces que participa en el debate.	3	3	2	3	3	3	4	1	3	3
CRECIMIENTO PERSONAL	1	Intencionalidad de las improvisaciones.	3	4	3	2	4	2	3	3	3	2
	2	Variedad de las improvisaciones.	3	3	2	3	2	3	2	2	2	4
PROPÓSITO DE VIDA	1	N.º de situaciones novedosas de la sesión.	4	3	4	4	4	3	4	1	4	2
	2	Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.	2	3	4	2	4	3	4	2	2	4

VARIABLES	Puntuación media de cada usuario/a											
	ítem de observación de conductas y habilidades improvisatorias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FISICO-MOTOR	1	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).	3	4	3	3	3	3	3	1	3	2
	2	Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).	4	4	3	3	3	3	2	1	3	3
	3	N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2

Fuente: elaboración propia.

Nota 1. Los dos usuarios y usuarias pasivos no fueron evaluados por la escasa actividad ejercida, dadas las dificultades que han tenido para seguir las sesiones y la imposibilidad de pasarles las Escalas.

Nota 2. Duración y/o tiempo de las interacciones musicales: 1=menos de 10 segundos; 2=entre 10 y 19 segundos; 3=entre 20 y 29 segundos; 4=entre 30 y 39 segundos; y 5=más de 40 segundos. Número de respuestas musicales: 1=entre 1 y 5 respuestas; 2=entre 6 y 10 respuestas; 3=entre 11 y 15 respuestas; 4=entre 16 y 20 respuestas; y 5=más de 20 respuestas. Grado de actividades a la entrada y a la salida: 1=casi nada; 2=poca; 3=normal, 4=mucha; y 5=excesiva. Intencionalidad de las improvisaciones: 1=no se observa ninguna intencionalidad; 2=se observa poca intencionalidad; 3=se observa alguna intencionalidad; 4=se observa bastante intencionalidad; y 5=se observa mucha intencionalidad. Variedad en las improvisaciones: 1=no hay ninguna variedad; 2=hay poca variedad; 3=hay alguna variedad; 4=hay bastante variedad; y 5=hay mucha variedad.

En la Tabla 9, Resumen de Observación de conductas y habilidades musicoterapéuticas de improvisación no-verbal, se han compaginado las variables trabajadas en esta intervención con las actividades llevadas a cabo en todas y cada una de las sesiones, recogiendo una media de conductas y habilidades por su duración, grado, intervenciones, ocasiones y frecuencia, según indique el elemento observacional (ítem) al que acompaña. A cada variable se le ha hecho corresponder una o varias unidades de observación de conducta y habilidades musicoterapéuticas que están relacionadas con ésta. La variable “Físico-motora”, a pesar de encontrarse diferenciada en la observación, está relacionada con el control de las emociones y diluida en las otras, así como observada a lo largo de las 35 sesiones trabajadas.

Los datos aquí expuestos se han resumido y traducido en tablas y gráficos de frecuencia en cada uno de los ítems de observación para cada una de las variables de estudio, para así poder ser triangulados con posterioridad con la información procedente del tratamiento de las herramientas de carácter cuantitativo.

a) Autoaceptación

A esta variable le corresponden dos ítems que se relacionan con la autoestima y con la capacidad de hacer improvisaciones, venciendo la timidez de interactuar ante los y las demás y de no reparar en sus opiniones.

Tabla 9.a.1.
Autoaceptación.

Número de respuestas musicales del usuario/a a propuesta del musicoterapeuta con consigna				
N.º de respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10 respuestas	3	30.0	30.0	30.0
15 respuestas	3	30.0	30.0	60.0
20 respuestas	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.



Figura 21. Número de respuestas musicales del usuario/a a propuesta del Musicoterapeuta con consigna.
Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 9.a.1 se observa que el número de respuestas musicales del usuario/a a propuesta del musicoterapeuta con consigna más repetido es la de 20 respuestas (4 veces), lo que demuestra que, en gran medida, se ha participado en las sesiones de una manera suficiente y venciendo la timidez de interactuar con las demás personas.

Tabla 9.a.2.
Autoaceptación.

Número de respuestas musicales creativas a propuesta del musicoterapeuta				
N.º de respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5 respuestas	1	10.0	10.0	10.0
10 respuestas	1	10.0	10.0	20.0
15 respuestas	2	20.0	20.0	40.0
20 respuestas	5	50.0	50.0	90.0
+ de 20 respuestas	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

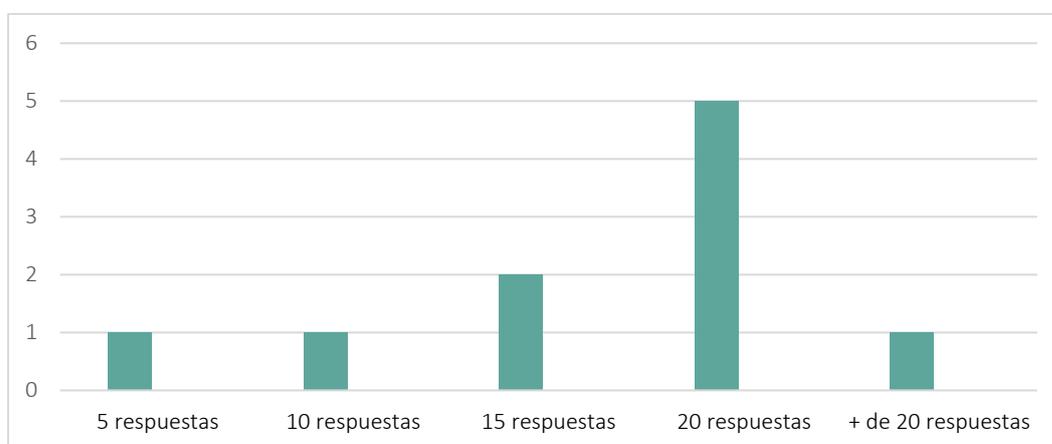


Figura 22. Número de respuestas musicales creativas a propuesta del Musicoterapeuta.
Fuente: elaboración propia.

Igualmente, en el número de respuestas musicales creativas a propuesta del musicoterapeuta, se observa que la frecuencia de 20 respuestas (5 veces) es también la más repetida, donde se pone a prueba la creatividad de las improvisaciones, la autoestima y, por ende, la aceptación de la consigna (ver Tabla 9.a.2).

b) Autonomía

A esta variable le corresponden dos elementos que hacen referencia a la autoafirmación y a la capacidad de tener iniciativa propia.

Tabla 9.b.1.
Autonomía.

Número de propuestas musicales del usuario/a a iniciativa propia				
N.º de Propuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10 propuestas	5	50.0	50.0	50.0
15 propuestas	4	40.0	40.0	90.0
20 propuestas	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.



Figura 23. Número de propuestas musicales del usuario/a a iniciativa propia.
Fuente: elaboración propia.

El número de propuestas musicales del usuario/a a iniciativa propia más frecuente es de 10, seguido de 15 propuestas con frecuencia de 4 veces (ver Tabla 9.b.1). En este elemento es muy importante la iniciativa propia como garante de la autonomía del usuario/a.

Tabla 9.b.2.
Autonomía.

Número de propuestas creativas a iniciativa propia				
N.º de respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10 propuestas	4	40.0	40.0	40.0
15 propuestas	3	30.0	30.0	70.0
20 propuestas	3	30.0	30.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.



Figura 24. Número de propuestas creativas a iniciativa propia.
Fuente: elaboración propia.

El número de propuestas musicales creativas a iniciativa propia es bastante alto entre 15 y 20 propuestas (ver Tabla 9.b.2). La creatividad a iniciativa propia, igualmente, es un determinante de la autoafirmación.

c) Relaciones Positivas

Esta variable implica el análisis de cuatro elementos valorativos que enlazan con la relación y/o comunicación para medir las ocasiones en que se ha producido el vínculo relacional en sus distintas situaciones.

Tabla 9.c.1.
Relaciones Positivas.

Número de interacciones musicales entre usuario/a y el musicoterapeuta				
N.º de Interacciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5 interacciones	1	10.0	10.0	10.0
10 interacciones	3	30.0	30.0	40.0
15 interacciones	6	60.0	60.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

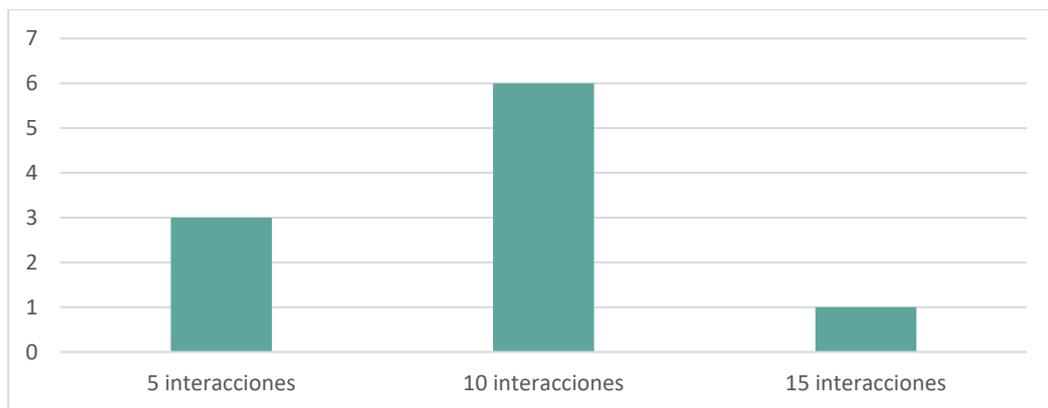


Figura 25. *Número de interacciones musicales entre usuario/a y el Musicoterapeuta.*
Fuente: elaboración propia.

En atención al número de interacciones musicales entre el usuario/a y el musicoterapeuta, la Tabla 9.c.1 muestra que ha sido alto, la mayor parte de 10 interacciones, lo que indica la generación de una fluida comunicación entre ambos.

Tabla 9.c.2.
Relaciones Positivas.

Número de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros				
N.º de interacciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5 interacciones	1	10.0	10.0	10.0
10 interacciones	1	10.0	10.0	20.0
15 interacciones	5	50.0	50.0	70.0
20 interacciones	3	30.0	30.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

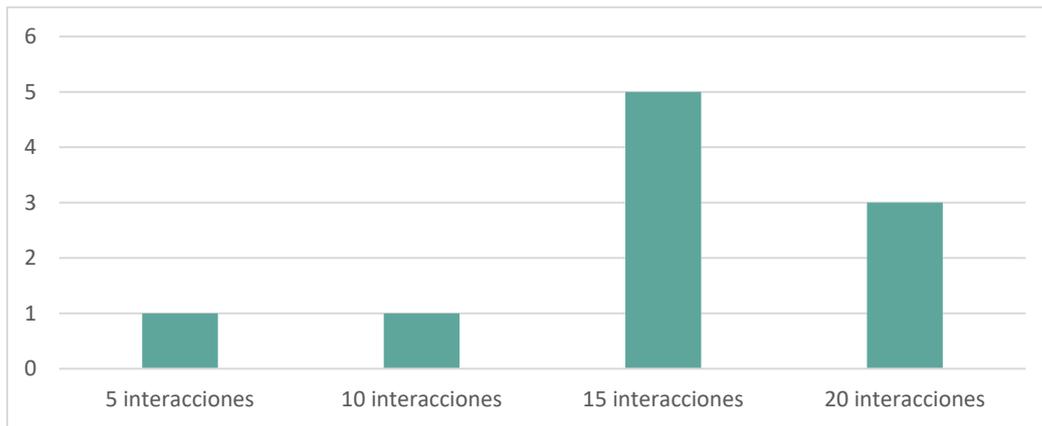


Figura 26. Número de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.
Fuente: elaboración propia.

Si se atiende a la comunicación con vínculo entre el usuario/a y el resto del grupo, se observa en la Tabla 9.c.2 que el mayor número de interacciones se sitúa en la franja de las 15, considerada alta. La cifra más baja (5 interacciones, frecuencia 1) se corresponde con usuario/a con accidente cerebrovascular isquémico.

Tabla 9.c.3.
Relaciones Positivas.

Duración de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta				
N.º de segundos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
9 segundos	1	10.0	10.0	10.0
20 segundos	2	20.0	20.0	30.0
29 segundos	2	20.0	20.0	50.0
39 segundos	5	50.0	50.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

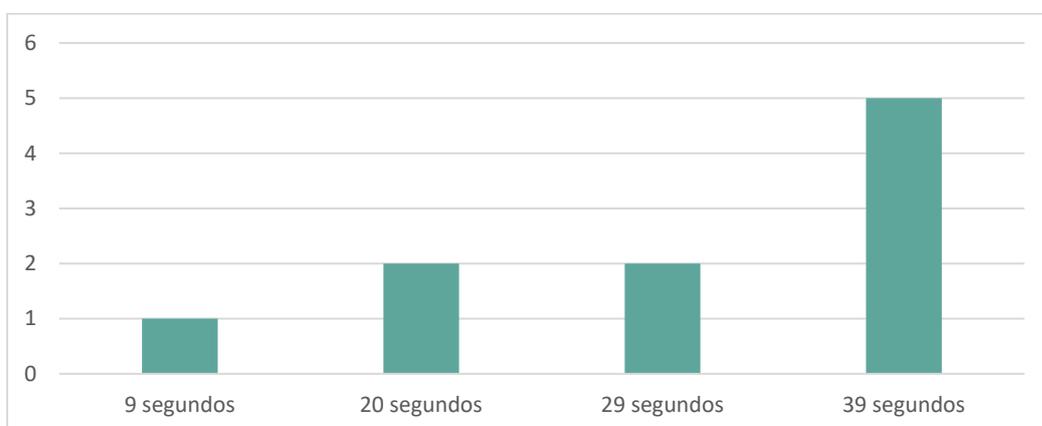


Figura 27. Duración de interacciones musicales entre usuario/a y Musicoterapeuta.
Fuente: elaboración propia.

La duración de las interacciones comunicativas entre el grupo y el musicoterapeuta ha sido duradera en el tiempo, ya que se ha observado que la frecuencia más alta está en los 39 segundos (ver Tabla 9.c.3).

Tabla 9.c.4.
Relaciones Positivas.

Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros				
N.º de segundos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
19 segundos	3	30.0	30.0	30.0
29 segundos	3	30.0	30.0	60.0
39 segundos	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.



Figura 28. *Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.*
Fuente: elaboración propia.

Misma duración o, incluso, más alta, es la que se estima de las interacciones musicales entre los usuarios y usuarias y el resto del grupo, ya que se extiende de manera global en su mayor frecuencia a 39 segundos o más (ver Tabla 9.c.4). Ello demuestra que estas personas, con la ayuda del programa de intervención, se abren a las relaciones con los demás y, por tanto, se produce la comunicación y se genera el vínculo.

d) Dominio del Entorno

Este elemento de análisis está integrado por tres unidades observacionales que se relacionan con la capacidad de sentirse bien en el setting haciendo improvisaciones, dominando el lugar y participando en las consignas y en el debate.

Tabla 9.d.1.
Dominio del Entorno.

Número de veces que hace improvisaciones				
N.º de veces	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 veces	1	10.0	10.0	10.0
2 veces	1	10.0	10.0	20.0
3 veces	1	10.0	10.0	30.0
4 veces	3	30.0	30.0	60.0
5 veces	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

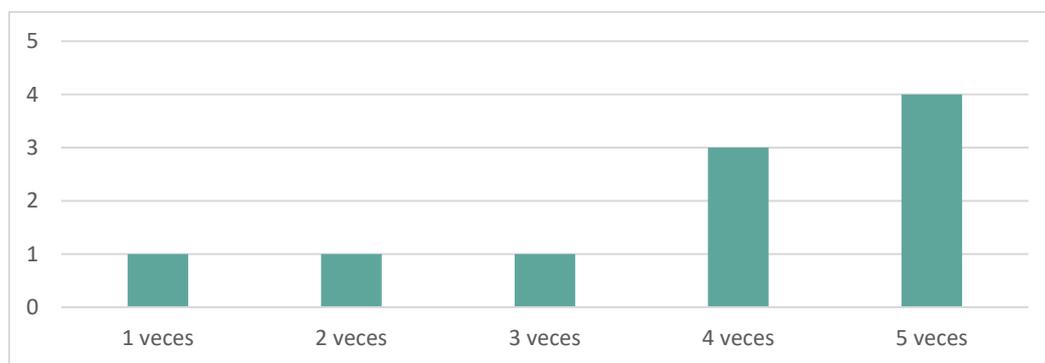


Figura 29. Número de veces que hace improvisaciones.
Fuente: elaboración propia.

La Tabla 9.d.1 hace referencia al número de veces que el usuario/a hace improvisaciones. Los resultados vienen a expresar que la frecuencia de participación en las sesiones ha sido alta.

Tabla 9.d.2.
Dominio del Entorno.

Número de veces que atiende a las consignas del musicoterapeuta				
N.º de veces	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2 veces	2	20.0	20.0	20.0
3 veces	4	40.0	40.0	60.0
4 veces	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

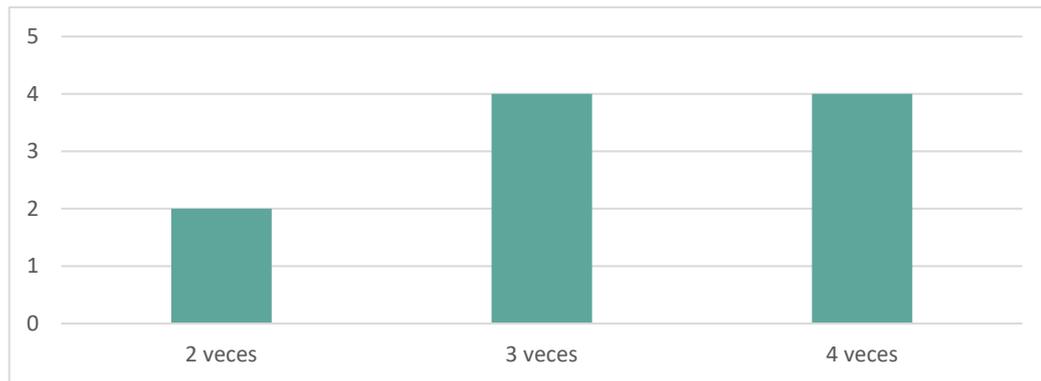


Figura 30. Número de veces que atiende a las consignas del Musicoterapeuta.
Fuente: elaboración propia.

La participación de los usuarios y usuarias atendiendo a las consignas del musicoterapeuta, tal y como reflejan los datos de la Tabla 9.d.2 es entendida como normal, lo que demuestra que no siempre los usuarios y usuarias han tenido en cuenta los requerimientos de este especialista.

Tabla 9.d.3.
Dominio del Entorno.

Número de veces que participa en el debate				
N.º de veces	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 veces	1	10.0	10.0	10.0
2 veces	1	10.0	10.0	20.0
3 veces	7	70.0	70.0	90.0
4 veces	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

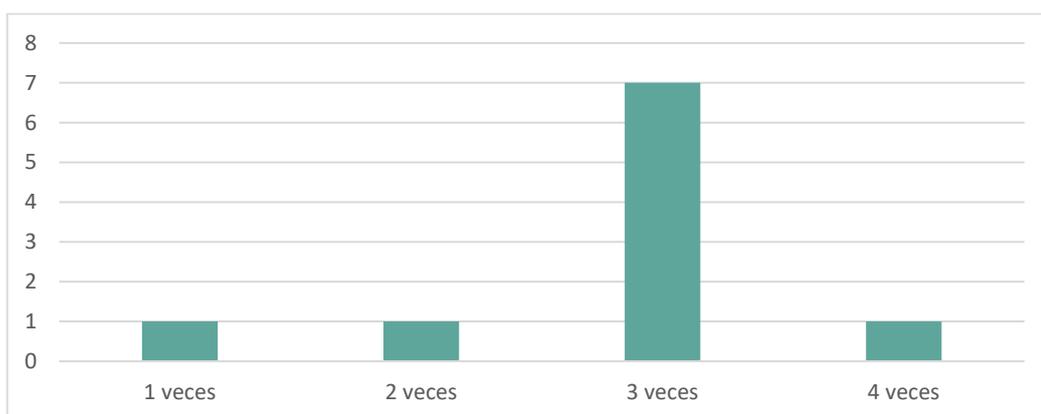


Figura 31. Número de veces que participa en el debate.
Fuente: elaboración propia.

Asimismo, el resultado de una media de 3 veces de intervención en el debate final de cada bloque del programa, indica que la mayoría de los usuarios y usuarias participaban de buen grado expresando sus ideas sobre los temas propuestos (ver Tabla 9.d.3).

e) Crecimiento personal

El crecimiento personal es observado a través de dos unidades concretas como son la autorrealización, unida a la intencionalidad y la variedad de las improvisaciones.

Tabla 9.e.1.
Crecimiento Personal.

Intencionalidad de las improvisaciones				
Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Poca	3	30.0	30.0	30.0
Alguna	5	50.0	50.0	80.0
Bastante	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

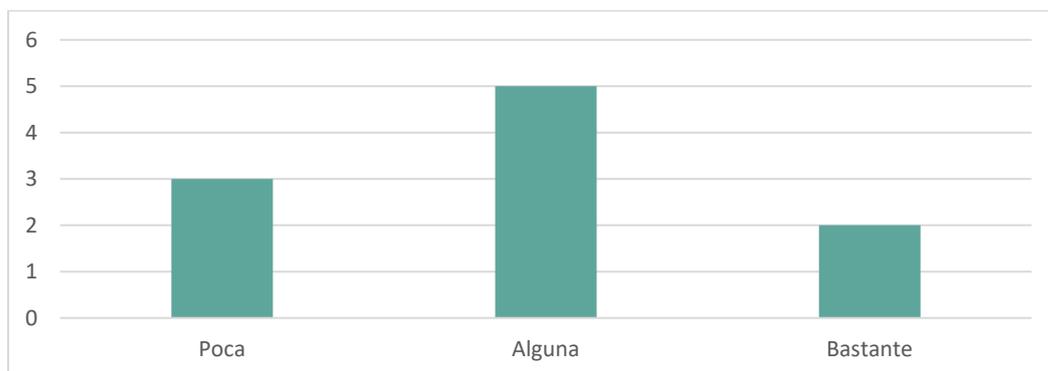


Figura 32. Intencionalidad de las improvisaciones.
Fuente: elaboración propia.

Al observar la intencionalidad musical de las improvisaciones, se detecta que la mitad de los usuarios y usuarias producen alguna, lo que se traduce en una muestra de interés por llevar a cabo las actividades propuestas de la mejor manera (ver Tabla 9.e.1).

Tabla 9.e.2.
Crecimiento Personal.

Variedad en las improvisaciones				
Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Poca	5	50.0	50.0	50.0
Alguna	4	40.0	40.0	90.0
Bastante	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

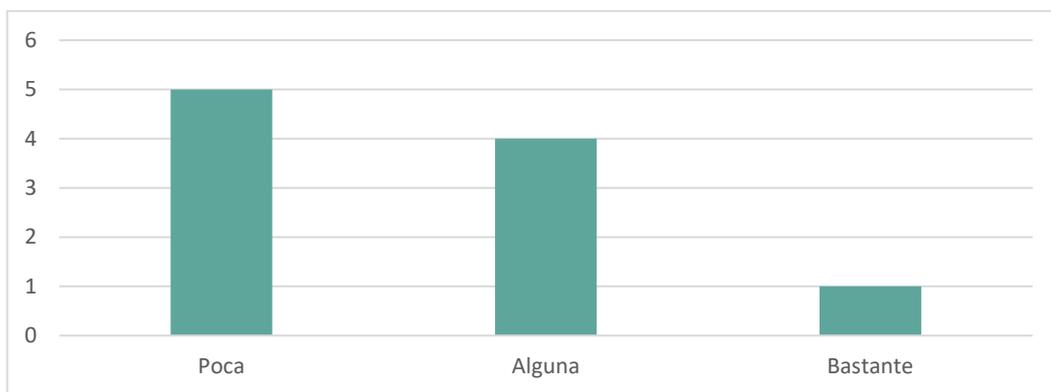


Figura 33. *Variedad en las improvisaciones.*
Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, la variedad de esas improvisaciones musicales es muy escasa, aunque lo destacable es la participación (ver Tabla 9.e.2).

f) Propósito de vida

El propósito de vida, como variable de análisis, se observa a través de dos elementos que se relacionan con el interés por el futuro y con la adaptación a las situaciones nuevas.

Tabla 9.f.1.
Propósito de Vida.

Número de situaciones novedosas de la sesión				
N.º de situaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5 situaciones	1	10.0	10.0	10.0
10 situaciones	1	10.0	10.0	20.0
15 situaciones	2	20.0	20.0	40.0
20 situaciones	6	60.0	60.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

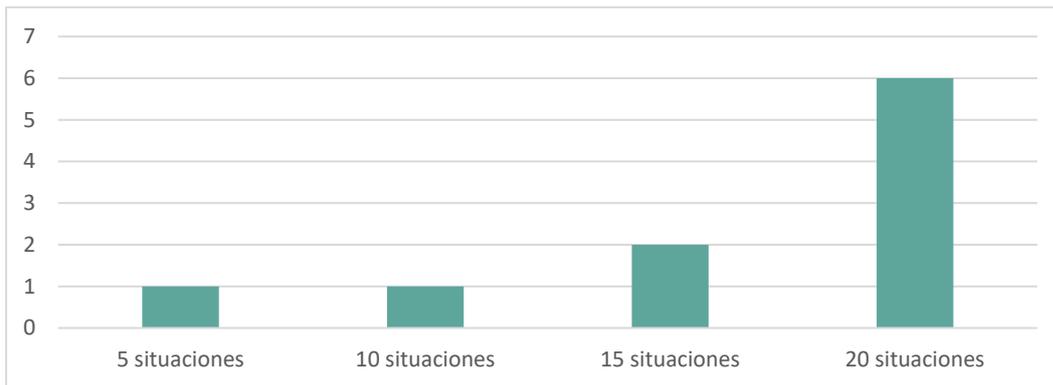


Figura 34. Número de situaciones novedosas de la sesión.
Fuente: elaboración propia.

La Tabla 9.f.1 hace referencia a las situaciones en las que el usuario/a presenta una improvisación novedosa a lo largo de la sesión, con autonomía, autoafirmación y sin temor a lo nuevo. Como se puede observar, en las sesiones se produce una gran variedad en las situaciones nuevas a las que los usuarios y usuarias se adaptaban bien.

Tabla 9.f.2.
Propósito de Vida.

Tiempo de permanencia en la situación novedosa				
N.º de segundos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
19 segundos	4	40.0	40.0	40.0
29 segundos	2	20.0	20.0	60.0
39 segundos	4	40.0	40.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.



Figura 35. Tiempo de permanencia en la situación novedosa.
Fuente: elaboración propia.

La duración en estas situaciones novedosas variaba con mayor frecuencia entre 29 a 39 segundos (ver Tabla 9.f.2). Una vez que decaía, se pasaba a una nueva o a la repetición de las anteriores.

g) Físico-motor

Esta variable es analizada a partir de tres unidades de observación que se relacionan con la relajación y la calma para conseguir disminuir tensiones (angustia, preocupación, excitación, irritación, nervios, actividad y ansiedad).

Tabla 9.g.1.
Físico-motor.

Grado de actividad motora a la entrada de la sesión				
Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casi nada	1	10.0	10.0	10.0
Poca	1	10.0	10.0	20.0
Normal	7	70.0	70.0	90.0
Mucha	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

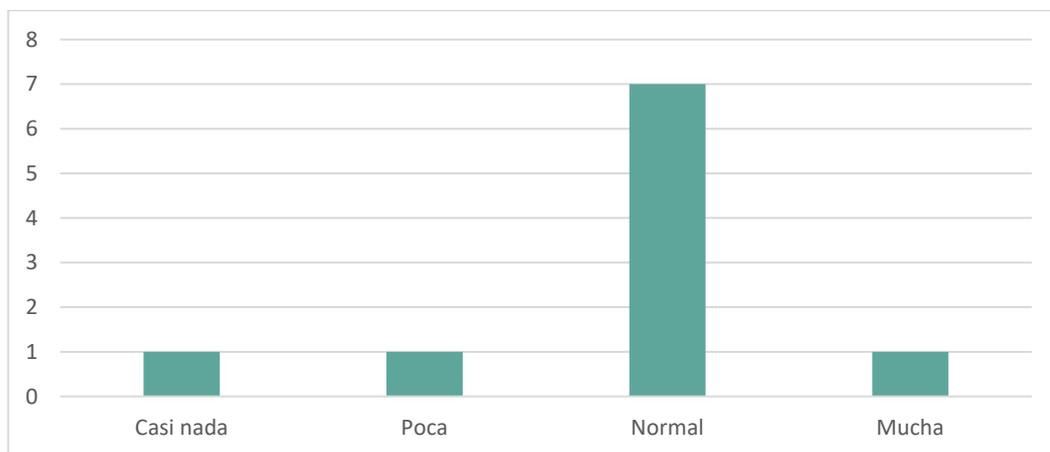


Figura 36. Grado de actividad motora a la entrada de la sesión.
Fuente: elaboración propia.

En referencia al grado de actividad motora a la entrada, se puede comprobar por lo datos de la Tabla 9.g.1, que dicha actividad es normal, en la mayoría de los usuarios y usuarias.

Tabla 9.g.2.
Físico-motor.

Grado de actividad motora a la salida de la sesión				
Grado de Valoración	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casi nada	1	10.0	10.0	10.0
Poca	1	10.0	10.0	20.0
Normal	6	60.0	60.0	80.0
Mucha	2	20.0	20.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

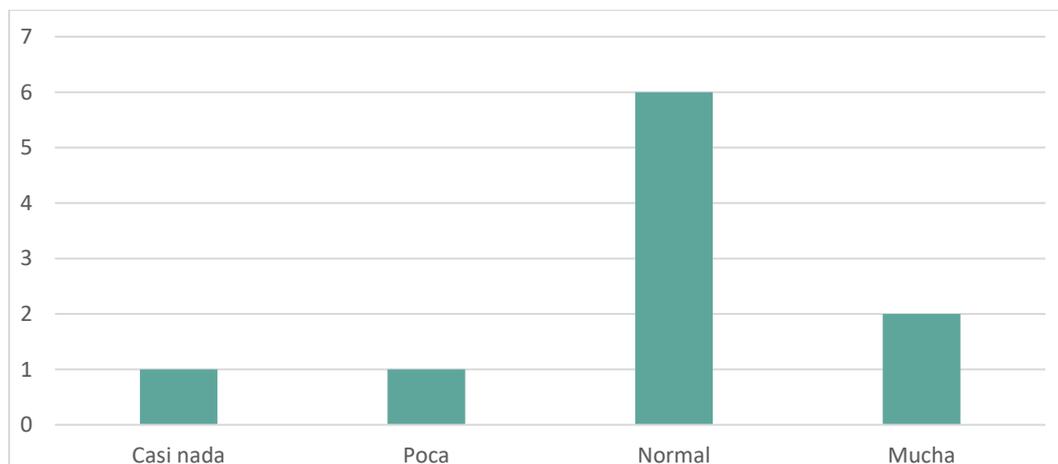


Figura 37. Grado de actividad motora a la salida de la sesión.
Fuente: elaboración propia.

Si atendemos al grado de actividad motora a la salida, se puede comprobar en la Tabla 9.g.2, que la actividad motora de la mayoría de los usuarios y usuarias es normal. Tras las actividades de relajación llevadas a cabo al final de la sesión, la mayoría de los usuarios y usuarias vuelven a la calma, consiguiendo así disminuir tensiones como angustia, preocupación, excitación, irritación, nervios, actividad o ansiedad.

Tabla 9.g.3.
Físico-motor.

Número de ocasiones con movimiento dinámico controlado en el setting				
N.º de ocasiones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10 ocasiones	9	90.0	90.0	90.0
15 ocasiones	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

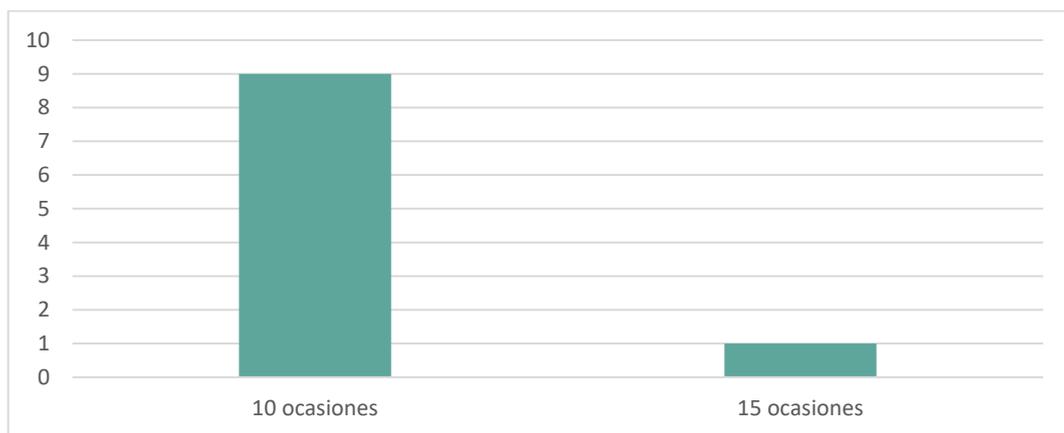


Figura 38. Número de ocasiones con movimiento dinámico controlado en el setting.
Fuente: elaboración propia.

Este último elemento se refiere al número de ocasiones con movimiento dinámico controlado por todo el setting en el que intervienen las personas participantes. Los datos de la Tabla 9.g.3 muestran una media de 10 ocasiones a lo largo de todas las sesiones, lo que resulta coherente con el bajo grado de movilidad motora que tienen con silla de ruedas.

5.1.5. Resumen de los Protocolos Benenzon

El trabajo de campo, constituido por 35 sesiones, tuvo lugar en las Salas de Usos Múltiples 1 y 2 de FEPAMIC entre el 7 de noviembre de 2016 y el 8 de febrero de 2017. La intervención completa se desarrolló entre el 1 de noviembre de 2016 y el 1 de marzo de 2017.

El setting se definió del siguiente modo:

- Sala de usos múltiples 1 (SUM 1) aislada acústicamente para garantizar la comunicación no-verbal y favorecer la vibración. Sus dimensiones son de 20 x 10 metros, suficientes para permitir la libertad de movimiento. Sus paredes están pintadas de color blanco y no tienen ninguna decoración.
- Sala de usos múltiples 2 (SUM 2) con de aislamiento acústico. Sus dimensiones son de 4 x 8 metros y de color blanco. El espacio es reducido para los propósitos del estudio.
- Los objetos intermediarios se colocan sobre una mesa para facilitar su uso a los usuarios y usuarias que están en sillas de ruedas.

Se contó con un total de 34 instrumentos (Instrumental Orff): 1 xilófono soprano y 1 xilófono alto, 1 metalófono soprano y 1 metalófono alto, 1 carrillón soprano, 1 caja, 2 panderos, 2 panderetas, 4 maracas, 2 cajas chinas, 2 triángulos, 2 pares de crótalos, 1 timbal, 2 güiros, 2 castañuelas de mango, 2 pares de claves, 1 sonajas, 2 cascabeles, 2 carracas y 1 palo de lluvia. Un usuario/a aportó un pequeño teclado por su familiaridad con él.

Hay que señalar que los instrumentos más empleados fueron maracas, xilófonos, metalófono, panderetas, triángulos, palo de lluvia y teclado.

En los protocolos Benenzon se da mucha importancia al estado anímico del terapeuta al inicio de cada sesión. Este se define como alegre, animado y con ganas de trabajar. El musicoterapeuta abordó su cometido de manera positiva y con la ilusión de que en cada una de las sesiones se va a presentar la ocasión de hacer llegar a los usuarios y usuarias un aliento de esperanza que les ayude.

Con la finalidad de complementar la información aportada en la Hoja de Observación de Conductas y entender la dinámica generada con el diseño de esta intervención de musicoterapia basada en la improvisación no-verbal siguiendo el modelo Benenzon, se muestra un resumen del Protocolo Benenzon de Síntesis y Rituales (ver Tabla 10 y Anexo 5). Consta de quince unidades de análisis en las que se recoge información relevante sobre la actitud de los usuarios y usuarias ante la consigna, la participación en las canciones y/o improvisaciones, el movimiento corporal, espacial, gestual, las asociaciones sonoro-musicales que sirvieran para comunicar, establecimiento de patrones de repetición/rituales al comienzo y desarrollo de la sesión y/o cambio de estos. Los resultados obtenidos han sido categorizados y transformados en porcentajes para así poder interpretarlos.

Tabla 10.
Trabajo de Campo. Resumen de los Protocolos Benenzon.

Pregunta	Descripción	Porcentaje
Ausencias de usuarios y usuarias. Causas	Indisposición.	5.43%
Uso de la consigna	Siempre y con buena disposición.	60%
	No siempre.	40%
¿Participa en las Canciones?	Sí, siempre lo han intentado.	70%
	Sí, a veces han desconectado.	30%
¿Gestualiza?	Sí, siempre lo han intentado.	70%
	Sí. A veces se cansaba.	30%
Movimiento corporal	Sí, siempre lo han intentado.	100%
Movimiento espacial	Movimiento libre por todo el setting.	100%
Actitud del usuario/a	Siempre positiva.	70%
	En general siempre con buena actitud	30%
Asociaciones sonoro-musicales no-verbales más importantes en comunicación con el musicoterapeuta en:	Expresiones de felicidad, alegría.	100%
	Cantando y acompañando al musicoterapeuta las canciones aprendidas.	
	Han seguido el ritmo con instrumentos, con gestos, palmadas, tamborileo...	
	Al principio, cada usuario/a ha hecho una improvisación individual y libre. Poco a poco se han ido compenetrando y siguiéndose unos a otros.	
	Han despertado la mente a través de la comunicación no-verbal.	
Dificultades de las sesiones	Tocar con fuerza y/o caerse las baquetas de las manos.	100%
	Tocar más fuerte y molestar al compañero.	
	Interrumpir para ir al servicio por incontinencia.	
Nuevas asociaciones sonoro-musicales no-verbales más significativas	Comunicación entre ellos: Cuando uno ha comenzado un ritmo, todos los demás lo han seguido.	100%
	Cuando uno ha comenzado una canción, todos los demás lo han seguido.	
Cambio de estrategias	En el aspecto de la programación: 6ª Sesión: Se comienza con las consignas intencionales. 10ª Sesión: Se comienza con el debate sobre las dimensiones trabajadas. En el aspecto técnico: nada.	No valorado
	Cuando se observaba que no respondían a una consigna se abandonaba y se dejaba libertad para llevar a cabo las improvisaciones, hasta que se observaba que estaban otra vez en disposición de continuar con la consigna programada.	50%
	Cuando se observaba que bajaba la motivación, el musicoterapeuta comenzaba un ritmo de corte popular para volver a motivarlos.	50%

Pregunta	Descripción	Porcentaje
¿Qué asociaciones sirvieron para comunicar?	Siguiendo canciones de corte popular.	20%
	Junto al musicoterapeuta, siguiendo una melodía.	40%
	Siguiendo el ritmo acompañando con su instrumento.	20%
	Siguen el ritmo con movimientos de brazos.	20%
Conclusión sobre el usuario/a.	Han evolucionado	70%
	La evolución ha sido moderada	30%
Ritual del usuario/a: cómo empieza y cómo acaba.	Discurre entre sonidos intensos, a suaves y acaba en intenso	10%
	Pasa a estar sin movimiento y acaba en muy movido	10%
	Empieza siempre intenso y así acaba	30%
	Empieza muy suave y acaba moderado	10%
	Pasa de pasivo a intenso y acaba pasivo	10%
	Empieza suave y acaba suave y lento	10%
	Empieza a cantar y acaba acompañando con instrumento	10%
	Empieza tarareando y acaba acompañando	10%
Cambios en los rituales del usuario/a.	Pasa de un movimiento más agitado a un movimiento moderado	10%
	Tararea y sigue con un ritmo lento	10%
	Pasa de sonido más intenso a menos intenso	10%
	Primero canta y si no sabe tararea	10%
	Pasa de sonido intenso a sonido moderado.	20%
	Primero canta y continúa acompañando	20%
	Primero tararea y a continuación acompaña	20%

Fuente: elaboración propia, a partir de los Protocolos Benenzon.

Como se puede observar en la Tabla 10, dadas las patologías que presentan los y las participantes de esta intervención, cualquier actividad sistemática y periódica que se lleve a cabo debe necesariamente estar supeditada a sus necesidades asistenciales, por lo que su realización siempre se desarrolla de manera discontinua, y están acostumbrados a “ir y venir” de ellas, incorporándose sin grandes dificultades una vez interrumpidas por cualquier necesidad médica o fisiológica (p. e., la incontinencia). Teniendo en cuenta que la intervención, fundamentalmente, se basa en la repetición de las mismas estrategias (improvisación individual libre, interpretación de canciones y su repetición continuada, diálogo sonoro, improvisación colectiva y/o escucha activa), y dado el carácter abierto de las sesiones, la incidencia de las ausencias, parciales o totales, a algunas de ellas ha sido insignificante, no teniendo dificultades para volver a conectar con las actividades del grupo, en la medida de sus posibilidades.

Como puede observarse, la mayoría ha intentado seguir las consignas que se les daban, en mayor o menor medida. Ninguno ha actuado por su cuenta sin atender a lo propuesto por el musicoterapeuta. En ocasiones ha habido algún despiste o una mala interpretación de lo recomendado, pero en general han participado en las canciones, ritmos, o intervención libre en las improvisaciones, según lo programado para el desarrollo de la sesión.

Su actitud ha sido positiva tanto a la hora de gestualizar, de mover alguna parte del cuerpo o de moverse por el setting.

Se han llevado a cabo asociaciones sonoro-musicales no-verbales cantando y acompañando al musicoterapeuta con las canciones aprendidas. Han seguido el ritmo, tanto con gestos, palmadas, tamborileo como con su instrumento y, a pesar de las dificultades, poco a poco ha habido alguna compenetración y, a veces, coordinación.

Las dificultades más llamativas han sido evitar que aporreasen con demasiada fuerza el instrumento o el golpeo corporal. A veces tampoco se ha podido evitar que se les cayera al suelo la baqueta o molestar el compañero en forma de broma.

Se ha podido observar que la comunicación sonoro-musical ha ido avanzando sesión a sesión y se han acompañado a través de un ritmo o una canción.

Se ha evitado en todo momento caer en la monotonía y en el momento en que se observaba que no respondían a una consigna se abandonaba y se dejaba libertad para llevar a cabo las improvisaciones, hasta que se observaba que estaban otra vez en disposición de continuar con la consigna programada.

A lo largo de las sesiones se pudo observar que los ritmos de las canciones más populares eran los más apreciados y, por ello, se ha incidido más repitiendo sin solución de continuidad esos ritmos y letras que eran acompañados, fundamentalmente, por su instrumento, movimientos de brazos, gestos y golpes en las mesas.

Finalmente, hay que comentar que las sesiones comenzaban y terminaban con improvisaciones libres en las que se pudo observar que, en general, habían adquirido patrones de repetición/rituales muy marcados como, por ejemplo, empezar sin movimiento y acabar muy movidos, o empezar siempre intenso y acabar siempre intenso o empezar muy suave y acabar intenso y viceversa. También se pudo observar que se comenzaba tarareando un ritmo o una canción y se terminaba cantando y participando en la actividad.

5.1.6. Valoración de la efectividad de la intervención

Es el momento de entender si el diseño de la intervención de musicoterapia ha sido efectivo en virtud de las finalidades para las que ha sido creado. Para ello, se han trabajado las variables a través de consignas, con el objetivo de que los participantes reflexionaran sobre ellas y sobre la base de que las emociones, las experiencias positivas, el optimismo, la dedicación activa e intrínsecamente motivada, son elementos que pueden mejorar la salud de los usuarios y usuarias. “Identificar y utilizar lo que uno hace bien puede ser una manera eficaz de abordar y resolver problemas psicológicos al aprovechar las fortalezas y las cualidades personales” (Park *et al.*, 2013, p. 12).

Al finalizar cada uno de los bloques se ha llevado a cabo una serie de preguntas sobre la dimensión trabajada, con el fin de comprobar el grado de efectividad de la intervención musicoterapéutica. Todo ello, con las limitaciones de comunicación verbal y reflexión inherentes al tipo de situación en la que se encuentran los y las participantes, a quienes se ha tenido que ayudar a expresarse, cuando no a interpretar lo que han querido decir en cada momento.

El mero hecho de reflexionar, identificar y utilizar lo que se hace bien puede ser una manera eficaz de abordar y resolver problemas psicológicos, por ello, tras cada bloque se ha reflexionado sobre las dimensiones trabajadas (la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía personal, el dominio del entorno, el crecimiento personal y el propósito en la vida) para que, además de contribuir a su bienestar con la Musicoterapia, también les ayudara a mejorar su actitud ante la vida, en consonancia con Salas Zapata y Grisales Romero (2010), que hallaron que la calidad de vida depende, entre otras, del apoyo de familiares o amigos y de las creencias personales bien sean espirituales o religiosas.

La exposición de esta valoración sigue el orden trabajado en las sesiones para comprobar qué relación puede existir entre las dimensiones trabajadas.

El bloque 0, al ser de introducción y adaptación a los objetos intermediarios, no se ha estandarizado. Los usuarios y usuarias, tras estas sesiones manifestaron su satisfacción con frases como “Yo ya sé cómo se toca” o “Este es el que más me gusta”. Uno de los usuarios y usuarias aportó un pequeño teclado al setting y, aunque este tipo de instrumentos electrónicos no se aconsejan en el Modelo Benenzon, por considerar que en la comunicación no-verbal pierden fuerza frente a los instrumentos llamados analógicos o naturales, se admitió como deferencia.

5.1.6.1. Autoaceptación

Se ha trabajado la Autoaceptación, utilizando la capacidad de ser positivos y positivas, reconociendo su valía y su capacidad de querer y ser queridos y respetados, enseñándolos a ser positivos, coincidiendo con Vilariño Besteiro *et al.* (2009), que consideran que el autoconocimiento y la autoeficacia contribuyen a que la persona desarrolle sus potencialidades y se permita ser quien realmente es, en vez de tratar de ser lo que cree que debería ser o lo que los demás esperan que sea.

Con la intervención se ha buscado que los usuarios y usuarias reflexionen ante la adversidad y muestren una actitud más positiva, coincidiendo con Fredrickson (2001), que estima que las emociones positivas deben ser consideradas no solo como estados finales en sí mismos, sino también como un medio para lograr el crecimiento psicológico y un mejor bienestar.

Teniendo en cuenta que estos usuarios y usuarias viven como residentes en una institución y que, a corto plazo, no tienen visos de salir de ella, de estas respuestas se desprende que la mayoría navega en un mar de confusiones porque, de un lado está la realidad que viven en su día a día y, de otro, las expectativas que puedan tener por vivir de otra manera. En algunos se intuye cierta resignación, con respuestas como “estoy bien” o “soy así” y “me gustaría estar en mi casa”. En otros se percibe más optimismo y ganas de vivir afrontando su situación, manifestados en respuestas como “me sentiría mejor”, “estaría mejor”, “me da igual”, “sí, estoy orgulloso” (ver Tabla 11).

Tabla 11.
Resumen resultado Autoaceptación.

Preguntas	Respuestas del grupo	f
1. ¿Cómo crees que te sentirías si fueses más positivo?	Estoy bien	4
	Soy así	3
	Me sentiría mejor	2
	Otras respuestas	1
2. ¿Cómo crees que te sentirías si te aceptases tal y cómo eres?	Me gustaría estar en mi casa	1
	Estaría mejor	4
	No pienso en ello	3
	Soy como soy	1
	Otras respuestas	1
3. ¿Te has sentido alguna vez orgulloso/a de ti?	Me da igual	4
	No pienso en ello.	3
	Sí, estoy orgulloso.	3
	Otras respuestas	0

Fuente: elaboración propia.

5.1.6.2. Autonomía Personal

Se ha favorecido la Autonomía personal usando las fortalezas más características de esta dimensión (autoafirmación, responsabilidad, despreocupación de lo que los demás piensan o dicen de ti, imponiendo responsablemente tu voluntad). Ello coincide con Borges *et al.* (2018), que encuentran que la autonomía funcional y el derecho a la autodeterminación contribuyen a mantener la dignidad, integridad y libertad de elección, siendo fundamental para la promoción de mejores condiciones de salud de las personas. Por su parte, Park *et al.* (2013) señalan que la confianza aumenta al aprender a utilizarla para superar sus debilidades o fortalezas menos desarrolladas.

Respecto a la autonomía física, se observa que todos y todas tienen asumido que su vida depende de un cuidador o cuidadora y, por tanto, tienen una cierta resignación con respuestas como “yo no quiero que se enfaden” o “no me gusta”. En cuanto a la autonomía en sus decisiones, hay cierta disparidad dependiendo de su carácter, observada a través de respuestas como “no me entienden”, “no me echan cuenta”, “no me hacen caso” o “bien”. Como se puede ver, la mayoría supedita sus decisiones más importantes a la opinión de las personas que les rodean (ver Tabla 12).

Tabla 12.
Resumen resultado Autonomía.

Preguntas	Respuestas del grupo.	f
1. ¿Cómo te sientes cuando expresas tus propias opiniones?	Bien	4
	No me echan cuenta	4
	Otras respuestas	2
2. ¿Cómo te sientes cuando piensas que lo que haces está bien?	Siento tranquilidad	5
	Contento conmigo mismo	4
	Otras respuestas	1
3. ¿Cómo te sientes cuando te despreocupas de lo que la gente piensa de ti?	No quiero que se enfaden	7
	No me gusta que hablen de mí	2
	Otras respuestas	1
4. ¿Cómo te sientes cuando impones tu propia voluntad?	Bien	6
	Otras respuestas	4

Fuente: elaboración propia.

5.1.6.3. Relaciones Positivas

Se han fomentado las Relaciones positivas, coincidiendo con Fernández-Ballesteros García (1998), que habla de que entre los componentes que parecen determinar la calidad de vida se encuentran las relaciones sociales, tales como mantener interacciones con la familia y tener

amistades, y con Flores Villavicencio *et al.* (2013), que hallaron que, en la calidad de vida, las relaciones sociales son fundamentales junto a la salud física, psicológica y la dimensión ambiental.

Esta dimensión es la que más se deriva del vínculo entre musicoterapeuta y PC y con el resto del grupo (ver Tabla 13). En ella se observa si los usuarios y usuarias han descubierto sus ISOs y han conectado con el musicoterapeuta. En general, se constata que les ha resultado difícil la comunicación sonoro-musical, pero, no obstante, han llevado a cabo diálogos sonoros, improvisaciones colectivas, escucha activa, que les han acercado a sus compañeros y les han abierto una ventana a la comunicación y a unas relaciones más fluidas.

Respecto a sus sentimientos sobre la situación de comunicación a través del lenguaje no-verbal, han tenido respuestas en la línea de “me he sentido raro”, “me ha gustado” y “es difícil”. En relación al fomento de la amistad se han obtenido respuestas como “tengo más amigos”, “sí, me ayudan” o “no me ayudan”.

Tabla 13.
Resumen resultado Relaciones Positivas.

Preguntas	Respuestas del grupo	f
1. ¿Cómo te has sentido comunicándote y expresando tus sentimientos a través de la música usando un lenguaje no-verbal?	Me he sentido raro	5
	Me ha gustado	4
	Otras respuestas	1
2. ¿Crees que has fomentado la amistad a través del lenguaje no-verbal como medio de compartir sentimientos?	Creo que sí	6
	Es difícil	3
	Otras respuestas	1
3. ¿Cómo crees que puedes demostrar a tus amigos que confías en ellos para que ellos confíen en ti?	Tengo más amigos	7
	No hablando mal de ellos a otros	1
	Otras respuestas	2
4. ¿Has encontrado en tus amigos la ayuda que necesitas?	Sí, mis amigos me ayudan	5
	No me ayudan	4
	Otras respuestas	1

Fuente: elaboración propia.

5.1.6.4. Dominio del Entorno

Se ha trabajado el “Dominio del Entorno”, entendido como capacidad para aceptar las responsabilidades y decisiones tomadas en el día a día, de dirigir su propia vida, de construir un modo de vida acorde con su forma de ser, de hacer frente a las demandas diarias o de relajarse y hacer lo posible para ser feliz (Ryff, 1989b).

De nuevo, las respuestas están mediatizadas por su situación física, que les recuerda y convierte en personas con dependencia (ver Tabla 14). Su deseo de ser independientes choca de manera frontal con la realidad y de dichas respuestas se desprende una resignación, con respuestas en la línea de “no hago muchas «cosas»”, “yo lo hago bien”, “a mí me ayudan”, “me tienen que ayudar” y “dependo de otros”.

No obstante, con esta intervención se ha observado que se han evadido y han disfrutado de lo que estaban haciendo. Prueba de ello es que siempre que sus dificultades fisiológicas o médicas se lo han permitido, han asistido con gusto a las sesiones.

Tabla 14.
Resumen resultado Dominio del Entorno.

Preguntas	Respuestas del grupo	f
1. ¿Aceptas las responsabilidades de tus decisiones?	Yo lo hago bien	6
	No hago muchas cosas	1
	Otras respuestas	3
2. ¿Cómo crees que te sentirías dirigiendo tu propia vida?	Así me siento bien	7
	A mí me ayudan	2
	Otras respuestas	1
3. ¿Cómo haces frente a tus responsabilidades?	Siendo responsables	9
	Me tienen que ayudar	0
	Otras respuestas	1
4. ¿Te gusta tu modo de vida?	Sí, me gusta	10

Fuente: elaboración propia.

5.1.6.5. Crecimiento Personal

Se ha favorecido el Crecimiento Personal, y se asume que se fortalece el carácter, cuando afirman que en las historias de traumas (como los accidentes con peligro para la vida, asaltos, enfermedades y desastres naturales) encontraron aumentos en fortalezas como la amabilidad, el amor, la curiosidad, la creatividad, el amor por el aprendizaje, la apreciación de la belleza, la gratitud, el entusiasmo, la valentía, la honestidad, la perseverancia y la religiosidad/espiritualidad (Park *et al.*, 2013). En la misma línea se pronuncian Fernández-Fernández *et al.* (2013), afirmando que los pensamientos reflexivos sobre los eventos de vidas pasadas y el crecimiento personal después de esos eventos están relacionados con el bienestar actual de las personas.

Se habla de esperanzas de mejora de vida y se observa que las menos son negativas o de resignación, materializadas en expresiones como “sí, tengo miedo” y “no lo sé”. Sin embargo, no se puede obviar que otras han sido de optimismo y fe en el futuro, cuando han respondido con “no tengo miedo”, “yo me conozco”, “mucho mejor” y “contento” (ver Tabla 15). No obstante, en el transcurso de las sesiones se ha podido observar que, con esta intervención, se ha contribuido a que cambien su actitud rompiendo la monotonía de sus días.

Tabla 15.
Resumen resultado Crecimiento Personal.

Preguntas	Respuestas del grupo	f
1. ¿Sientes miedo y ansiedad ante la enfermedad y la vida?	Sí, lo tengo	5
	No	3
	Otras respuestas	2
2. ¿Cómo llegarías a conocerte mejor?	No lo sé	4
	Yo me conozco	5
	Otras respuestas	1
3. ¿Cómo te sentirías si tu vida mejorase?	Mucho mejor	8
	Contento	1
	Otras respuestas	1
4. ¿Tus experiencias te han hecho cambiar lo que piensas de ti?	No	6
	Cuando hago cosas	2
	Otras respuestas	2

Fuente: elaboración propia.

5.1.6.6. Propósito de vida

Se afirma, en consonancia con Park *et al.* (2013), que las personas con un sentido de propósito y significado tienen mayor satisfacción con la vida, un afecto más positivo, niveles más altos de optimismo y mejor autoestima y, además, tienen menos problemas psicológicos porque, tal y como sugiere Suárez Colorado (2012), las personas que no tienen un propósito en la vida adolecen de un mayor vacío existencial. Efectivamente, Guil *et al.* (2016) apuntan que “las personas con limitaciones deben ser capaces de marcarse metas y definir objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido” (p. 136).

Se observa, por la información ofrecida en la Tabla 16, que la mayoría no tiene ningún plan para el futuro, que viven el día a día y que este tema no les preocupa demasiado, materializado en respuestas como “quiero estar bien”, “no tengo planes”, “que me curen”, “ponerme bien” y “siempre estoy alegre”.

Tabla 16.
Resumen resultado Propósito de Vida.

Preguntas	Respuestas	f
1. ¿Qué planes de futuro tienes?	Quiero estar bien	4
	No tengo planes	3
	Otras respuestas	3
2. ¿Qué esperas del futuro?"	Que me curen	5
	Ponerme bien	4
	Otras respuestas	1
3. ¿Te ponen triste los problemas?	A veces estoy triste	4
	No	4
	Otras respuestas	2
4. ¿Qué te propones en tu vida?	Vivir mejor	6
	Curarme	3
	Otras respuestas	1

Fuente: elaboración propia.

5.1.7. Valoración final de la intervención

A lo largo de la intervención se ha procurado mantener un clima de tranquilidad y buen humor, fomentando la amistad, siguiendo la idea de Fredrickson (2001) cuando afirma que las emociones se conceptualizan mejor y se desarrollan en períodos de tiempo relativamente cortos. Por lo general, una emoción comienza con la evaluación de un individuo del significado personal de algún evento anterior, con respuestas que se manifiestan a través de la experiencia subjetiva, la expresión facial, el procesamiento cognitivo y los cambios fisiológicos.

Como estímulo para iniciar el debate se ha aplicado la técnica del Saboreo¹¹ haciéndoles recordar los momentos más positivos que han vivido como participantes de la intervención. Se han visualizado fotos y fragmentos de vídeos seleccionados de sesiones anteriores, recordado y contando anécdotas sucedidas, momento que les ha resultado placentero. También se ha pedido a los usuarios y usuarias que compartan las cosas buenas que les han ocurrido durante la intervención y razonen su por qué, con la finalidad de que practiquen y sean más conscientes de lo que han hecho para que les sirva de refuerzo positivo, mediante un cuestionario de valoración final.

¹¹ Es una técnica para obtener placer de una experiencia positiva de forma deliberada.

Tabla 17.
Resumen cuestionario valoración final de la investigación.

Preguntas	Respuestas del grupo	f
1. ¿Te ha gustado participar en el taller de Musicoterapia?	Sí mucho, pero ha sido muy corto y me gustaría que continuase	6
	Sí, bastante	4
2. ¿Lo volverías a repetir?	Sí, porque me gustaría aprender más cosas	10
3. ¿Crees que el taller te ha ayudado a mejorar tu sensación de bienestar y calidad de vida?	Sí, me siento mejor	10
4. ¿Participar en el taller ha mejorado en algo tu autonomía?	Ahora intento ser más responsable y autónomo	6
	Soy bastante autónomo a la hora de decidir qué hacer, aunque pido opinión a las personas que me rodean	4
5. ¿En qué medida has progresado con el taller en tu autoaceptación?	Bastante	7
	Ahora me veo de otra forma	3
6. ¿Después de la experiencia te sientes más relajado y capacitado para afrontar los problemas derivados de tu situación personal?	Creo que sí	10
7. ¿Después de la experiencia consideras que tu estado de ánimo ha mejorado?	Esperaba con ganas a que llegase la hora del taller por suponerle una novedad	7
	No saben decir si se encuentran mejor de ánimo o no	3
8. ¿Has hecho amigos en el grupo de compañeros que han participado en la experiencia?	La respuesta ha sido unánimemente "sí"	10
9. ¿Qué se tendría que hacer en el taller que no se haya hecho?	Les gustaría que en el taller se hubiese enseñado a tocar algún instrumento distinto a la percusión	6
	Les gusta lo que han hecho, pero quieren aprender a hacerlo bien	4
10. Valora del 1 al 5 la intervención del musicoterapeuta. (1 es muy baja, 2 es baja, 3 es suficiente, 4 es alta y 5 es muy alta).	La puntuación más repetida ha sido la de 5 (muy alta)	7

Fuente: elaboración propia.

Los datos de la Tabla 17 recogen un alto grado de satisfacción de los usuarios y usuarias con este tipo de intervención porque en general la han calificado de muy positiva. En primer lugar, la satisfacción con la participación en la intervención es mayoritaria, cosa que resulta de todo punto excepcional, llegando a decir que les ha parecido corto, posiblemente por lo novedoso que les ha resultado este estudio, coincidiendo en que lo volverían a repetir. Y eso ha sido así porque por unanimidad creen que el taller les ha ayudado a mejorar su sensación de bienestar y calidad de vida percibida. Igualmente, en seis de los casos consideran que la participación en el taller ha mejorado

su autonomía, lo mismo que ha sucedido con su autoaceptación, ya que se les ha ayudado a autoconocerse y autoafirmarse.

En su totalidad, consideran que la experiencia les ha ayudado a estar más relajados y capacitados para afrontar los problemas derivados de su situación personal, considerando que su estado de ánimo ha mejorado, se han sentido más alegres y abiertos, cosa que les ha ayudado a hacer más amigos dentro del grupo. Finalmente, decir que la valoración llevada a cabo sobre la intervención en el 70% de los casos es de muy alta.

5.2. Resultados cuantitativos

Se procede, a continuación, a valorar los efectos que puede tener la intervención de Musicoterapia sobre la calidad de vida, el bienestar psicológico, social, el afecto positivo y negativo de usuarios y usuarias con discapacidad física y orgánica severa.

En este estudio se ha supuesto que habría una diferencia significativa entre los constructos medidos antes de las sesiones (pre-intervención) y después de su puesta en marcha (post-intervención), con un resultado de afectación positiva.

Se incluye a diez participantes (como ya queda reflejado en el apartado 4.7. “Grupo Informante. Lugar de intervención”), ya que los usuarios y usuarias pasivos, por su falta de autonomía y capacidad, no pudieron realizar las pruebas de carácter cuantitativo por las razones ya expuestas.

Aunque ha habido ausencias justificadas a alguna de las sesiones, todos los usuarios y usuarias han seguido la dinámica de las mismas con total normalidad, interviniendo hasta el final de la investigación.

5.2.1. Resultados de la Escala de Bienestar Psicológico

En la búsqueda de evaluar el efecto de la intervención musicoterapéutica, diseñada en el bienestar psicológico de las personas con discapacidad física y orgánica severa tras 35 sesiones (post-intervención) y a la finalización de cada bloque (post-sesión/post bloque/post-intervención), se presentan los resultados de la aplicación de la Escala de Bienestar Psicológico.

Tabla 18.
Prueba de Medias por variables. Bienestar Psicológico.

Variables	N	Media	Desviación estándar	Asimetría		Curtosis	
		Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
Autoaceptación pretest	10	3.78	.94	-.28	.68	-1.69	1.334
Autoaceptación posttest	10	4.90	.25	.12	.69	-.36	1.334
Autonomía pretest	10	3.75	.46	1.17	.69	1.53	1.334
Autonomía posttest	10	4.35	.56	.14	.69	-.09	1.334
Relaciones pretest	10	3.77	1.11	-.87	.69	-.29	1.334
Relaciones posttest	10	4.90	.25	-1.35	.69	2.08	1.334
Dominio entorno pretest	10	3.33	.67	.10	.69	-1.58	1.334
Dominio entorno posttest	10	4.70	.52	.29	.69	-1.39	1.334
Crecimiento pretest	10	3.80	.64	-.25	.69	-.93	1.334
Crecimiento posttest	10	4.70	.49	.19	.69	-.92	1.334
Propósito en la vida pretest	10	3.35	.82	.07	.69	-1.51	1.334
Propósito en la vida posttest	10	4.42	.52	.56	.69	2.17	1.334

Fuente: elaboración propia.

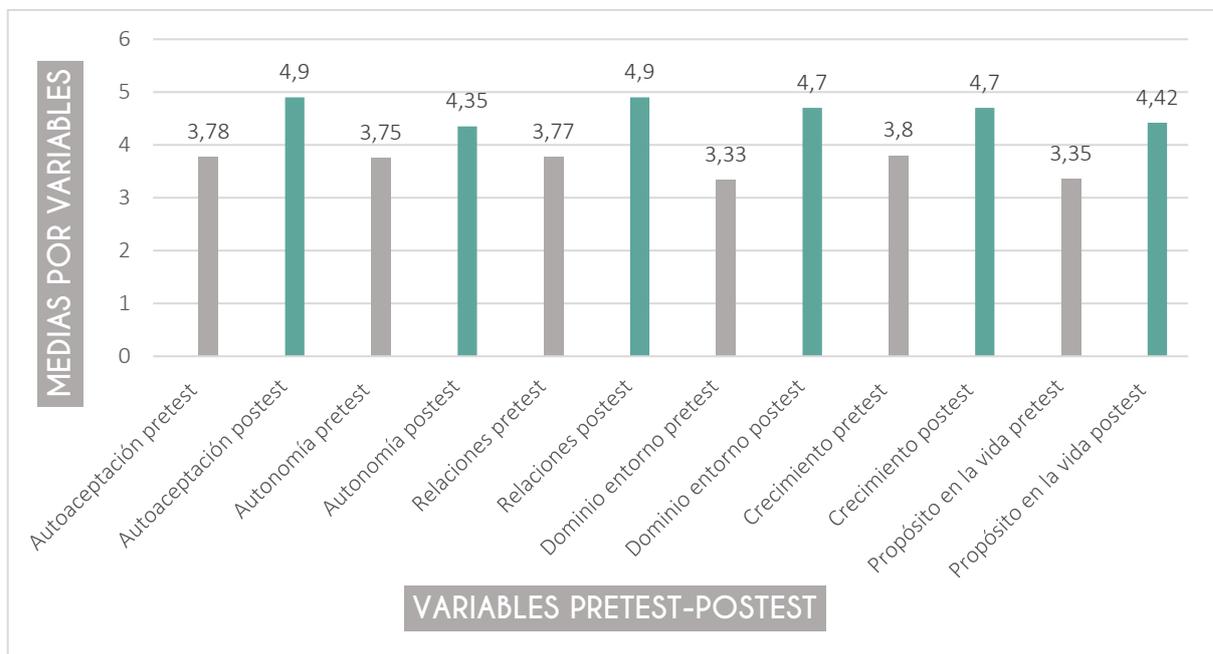


Figura 39. Prueba de Medias por variables. Bienestar Psicológico.
Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla 18 y Figura 39, los resultados arrojan una diferencia significativa entre las medias de los constructos a favor de la intervención musicoterapéutica en todas las variables: autoaceptación (3.78 del pretest frente a 4.90 del posttest), autonomía (3.75 del

pretest frente a 4.35 del postest), relaciones positivas (3.77 del pretest frente a 4.90 del postest), dominio del entorno (3.33 del pretest frente a 4.70 del postest), crecimiento personal (3.80 del pretest frente a 4.70 del postest) y propósito en la vida (3.35 del pretest frente a 4.42 del postest).

Los resultados de la desviación típica de las variables estudiadas que miden la dispersión, y sabiendo que los mejores y más confiables están alrededor de la media, se comprueba que hay una mejoría en las variables autoaceptación (.94 del pretest frente al .25 del postest) y relaciones positivas (1.11 del pretest frente al .25 del postest) y no tanto en las variables autonomía (.46 del pretest frente al .56 del postest), dominio del entorno (.67 del pretest frente al .52 del postest), crecimiento personal (.64 del pretest frente al .49 del postest) y propósito en la vida (.82 del pretest frente al .52 del postest).

Los valores aportados por los coeficientes de asimetría (<3.00) y curtosis (<8.00) dan a entender que existe normalidad univariada de los datos obtenidos (Theode, 2002), resultados que explican que la musicoterapia puede mejorar la visión de los usuarios y usuarias sobre su calidad de vida y salud percibida.

Seguidamente, se ha llevado a cabo una representación gráfica de distribución normal que recoge los datos de las variables separándolas por sexo, para comprobar si hay o no efecto tras la intervención.

Tabla 19.
Medias Distribución Normal Bienestar Psicológico. Pre- Intervención por variables y sexo.

Variables	Sexo	MEDIA	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	DISTRIBUCIÓN NORMAL
Autoaceptación	Hombre	3.00	3.61	.30	.17
	Mujer	3.27			.70
Autonomía	Hombre	3.38			.99
	Mujer	3.47			1.19
Relaciones Sociales	Hombre	3.52			1.27
	Mujer	3.64			1.32
Dominio del entorno	Hombre	3.67			1.30
	Mujer	3.72			1.24
Crecimiento personal	Hombre	3.80			1.09
	Mujer	3.91			.81
Propósito de vida	Hombre	3.91			.81
	Mujer	4.05			.46

Fuente: elaboración propia.

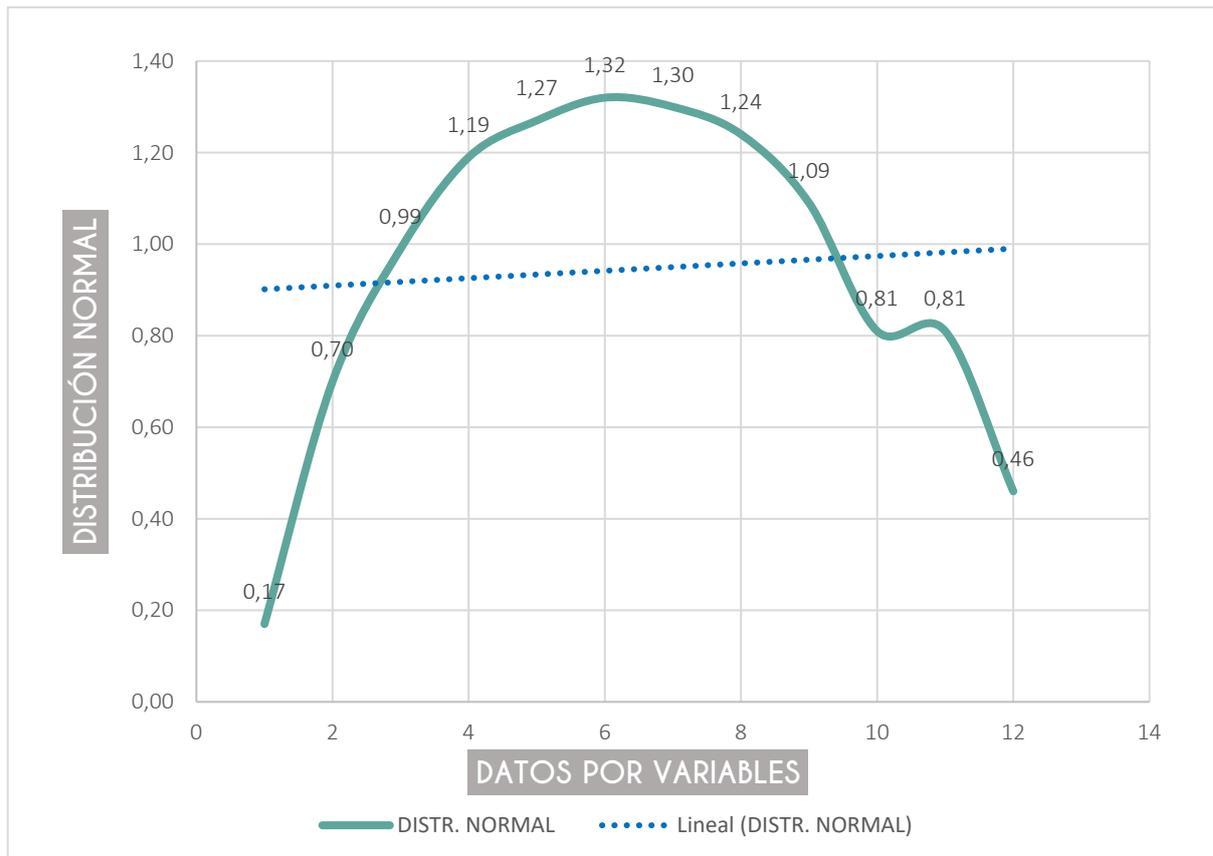


Figura 40. Medias Distribución Normal Bienestar Psicológico. Pre-intervención por variables y sexo.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 20.
Media Distribución Normal Bienestar Psicológico. Post-intervención por variables y sexo.

VARIABLES	SEXO	MEDIA	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	DISTRIBUCIÓN NORMAL
Autoaceptación	Hombre	4.19	4.68	.24	.21
	Mujer	4.28			.42
Autonomía	Hombre	4.50			1.26
	Mujer	4.66			1.65
Relaciones Sociales	Hombre	4.70			1.65
	Mujer	4.71			1.64
Dominio del Entorno	Hombre	4.72			1.63
	Mujer	4.78			1.51
Crecimiento Personal	Hombre	4.88			1.17
	Mujer	4.88			1.17
Propósito de Vida	Hombre	4.90			1.08
	Mujer	4.94			.92

Fuente: elaboración propia.

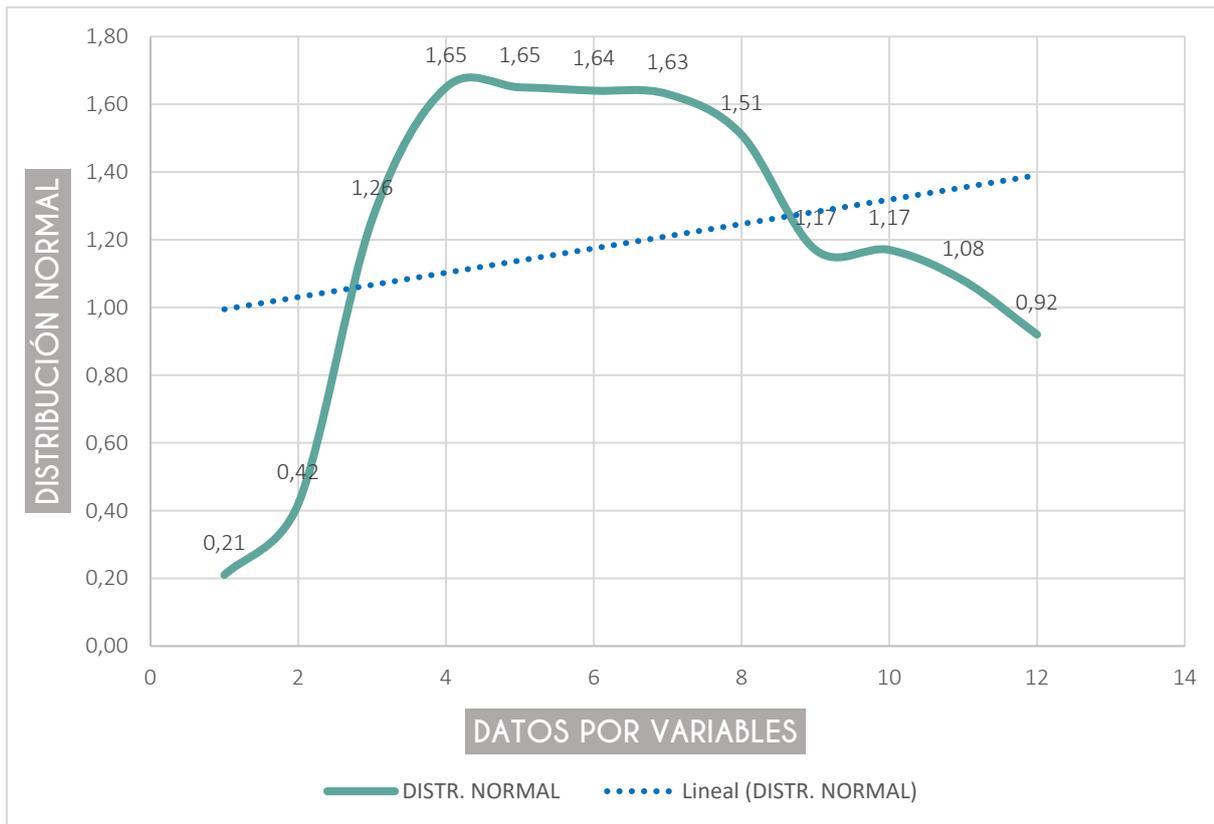


Figura 41. Medias Distribución Normal Bienestar Psicológico. Post-intervención por variables y sexo. Fuente: elaboración propia.

Los resultados de las Tablas 19 y 20 y de las Figuras 40 y 41, informan que los datos se aproximan a una distribución normal y reflejan que la post-intervención ha sido positiva. La línea de tendencia arranca en una puntuación de .85 en la pre-intervención y acaba en 1.00. Sin embargo, en la post-intervención se nota el efecto positivo, línea ascendente, empezando en una puntuación de 1.00 y terminando en 1.40.

A continuación, se lleva a cabo un Contraste de Hipótesis a través de la “Prueba de rangos con signo de Wilcoxon” para muestras relacionadas, con la finalidad de comprobar si hay o no diferencia significativa entre el pretest y el postest en el Bienestar Psicológico, tomando como medida los resultados globales del pretest y del postest. Es una prueba no paramétrica para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Se lleva a cabo cuando no se cumple el supuesto de normalidad y/o el tamaño de la muestra es pequeño, como es el caso.

Tabla 21.
Contraste de hipótesis. Bienestar Psicológico.

Hipótesis nula	Prueba	p (sig.)	Decisión
La mediana de las diferencias entre Bienestar psicológico posttest y Bienestar psicológico pretest es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.	.005	Se rechaza la hipótesis nula

Nota. El nivel de significación es ($p=.05$).
Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 21 se aconseja el rechazo de la hipótesis nula porque el resultado de ($p=.005<.05$), afirmando de este modo que ha habido una diferencia en la post-intervención a favor del tratamiento de musicoterapia en el Bienestar Psicológico global.

Así mismo, para comprobar si ha habido una diferencia significativa a favor de la intervención en estas variables, se han llevado a cabo las correlaciones pre y post-intervención y la Prueba t de Student para muestras emparejadas para las variables Bienestar Social total ($n.s.=.05$) y así saber si, definitivamente, se conserva o se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 22.
Prueba t de Diferencias Emparejadas. Bienestar Psicológico total.

		N	Correlación	p (sig.)					
Par 1	Bienestar Psicológico posttest Bienestar Psicológico pretest	10	.734	.016					
Variables	Diferencias emparejadas								
	Diferencia Medias	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	p (sig.)	
				Inferior	Superior				
Bienestar Psicológico	Posttest Pretest	1.76	.20	.06	1.62	1.91	27.563	9	.000

Nota. El nivel de significación es ($p=.05$).
Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla 22, el bienestar psicológico arroja un resultado en correlación positivo alta ($r=.738$, $p=.016$). En la prueba de diferencias emparejadas se señala la diferencia de media a favor de la post-intervención ($t=27.563$, $p=.000$), lo que significa que en el posttest ha habido una mejora global en el Bienestar Psicológico del grupo de usuarios y usuarias y definitivamente hay que rechazar la hipótesis nula.

Seguidamente se lleva a cabo la prueba d de Cohen en el Bienestar Psicológico, para medir el tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizadas. La d de Cohen informa de cuántas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados del pretest y del postest. Cohen establece el valor del tamaño del efecto de la siguiente manera: de 0.2 a 0.3 el efecto es pequeño, en torno a 0.5 el efecto es mediano y para 0.8 en adelante el efecto es grande y la d de Cohen podría ser mayor que uno.

Tabla 23.
Tamaño del Efecto y d de Cohen en el Bienestar Psicológico total.

Variable	N	Media	Desv. estándar	p (sig.)	d de Cohen	Tamaño del efecto (r)
Bienestar psicológico post	10	4.64	.29	.000	6.54	.96
Bienestar psicológico pre	10	2.87	.25			

Nota. El nivel de significación es (p=.05).
Fuente: elaboración propia.

Como se puede comprobar en la Tabla 23 el valor d de Cohen es muy alto (6.54) y el tamaño del efecto (r) tiene un valor de .96 (>.80), que Cohen califica como grande, lo que significa que el resultado global ha sido muy beneficioso para el grupo de intervención.

Como se ha observado, a nivel global la intervención ha sido beneficiosa. A continuación, se lleva a cabo una prueba t de Student de muestras emparejadas sobre las variables del Bienestar Psicológico (n.s.=.05) para saber en qué variables de estudio ha influido más.

Tabla 24.
Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables. Bienestar Psicológico.

Variables	Diferencias emparejadas							t	gl	p (sig.)
	Diferencia Medias	Desviación estándar	Media error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia						
				Inferior	Superior					
Par 1 Autoaceptación	-1.11	.92	.29	-1.78	-.45	-3.79	9	.004		
Par 2 Autonomía	-.60	.80	.26	-1.20	.00	-2.26	9	.050		
Par 3 Relaciones positivas	-1.13	1.05	.33	-1.89	-.37	-3.38	9	.008		
Par 4 Dominio del entorno	1.36	.81	.25	-1.95	-.78	-5.29	9	.000		
Par 5 Crecimiento personal	-.90	.83	.26	-1.50	-.30	-3.39	9	.008		
Par 6 Propósito de vida	-1.06	.97	.30	-1.77	-.36	-3.44	9	.007		

Fuente: elaboración propia.

Con los resultados de la Tabla 24 se comprueba que, con la intervención, se mejora significativamente en todas las variables relacionadas con el bienestar psicológico, a excepción de la autonomía ($t=-2.26$, $p=.05$), donde se alcanza una diferencia estadísticamente significativa en el límite.

Por último, se ha realizado la prueba de muestras emparejadas según el sexo, para comprobar cómo se comportan los usuarios y usuarias ante la intervención musicoterapéutica ($n.s.=.05$).

Tabla 25.
Prueba *t* de Diferencias Emparejadas por variables y sexo. Bienestar Psicológico.

Variables		Diferencias emparejadas								
		Sexo	Diferencia Medias	Desv. Estándar	Media error	95% intervalo confianza		t	gl	p (sig.)
						Inferior	Superior			
Par 1	Autoaceptación	Hombre	1.07	1.03	.38	.11	2.02	2.57	6	.033
		Mujer	1.22	.82	.47	.82	3.26			
Par 2	Autonomía	Hombre	.51	.70	.26	.13	1.17	1.09	6	.101
		Mujer	.79	1.25	.72	2.33	3.91			
Par 3	Relaciones positivas	Hombre	1.26	1.22	.46	.12	2.39	2.72	6	.034
		Mujer	.83	.60	.34	.65	2.32			
Par 4	Dominio entorno	Hombre	1.30	.79	.29	.57	2.04	2.49	6	.005
		Mujer	1.50	1.04	.60	1.08	4.08			
Par 5	Crecimiento personal	Hombre	.79	.99	.37	.12	1.71	8.00	6	.015
		Mujer	1.14	.24	.14	.52	1.75			
Par 6	Propósito de vida	Hombre	.90	1.14	.43	.15	1.96	9.82	6	.010
		Mujer	1.44	.25	.14	.81	2.07			

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla 25, la mujer percibe una mejoría, a diferencia del hombre, en las variables autoaceptación ($t=2.74$, $p=.033$), dominio del entorno ($t=2.49$, $p=.005$), crecimiento personal ($t=8.00$, $p=.015$) y propósito de vida ($t=9.82$, $p=.010$). En el caso de los hombres, se revela una mejor preparación en las relaciones positivas ($t=2.72$, $p=.034$).

5.2.2. Resultados de la Escala de Calidad de Vida Whoqol-Bref

En este momento, se pretende evaluar el efecto de la intervención musicoterapéutica en la calidad de vida de las personas con discapacidad física y orgánica severa tras 35 sesiones (post-intervención) y a la finalización de cada bloque (post-sesión/post bloque/post-intervención). Es por ello que se presentan los resultados de la Escala de calidad de Vida.

Tabla 26. Prueba de Medias por variables. Calidad de Vida.

Variables	N	Media	Desviación estándar	Asimetría		Curtosis	
		Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
Física pretest	10	3.71	.65	-.412	.68	1.20	1.334
Física posttest	10	3.81	.56	-1.471	.68	1.59	1.334
Psicológica pretest	10	3.11	.53	.849	.68	.80	1.334
Psicológica posttest	10	4.64	.29	.544	.68	-1.33	1.334
Social pretest	10	3.40	.85	.311	.68	.39	1.334
Social posttest	10	3.90	.66	.100	.68	-.75	1.334
Ambiental pretest	10	3.55	.47	-.342	.68	1.13	1.334
Ambiental posttest	10	3.97	.27	-.935	.68	.57	1.334
Calidad de vida pretest	10	2.85	1.15	-.826	.68	-.89	1.334
Calidad de vida posttest	10	3.15	.88	-.266	.68	.014	1.334

Fuente: elaboración propia.

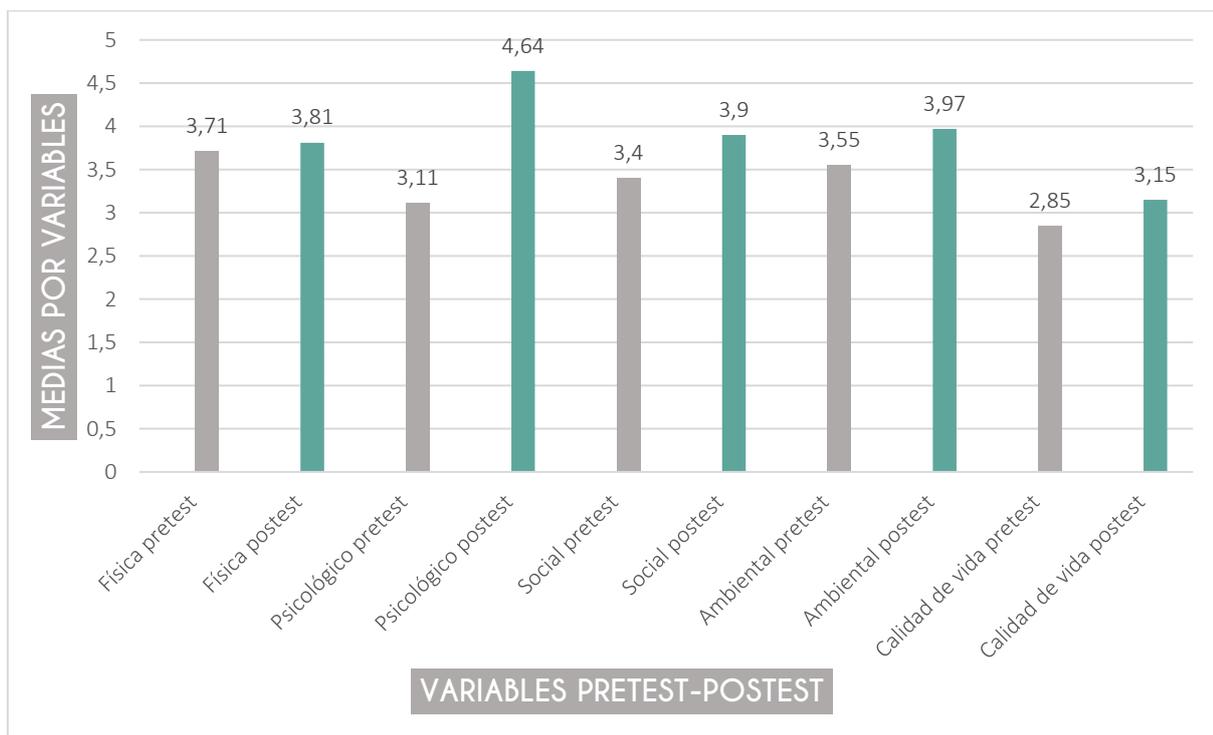


Figura 42. Prueba de Medias por variables. Calidad de Vida. Fuente: elaboración propia.

Se observa en la Tabla 26 y Figura 42 que no hay diferencias significativas en la variable calidad de vida (2.85 en el pretest frente a 3.15 en el postest) y en la variable física (3.71 en el pretest frente a 3.81 en el postest) y, por tanto, no se observa mejoría significativa en estos elementos. Sin embargo, sí se observa una pequeña mejoría en la media de las variables psicológica (3.11 del pretest frente al 3.73 del postest), social (3.40 del pretest frente al 3.90 del postest) y ambiental (3.55 del pretest frente al 3.97 del postest), tras la intervención de Musicoterapia.

Los resultados de la desviación típica de las variables estudiadas que miden la dispersión, y sabiendo que los mejores y más confiables están alrededor de la media, se comprueba que hay una pequeña mejoría en las variables psicológica (.55 del pretest frente al .26 del postest) y ambiental (.47 del pretest frente al .27 del postest) y no tanto en las variables calidad de vida y salud (1.15 del pretest frente al .88 del postest), física (.65 del pretest frente al .56 del postest) y social (.66 del pretest frente al .47 del postest). Igualmente, los valores aportados por los coeficientes de asimetría (<3.00) y curtosis (<8.00) dan a entender que existe normalidad univariada de los datos obtenidos (Theode, 2002). Estos resultados demuestran que se aprecia, con esta intervención, una pequeña mejoría en el bienestar general de estos usuarios y usuarias.

A continuación, se ha llevado a cabo una representación gráfica de distribución normal para comprobar si hay o no efecto tras la intervención.

Tabla 27.
Medias Distribución Normal Calidad de Vida. Pre-intervención por variables y sexo.

Variables	Sexo	MEDIA	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	DISTRIBUCIÓN NORMAL
Física pretest	Hombre	2.71	3.42	.47	.27
	Mujer	2.72			.28
Psicológica pretest	Hombre	3.16			.73
	Mujer	3.28			.81
Social pretest	Hombre	3.38			.85
	Mujer	3.44			.85
Ambiental pretest	Hombre	3.63			.77
	Mujer	3.90			.50
Calidad de vida pretest	Hombre	3.96			.44
	Mujer	4.00			.39

Fuente: elaboración propia.

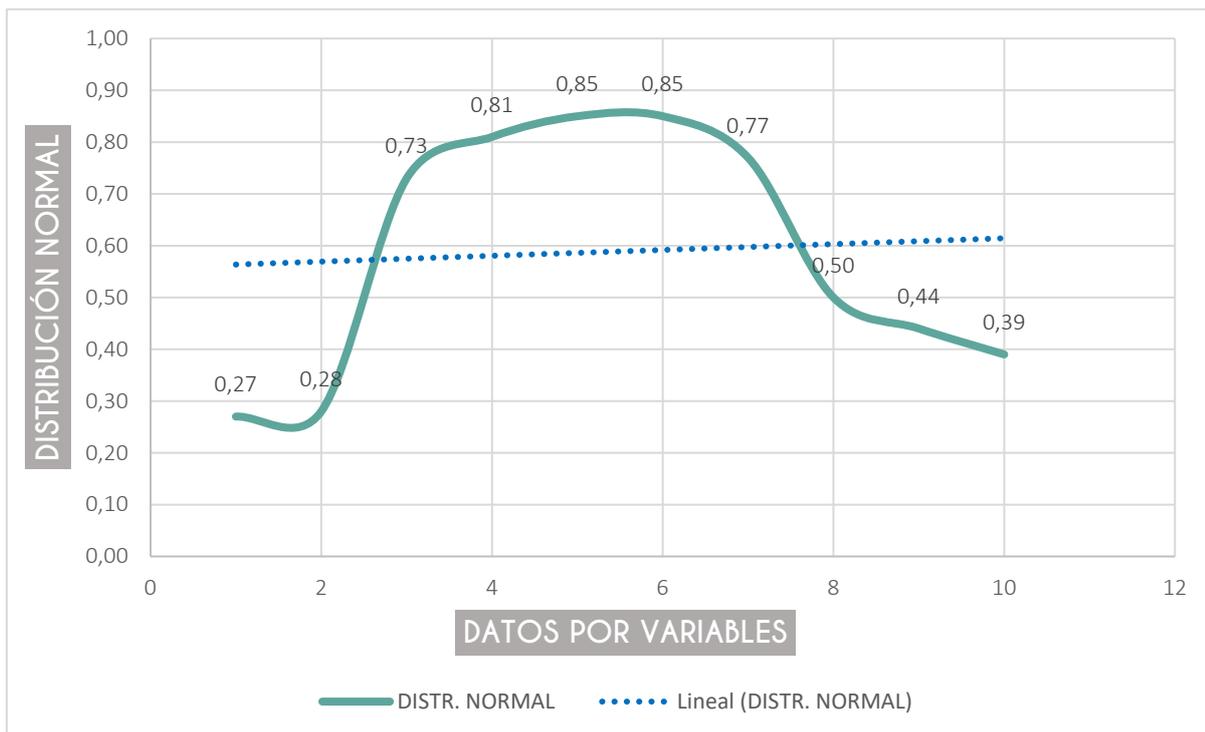


Figura 43. Medias Distribución Normal Calidad de Vida. Pre-intervención por variables y sexo. Fuente: elaboración propia.

Tabla 28. Medias Distribución Normal Calidad de Vida. Post-intervención por variables y sexo.

Variables	Sexo	MEDIA	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	DISTRIBUCIÓN NORMAL
Física postest	Hombre	3.00	3.75	.32	.08
	Mujer	3.50			.93
Psicológica postest	Hombre	3.61			1.14
	Mujer	3.75			1.24
Social postest	Hombre	3.78			1.24
	Mujer	3.80			1.23
Ambiental postest	Hombre	3.95			1.02
	Mujer	3.96			1.00
Calidad de vida postest	Hombre	4.00			.91
	Mujer	4.11			.65

Fuente: elaboración propia.

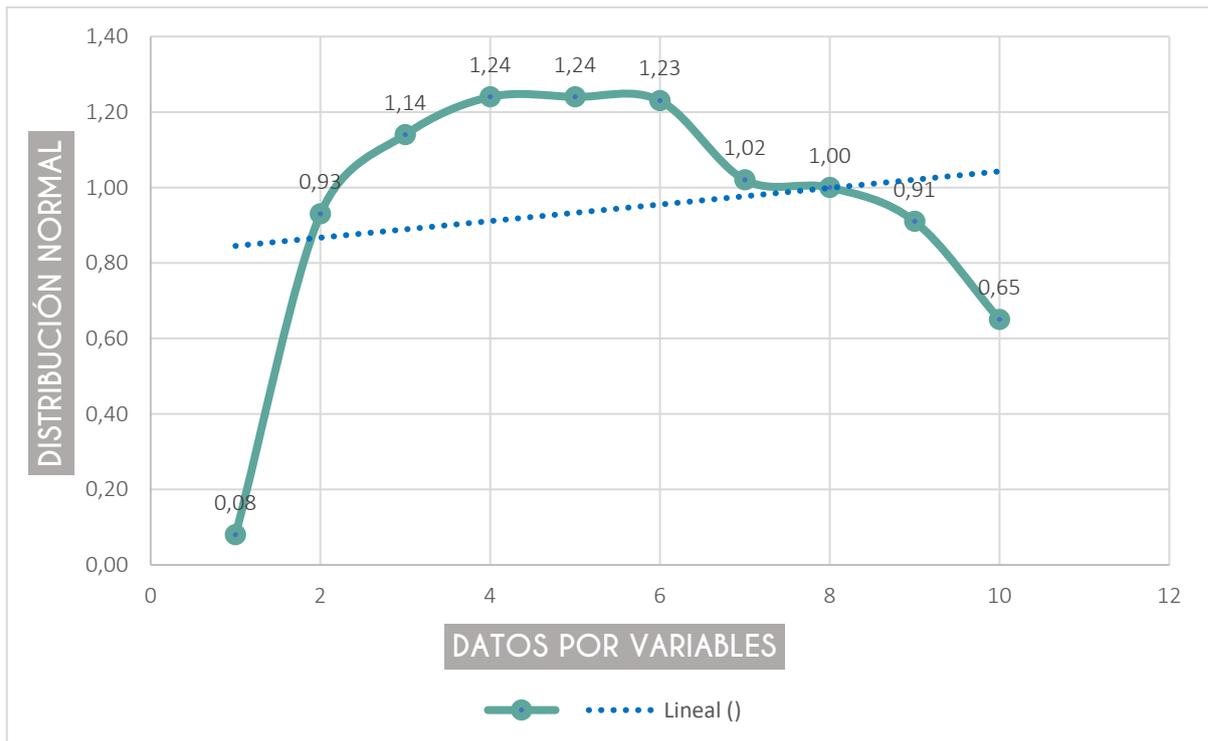


Figura 44. Medias Distribución Normal Calidad de Vida. Post-intervención por variables y sexo.
Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar los resultados de las Tablas 27 y 28 y Figuras 43 y 44 informan que los datos se aproximan a una distribución normal y la post-intervención ha sido positiva. La línea de tendencia en la pre-intervención arranca en una puntuación de .55 y acaba en .60. Sin embargo, se nota el efecto positivo en la post-intervención, arrancando en una puntuación de .80 y terminando en 1.02.

A continuación, se lleva a cabo un Contraste de Hipótesis a través de la “Prueba de rangos con signo de Wilcoxon” para muestras relacionadas, con la finalidad de comprobar si hay o no diferencia significativa entre el pretest y el postest en la Calidad de Vida tomando como medida los resultados globales del pretest y del postest.

Tabla 29.
Contraste de hipótesis. Calidad de Vida.

Hipótesis nula	Prueba	p (sig.)	Decisión
La mediana de las diferencias entre Calidad de vida posttest y Calidad de vida pretest es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.	.005	Se rechaza la hipótesis nula

Nota. El nivel de significación es (p=.05).
Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 29 se aconseja que se rechace la hipótesis nula porque el resultado de (p=.005<.05). Afirmando de este modo que ha habido una diferencia en la post-intervención a favor del tratamiento de musicoterapia en la Calidad de Vida.

Así mismo, para comprobar si ha habido una diferencia significativa a favor de la intervención en estas variables, se han llevado a cabo las correlaciones pre y post-intervención y la Prueba t de Student para muestras emparejadas para las variables Calidad de Vida total (n.s.=.05) y así saber si, definitivamente, se conserva o se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 30.
Prueba t de Diferencias Emparejadas. Calidad de Vida total.

		N	Correlación		p (sig.)					
Par 1	Calidad de Vida posttest Calidad de Vida pretest	10	.892		.001					
Variable	Diferencias emparejadas									
	Diferencia Medias	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		Prueba de t				
				Inferior	Superior	t	gl	p (sig.)		
Par 1	Calidad de Vida	Posttest Pretest	.47	.217	.069	.32	.63	6.943	9	.000

Nota. El nivel de significación es (p=.05).
Fuente: elaboración propia.

Se puede comprobar, por la información contenida en la Tabla 30, que se arroja un resultado en correlación positiva y alta (r=.893, p=.001) y en la prueba de diferencias emparejadas un nivel de significación bilateral (p = .000 < .05), y la diferencia de media positiva (.47), lo que indica que están a favor de la post-intervención. En la prueba de diferencias emparejadas se señala la diferencia de media a favor de la post-intervención (t=6.943, p=.000), lo que significa que ha habido una mejora en la Calidad de Vida global para los usuarios y usuarias tras la intervención y, definitivamente, se rechaza la hipótesis nula.

Seguidamente se lleva a cabo la prueba d de Cohen en la Calidad de Vida, para medir el tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizadas.

Tabla 31.
Tamaño del Efecto y d de Cohen en la Calidad de Vida total.

Variable	N	Media	Desviación estándar	d de Cohen	Tamaño del Efecto
Calidad de Vida posttest	10	3.80	.32	1.2	.51
Calidad de Vida pretest	10	3.33	.45		

Nota. El nivel de significación es (p=.05).
Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla 31, la d de Cohen tiene un valor $d=1.2$ considerado elevado, y el tamaño del efecto (r) tiene un valor de $r=.51$, que Cohen lo califica como mediano, lo que significa que el resultado global ha sido beneficioso para el grupo de intervención.

Seguidamente, se comprobó si la diferencia es significativa en todas las variables. Para ello, se llevó a cabo el estudio antes y después de la intervención de Musicoterapia en cada una de las variables que contempla la Calidad de Vida, a través del estudio de t de Student para muestras relacionadas (n.s.=.05).

Tabla 32.
Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables. Calidad de Vida.

Variables	Diferencias emparejadas							
	Diferencia Medias	DE	Media de error	95% de intervalo de confianza		Prueba de t		
				Inferior	Superior	t	gl	p (sig.)
1 Calidad de vida y salud	.30	.75	.24	-.23	.84	1.26	9	.239
2 Dimensión física	.10	.81	.25	-.48	.68	.39	9	.706
3 Dimensión psicológica	.61	.40	.12	.33	.90	4.86	9	.001
4 Dimensión social	.50	.36	.11	.24	.76	4.39	9	.002
5 Dimensión ambiental	.42	.36	.11	.16	.68	3.74	9	.005

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 32 se puede comprobar que los valores aportados demuestran que las diferencias entre el pretest y el posttest son estadísticamente significativas en las variables dimensión psicológica ($t=4.86$, $p=.001$), dimensión social ($t=4.39$, $p=.002$) y dimensión ambiental ($t=3.74$, $p=.005$), no incidiendo en la dimensión física y en la calidad de vida y salud de la escala analizada.

Finalmente, se ha llevado a cabo una Prueba t de muestras emparejadas para comprobar las diferencias existentes por sexo (n.s.=.05) y ver en qué variables de estudio ha sido más beneficiosa la intervención.

Tabla 33.
Prueba t Diferencias Emparejadas por variables y sexo. Escala Calidad de Vida.

Variables	Sexo	Diferencias emparejadas							
		Diferencia Medias	DE	Media de error	95% de intervalo de confianza		Prueba t		
					Inferior	Superior	t	gl	p (sig.)
Par 1 Calidad de vida y salud	Hombre	.28	.85	.32	.50	1.08	1.00	6	.423
	Mujer	.33	.57	.33	1.10	1.73		2	
Par 2 Dimensión física	Hombre	.12	.98	.37	.79	1.03	.32	6	.754
	Mujer	.04	.16	.09	.36	.45		2	
Par 3 Dimensión psicológica	Hombre	.50	.36	.13	.16	.83	3.67	6	.010
	Mujer	.88	.41	.24	.15	1.93		2	
Par 4 Dimensión social	Hombre	.42	.37	.14	.08	.77	3.05	6	.022
	Mujer	.66	.33	.19	.16	1.49		2	
Par 5 Dimensión ambiental	Hombre	.32	.37	.14	.02	.66	6.04	6	.026
	Mujer	.66	.19	.11	.19	1.14		2	

Fuente: elaboración propia.

Los datos de la Tabla 33 vienen a corroborar los resultados en cuanto a las variables, pero salen beneficiadas las mujeres en las dimensiones psicológica ($t=30.67$, $p=.010$), social ($t=3.05$, $p=.022$) y ambiental ($t=6.04$, $p=.026$).

5.2.3. Resultados de la Escala de Bienestar Social

A continuación, se evalúa el efecto de la intervención musicoterapéutica en el bienestar social de las personas con discapacidad física y orgánica severa tras 35 sesiones (post-intervención) y a la finalización de cada bloque (post-sesión/post bloque/post-intervención), se presentan los resultados de la aplicación de la Escala de Bienestar Social.

Tabla 34.
Prueba de Medias por variables. Bienestar Social.

Variables	N	Media	Desviación estándar	Asimetría		Curtosis	
		Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
Integración social pre	10	3.44	.79	-.623	.687	-.955	1.334
Integración social pos	10	3.64	.61	-.377	.687	-.465	1.334
Aceptación social pre	10	2.50	1.03	.437	.687	-1.268	1.334
Aceptación social pos	10	2.71	.87	.333	.687	-1.325	1.334
Contribución social pre	10	3.21	.84	-1.345	.687	1.776	1.334
Contribución social pos	10	3.55	.38	-.119	.687	-.858	1.334
Actualización social pre	10	2.61	.86	-.240	.687	-.773	1.334
Actualización social pos	10	2.71	.53	-.238	.687	-1.658	1.334
Coherencia social pre	10	2.88	.80	.260	.687	-.370	1.334
Coherencia social pos	10	3.05	.31	.327	.687	-1.310	1.334

Fuente: elaboración propia.

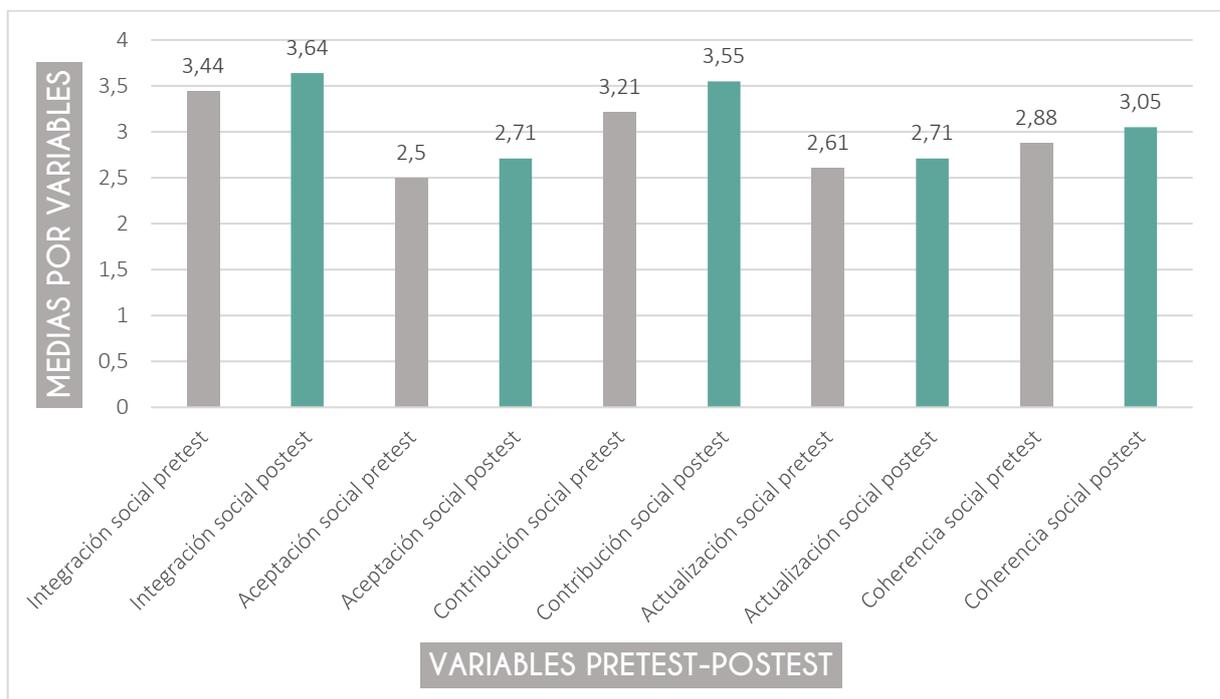


Figura 45. Prueba de Medias por variables. Bienestar Social.

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla 34 y Figura 45, los resultados no arrojan una diferencia significativa de las medias de las variables entre la pre-intervención y la post-intervención, en ninguna de las estudiadas, aunque sí una subida general en todas ellas.

Los resultados de la desviación típica de las variables estudiadas que miden la dispersión y sabiendo que los mejores y más confiables están alrededor de la media, se comprueba que no hay mejoría significativa en las variables estudiadas e, igualmente, los valores aportados por los coeficientes de asimetría (<3.00) y curtosis (<8.00), dan a entender que existe normalidad univariada de los datos obtenidos (Theode, 2002).

Puesto que las diferencias entre las medias son mínimas, se puede asegurar que la intervención no ha tenido una influencia digna de resaltar en los usuarios y usuarias en las variables estudiadas, pero tampoco les perjudica.

Seguidamente, se ha llevado a cabo una representación gráfica de distribución normal para comprobar si hay o no efecto tras la intervención en las variables estudiadas.

Tabla 35.
Medias Distribución Normal Bienestar Social. Pre-intervención por variables y sexo.

Variables	Sexo	MEDIA	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	DISTRIBUCIÓN NORMAL
Integración social pre	Hombre	1.87	2.85	.51	.12
	Mujer	2.33			.47
Aceptación social pre	Hombre	2.66			.74
	Mujer	2.73			.77
Contribución social pre	Hombre	2.76			.78
	Mujer	3.00			.75
Actualización social pre	Hombre	3.00			.75
	Mujer	3.09			.70
Coherencia social pre	Hombre	3.45			.39
	Mujer	3.59			.27

Fuente: elaboración propia.

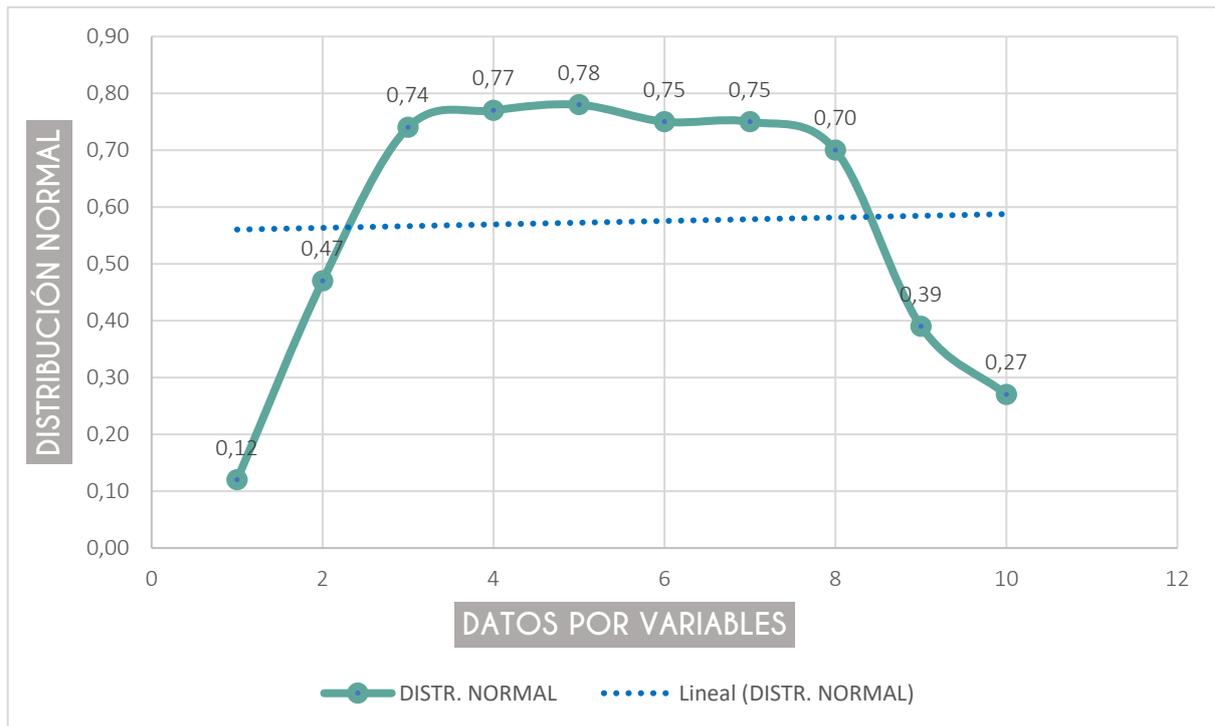


Figura 46. Medias Distribución Normal Bienestar Social. Pre-intervención por variables y sexo.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 36.
Medias Distribución Normal Bienestar Social. Post-intervención por variables y sexo.

Variables	Sexo	MEDIA	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	DISTRIBUCIÓN NORMAL
Integración social post	Hombre	2.20	3.13	.53	.16
	Mujer	2.38			.28
Aceptación social post	Hombre	2.85			.65
	Mujer	2.92			.70
Contribución social post	Hombre	3.16			.75
	Mujer	3.44			.64
Actualización social post	Hombre	3.47			.61
	Mujer	3.59			.52
Coherencia social post	Hombre	3.59			.52
	Mujer	3.71			.41

Fuente: elaboración propia.

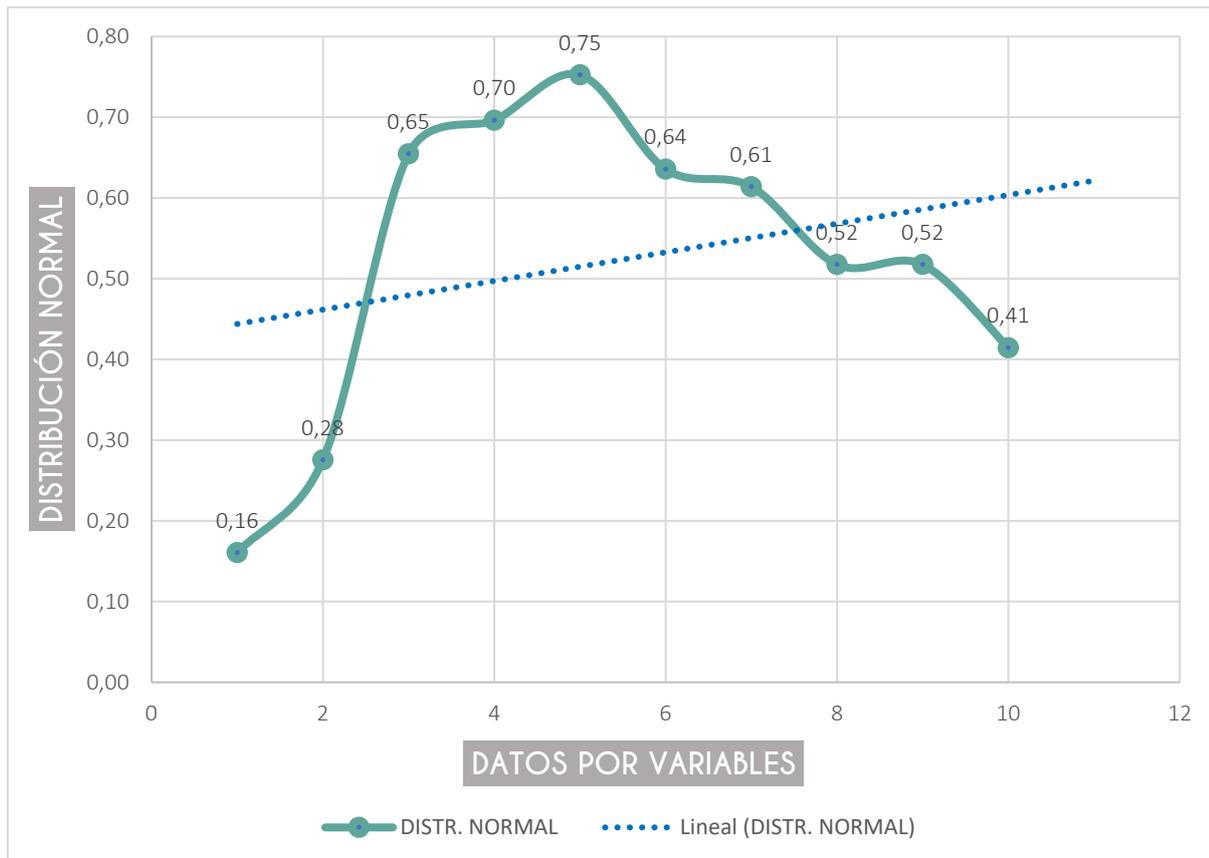


Figura 47. Medias Distribución Normal Bienestar Social. Post-intervención por variables y sexo.
Fuente: elaboración propia.

Los resultados de las Tablas 35 y 36 y su representación en las Figuras 46 y 47 informan que los datos se aproximan a una distribución normal e indican que la post-intervención ha sido positiva. La línea de tendencia arranca en una puntuación de .55 en la pre-intervención y acaba en .60. Sin embargo, se nota un pequeño efecto positivo en la post-intervención empezando en una puntuación de .58 y terminando en .78.

A continuación, se lleva a cabo un Contraste de hipótesis a través de la “Prueba de rangos con signo de Wilcoxon” para muestras relacionadas, con la finalidad de comprobar si hay o no diferencia significativa entre el pretest y el postest en el Bienestar Social, tomando como medida los resultados globales del pretest y del postest.

Tabla 37.
Contraste de hipótesis. Bienestar Social.

Hipótesis nula	Prueba	p (sig.)	Decisión
La mediana de las diferencias entre Bienestar social posttest y Bienestar social pretest es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.	.215	Conservar la hipótesis nula

Nota. El nivel de significación es ($p=.05$).
Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 37 se aconseja que se conserve la hipótesis nula porque el resultado de ($p=.215>.05$). Afirmando de este modo que no ha habido una diferencia en la post-intervención a favor del tratamiento de musicoterapia en el Bienestar Social. Es decir, que la intervención musicoterapéutica no ha tenido toda la influencia esperada en esta variable.

Así mismo, para comprobar si ha habido una diferencia significativa a favor de la intervención en estas variables, se llevaron a cabo las correlaciones pre y post-intervención y la Prueba t de Student para muestras emparejadas para las variables Bienestar Social total ($n.s.=.05$) para saber si, definitivamente, se acepta o se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 38.
Prueba t de Diferencias Emparejadas. Bienestar Social total.

		N	Correlación		p (sig.)			
Par 1	Bienestar social posttest Bienestar social pretest	10	.849		.002			
Variable	Diferencias Emparejadas							
	Diferencia Medias	Desv. Estándar	Media de error	95% de intervalo de confianza		t	gl	p (sig.)
				Inferior	Superior			
Bienestar social	.13	.325	.102	-.096	.369	1.325	9	.218

Fuente: elaboración propia.

Como se puede ver, Tabla 38, se demuestra una vez más que ha habido poca influencia tras la intervención de Musicoterapia en los usuarios y usuarias en las variables estudiadas de esta escala ($t=1.325, p=.218$) y, definitivamente, se debe conservar la hipótesis nula.

Seguidamente se lleva a cabo la prueba d de Cohen en el Bienestar Social, para medir el tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizadas.

Tabla 39.
Tamaño del Efecto y d de Cohen en el Bienestar Social total.

Variables	N	Media	Desviación estándar	d de Cohen	Tamaño del efecto (r)
Bienestar social posttest	10	3.05	.32	.32	.16
Bienestar social pretest	10	2.91	.54		

Nota. El nivel de significación es (p=.05).

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla 39, la d de Cohen tiene un valor d=.32 y el tamaño del efecto tiene un valor r=.16, que Cohen lo califica como pequeño, lo que se interpreta como que el resultado global en el Bienestar Social ha sido muy poco beneficioso para el grupo de intervención.

Por ello, se lleva a cabo la Prueba t de Student para las distintas variables estudiadas del Bienestar Social de muestras relacionadas y así poder comprobar si la diferencia es significativa o no en algunas de las variables en esta escala (n.s.=.05).

Tabla 40.
Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables. Bienestar Social.

Variables	Diferencias emparejadas						Prueba de t		
	Diferencia Medias	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
				Inferior	Superior	t	gl	p (sig.)	
1 Integración social	.20	.302	.095	-.016	.416	2.090	9	.066	
2 Aceptación social	.21	.204	.064	.066	.358	3.285	9	.009	
3 Contribución social	.33	.521	.164	-.039	.706	2.023	9	.074	
4 Actualización social	.10	.402	.127	-.187	.387	.786	9	.452	
5 Coherencia social	.16	.566	.179	-.238	.571	.930	9	.377	

Nota. El nivel de significación es (p=.05).

Fuente: elaboración propia.

En los resultados mostrados en la Tabla 40 se puede comprobar que la intervención mejora significativamente la aceptación social ($t=3.285$, $p=.009$) y que no afecta al resto de dimensiones que configuran el Bienestar Social.

Por último, se ha llevado a cabo una prueba t de muestras emparejadas por sexo para comprobar cómo es el comportamiento en estas variables ($n.s.=.05$), con el objetivo de saber qué diferencias puede haber tras la intervención entre el hombre y la mujer en las distintas variables de estudio.

Tabla 41.
Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables y sexo. Bienestar Social.

Variables		Diferencias emparejadas								
		Sexo	Diferencia Medias	Desv. Estándar	Media error	95% de intervalo confianza		Prueba de t		
						Inferior	Superior	t	gl	Sig. b.
Par 1	Integración social	Hombre	.122	.323	.122	-.177	.422	4.000	6	.057
		Mujer	.380	.164	.095	-.028	.790		2	
Par 2	Aceptación social	Hombre	.160	.213	.080	-.036	.357	4.000	6	.057
		Mujer	.333	.144	.083	-.025	.691		2	
Par 3	Contribución social	Hombre	.142	.243	.092	-.082	.368	1.710	6	.229
		Mujer	.777	.787	.454	-1.178	2.734		2	
Par 4	Actualización social	Hombre	.119	.468	.177	-.314	.552	.378	6	.742
		Mujer	.055	.254	.146	-.576	.687		2	
Par 5	Coherencia social	Hombre	.166	.630	.238	-.416	.750	.577	6	.622
		Mujer	.166	.500	.288	-1.075	1.408		2	

Nota. El nivel de significación es ($p=.05$).
Fuente: elaboración propia.

Los datos ofrecidos en la Tabla 41 indican, tal y como se viene anunciando, que tras la intervención no se vislumbra una mejoría digna de destacar en los elementos definitorios del Bienestar Social si se busca como elemento diferenciador el sexo del usuario/a.

5.2.4. Resultados de la Escala PANAS de Afecto Positivo y Afecto Negativo

Y, finalmente, a lo largo de este estudio, también se ha propuesto evaluar el efecto de una intervención musicoterapéutica en el afecto positivo y negativo de las personas con discapacidad física y orgánica severa tras 35 sesiones (post-intervención) y a la finalización de cada bloque (post-sesión/post bloque/post-intervención). Por ello, se presentan los resultados de la Escala PANAS.

Tabla 42.
Prueba de Medias por variables. PANAS.

Variables	N	Media	Desviación estándar	Asimetría		Curtosis	
		Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
Afecto positivo pre	10	2.69	.544	.202	.687	-.519	1.334
Afecto positivo post	10	3.45	.442	.369	.687	.334	1.334
Afecto negativo pre	10	2.57	.678	.221	.687	-1.266	1.334
Afecto negativo post	10	2.56	.291	-1.088	.687	2.695	1.334

Fuente: elaboración propia.

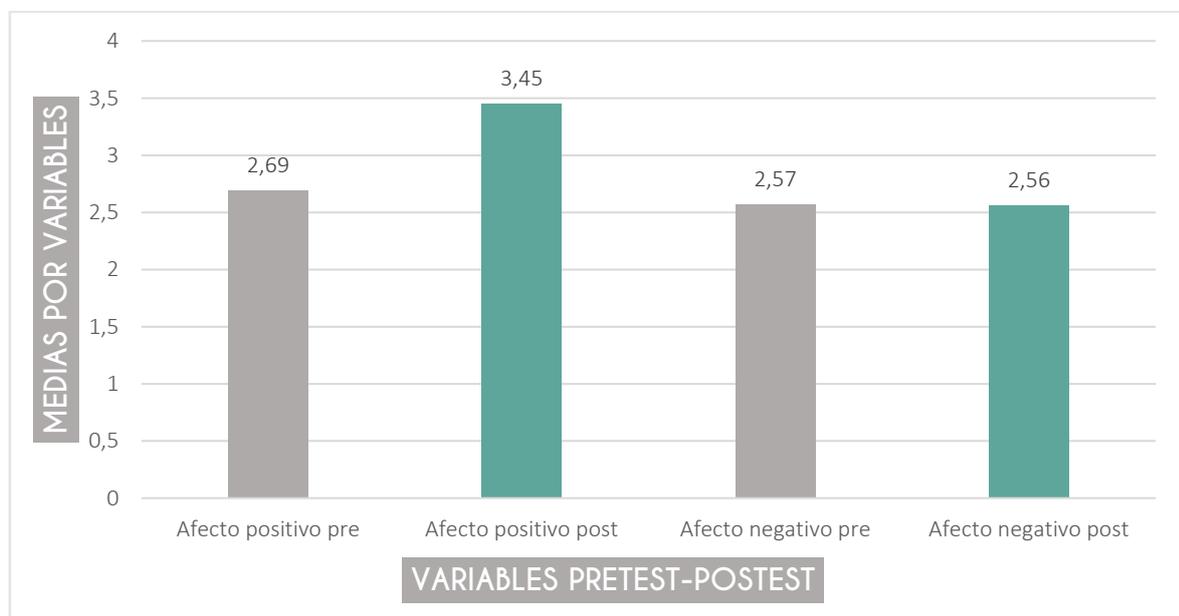


Figura 48. Prueba de Medias por variables. Afecto Positivo y Afecto Negativo.
Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla 42 y en la Figura 48, los resultados no arrojan una diferencia significativa entre las medias de la variable Afecto Negativo antes y después de la intervención musicoterapéutica (2.57 frente a 2.56), que indica que tras la intervención no ha habido ningún cambio ni a favor ni en contra y, por tanto, la influencia de este programa en el constructo ahora estudiado no es significativa. Hay que señalar que los valores aportados por los coeficientes de asimetría (<3.00) y curtosis (<8.00) dan a entender que existe normalidad univariada de los datos obtenidos (Theode, 2002).

Estos resultados explican que la musicoterapia puede mejorar la visión de los usuarios y usuarias sobre su calidad de vida y salud percibida. Sin embargo, se puede comprobar que los resultados de la variable afecto negativo respecto a la post-intervención, en comparación con la media de la variable afecto positivo son suficientemente bajos. Cuando las medias del afecto negativo son relativamente bajas, en comparación con el afecto positivo, indica que también son bajos los estados emocionales como el nerviosismo, el miedo, la ira y otros porque tiende a la relajación y la calma.

En cambio, sí ha habido una mejora tras la intervención en la variable Afecto Positivo (2.69 frente a 3.45), lo que indica que la intervención ha sido positiva en ésta como coadyuvante en el afrontamiento de los estados emocionales negativos.

A continuación, se realiza el contraste de hipótesis para el Afecto Positivo para comprobar si se rechaza o no la hipótesis nula.

Tabla 43.
Contraste de hipótesis. Afecto Positivo.

Hipótesis nula	Prueba	p (nivel sig.)	Decisión
La mediana de las diferencias entre Afecto positivo pretest y Afecto positivo posttest es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.	.007	Se rechaza hipótesis nula

Nota. El nivel de significación es ($p=.05$).
Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 43, la prueba de contrastes de hipótesis de Wilcoxon para muestras relacionadas, en Afecto Positivo, con nivel de significación ($.007 < .05$), decide rechazar la hipótesis nula.

Tabla 44.
Contraste de hipótesis. Afecto Negativo.

Hipótesis nula	Prueba	p (nivel sig.)	Decisión
La mediana de las diferencias entre Afecto negativo pretest y Afecto negativo posttest es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.	.906	Conservar hipótesis nula

Nota. El nivel de significación es ($p=.05$).
Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, para el Afecto Negativo (ver Tabla 44), en la prueba de contraste de hipótesis de Wilcoxon para muestras relacionadas, con nivel de significación ($.90 > .05$) se decide conservar la hipótesis nula, que indica que la intervención musicoterapéutica no ha tenido influencia para esta variable.

Así mismo, para comprobar si ha habido una diferencia significativa a favor de la intervención en estas variables, se llevaron a cabo las correlaciones pre y post-intervención y la Prueba t de Student para muestras emparejadas para las variables afecto positivo y negativo ($n.s.=.05$), para saber si, definitivamente, se acepta o se rechaza la hipótesis nula de cada una de las variables.

Tabla 45.
Prueba t de Diferencias Emparejadas. Afecto Positivo y Negativo total.

			N	Correlación	p (sig.)
Par 1	Afecto positivo post y Afecto positivo pre		10	.707	.022
Par 2	Afecto negativo post y Afecto negativo pre		10	.600	.066

Variables			Diferencias emparejadas				t	gl	p (sig.)	
			Diferencia Medias	Desv. Estándar	Media de error	95% de intervalo de confianza				
						Inferior				Superior
Par 1	Afecto positivo	Postest Pretest	.760	.389	.123	.481	1.038	6.173	9	.000
Par 2	Afecto negativo	Postest Pretest	-.010	.554	.175	-.406	.386	-.057	9	.956

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 45 se puede comprobar que la correlación de la variable Afecto Positivo ($r=.707$, $p=.022$) y en los pares (pre y post) el resultado de la prueba de diferencias ha sido de ($t=6.173$, $p=.000$), lo que demuestra un impacto favorable de la intervención en esta variable, siendo por lo tanto importante el impacto de la musicoterapia en el desarrollo del Afecto Positivo, cosa que lleva, definitivamente, a rechazar la hipótesis nula.

No así en el Afecto Negativo, que arroja unos resultados de correlación ($r=.600$, $p=0.66$) y en los pares (pre y post) el resultado de la prueba de diferencias ha sido de $t=-.057$, $p=.956$, que demuestra el nulo impacto de la intervención en esta variable, siendo, por lo tanto, escaso el impacto de la musicoterapia en el desarrollo del Afecto Negativo, lo que lleva, definitivamente, a conservar la hipótesis nula.

Seguidamente se lleva a cabo la prueba d de Cohen en el Afecto Positivo y Negativo, para medir el tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizadas.

Tabla 46.

Tamaño del Efecto y d de Cohen en el Afecto Positivo y Negativo total.

Variables	N.º	Media	Desviación estándar	d de Cohen	Tamaño del Efecto
Afecto positivo pre	10	2.69	.544	1.80	.67
Afecto positivo post	10	3.45	.442		
Afecto negativo pre	10	2.57	.678	.00	.00
Afecto negativo post	10	2.56	.291		

Nota. El nivel de significación es ($p=.05$).

Fuente: elaboración propia.

Los datos de la Tabla 46 revelan que, en la variable Afecto Positivo, la d de Cohen tiene un valor $d=1.80$ y el tamaño del efecto valor $r=.67$, que Cohen lo califica como medio-grande, lo que demuestra que la intervención ha sido significativamente positiva.

En la variable Afecto Negativo la d de Cohen tiene un valor $d=.00$ y el tamaño del efecto un valor $r=.00$ que Cohen lo califica como nulo, lo que demuestra que la intervención no ha surtido el efecto esperado en esta variable.

A continuación, se ha llevado a cabo una Prueba t de Student de muestras emparejadas para ver cómo se comportan las variables de estudio según el sexo ($n.s.=.05$), con el objetivo de saber qué diferencias puede haber tras la intervención entre el hombre y la mujer en las variables Afecto Positivo y Afecto Negativo.

Tabla 47.
Prueba t de Diferencias Emparejadas por variables y sexo. PANAS.

Variables			Sexo	Diferencias emparejadas							
				Diferencia Medias	DE	Media error	95% de intervalo de confianza		Prueba de t		
							Inferior	Superior	t	gl	p (sig.)
Par 1	Afecto positivo	Postest Pretest	Hombre	.671	.423	.159	.280	1.062	7.250	6	.018
		Postest Pretest	Mujer	.966	.230	.133	.392	1.540		2	
Par 2	Afecto negativo	Postest Pretest	Hombre	.071	.636	.240	-.517	.660	-1.155	6	.368
		Postest Pretest	Mujer	-.200	.300	.173	-.945	.545		2	

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla 47, hay una mayor diferencia de medias en las mujeres que en los hombres en la variable afecto positivo ($t=7.250$, $p=.018$), lo que indica claramente que estas se ven más beneficiadas, en este constructo, con la intervención musicoterapéutica.

Además de todo lo anteriormente expuesto, se ha llevado a cabo un estudio de la evolución de la variable afecto positivo en cada uno de los usuarios y usuarias participantes, que permita ver cómo ha sido el efecto de la intervención musicoterapéutica de forma individualizada en las emociones, que son consideradas el componente principal de la percepción del bienestar y calidad de vida de las personas.

Tabla 48.
Datos de usuarios y usuarias en el Afecto Positivo y Negativo.

Usuarios y usuarias	Media Afecto Positivo Pretest	Media Afecto Positivo Postest	Media Afecto Negativo Pretest	Media Afecto Negativo Postest
Usuario/a 1	1.7	2.7	1.3	1.9
Usuario/a 2	2.1	3.2	1.9	2.6
Usuario/a 3	2.2	3.2	1.4	2.6
Usuario/a 4	2.2	3.2	2.1	2.6
Usuario/a 5	2.7	3.4	2.2	2.6
Usuario/a 6	2.1	3.4	1.9	2.6
Usuario/a 7	2.5	3.5	1.5	2.8
Usuario/a 8	2.4	3.6	2.2	2.4
Usuario/a 9	2.8	4.2	1.9	2.8
Usuario/a 10	3.4	4.1	3.8	3

Fuente: elaboración propia.

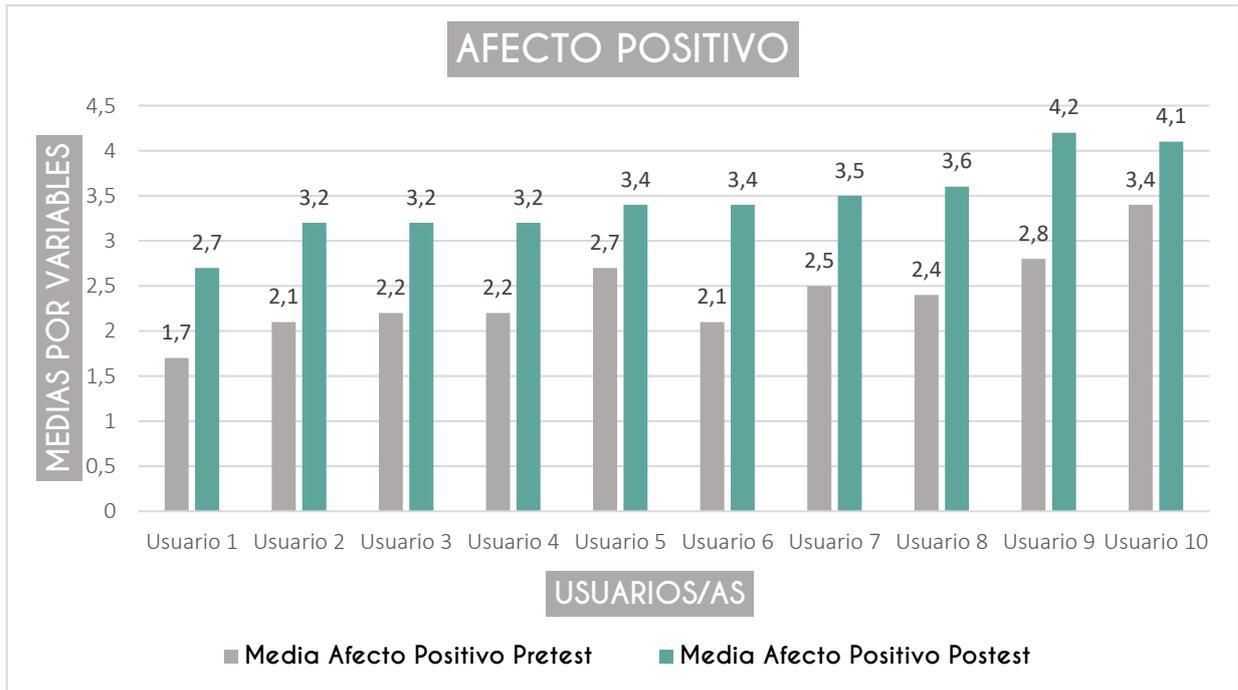


Figura 49. Evolución del Afecto Positivo en cada uno de los usuarios y usuarias.
Fuente: elaboración propia.

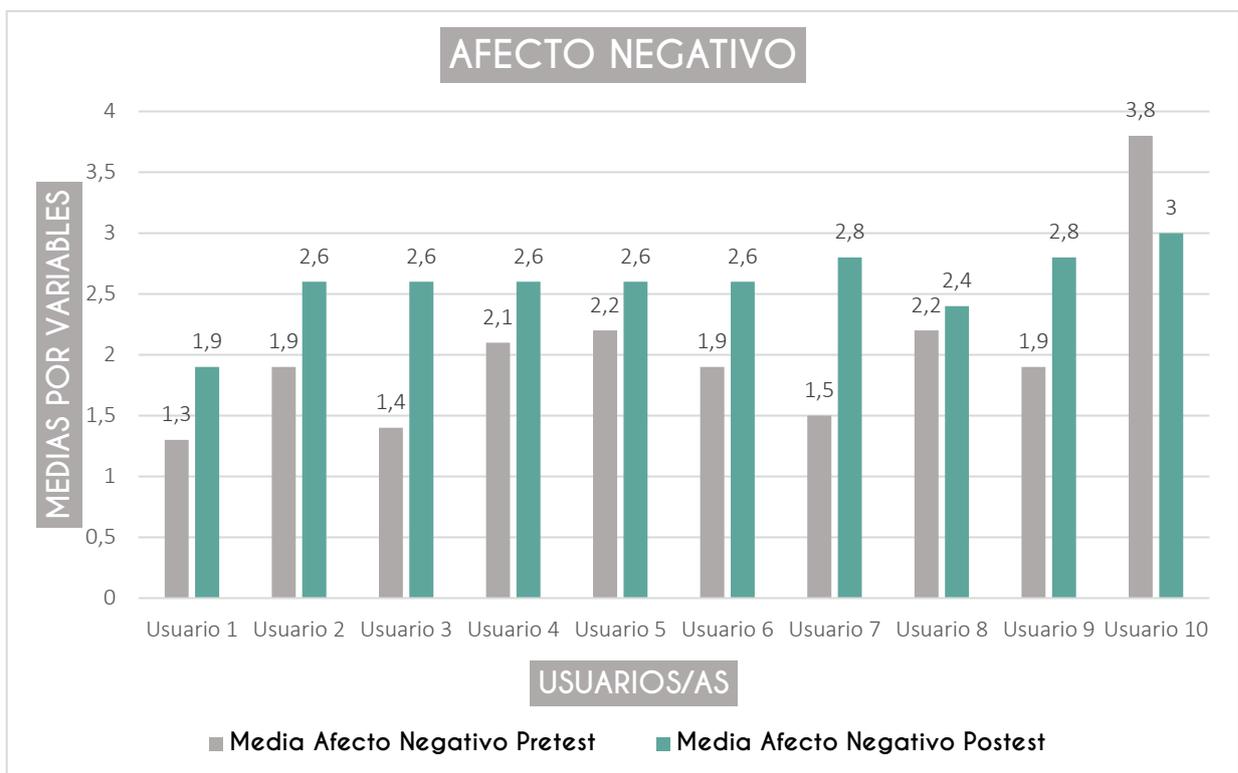


Figura 50. Evolución del Afecto Negativo en cada uno de los usuarios y usuarias.
Fuente: elaboración propia.

Teniendo presente que la escala PANAS no mide rasgos de personalidad o la forma de sentir general de la persona, sino estados emocionales presentes (Moral de la Rubia, 2011), se puede comprobar que (ver Tabla 48 y Figuras 49 y 50), mientras se produce la intervención, y tras esta, la variable Afecto Positivo, factor de protección de enfermedades o de rendimiento, ha aumentado en mayor o menor medida en cada uno de los usuarios y usuarias, el que más el usuario/a n.º 9, seguido del usuario/a n.º 10. Ello demuestra que la intervención tiene efecto positivo sobre la atención, la actividad, el interés o la alerta, componentes del Afecto Positivo relacionados con la capacidad de afrontamiento, siendo este el eje fundamental de la calidad de vida y salud percibida.

Por el contrario, en la variable Afecto Negativo, factor de riesgo, aparece en todos los usuarios y usuarias con una distribución de valores de más baja frecuencia que el Afecto Positivo. Constatando en el postest que la media del afecto negativo ha variado muy levemente, lo que viene a demostrar que la intervención no ha influido significativamente sobre la ansiedad, el nerviosismo o el temor, excepto en el usuario/a n.º 10 que sí parece que ha tenido una influencia significativa porque baja casi en un punto de media. Sin embargo, a pesar de no haber variado significativamente, al tener unas medias tan bajas, también son bajos los estados emocionales como la ansiedad, el nerviosismo, el miedo y la ira, cosa que es positiva ya que estos bajos resultados se pueden relacionar con la relajación y la calma.

5.2.5. Prueba de Correlación entre las distintas variables estudiadas

Para dar cumplimiento a la búsqueda de la relación existente entre la variable Afecto Positivo y las demás variables tras una intervención de musicoterapia (post-intervención), se llevó a cabo una correlación de Pearson para comprobar si la variable Afecto Positivo se puede asociar a la percepción de Bienestar Psicológico, Bienestar Social y Calidad de Vida y Salud tras la intervención de Musicoterapia y en qué medida se produce la misma.

La correlación constituye una técnica estadística que indica si dos variables están relacionadas entre sí. Considerando como variables los sumatorios ponderados de los datos obtenidos en las escalas Bienestar Psicológico, Calidad de Vida y Salud, Bienestar Social, Afecto Positivo y Afecto Negativo, se quiere conocer cuánto crece cada una de las variables respecto al crecimiento del Afecto Positivo y viceversa o si, por el contrario, no tiene ninguna influencia, es decir, si el cambio en el Afecto Positivo está acompañado de un cambio en las otras. Si es así, se podrá decir que el Afecto Positivo y el resto de variables están relacionadas.

Tabla 49.
Correlación entre variables.

Variables		Correlaciones					
			Afecto Positivo	Afecto Negativo	Bienes. Psicol.	Bienes. Social	Calidad de Vida
1	Afecto Negativo	Correlación	.792**	1			
		Sig. (bilateral)	.006				
2	Bienestar Psicológico	Correlación	.487	.652*	1		
		Sig. (bilateral)	.154	.041			
3	Bienestar Social	Correlación	-.292	-.212	.315	1	
		Sig. (bilateral)	.413	.556	.375		
4	Calidad de Vida	Correlación	.120	.236	.364	.111	1
		Sig. (bilateral)	.740	.512	.301	.760	

Nota. **. La correlación es significativa en el nivel ($p=.01$) (bilateral). *. La correlación es significativa en el nivel ($p=.05$) (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

La correlación determina la relación que existe entre las dos variables que intervienen en una distribución normal. Se sabe que un coeficiente de correlación cercano a 1.0 o -1.0 supone una correlación muy alta o perfecta, que valores cercanos a .50 o -.50 suponen una correlación débil y que valores cercanos a 0 suponen ausencia de relación. En el caso que afecta a este estudio (ver Tabla 49), puede observarse que en la post-intervención solo existe correlación positiva entre las variables Afecto Positivo y Afecto Negativo ($r=.792$, $p=.006$) y entre el Afecto Negativo con el Bienestar Psicológico ($r=.652$, $p=.041$).

El coeficiente de correlación (r) en términos de proporción de variabilidad compartida o explicada, con coeficiente de determinación (r^2), se define como el cuadrado del coeficiente de correlación. La correlación entre emociones, cuya medida deriva del balance afectivo, es de ($r=.792$, $p=.006$), lo que significa que $r^2=.792^2=.6272$ es la proporción de varianza compartida entre ambas variables. Un 62.72% del Afecto Negativo se explica por las emociones positivas (Afecto Positivo), variabilidad explicada, y comparten un 62.72% de elementos. Por lo tanto, un 37.28% del Afecto Negativo queda sin explicar, o lo que es lo mismo, la variable Afecto Positivo puede predecir el Afecto Negativo en un 62.72%. Pero comparando las medias de ambas variables (ver Tabla 42 y Figura 48), se puede comprobar que los resultados de la variable Afecto Negativo son suficientemente bajos respecto a la media de la variable Afecto Positivo. Como ya queda dicho, cuando las medias del afecto negativo son bajas también son bajos los estados emocionales que lo acompañan, lo que se considera una mejoría en este tipo de personas.

Existe una correlación baja con las otras variables trabajadas en el nivel de significación del 5% ($p=.05$). Se deduce, igualmente, con el Bienestar Psicológico, que la correlación es ($r=.487$, $p=.154>.05$), por lo que el Afecto Positivo predice un 23.71% ($r^2=.487^2=.2371$) de este. Con el Bienestar Social la correlación es de ($r= -.292$, $p=.413>.05$), lo que informa que el Afecto Positivo predice el 8.52% ($r^2= -.292^2=.0852$) de este. Con la Calidad de Vida la correlación es ($r=.120$, $p=.740>.05$), por lo que el Afecto Positivo predice solamente el 14.40% de la Calidad de Vida. Se hace visible la moderada asociación del Afecto Positivo con el Bienestar Psicológico y la baja o nula asociación con el Bienestar Social y la Calidad de Vida. En cambio, es de resaltar que existe una correlación significativa ($r=.652$, $p=.041<.05$) entre el Bienestar Psicológico y el Afecto Negativo, que predice el 42.51% ($r^2=.652^2=.4251$) de este, aunque el 57.49% quede sin explicar, puesto que no se han tenido en cuenta otras variables.

5.2.6. Triangulación de los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones de análisis a través de los distintos instrumentos de recogida de datos

En este último momento analítico, se lleva a cabo una triangulación de los datos recabados, comparando los resultados obtenidos a través de seis unidades de análisis: variables, escalas (pretest-postest), hoja de observaciones y habilidades musicoterapéuticas, debate en el grupo diana y el cuestionario de satisfacción, con la intencionalidad de dar respaldo a los resultados de la observación para que tengan una mayor veracidad y fiabilidad y se suprima la incertidumbre por la utilización de un solo método.

Tabla 50.
Triangulación de los resultados obtenidos.

Variables	Escalas		Hoja de observación de conductas y habilidades improvisatorias	Debate Grupo Diana	Cuestionario de satisfacción
	Pre-test	Post-test			
Autoaceptación	Los usuarios y usuarias poseen una buena percepción acerca de su capacidad de autoaceptación, percepción que se puede observar y en la que no hay diferencias significativas en función del sexo.	Los resultados obtenidos indican una mejora de un punto con respecto al pretest, tras la implementación, mejora que se puede considerar como elevada. En este sentido, este aumento supone una variación significativa en ambos sexos, pero, sobre todo, a favor de las mujeres.	La frecuencia mayoritaria registrada es de veinte respuestas, lo que demuestra que se ha participado en las sesiones de una manera suficiente y venciendo la timidez de interactuar con los otros.	La frecuencia de respuestas como “estoy bien o “soy así”, demuestra que están contentos con ellos mismos y afrontan su situación de manera normal.	Los datos extraídos muestran que el programa ha servido para aceptarse de una manera más positiva.
Autonomía	En esta dimensión los usuarios y usuarias obtuvieron unas puntuaciones medias. Así, se puede considerar que tienen cierta autonomía. En función del sexo se observó que las mujeres poseen mayor facilidad para ser autónomas.	Tras la implementación se pudieron ver diferencias en comparación con el pre-test, y establecer que los usuarios y usuarias tienen una competencia alta en esta dimensión. Mayor en el grupo de mujeres.	Los resultados relacionan la autonomía con la capacidad de tener iniciativa propia y ser creativo. Demuestran que la mitad de los usuarios y usuarias obtienen una elevada capacidad de respuesta.	Los resultados reflejados demuestran que en esta dimensión todos tienen asumido que su vida depende de un cuidador. Respecto a la autonomía en sus decisiones, hay cierta disparidad, dependiendo de su carácter.	Los usuarios y usuarias indican una alta satisfacción con el programa en este ámbito.

Variables	Escalas		Hoja de observación de conductas y habilidades improvisatorias	Debate Grupo Diana	Cuestionario de satisfacción
	Pre-test	Post-test			
Relaciones positivas	Los usuarios y usuarias indicaron que se consideran en un nivel normal en lo que a los patrones de relación y socialización se refiere, más a favor de las mujeres.	Tras la implementación, los usuarios y usuarias han mostrado un mayor dominio de sus capacidades de relación, apareciendo igualdad entre los sexos.	Los resultados dan un gran número de interacciones de cierta duración, lo que demuestra que la implementación ha fomentado las relaciones personales.	Esta variable es la que más se deriva del vínculo entre musicoterapeuta y participante y con el resto del grupo. En ella se observa que han conectado con el musicoterapeuta y que los diálogos sonoros les han acercado a sus compañeros y compañeras, abriendo una ventana a la comunicación y a unas relaciones más fluidas.	De las respuestas de los usuarios y usuarias se extrae una elevada puntuación, que indica que sus interacciones han mejorado. No se hace distinción entre sexos.
Dominio del entorno	Los usuarios y usuarias indicaron que se consideran en un nivel normal-bajo en lo que a los patrones del dominio del entorno se refiere, sin diferencias significativas entre sexos.	Tras la implementación, se obtiene un nivel de un punto por encima del pretest, lo que demuestra que los resultados han sido positivos. No hay diferencias significativas entre sexos.	Los resultados muestran la media de veces en que se llevan a cabo las improvisaciones, indicando que la mayoría de los usuarios y usuarias participaron de buen grado, no habiendo diferencias entre sexos.	Las respuestas de esta variable están mediatizadas por su situación física, que les recuerda y convierte en personas con dependencia. Sin embargo, en la medida de lo posible, y durante el transcurso de las sesiones, se ha observado que se han evadido y han disfrutado de lo que estaban haciendo.	De las respuestas de los usuarios y usuarias se extrae que tienen una mejor opinión sobre esta variable.

Variables	Escalas		Hoja de observación de conductas y habilidades improvisatorias	Debate Grupo Diana	Cuestionario de satisfacción
	Pre-test	Post-test			
Crecimiento personal	Los usuarios y usuarias indicaron que se consideran en un nivel normal-alto en los hombres y normal en las mujeres, en lo que a los patrones del dominio del crecimiento personal se refiere.	Tras la implementación, los usuarios y usuarias, con un nivel de casi un punto por encima del pretest, demuestran que los resultados han sido positivos. Más altos en lo que se refiere a los hombres.	El resultado obtenido se refiere a la intencionalidad musical de las improvisaciones. Se detecta que, al menos la mitad de los usuarios y usuarias, tienen alguna, lo que se traduce en que ponen interés por llevar a cabo las actividades propuestas con intención musical. No hay diferencias entre sexos.	Las respuestas de los usuarios y usuarias hablan de esperanzas de mejora de vida y se puede observar que las menos son negativas o de resignación. La mayoría ha sido de optimismo y fe en el futuro.	No se ha preguntado de manera explícita sobre esta dimensión.
Propósito de vida	Los usuarios y usuarias indicaron que se consideran en un nivel medio en lo que a los patrones del propósito de la vida se refiere, sin diferencias entre sexos.	Tras la implementación, los usuarios y usuarias, con un nivel de más de un punto por encima del pretest, demuestran que los resultados han sido positivos. Más alto en lo que se refiere a las mujeres.	Hace referencia a las situaciones en las que el usuario y usuaria presenta una improvisación novedosa a lo largo de la sesión, con autonomía, autoafirmación y sin miedo a lo nuevo. Se produce variedad en las situaciones nuevas, a las que los usuarios y usuarias se adaptaron bien.	Se observa que la mayoría no tiene ningún plan para el futuro, que viven el día a día y que este tema no les preocupa demasiado.	No se ha preguntado de manera explícita sobre esta dimensión.

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla 50, los resultados del postest, en comparación con el pretest, informan que, tras la intervención, han tenido una mejor autoaceptación, que están contentos con ellos mismos y afrontan su situación de manera normal, aceptándose de manera más positiva.

Igualmente, obtienen una mejor autonomía con puntuaciones medias en el pretest y más elevadas en el postest, lo que evidencia diferencias y establece que los usuarios y usuarias tienen una competencia alta en esta dimensión. Así, se puede observar que consideran que tienen cierta autonomía y capacidad de tener iniciativa propia y ser creativos y creativas, demostrando que la mitad del grupo obtiene una elevada capacidad de respuesta. A pesar de que todos y todas tienen asumido que su vida depende de un cuidador o cuidadora, respecto a la autonomía en sus decisiones parece que hay disparidad dependiendo de su carácter.

Se ha podido observar la evolución de las relaciones sociales en tanto en cuanto los usuarios y usuarias en el pretest indicaron que se consideran en un nivel normal en lo que a los patrones de relación y socialización se refiere, mostrado en el postest un mayor dominio de sus capacidades de relación, apareciendo una gran igualdad entre los sexos. El mayor número de interacciones entre el grupo demuestra un mayor dominio de sus capacidades de relación. Es esta variable la que más se deriva del vínculo entre musicoterapeuta y usuario/a, y de cada uno con el resto del grupo. En ella, se observa que han conectado con el musicoterapeuta y que los diálogos sonoros les han acercado a sus compañeros y compañeras, abriendo una ventana a la comunicación y a unas relaciones más fluidas.

En la variable dominio del entorno, los usuarios y usuarias indicaron en el pretest que se consideran en un nivel normal-bajo en lo que a los patrones de esta variable se refiere, sin diferencias significativas entre sexos. Se pudo observar que, tras la intervención, en el postest se obtiene un nivel de un punto por encima del pretest, lo que demuestra que los resultados han sido positivos. Los datos derivados de la observación hacen ver que la mayoría de los usuarios y usuarias participaron de buen grado y, aunque están mediatizadas por su situación física, en la medida de lo posible y durante el transcurso de las distintas sesiones, se ha observado que se han evadido y han disfrutado de lo que estaban haciendo.

Así mismo, en el pretest, los usuarios y usuarias indicaron que se consideran en un nivel normal-alto en los hombres y normal en las mujeres, en lo que a los patrones del crecimiento personal se refiere. Tras la implementación del programa de musicoterapia, en el postest, los usuarios y usuarias puntúan con un punto por encima del pretest, demostrando que los resultados han sido positivos. Se ha podido observar que, al menos la mitad de los usuarios y usuarias tienen una intencionalidad musical en las improvisaciones, traducido en que tienen un mínimo orden y sentido musical. Llegan a hablar de esperanzas de mejora de vida, de optimismo y fe en el futuro, siendo mucho menores las sensaciones negativas o de resignación al finalizar la intervención.

En lo referido a los patrones del propósito de vida, en el pretest indicaron que se consideran en un nivel medio. Sin embargo, tras la implementación de las diferentes sesiones que han configurado el programa, los resultados arrojan un nivel de más de un punto por encima del pretest, demostrando que los resultados han sido positivos. Se ha podido observar que hay un gran número de situaciones en las que los usuarios y usuarias presentan improvisaciones novedosas a lo largo de las sesiones, con autonomía, autoafirmación y sin miedo a lo nuevo. Se produce variedad en las situaciones novedosas, a las que los usuarios y usuarias se adaptaron correctamente.

Los datos recogidos hacen ver que hay una mayor participación femenina, tanto en las actividades de improvisación y en la repetición de patrones rítmicos de temas conocidos, como en el canto de canciones conocidas. Efectivamente, a través de la aplicación de la Escala de Beneficios Psicológicos de Ryff (1989a) en formato postest, sometida a tratamiento estadístico descriptivo de muestras emparejadas por sexo, que recoge las variables estudiadas: el sexo, la media de puntuación, la desviación estándar y la media de error, se ha podido observar que los resultados en las variables autoaceptación, autonomía, relaciones positivas y propósito de vida, han favorecido significativamente a las participantes mujeres.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El trabajo planteado en este estudio ha consistido en analizar los beneficios de la Musicoterapia, basada en la improvisación no-verbal siguiendo el Modelo Benenzon, en la salud y la calidad de vida percibida por personas con discapacidad física y orgánica severa.

Este capítulo está compuesto por los siguientes apartados: conclusiones generales del estudio; conclusiones específicas de la investigación; y limitaciones y prospectiva del estudio, vinculadas a los objetivos planteados y a los interrogantes de investigación.

En las conclusiones generales se abordan los cambios más significativos que se han producido tras la intervención a nivel global, de las aplicaciones que tiene la musicoterapia tanto en el campo de prevención primaria como en el campo clínico y se postula como una nueva estrategia terapéutica. Igualmente, se habla del interés que mueve a los usuarios y usuarias a participar en esta intervención musicoterapéutica, de la importancia de utilizar la comunicación no-verbal a través de las improvisaciones para producir efectos terapéuticos y de una valoración global de los resultados.

En las conclusiones específicas de la investigación se aborda el cumplimiento de los objetivos propuestos en este estudio. Así, se habla de cómo se diseñó la intervención y se elaboró la programación de las sesiones, de los resultados de las variables más importantes trabajadas, de la relación existente entre emociones positivas y el bienestar psicológico, la calidad de vida y el bienestar social de las personas con discapacidad física y orgánica severa. Por último, se describe el nivel de satisfacción experimentado por los usuarios y las usuarias tras la participación en la experiencia musicoterapéutica.

En cuanto al último apartado de limitaciones y prospectiva del estudio, se abordan los problemas que se han presentado a lo largo de la intervención como pueden ser los inherentes al diseño utilizado, grado de certeza atribuido dada la pequeña muestra utilizada y el reducido tiempo dedicado a la intervención, las dificultades a la hora de la implementación de los instrumentos escalares, las dificultades en el descubrimiento de los ISOs y la necesidad de seguir investigando en este campo. Igualmente, se propone una serie de futuros estudios con este modelo de intervención, que van desde ampliar el número de la muestra y el tiempo dedicado a la investigación hasta hacerla extensible a cuidadores y familiares de pacientes con este tipo de enfermedad, pasando por extenderlo a centros escolares con niños de educación especial al tratamiento del TEA, del TDAH, del TEL y/o en el síndrome de Down, o en residencias de la tercera edad y centros penitenciarios.

6.1. Conclusiones generales del estudio

Atendiendo a los objetivos planteados y a los hallazgos obtenidos en el análisis de la información recogida, se puede afirmar que los y las participantes en esta investigación describen una mejoría general en su estado anímico. Se han evidenciado cambios significativos en la dinámica relacional del grupo, en la respuesta de participación individual en la que muestran gran interés por la realización de las actividades, en la mejor predisposición a la hora de afrontar su situación y en la mayor alegría y desenvoltura durante las sesiones.

Se ha utilizado el modelo de musicoterapia Benenzon de improvisación no verbal porque tiene múltiples aplicaciones tanto en la prevención primaria como en el campo clínico. En cuanto a la prevención primaria, destaca en sus aspectos de mejora de la salud comunitaria, de la calidad de la vida de las personas, en las estructuras sanitarias, escuelas, residencias y otras instituciones, así como en la gestación y en el post-parto. En el campo clínico se han podido observar mejoras en el tratamiento del autismo y en trastornos generalizados del desarrollo, en el retraso mental, trastornos sensoriales, motores y de comunicación, en las afasias y discapacidad auditiva, en personas con enfermedades terminales y de larga hospitalización, en la drogadicción, el tabaquismo y el alcoholismo, en las enfermedades psiquiátricas y en los trastornos de conducta alimentaria (Benenzon, 2011; Bruscia, 2014; Trallero Flix, 2000; Poch Blasco, 2002; Vaillancourt, 2009).

Debido al incremento actual de personas con discapacidad por accidentes traumáticos, bien craneoencefálicos o medulares, encefalopatías, accidentes cardiovasculares o parálisis cerebral y otros, conviene usar nuevas estrategias terapéuticas de intervención, como es el caso de la musicoterapia, que complementen las terapias tradicionales y que ayuden, en la medida de lo posible, a mejorar el estado anímico de estas personas.

El interés que mueve a los usuarios y usuarias de esta investigación a participar en un taller de Musicoterapia, tal y como se ha podido observar en el cuestionario de motivos aplicado antes de la intervención, pone de relieve la esperanza de poder conseguir más autonomía, dominar mejor el entorno y tener más amistades, si bien otros confiesan no tener una razón concreta, aunque sí les mueve la intención de conocer algo novedoso que les saque de la rutina, como puede ser comunicarse con música y pasárselo bien, de lo que se desprende su manifiesto interés y optimismo. Su bagaje musical se reduce a la música de corte popular como sevillanas, canción española, saetas y pasodobles, lo que condicionó la elaboración de este programa, ya que estos fueron los ritmos y canciones utilizados con preferencia para iniciar las improvisaciones no-verbales. Aclarar que estas personas pueden cantar canciones o tararear melodías, improvisadas o no.

A lo largo de la intervención se ha podido comprobar una mayor participación femenina en las actividades de improvisación y la repetición tanto de patrones rítmicos como de canciones conocidas. También se ha podido observar que los resultados en las variables autoaceptación, autonomía, relaciones positivas y propósito de vida, favorecen al grupo de mujeres. Estos resultados difieren de los obtenidos por Helvik *et al.* (2006), que en su estudio sobre el bienestar psicológico (calidad de vida relacionada con la salud) en una población de personas adultas mayores de 20 años con discapacidad auditiva y su relación con los factores audiológicos, las consecuencias de la discapacidad auditiva, el sentido del humor y el uso de estrategias de comunicación, encontraron una mejor capacidad de adaptación en los hombres, con mejores resultados para las seis dimensiones del bienestar psicológico, cuando se trabaja con ellos con actividades relacionadas con estrategias de comunicación. La discordancia con los resultados encontrados en esta tesis doctoral puede explicarse por el pequeño tamaño de la muestra utilizada en esta investigación.

Los resultados obtenidos en el trabajo aquí realizado sugieren que son las mujeres las que tienen mayor capacidad de afrontamiento, obteniendo mejores resultados en afecto positivo y más bajos en el afecto negativo. Igualmente, se observaron pequeños cambios como, por ejemplo, que estaban más desinhibidas y el acercamiento a la hora de relacionarse con el grupo era más espontáneo. Paralelamente, se ha podido observar que la aplicación de las estrategias usadas en las sesiones (uso de consignas, improvisaciones no-verbales, cantar y/o ritmar canciones conocidas y/o populares repetidas una y otra vez) puede ayudar a disminuir la ansiedad, la depresión y/o, en un pequeño porcentaje, el malestar físico en la subescala variable afecto positivo. Todo esto coincidente con Vecina Jiménez (2006) y Goleman (1997), que sostienen que muchas de las enfermedades tienen su origen en el cerebro, por lo que también, a través de determinados estímulos, se pueden llegar a reducir. Se ha podido comprobar que con la Musicoterapia se pueden hacer llegar al cerebro unos estímulos que lleven a la persona a una relajación o anulación de los estímulos que reproducen la enfermedad. En las dos personas participantes pasivas se ha visto cómo, ante el estímulo sonoro-musical, han mostrado numerosas explosiones de alegría y de bienestar derivadas de las improvisaciones ejecutadas por el musicoterapeuta o por ellos mismos. Se desconoce si ello producirá algún tipo de huella duradera o solo persisten mientras existe estímulo sonoro-musical, por lo que se hace necesario continuar investigando.

Tras la observación del día a día, en consonancia con Botero Soto y Londoño Pérez (2013), las personas con discapacidad adquirida que han perdido de manera significativa la funcionalidad y la independencia tras un accidente, parecen presentar mayor incidencia de trastornos de ansiedad,

trastornos del estado de ánimo y déficit en habilidades sociales e inadecuación social que las personas con discapacidad congénita o que la padecen desde la infancia.

Puede servir de ayuda utilizar la comunicación no-verbal a través de las improvisaciones a la vez que la comunicación verbal de las variables debatidas en el grupo, pues a los usuarios y usuarias se les ha animado a comunicarse con sus compañeros y compañeras que sufren su misma situación para afrontar de una forma más positiva los efectos derivados de ésta. Por ello, además del desarrollo de la creatividad, con la comunicación no-verbal a través de las improvisaciones, se han optimizado dos aspectos de su vida personal:

- a) Mejora de las relaciones interpersonales, siguiendo la estela de lo expuesto por Abello *et al.* (2008), que indicaron que cuando la persona no tiene capacidad para establecer relaciones sociales es porque tiene dificultades para intimar con las personas que le rodean, o en virtud de los encontrados por Alfaro *et al.* (2015), que argumentaron que las relaciones interpersonales son generadoras del bienestar social.
- b) Afrontamiento del estrés y otros estados emocionales negativos, en consonancia con lo expuesto por Park *et al.* (2013), que consideran que es muy importante la actitud que una persona tenga ante una enfermedad incapacitante.

Se concluye, por lo tanto, que este tipo de intervención musicoterapéutica puede ser valiosa como un modelo teórico que adapta el Modelo Benenzon para mejorar el estado general de los usuarios y usuarias. De manera más amplia, se considera que el Modelo Benenzon es válido porque propicia, al menos, una moderada mejora del estado de bienestar psicológico, de la calidad de vida y salud, del bienestar social y del afecto positivo en personas con discapacidad física y orgánica severa y que, por ende, las relaciones con las personas de su entorno, tanto cuidadores como personal sanitario y familiares, se ven favorecidas porque los usuarios y usuarias afrontan el día a día con más optimismo.

Haciendo una valoración global, se puede afirmar que esta intervención potencia en los y las participantes un balance afectivo y psicológico moderadamente positivo, pero al haber sido reducido el período de intervención sus resultados no permiten llegar a conclusiones que se puedan generalizar, aunque pueden ser válidos a la hora de planificar una nueva intervención con este tipo de participantes. Es por ello que se coincide con Benenzon (2011) en que, al hablar de la efectividad del tratamiento musicoterapéutico, la frecuencia de trabajo con el usuario o usuaria no debe ser menor de tres veces por semana y el entrenamiento debe ser permanente. Cada ausencia, cada alternativa de pasividad y de no estimulación es un fracaso ante el deterioro constante de la persona.

Es necesario un acompañamiento constante para detener la progresiva disminución de sus facultades. El proceso debe ser continuo, en consonancia con Bruscia (1999), que en su exposición sobre los modelos de improvisación en musicoterapia recuerda que esta es “un proceso constructivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar; mantener o restaurar un estado de bienestar” (p. 7). En tanto que proceso es una actividad que se prolonga en el tiempo. Por su parte, Vaillancourt (2009) habla de un seguimiento desde unas semanas hasta algunos años, dependiendo del tipo de persona a tratar.

En definitiva, el resultado de esta intervención musicoterapéutica confirma la necesidad de seguir trabajando con estos usuarios y usuarias las cogniciones, la confianza en sí mismos y el apoyo social para salir adelante y alcanzar una mejor calidad de vida.

6.2. Conclusiones específicas de la investigación

La recopilación de datos llevada a cabo ha posibilitado dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados en esta investigación. Para la discusión de los resultados se ha tenido en cuenta su relación con el conocimiento previo reflejado en el marco teórico de este estudio. El proceso de valoración de cada una de las dimensiones de estudio como son el bienestar psicológico, la calidad de vida, el bienestar social y el estado emocional, se ha realizado en función de las variables psicológicas autoaceptación, autonomía, relaciones positivas, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida.

Todo ello ha tenido como finalidad comprobar si ha habido un afloramiento de emociones positivas en los y las participantes y ha aumentado su autoestima. En definitiva, si, como dicen Martí Augé *et al.* (2015a), “la Musicoterapia reduce los efectos de los estímulos nocivos mientras que eleva el estado anímico y los sentimientos de confort y sensación de control” (p. 107) o, como argumenta López Ruiz (2015), que la improvisación tanto verbal como no-verbal sirve como elemento de autoexpresión y creatividad, pudiendo conformar la propia identidad, explorando distintas facetas de la personalidad.

Se reflexionó sobre la conveniencia o no de incorporar, junto a las terapias tradicionales, una intervención musicoterapéutica que trabajara las dimensiones del bienestar psicológico y favoreciera de manera global a los y las participantes en esta investigación. De un lado, se quiso conocer si es adecuada este tipo de intervención, por la dificultad añadida derivada de la limitación de sus capacidades comunicativas y/o cognitivas, y de otro, se decidió llevarla a cabo por la escasez de investigaciones musicoterapéuticas encontradas en este colectivo concreto y con estas premisas.

En este sentido, este trabajo estuvo encaminado, en primer lugar, al diseño de una intervención de musicoterapia basada en la improvisación no-verbal según el Modelo Benenzon, al que se le ha añadido un programa de intervención en el que se han trabajado, además de la improvisación no-verbal, un estudio de variables psicológicas con el objetivo de valorar si, en efecto, se producen los resultados esperados.

Dicho programa de intervención estuvo compuesto de seis unidades de análisis, donde se ha trabajado una dimensión psicológica, sobre la base de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, en su adaptación al castellano de Díaz *et al.* (2006), excepto en el primer bloque, denominado “bloque 0”, que se dedicó por completo al descubrimiento del objeto intermediario y a aprender a comunicarse de manera no-verbal, siguiendo la técnica que preconiza Benenzon (2011), en el descubrimiento de los ISOs.

A partir del bloque 1 se empezaron a abordar las variables de estudio. A este primero le correspondió trabajar la autoaceptación o la manera de aprender a ser positivos y positivas, todo ello, en consonancia con las ideas aportadas por Fredrickson (2001) y Vilariño Besteiro *et al.* (2009). Se llevaron a cabo actividades tales como usar alguna parte del cuerpo para llevar el ritmo, hacer un movimiento, un canto, un silbido, un chasquido de dedos, una percusión de manos o pies, un grito, un susurro, un murmullo o llevar el ritmo moviendo la silla de ruedas, imitando al musicoterapeuta que interpretó ritmos alegres y con gesto optimista para provocar la reacción en los usuarios y usuarias. Estas actividades se han ido repitiendo en el transcurso de las sucesivas sesiones.

Al bloque 2 le correspondió el estudio de la autonomía, enseñándoles a autoafirmarse ante los demás en consonancia con lo aportado por Borges *et al.* (2018). Se practicó la repetición como el elemento primordial del contexto no-verbal. La repetición les gratifica por la previsibilidad de los intervalos y ritmos, que vuelven y se reconocen y, todo ello, les autoafirma, les da seguridad, en consonancia con lo apuntado por Benenzon (2011).

Durante el bloque 3 se trabajaron las relaciones positivas. Se analizó la comunicación y las relaciones sociales en consonancia con lo afirmado por Fernández-Ballesteros García (1998) y Flores Villavicencio *et al.* (2013). Se trabajó con improvisaciones libres intentando transmitir emociones, a veces solos y otras dirigiéndose a algún compañero o compañera, en la búsqueda del vínculo relacional apuntado por Benenzon (2011).

El bloque 4 trató el dominio del entorno, donde se trabajó la importancia de ser responsables de nuestras acciones, en consonancia con lo apuntado por Ryff (1989b). En este bloque se plantearon improvisaciones que conllevasen responsabilidad como idea central (no molestar al compañero haciendo ritmos estridentes, no interrumpir cuando un compañero ejecuta una improvisación, aceptar las decisiones del MT, cuidar el setting).

Al bloque 5 le correspondió el crecimiento personal, en el que se les enseñó a conocerse mejor, en consonancia con las ideas aportadas por Park *et al.* (2013) y Fernández-Fernández *et al.* (2013). En este apartado se propuso ejecutar improvisaciones de carácter alegre y rítmico para transmitirles confianza, siempre en libertad.

Y, finalmente, en el bloque 6, se trabajó el propósito de vida, intentando transmitirles seguridad y la idea de que todos tenemos futuro, en consonancia con lo aportado por Suárez Colorado (2012) y Guil *et al.* (2016). Se trabajó el futuro bajo distintos prismas: tranquilo y seguro, incierto, agitado, con altibajos, alegre y feliz, triste y desafortunado. Cada visión nos sugiere una improvisación apropiada, combinando timbres, alturas, intensidades y tempos.

Haciendo una aproximación a la meta de analizar el efecto de la intervención musicoterapéutica sobre el bienestar psicológico, la calidad de vida, el bienestar social y el estado emocional de las personas con discapacidad física y orgánica severa, a través de las variables de estudio, se llevó a cabo una recogida de datos utilizando los instrumentos escogidos y/o elaborados para tal fin. Tanto los de recogida de datos de observación, como los obtenidos tras la aplicación pretest-postest de las escalas trabajadas, han dado la suficiente información como para poder decir que los resultados obtenidos han arrojado una diferencia, en general, moderadamente significativa a favor de la intervención musicoterapéutica en todas sus variables. Estos resultados explican que la musicoterapia puede mejorar la visión de estas personas sobre su bienestar y calidad de vida y salud percibida y, por tanto, se puede afirmar que han experimentado una mejoría general en su estado de ánimo.

Teniendo en cuenta las seis variables trabajadas en este estudio, se ha podido comprobar que los datos recogidos, tanto en la ficha de observación y conducta que informa de la actitud ante la propuesta de la actividad, como en la aplicación de las Escalas, han arrojado unos resultados muy parecidos.

Respecto a la variable autoaceptación, en general, los usuarios y las usuarias han experimentado una mejoría en el número de respuestas musicales creativas a propuesta del musicoterapeuta y de respuestas libres, donde se pone a prueba la creatividad de las improvisaciones y la autoestima, en la idea de que somos personas valiosas. Coincidentes con los datos descriptivos que confirman que ha habido mejoría tras la intervención.

Igualmente, en cuanto a las relaciones positivas, tanto en la ficha de observación por el número de interacciones, como en los resultados de las medias y desviación típica, se constata que hubo una mejoría significativa. La cifra de interacciones más baja se corresponde con un participante con accidente cerebrovascular isquémico. Este resultado es coincidente con lo encontrado por Fellingner *et al.* (2007), que llevaron a cabo un trabajo donde se comparan los niveles de angustia psicológica y la calidad de vida en personas con problemas de audición con los niveles informados por los sordos y la población auditiva, hallando que las personas con discapacidad auditiva sobrevenida muestran niveles bajos de calidad de vida y de satisfacción con su vida social en comparación con las personas sordas y la población con capacidad auditiva; o Silverman (2019b), que sostiene que existen evidencias de que las relaciones positivas fomentan la recuperación de las personas con problemas de salud mental.

Así mismo, hay una mejoría en la variable dominio del entorno observado por la media de veces de participación e intervención en las propuestas de trabajo. Ello permite deducir que la mayoría de los usuarios y usuarias participaban de buen grado en las actividades propuestas, expresando emociones y gozando de lo que hacían, coincidentes con los datos que han confirmado que ha habido mejoría tras la intervención.

También hay mejoría en la variable crecimiento personal, observándose en la intencionalidad musical de las improvisaciones una vez participaron de las actividades del programa. Es destacable su participación, hecho que les produjo una mejoría del estado de ánimo.

Finalmente, hay mejoría en la variable propósito de vida, comprobada por la duración de las improvisaciones que demuestran la autoafirmación y no temer a lo nuevo.

No hubo, sin embargo, una mejoría en la variable autonomía, ya que las improvisaciones practicadas a iniciativa propia, garantes de la autonomía de los usuarios y usuarias, no abundaron, lo que establece que es la variable donde menos incidencia ha tenido la intervención musicoterapéutica.

No obstante, a tenor de lo expuesto, se puede afirmar que la musicoterapia, por su capacidad de producir emociones positivas, origina sensación de bienestar general y mejora la percepción de calidad de vida de los y las participantes de este estudio.

Por ello, se hace necesario seguir trabajando con este tipo de personas y buscando nuevos caminos en la creencia de que se pueden tener mejores logros. En este mismo sentido se pronuncian Särkämö *et al.* (2014), que en su estudio con personas que envejecen sostienen que, a través de una intervención musicoterapéutica, se puede ayudar a mantener la salud física y mental y las capacidades cognitivas.

Otro objetivo consistió en evaluar la relación existente entre emociones positivas y las demás dimensiones trabajadas para comprobar que cuando sube el afecto positivo, también sube el bienestar psicológico, en la línea de lo argumentado por Fredrickson (2001), que sostiene que las emociones positivas son un medio para lograr crecimiento psicológico y mejora del bienestar. Tan importantes son las emociones positivas que Vecina Jiménez (2006) propone que sean usadas en la prevención y el tratamiento de numerosos trastornos, ya que, como afirman Everaert *et al.* (2020), las dificultades en la regulación de las emociones se relacionan con la depresión y la ansiedad. En esta misma línea, Hervás (2009) considera que las emociones positivas generan una sensación placentera y presentan una gran cantidad de efectos positivos en diversas áreas del funcionamiento psicológico, al contrario que las negativas, que generan malestar. Igualmente, Seligman y Csikszentmihalyi (2014) informan sobre la relación que existe entre las emociones positivas y la salud física. Chakhssi *et al.* (2018) encuentran que las emociones positivas provocan sentimientos, cogniciones o comportamientos positivos, mejoran el bienestar general y reducen la angustia en personas con trastornos clínicos. Seligman (2019) habla de que las emociones positivas sirven para tener una vida plena. Kwok (2019) halla que, a través de la “música y la artesanía”, se favorecen las emociones positivas, que a su vez influyen en una mejora general de la vida y, finalmente, Carr *et al.* (2020) encontraron que trabajar los pensamientos positivos influye en una mejora general del bienestar. En efecto, Silverman (2013), en su estudio con personas que sufren depresión, señala que tras una intervención musicoterapéutica se pudo comprobar que las personas con una mejor puntuación en afecto positivo tendían a tener la media más alta en calidad de vida percibida y la más baja media de las puntuaciones en depresión. En este sentido, recordar lo anteriormente expuesto de los dos usuarios y usuarias pasivas, que han disfrutado en cada una de las sesiones en las que han participado y, al menos momentáneamente, se han desinhibido e intentado comunicar y/o participar a través de la gesticulación con movimientos de aprobación a las improvisaciones de sus compañeros y del musicoterapeuta, resultados coincidentes con Gilbertson y Aldridge (2008),

que hablan de que la música improvisada en personas con lesión cerebral traumática tiene un gran potencial rehabilitador. Y Soria Uríos *et al.* (2011) hablan de que en la improvisación intervienen los órganos de los sentidos, el sistema nervioso central y el sistema muscular y glandular.

Por el contrario, el afecto negativo no sufre variación alguna, lo que lleva a concluir que las emociones positivas han aflorado con más fuerza, favoreciendo un mejor bienestar y calidad de vida percibida, coincidente con lo encontrado por Vecina Jiménez (2006) cuando argumenta que las emociones positivas protegen a las personas de los efectos negativos, y en contraposición de lo que piensan Aldao *et al.* (2010), que argumentan que los individuos con angustia, depresión o ansiedad se refugian más en pensamientos negativos repetitivos que en pensamientos positivos. Gross y John (2003) consideran que la disminución de emociones positivas hace que aumenten las emociones negativas e impiden los beneficios que se pudieran obtener con esta estrategia. Sin embargo, Lombardo (2013) considera que los afectos positivos y negativos son independientes, puesto que quienes sienten las emociones positivas con más intensidad también son los que perciben las emociones negativas más fuertemente. Igualmente, Csikszentmihalyi y Wong (2014) encuentran que las relaciones con los amigos proporcionan apoyo emocional, alivian el estrés y aumentan la autoestima. Singh *et al.* (2017) sostienen que la reducción de los estados emocionales negativos mejora el bienestar físico y mental. En este mismo sentido, Kwok (2019) argumenta que una mayor conciencia de las emociones negativas no ayuda a aliviar la ansiedad, sino que la aumenta. En efecto, los hallazgos de Greene *et al.* (2019) sugieren que una amplia gama de emociones negativas puede desempeñar un importante papel en las primeras etapas del síndrome de trastorno de estrés postraumático.

Finalmente, centrando el interés en el nivel de satisfacción experimentado por la práctica de la intervención por las personas con discapacidad física y orgánica severa, tras la participación en la experiencia musicoterapéutica y en la consecución de una mejora en el bienestar del grupo, se ha podido evidenciar su efecto positivo a través del trabajo llevado a cabo a lo largo de las sesiones. El éxito alcanzado en la intervención ha incrementado el desarrollo personal y proporcionado un alto grado de satisfacción de los usuarios y usuarias con este tipo de intervención ya que, en general, la han calificado de muy positiva (70%). Han participado con alegría y motivación, posiblemente por la novedad que les ha supuesto un taller de estas características y porque han considerado, por unanimidad, que el taller les ha ayudado a mejorar su sensación de bienestar y calidad de vida percibida.

Fijándose en sus percepciones, en un 60% de las respuestas consideran que la participación ha mejorado su autonomía, lo mismo que ha sucedido con su autoaceptación, donde un 70% de las respuestas consideran que se les ha ayudado a autoconocerse y autoafirmarse.

La experiencia les ha ayudado a sentirse más relajados y capacitados para afrontar los problemas derivados de su situación personal, considerando que su estado de ánimo ha mejorado. Se han sentido más alegres y abiertos, cosa que les ha ayudado a hacer más amigos dentro del grupo participante. Mayoritariamente coinciden en su deseo de volver a participar en otra experiencia, coincidiendo con Martí Augé *et al.* (2015a), que indica que “tras la intervención, los usuarios y usuarias en un tratamiento de Musicoterapia suelen describir la experiencia como positiva, incluyendo una mejora en el estado anímico y bienestar, un aumento de la comunicación familiar y un aumento de la esperanza y fuerza interior” (p. 108).

Por todo lo anterior se puede concluir que, tomando como base el Modelo Benenzon, esta variante de la aplicación puede valer y ser positiva para este grupo de personas y que la musicoterapia es un coadyuvante efectivo, como complemento de otras terapias. Estos resultados continúan la línea expuesta por Park *et al.* (2013) al afirmar que “el objetivo último de la vida no es meramente sobrevivir ante la adversidad sino florecer y crecer. Todos merecemos una vida feliz, saludable y plena” (p. 18).

6.3. Limitaciones y prospectiva del estudio

Hay que tener en cuenta que durante la realización de una investigación de este calado es corriente que aparezcan determinadas trabas que dificulten su normal desarrollo, toda vez que los factores que intervienen son múltiples. Asimismo, el estudio no puede entenderse como finalizado, por lo que se ofrece al final de este capítulo una lista de futuras líneas de investigación que posibiliten la continuación del trabajo aquí iniciado.

En cuanto a las limitaciones encontradas, se hace constar, de antemano, las facilidades dadas por la Institución FEPAMIC para llevar a cabo dicha experiencia. Sin embargo, se han encontrado algunas circunstancias especiales, derivadas de las características de la muestra trabajada, que se pasan a describir.

Por el tipo de diseño utilizado (cuasiexperimental, con pretest y posttest de un solo grupo), el grado de certeza sobre la mejora atribuida a esta intervención no puede ser alto, al haberse identificado pero imposibilitado el control de variables extrañas como que el musicoterapeuta puede haber tenido falsas impresiones sobre lo observado, que la interacción entre los usuarios y usuarias y el musicoterapeuta puede haber influido en los datos recogidos o que las condiciones del *setting* hayan influido en la objetividad de los datos recabados durante la observación. Al usar una muestra reducida no puede hacerse extensible a toda la población, aunque sí a la población con las mismas características de dicha muestra.

A este imponderable se suma que el tiempo dedicado ha sido reducido, ya que para que el programa de intervención surta el mayor efecto posible es necesario que sea un proceso prolongado en el tiempo, de años, para que puedan reestructurarse los canales de comunicación y de expresión de sentimientos, en la línea de lo apuntado por Benenzon (2011), que sostiene que la musicoterapia es un proceso histórico vincular dentro de un contexto no-verbal de relación entre el terapeuta y su paciente o grupo de pacientes. La musicoterapia no se puede concebir en términos de una única sesión, solo se puede comprender a lo largo de una serie de ciclos que requieren tiempo, numerosos encuentros y donde pueda constituirse un comienzo, una trayectoria y un final.

Así mismo, otra de las limitaciones fue la implementación de los instrumentos escalares y los datos de la ficha musicoterapéutica, por la especial situación de los y las participantes, a los cuales se explicó de manera personalizada las preguntas y se les ayudó a su cumplimentación, dadas sus dificultades en el trazo fino. Tras la primera toma de contacto, se decidió que dos personas pasivas no podían ser evaluadas por sus singulares características, aunque sí participaron, en mayor o menor medida, en todas las actividades propuestas en el programa de intervención.

La elaboración del programa se ha ido completando y adaptando a la vez que se avanzaba en su aplicación, lo que ha supuesto un reto para este investigador pues, si bien los objetivos estaban claros desde que se empezó a planificar este estudio, no lo estaba tanto el desarrollo de las actividades a realizar en cada sesión. Dichas actividades se han ido adaptando a las circunstancias, buscando las más adecuadas, que no siempre eran las estandarizadas en el Modelo, en aras de la motivación. Por ejemplo, para iniciar las improvisaciones, a menudo se ha recurrido a recordar ritmos y melodías populares que los usuarios y usuarias habían propuesto anteriormente. A partir de ellas era mucho más fácil provocar improvisaciones libres y creativas. El musicoterapeuta ha conseguido, de esta manera, el objetivo de acompañamiento y comunicación que el Modelo Benenzon preconiza.

Por otro lado, aunque el descubrimiento de los ISOs por parte de los usuarios y usuarias y del musicoterapeuta no es automático, llegar al ISO en Interacción ha sido laborioso. Tras la presentación de distintos tipos de improvisaciones con ritmos distintos y con otros conocidos de canciones más populares, se consiguió que se desinhibieran y participaran activamente a lo largo de todas las sesiones y se produjera un vínculo (relación), tanto entre musicoterapeuta y participantes como entre el grupo. Finalmente, se pudo llegar a que las improvisaciones, por medio de patrones rítmicos y gestos corporales y/o faciales, tuvieran una intencionalidad. Más sencillo ha resultado cuando se han acompañado con los instrumentos, cantado o ritmando canciones interpretadas por el musicoterapeuta y conocidas por ellos y ellas.

En ocasiones se ha producido falta de continuidad de algunos usuarios y usuarias que, por sus especiales características, debían ausentarse de las sesiones para ser atendidos en sus necesidades fisiológicas y/o dolencias. Cuando volvían se integraban fácilmente, de un lado porque la estructura de las sesiones propiciaba la integración en cualquier momento y, de otro, la dinámica de la sesión estaba muy ritualizada, a partir de las primeras sesiones. En cualquier caso, se trataba de que participaran lo antes posible acercándoles un instrumento y prestándoles especial atención hasta que lo conseguían.

Hay que hacer constar que se ha investigado poco acerca del efecto de la musicoterapia sobre los cuidadores y/o familiares de esta tipología de usuarios y usuarias y, por ello, es muy valiosa la aportación de Lewis *et al.* (2015), que en su evaluación de los efectos del uso terapéutico de la música en los cuidadores y cuidadoras de personas con demencia pudieron demostrar que la salud mental y el bienestar de estos mejoraron significativamente.

Cabe considerar que los trabajos empíricos sobre el tema que ha guiado esta tesis doctoral son escasos y se necesita seguir investigando sobre el mismo, así como sus efectos en la práctica clínica típica, como ya apuntaron Daykin y Bunt (2015), destacando la necesidad de nuevas investigaciones sobre las formas en que la musicoterapia puede ayudar en el tratamiento, la rehabilitación y la calidad de vida en una amplia gama de configuraciones.

Continuar investigando en este campo y poner en práctica sus avances puede contribuir de modo significativo a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad física y orgánica severa, en la línea de lo apuntado por Sánchez Guio *et al.* (2017), que encuentran la musicoterapia como indicador de mejora de la calidad de vida, o Gold *et al.* (2007), que concluyen que la musicoterapia puede ayudar a mejorar las habilidades comunicativas, y Calleja Bautista *et al.* (2016), que encuentran que es una práctica prometedora.

Desde aquí se propone utilizar este modelo de intervención (improvisación no-verbal, con tratamiento de variables psicológicas) con este mismo tipo de personas, ampliando tanto el número de la muestra como el tiempo dedicado a la investigación, con el objetivo de obtener resultados más generalizables.

A la par, se plantea establecer una línea de investigación similar en centros escolares, con alumnado que presente necesidades específicas de apoyo educativo de diversa etiología, así como con todos aquellos casos “no específicos” en los que el alumnado es víctima de un medio sociocultural desfavorable, para evaluar el efecto de la musicoterapia a nivel emocional y relacional y, consecuentemente, en el desarrollo de todas sus competencias. Tal y como apunta Poch Blasco (2002, p. 28), “el musicoterapeuta es un miembro más en un equipo terapéutico o en un equipo de educación especial o en otros contextos”.

Así mismo, este tipo de intervención podría ser usado en el tratamiento del trastorno del espectro autista (TEA), en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en el trastorno específico del lenguaje (TEL) y/o en el síndrome de Down, dentro o fuera del ámbito escolar, con el objetivo de fomentar las relaciones y comunicación de las personas con estos trastornos. Igualmente, se podría aplicar en las residencias de la tercera edad y en centros de día de personas mayores, para prevenir los estados emocionales negativos, tales como la depresión o la ansiedad e incrementar las relaciones sociales, en consonancia con lo apuntado por Poch Blasco (2002). También podría hacerse extensible a los centros penitenciarios, en la modalidad de “taller de musicoterapia”, con el objetivo de prevenir estados emocionales negativos y favorecer las relaciones sociales entre los internos e internas, abundando en la idea de Chen *et al.* (2014), que encontraron que la musicoterapia aplicada a personas adultas presas en China les reducía la ansiedad y la depresión.

Finalmente, esta investigación se podría hacer extensible a los cuidadores, cuidadoras y familiares de estas personas, con el fin de mejorar su bienestar y prevenir posibles casos que afecten a su salud como pueden ser cansancio extremo, pérdida del sueño, desinterés por la vida e irritabilidad, entre otras, todas ellas relacionadas con su salud mental y en sintonía con lo ya apuntado por Lewis *et al.* (2015), así como incluir medidas de seguimiento para saber si los efectos se mantienen en el tiempo o solo se producen durante el transcurso de la intervención, en la línea de lo propuesto por Chakhssi (2018).

En conclusión, a lo largo de esta investigación se ha podido comprobar que la musicoterapia mejora la comunicación verbal y la no-verbal, ayuda en la relajación, reduciendo la ansiedad y favoreciendo la atención y, en definitiva, colabora en el bienestar general de las personas. Por todo lo aquí expuesto y por sus múltiples beneficios, se hace necesaria la aplicación de este tipo de intervención musicoterapéutica en distintos campos clínicos y de prevención primaria, que redunde en la mejora de la calidad de vida de las personas y que sirva de apoyo como tratamiento no-farmacológico para la recuperación de su vida emocional.

“Después del silencio, lo que más se acerca
a expresar lo inexpresable es la música”

Aldous Huxley (1894 – 1963)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalbers, S., Spreen, M., Bosveld-van Haandel, L. y Bogaerts, S. (2017). Evaluation of client progress in music therapy: an illustration of an N-of-1 design in individual short-term improvisational music therapy with clients with depression. *Nordic Journal of Music Therapy*, 26(3), 256–271. <http://doi.org/10.1080/08098131.2016.1205649>
- Abdulah, D. M., Miho Alhakem, S. S. y Piro, R. S. (2019). Effects of music as an adjunctive therapy on severity of symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder: Randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(1), 27-40. <http://doi.org/10.1080/08098131.2018.1546222>
- Abello, R., Amaris, M., Blanco, A., Madariaga, C., Díaz, D. y Arciniégas, T. (2008). Bienestar, autoestima, depresión y anomia en personas que no han sido víctimas de violencia política y social. *Investigación & desarrollo*, 16(2), 214-231. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26816201>
- Ackerman, S. E., Com, S. L. y Postolski, G. A. (2013). *Metodología de la investigación*. Ediciones del Aula Taller.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldridge, G. y Aldridge, D. (2008). *Melody in Music Therapy: A Therapeutic Narrative Analysis*. Jessica Kingsley Publishers.
- Alfaro, J., Casas, F. y López, V. (2015). Bienestar en la infancia y adolescencia. *Psicoperspectivas*, 14(1), 1-5. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v14n1/art01.pdf>
- Alonso, M. L. y Martínez Taboada, C. (2011). Educación multicultural y bienestar social del profesorado. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 3(3), 32-37. <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/5199/5364>
- Álvarez Nieto, I. F (2004). Los beneficios de la música en el tratamiento de la hiperactividad. *Revista Filomúsica*, (51), 1-6. <http://www.filomusica.com/filo51/hiperactivo.html>
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Editorial Paidós.
- Amarís Macías, M. (2002). Las múltiples inteligencias. *Psicología desde el Caribe*, (10), 27-38. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1671>

- American Music Therapy Association (2014). *Music Therapy and Military Populations*. Silver Springs (MD): American Music Therapy Association. http://www.musictherapy.org/assets/1/7/MusicTherapyMilitaryPops_2014.pdf
- American Music Therapy Association (30 de octubre de 2020). *La musicoterapia es el uso clínico basado en evidencia de intervenciones musicales*. <https://www.musictherapy.org/about/quotes/>
- Angarita Arboleda, C. y Cabrera Dokú, K. (2000). El corazón del rendimiento académico. *Psicología desde el Caribe*, 5, 1-29. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/755>
- Araújo, C. L. y Faro, A. C. M. (2016). Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enfermería Global*, 15(2), 63-98. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.2.215391>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Asociación “Ressó de Musicoterapia”. (23 de febrero de 2021). *Nuestro objetivo es ofrecer un servicio integral a la persona*. http://www.ressomt.org/cat/pagina_inicial.htm
- Asociación “Músicos en Acción”. (23 de febrero de 2021). *Asociación sin ánimo de lucro que pretende introducir la música en los hospitales para mejorar la calidad de vida de los enfermos*. http://www.musicosenaccion.org/?page_id=7
- Barcia-Salorio, D. (2009). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer. *Psicogeriatría*, 1(4), 223-238. https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104_223_238.pdf
- Bascones, L. M., Quezada, M. Y., Fernández, M., López, P. y Tejero, M. (2005). *Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y socio-sanitario*. Oficina del Defensor del Pueblo. <http://www.infocop.es/pdf/Informe-sobre-da%C3%B1o-cerebral-sobrevenido-en-Espa%C3%B1a.pdf>
- Bendicho Montés, J. (2013). Una reflexión sobre las terapias no farmacológicas y su aplicación desde la experiencia: 20 años del “Programa de atención a afectados de Alzheimer” de la asociación COTLAS. *Informació psicològica*, 104, 84-99. <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/32>
- Benedito Monleón, M. C. (2010). Reflexiones en torno a la utilidad de la música en la terapia psicológica con adolescentes. *Revista Española de Pediatría*, 66(2), 136-140. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2010/REP%2066-2.pdf#page=56>

- Benenzon, R. O. (2002). *Musicoterapia. De la Teoría a la Práctica*. Editorial Paidós.
- Benenzon, R. O. (2011). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica. Nueva edición ampliada. (Psicología Psiquiatría Psicoterapia)* (Spanish Edition). Edición con formato Kindle. Editorial Paidós.
- Bergmann, T., Sappok, T., Diefenbacher, A. y Dziobek, I. (2016). Music in diagnostics: using musical interactional settings for diagnosing autism in adults with intellectual developmental disabilities. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(4), 319-351. <http://doi.org/10.1080/08098131.2015.1039567>
- Bernabé Villodre, M. M. (2013). Prácticas musicales para personas mayores: aprendizaje y terapia. *ENSAYOS. Revista De La Facultad De Educación De Albacete*, 28, 133-153. <https://revista.uclm.es/index.php/ensayos/article/view/340>
- Betts, J., Gullone, E. y Allen, J. S. (2009). An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study. *British Journal of Developmental Psychology*, 27(2), 473-485. <http://doi.org/10.1348/026151008x314900>
- Bisquerra Alzina, R. y Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82. <http://dx.doi.org/10.5944/educxx1.1.10.297>
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. <http://www.psicothema.es/pdf/3149.pdf>
- Blanco, A. y Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*, 17(1), 7-29. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/99567.pdf>
- Blanco Molina, M. y Salazar Villanea, M. (2014). Escala de Afectividad (PANAS) de Watson y Clark en Adultos Mayores. En V. Smith-Castro (Ed.), *Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014* (pp. 72-76). Instituto de Investigaciones Psicológicas Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. <http://hdl.handle.net/10669/30348>
- Borges, E. G. da S., Vale, R. G. de S., Pernambuco, C. S., Cader, S. A., Sá, S. P. C., Pinto, F. M., Regazzi, I. C. R., Knupp, V. M. O. y Dantas, E. H. M. (2018). Effects of dance on the postural balance, cognition and functional autonomy of older adults. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(S5), 2302-2309. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0253>
- Botero Soto, P. A. y Londoño Pérez, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(2), 125-137. <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v16n2/v16n2a12.pdf>

- Botero de Mejía, B. E. y Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Brabant, O., Solati, S., Letulè, N., Liarmakopoulou, O. y Erkkilä, J. (2017). Favouring emotional processing in improvisational music therapy through resonance frequency breathing: a single-case experimental study with a healthy client. *Nordic Journal of Music Therapy*, 26(5), 453-472. <http://doi.org/10.1080/08098131.2016.1277253>
- Bradt, J., Biondo, J. y Vaudreuil, R. (2019). Songs created by military service members in music therapy: A retrospective analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 62) 19-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2018.11.004>
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. ARFO editores e impressores Ltda. <https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/metodologia-de-la-investigacion-guillermo-briones.pdf>
- Brotons, M. y Koger, S. M. (2000). The Impact of Music Therapy on Language Functioning in Dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 183-195. <http://doi.org/10.1093/jmt/37.3.183>
- Bruscia, K. E. (1999). *Modelos de improvisación en Musicoterapia*. Agruparte.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (third edition). Barcelona Publishers.
- Bufill Le Monnier, M. (2003). Musicoterapia. Parte I. *Revista electrónica Naturmédicapro.com*, 1-8. <http://www.naturmedicapro.com/2.0/articulos/XXXXXX230403080418SP.htm>
- Burns, D. S., Meadows, A. N., Althouse, S., Perkins, S. M. y Cripe, L. D. (2018). Differences between supportive music and imagery and music listening during outpatient chemotherapy and potential moderators of treatment effects. *Journal of Music Therapy*, 55(1), 83-108. <http://doi.org/10.1093/jmt/thy001>
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A. y Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48-67. <http://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>
- Cabello González, R., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 155-166. <https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/1-Cabello2006.pdf>
- Cabral-Gallo, M. C., Delgadillo-Hernández, A. O., Flores-Herrera, E. M. y Sánchez Zubieta, F. A. (2014). Manejo de la ansiedad en el paciente pediátrico oncológico y su cuidador durante la

- hospitalización a través de Musicoterapia. *Psicooncología*, 11(2-3), 243-258. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47386
- Cabrero García, J. y Richart Martínez, M. (1996). El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería clínica*, 6(5), 212-217. https://www.uhu.es/formacion_profesorado/Debate_inv-cualitativa_frente-inv-cuantitativa.pdf
- Calleja Bautista, M., Sanz Cervera, P. y Tárraga Mínguez, R. (2016). Efectividad de la musicoterapia en el trastorno del espectro autista: estudio de revisión. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 152-160. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2700.pdf>
- Caqueo Urizar, A. y Lemos Giráldez, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582. <http://www.psicothema.com/pdf/3525.pdf>
- Castellanos-Verdugo, M., Caro-González, F. J. y Oviedo-García, M. A. (2010). An application of grounded theory to cultural tourism research: Resident attitudes to tourism activity in Santiponce. En G. Richards y W. Munsters (Eds.), *Cultural tourism research methods* (pp. 115-128). CAB International. <http://library.wbi.ac.id/repository/cultural-tourism-research-methods.pdf#page=129>
- Carballeira, M., González, J. A. y Marrero, R. J. (2015). Diferencias transculturales en bienestar subjetivo: México y España. *Anales de psicología*, 31(1), 199-206. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.166931>
- Cardelle-Elawar, M. y Sanz de Acedo Lizárraga, M. L. (2006). La metacognición aplicada a la emoción. *Psicología Educativa*, 12(2), 107-121. <https://journals.copmadrid.org/psed/archivos/104087.pdf>
- Cardona-Arias, J. A. y Higuera-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu03214.pdf>
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E., y O'Dowd, A. (2020). Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Carrasco García, J., González López, I. y Cañizares Sevilla, A. B. (2020). Beneficios de la musicoterapia como opción integrativa en el tratamiento oncológico. *Psicooncología*, 17(2), 335-355. <https://doi.org/10.5209/psic.68812>

- Castaño-Mora, Y. y Canaval-Eraza, G. E. (2015). Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario. *Entramado*, 11(2), 274-283. <http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2015v11n2.22215>
- Castillo, E. y Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/269/272>
- Cerda Gutiérrez, H. (1991). *Los elementos de la investigación: cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. Editorial el Buho Ltda.
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., y Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1109-1120. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.4.1109>
- Chen, S. C., Chou, C. C., Chang, H. J. y Lin, M. F. (2018). Comparison of group vs self-directed music interventions to reduce chemotherapy-related distress and cognitive appraisal: an exploratory study. *Support Care in Cancer*, 26(2), 461–469. <http://doi.org/10.1007/s00520-017-3850-1>
- Chen, X. J., Hannibal, N., Xu, K. y Gold, C. (2014). Group music therapy for prisoners: Protocol for a randomised controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(3), 224-241. <http://doi.org/10.1080/08098131.2013.854268>
- Clemente, R. A. y Adrián, J. E. (2004). Evolución de la regulación emocional y competencia social. *REME*, 7(17-18). <http://reme.uji.es/articulos/avillj3022608105/texto.html>
- Clements-Cortés, A. (2010). Review of Episodes of relationship completion through song: Case studies of music therapy research in palliative care. *Canadian Journal of Music Therapy*, 16(1), 192-195. <https://n9.cl/hinju>
- Cobos, P. (2017, 30 de julio). Córdoba tiene un 86% más de parados con discapacidad que en el año 2007. *Diario Córdoba, Local*. https://www.diariocordoba.com/noticias/cordobalocal/cordoba-tiene-86-mas-parados-discapacidad-ano-2007_1162799.html

- Código Deontológico Médico (2011). *Código de Deontología Médica. Guía de ética médica*. Edita Organización Médica Colegial.
- Colás Bravo, M. P., Buendía Eisman, L. y Hernández Pina, F. (2009). *Competencias científicas para la realización de una tesis doctoral*. Davinci Continental.
- Constitución Española [CE]. Aprobada por las Cortes en Sesiones Plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. y Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Creswell, J. W. y Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Sage Publishing.
- Csikszentmihalyi, M., y Wong, M. M. H. (2014). The situational and personal correlates of happiness: A cross-national comparison. En M. Csikszentmihalyi (Ed.), *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 69-88). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8>
- Da Silva, V. A., Silva, R. de C. F., Cabau, N. C. F., Leão, E. R. y Silva, M. J. P. da. (2017). Effects of sacred music on the spiritual well-being of bereaved relatives: a randomized clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, (51), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016009903259>
- Daykin, N. y Bunt, L. G. K. (2015). Music as a resource for health and wellbeing. En Ingrid. Söderback (Ed.), *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (pp. 825-829). Springer International Publishing. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-08141-0_60
- Dehkhoda, F., Vinayak, S. y Vinayak, R. (2016). Clinical trial of effect of music-therapy on sleep quality in blood cancer patients. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(S1), 124–125. <http://doi.org/10.1080/08098131.2016.1180154>
- De-Juanas Oliva, Á., Limón Mendizábal, M. R. y Navarro Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 153-168. https://doi.org/10.7179/PSRI_2013.22.11
- De la Rubia Ortí, J. E., Sancho Espinós, P. y Cabañés Iranzo, C. (2014). Impacto fisiológico de la Musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo

- Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 131-140. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i2.69>
- Del Moral Marcos, M. T., Mercadal-Brotons, M. y Sánchez-Prada, A. (2014). Análisis DAFO y estrategias de avance de la Musicoterapia en España. En Associació catalana de Musicoteràpia (Ed.), *Libro de actas del V Congreso Nacional de Musicoterapia. Orquestando la Musicoterapia* (pp. 180-181). Editorial Médica Jims. https://www.geyseco.es/musicoterapia/documentos/Libro_Actas.pdf
- Denegri Coria, M., García, C. y González, N. (2015). Experiencia de bienestar subjetivo en adultos jóvenes profesionales chilenos. *Revista CES Psicología*, 8(1), 77-97. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3216/2318>
- Denis, E. J. y Casari, L. M. (2014). La Musicoterapia y las emociones en el adulto mayor. *Revista diálogos*, 4(2), 75-82. <https://core.ac.uk/download/pdf/158829108.pdf>
- Denzin, N. K. (1970). *Sociological Methods: a sourcebook*. Aldine Publishing Company.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>
- Díaz-Morales, K., Reyes-Arvizu, J., Morgado-Nájera, K. y Everardo-Domínguez, D. (2019). Síntomas en niños con cáncer y estrategias de cuidado familiar. *Revista Cuidarte*, 10(1), 1-11. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.597>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Escarbajal-Frutos, A., Izquierdo-Rus, T. y López-Martínez, O. (2014). Análisis del bienestar psicológico en grupos en riesgo de exclusión social. *Anales de Psicología*, 30(2), 541-548. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.156591>
- Ettenberger, M., Rojas Cardenas, C., Parker, M. y Odell-Miller, H. (2017). Family-centred music therapy with preterm infants and their parents in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in Colombia: A mixed-methods study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 26(3), 207-234. <http://doi.org/10.1080/08098131.2016.1205650>
- Everaert, J., Bronstein, M. V., Castro, A., Cannon, T. D. y Joormann, J. (2020). When negative interpretations persist, positive emotions don't! Inflexible negative interpretations encourage

- depression and social anxiety by dampening positive emotions. *Behaviour Research and Therapy*, (124), 1-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2019.103510>
- Federación de Asociaciones de Musicoterapia Españolas. (23 de febrero de 2021). *Federación de asociaciones de musicoterapia que se unen con la voluntad de impulsar un trabajo conjunto para promover la musicoterapia como disciplina*. <http://feamt.es/>
- Federación Provincial de Asociaciones de Minusválidos Físicos y Orgánicos de Córdoba (FEPAMIC, 23 de febrero de 2021). *Entidad conformada por 34 asociaciones de personas con discapacidad física y orgánica de Córdoba, que a su vez aglutinan a cerca de 6.000 personas con diversidad funcional*. <http://www.fepamic.org/index.asp>
- Fakhoury, N., Wilhelm, N., Sobota, K. F. y Kroustos, K. R. (2017). Impact of Music Therapy on Dementia Behaviors: A Literature Review. *The Consultant Pharmacist*, 32(10), 623-628. <http://dx.doi.org/10.4140/TCP.n.2017.623>
- Fallek, R., Corey, K., Qamar, A., Vernisie, S. N., Hoberman, A., Selwyn, P. A., Fausto, J. A., Marcus, P., Kvetan, V. y Lounsbury, D. W. (2020). Soothing the heart with music: A feasibility study of a bedside music therapy intervention for critically ill patients in an urban hospital setting. *Palliative and Supportive Care*, 18(1), 47-54. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951519000294>
- Fellinger, J. Holzinger, D. Gerich, J. y Goldberg, D. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 243-245. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00976.x>
- Fernández-Abascal, E. G., Jiménez Sánchez, M. P. y Martín-Díaz, M. D. (2003). *Emoción y Motivación. La adaptación humana (Volumen I)*. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández-Abascal, E. y Martín-Díaz, M. D. (2015). Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviours. *Frontiers in Psychology*, 6(317), 1-14. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00317>
- Fernández-Angulo, A., Quintanilla, L. y Giménez-Dasi, M. (2016). Dialogando sobre emociones con niños en riesgo de exclusión social: un estudio preliminar. *Acción Psicológica*, 13(1), 191-206. <http://doi.org/10.5944/ap.13.1.15787>
- Fernández-Ballesteros García, R. (1998). Quality of Life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65. <http://www.psychologyinspain.com/content/full/1998/7frame.htm>
- Fernández-Ballesteros García, R., Zamarrón Casinello, M. D., López Bravo, M. D., Molina Martínez, M. A., Díez Nicolás, J., Montero López, P. y Schettini del Moral, R. (2010).

- Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
<http://www.psicothema.com/PDF/3779.pdf>
- Fernández Martínez, M. E., Liébana Presa, C. y López López, C. (2018). La música como cuidado enfermero: Revisión sistemática. *Revista Rol de Enfermería*, 41(9), 28–35.
<https://medes.com/publication/141807>
- Fernández-Fernández, V., Márquez-González, M., Losada-Baltar, A., García, P. E. y Romero-Moreno, R. (2013). Diseño y validación de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados: el papel del pensamiento rumiativo y el crecimiento personal. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 48(4), 161-170.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.03.006>
- Flores Villavicencio, M. E., Troyo Sanroman, R, Cruz Ávila, M., González Pérez, G. y Muñoz de la Torre, A. (2013). Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 179-192.
<http://revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?id=213>
- Foster, N. A. y Valentine, E. R. (2001). The effect of auditory stimulation on autobiographical recall in dementia. *Experimental Aging Research*, 27(3), 215–228.
<http://doi.org/10.1080/036107301300208664>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
<http://doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.218>
- Fundación “Caico” (23 de febrero de 2021). *La Fundación Caico somos niños y adolescentes, padres y madres, familiares, amigos, equipos médicos y psicólogos unidos en la lucha contra el cáncer infantil*. <http://www.fundacioncaico.org/quienes-somos/>
- Fundación “Instituto San José”. Hermanos San Juan de Dios. (23 de febrero de 2021) *Hospital especializado en Rehabilitación Neurológica y Traumatológica. Referente en Cuidados Paliativo*. <https://fundacioninstitutosanjose.com/>
- Fundación “Menudos Corazones”. (23 de febrero de 2021). *Fundación de ayuda a los niños con problemas de corazón. Ayudamos a las familias. Promovemos la investigación*. <https://www.menudoscrazones.org/>
- Fundación “Música y Salud”. (23 de febrero de 2021). *Aportamos los beneficios terapéuticos de la música a aquellas personas que lo necesitan*. <http://www.Musicoterapiaysalud.org/proyectos>

- Fundación “Porque viven”. (23 de febrero de 2021). *La Fundación PORQUEVIVEN trabaja para apoyar el desarrollo de los cuidados paliativos pediátricos en España*. <https://porqueviven.org/>
- García-Viniegras, C. R. V. y González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n6/mgi10600.pdf>
- García-Viniegras, C. R. V. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2), 1-20. <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/19260/18262>
- Gaston, E. T. (1982). Fundamentos de la Musicoterapia. El Hombre y la música. En E. T. Gaston (Ed.), *Tratado de musicoterapia* (pp. 27-49). Editorial Paidós Ibérica.
- Gattino, G., Elefant, C., Geretsegger, M., Mössler, K., Suvini, F., Odell-Miller, H. y Watts, G. (2016). The good, bad and ugly: joys and challenges of being involved in international research with children with autism. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(S1), 89-89. <http://doi.org/10.1080/08098131.2016.1180084>
- Gilbertson, S. y Aldridge, D. (2008). *Music Therapy and Traumatic Brain Injury: A Light on a Dark Night*. Jessica Kingsley Publishers.
- Gold, C., Wigram, T. y Elefant, C. (2007). Musicoterapia para el trastorno de espectro autista (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, (2), 1-22. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/musicoterapia_para_el_trastorno_de_espectro_autista.pdf
- Gold, C. y Bieleninik, L. (2016). Short-term effects of improvisational music therapy for children with autism spectrum disorder: findings from the TIME-A randomised trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(S1), 28-28. <http://doi.org/10.1080/08098131.2016.1179914>
- Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W. y Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry*, 63(6), 577-586. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.05.031>
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Editorial Kairós.
- Goleman, D. (1998). *Inteligencia Emocional en la práctica*. Editorial Kairós.
- Goleman, D. (1997). *La salud Emocional*. Editorial Kairós. 10ª edición 2010.
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia Social*. Editorial Kairós. 5ª edición 2010.
- Gómez-Asturias, V. E. (2015). Nuevos retos para el derecho internacional de los derechos humanos: protección de la libertad personal de las personas con discapacidad mental. *American*

- University International Law Review*, 30(2), 213-247.
<https://digitalcommons.wcl.american.edu/auilr/vol30/iss2/4/>
- Gómez Gallego, M. y Gómez García, J. (2017). Musicoterapia y enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*, 32(5), 300-308.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.003>
- Gómez Ortiz, O., Zea, R., Ortega-Ruiz, R. y Romera, E. M. (2020). Percepción y motivación social: Elementos predictores de la ansiedad y el ajuste social en adolescentes. *Psicología Educativa*, 26(1), 49-55. <https://doi.org/10.5093/psed2019a11>
- Greene, T., Gelkopf, M., Fried, E. I., Robinaugh, D. J. y Lapid Pickman, L. (2019). Dynamic Network Analysis of Negative Emotions and DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder Symptom Clusters During Conflict. *Journal of Traumatic Stress* 33(1), 72-83.
<https://doi.org/10.1002/jts.22433>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214–219. <https://doi.org/10.1111%2F1467-8721.00152>
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1997). Ocultar sentimientos: los efectos agudos de inhibir las emociones negativas y positivas. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>
- Gross, J. J. y Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Grotberg, E. H. (2013). ¿Qué entendemos por resiliencia? ¿Cómo promoverla? ¿Cómo utilizarla? En E. Grotberg (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades* (pp. 17- 57). Editorial Gedisa.
- Guenoun, M. y De Pedro, J. E. (2014). ¿Puede la musicoterapia disminuir los niveles de ansiedad y de estrés de los pacientes sometidos a hemodiálisis durante sus sesiones? *Evidentia: Revista internacional de enfermería basada en la evidencia*, 11(46). <http://www.index-f.com/evidentia/n46/ev9565r.php>

- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S. y Mestre, J. M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52492
- Gutiérrez, M. y Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, 30(2), 608-619. <http://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131>
- Hackman, D. A. y Farah, M. J. (2009). Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(2), 65–73. <http://doi.org/10.1016/j.tics.2008.11.003>
- Helvik, A. S., Jacobsen, G. y Hallberg, L. R. M. (2006). Psychological well-being of adults with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 28(9), 535-545. <http://doi.org/10.1080/09638280500215891>
- Herkenrath, A. (2002). Musiktherapie und Wahrnehmung: Ein Beitrag der Musiktherapie zur Evalierung der Wahrnehmungsfähigkeit bei Patienten mit schweren Hirnverletzungen. En D. Aldridge y M. Dembski (eds.), *Music Therapy World: Musiktherapie, Diagnostik und Wahrnehmung* (pp. 136-160). Witten: University Witten/Herdecke.
- Hernández Moreno, F. P. y Landero Hernández, R. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de felicidad subjetiva (SHS) y su relación con el estrés, la salud percibida y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(2-3), 357-367. http://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47394
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 23-41. <https://www.copcv.org/db/areas/161208184113dHtNkmrz9I.pdf>
- Hillman, S. (2002). Participatory singing for older people: a perception of benefit. *Health Education*, 102(4), 163-171. <https://doi.org/10.1108/09654280210434237>
- Hodzic, S., Ripoll, P., Costa, H. y Zenasni, F. (2016). Are emotionally intelligent students more resilient to stress? The moderating effect of emotional attention, clarity and repair. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(2), 253-272. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/04.Hodzic_24-2oa-1.pdf
- Hoffmann, P. (2010). Rhythmus als Zeit-Gestalt in Musik und Musiktherapie. *Revista Musiktherapeutische Umschau*, 31(3), 192-211. <https://doi.org/10.13109/muum.2010.31.3.192>

- Hofmann, S. G. y Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1–16. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Holden, S. K., Sheffler, J., Stewart, R., Thompson, S., Persson, J., Finseth, T., Sillau, S. y Kluger, B. M. (2019). Feasibility of Home-Based Neurologic Music Therapy for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Pilot Study. *Journal of Music Therapy*, 56(3), 265-286. <http://dx.doi.org/10.1093/jmt/thz009>
- Jasemi, M., Aazami, S. y Zabihi, R. E. (2016). The effects of music therapy on anxiety and depression of cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(4), 455–458. <http://doi.org/10.4103/0973-1075.191823>
- Jauregui, P., Herrero-Fernández, D. y Estévez, A. (2016). Estructura factorial del “inventario de estrategias de afrontamiento” y su relación con la regulación emocional, ansiedad y depresión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(2), 319-340. <https://n9.cl/ztaoi>
- Jiménez Lara, A. y Huete García, A. (2010). Políticas públicas sobre discapacidad en España. Hacia una perspectiva basada en los derechos. *Política y Sociedad*, 47(1), 137-152. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO1010130137A>
- Kant, I. (2012). *Fundamentación para una metafísica de las costumbres* (Trad. R. Rodríguez Aramayo). Alianza editorial. (Trabajo original publicado en ca. 1785).
- Kant, I. (2008). *Metafísica de las costumbres* (Trad. A. Cortina Orts y J. Conill Sancho). Editorial Tecnos. Grupo Anaya. (Trabajo original publicado en ca. 1797).
- Keltner, B. y Walker, L. (2013). La resiliencia para aquellos que necesitan cuidados de la salud En E. Grotberg (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades* (pp. 209-234). Editorial Gedisa.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Kinkead Boutin, A. P., Garrido Rojas, L. y Uribe Ortiz, N. (2011). Modalidades Evaluativas en la Regulación Emocional: Aproximaciones actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 29-39. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807002.pdf>
- Kim, B. y Dvorak, A. L. (2018). Music therapy and intimacy behaviors of hospice family caregivers in South Korea: A randomized crossover clinical trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(3), 218-234. <http://doi.org/10.1080/08098131.2018.1427783>

- Krishnaswamy, P. y Nair, S. (2016). Effect of music therapy on pain and anxiety levels of cancer patients: A pilot study. *Indian Journal of palliative care*, 22(3), 307-311. <http://doi.org/10.4103/0973-1075.185042>
- Köhler, F., Martin, Z. S., Hertrampf, R. S., Gäbel, C., Kessler, J., Ditzen, B. y Warth, M. (2020). Music Therapy in the Psychosocial Treatment of Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, (11), 651-666. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00651>
- Kossyvaki, L. y Curran, S. (2020). The role of technology-mediated music-making in enhancing engagement and social communication in children with autism and intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 24(1) 118–138. <http://doi.org/10.1177/1744629518772648>
- Kvale, S. (1999). The psychoanalytic interview as qualitative research. *Qualitative inquiry*, 5(1), 87-113. <https://doi.org/10.1177/107780049900500105>
- Kwan, C. K. y Clift, S. (2018). Exploring the processes of change facilitated by musical activities on mental wellness. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(2), 142-157. <https://doi.org/10.1080/08098131.2017.1363808>
- Kwok, S. Y. C. L. (2019). Integrating Positive Psychology and Elements of Music Therapy to Alleviate Adolescent Anxiety. *Research on Social Work Practice*, 29(6), 663-676. <https://doi.org/10.1177/1049731518773423>
- Kumaran, D., Summerfield, J. J., Hassabis, D. y Maguire, E. A. (2009). Tracking the emergence of conceptual knowledge during human decision making. *Neuron*, 63(6), 889–901. <http://doi.org/10.1016/j.neuron.2009.07.030>
- Lacárcel Moreno, J. (2003). Psicología de la Música y de la emoción musical. *Educatio Siglo XXI*, 20, 213-226. <https://revistas.um.es/educatio/article/view/138>
- Lago Castro, P. (2008). La música y la terapia: musicoterapia. *Música y educación: revista trimestral de pedagogía musical*, 21(3) 75, 110-121. <http://hdl.handle.net/11162/28517>
- Laansma, M. M. J. y Haffmans, P. M. J. (2016). “Music for Affect Regulation”: music listening in group receptive music therapy in the treatment of depression. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(S1), 40-40. <http://doi.org/10.1080/08098131.2016.1179941>
- LaGasse, A. B., Manning, R. C. B., Crasta, J. E., Gavin, W. J. y Davies, P. L. (2019). Assessing the Impact of Music Therapy on Sensory Gating and Attention in Children with Autism: A Pilot and Feasibility Study. *Journal of Music Therapy*, 56(3), 287–314. <http://doi.org/10.1093/jmt/thz008>

- Lam, H. L., Li, W. T. V., Laher, I. y Wong, R. Y. (2020). Effects of Music Therapy on Patients with Dementia - A Systematic Review. *Geriatrics*, 5(4) 62, 1-14. <http://dx.doi.org/10.3390/geriatrics5040062>
- Landersman, S. Deluca, S. y Echols, K. (2013). La resiliencia en familias con niños con capacidades diferentes. En E. Grotberg (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades* (pp. 131-160). Editorial Gedisa.
- Leivinson, C. (2005). ¿Musicoterapia para autismo o Musicoterapia para ser humano? Primeras Jornadas de Autismo Infantil de APADEA filial Mendoza. *Revisado en el 2005*. http://public-webs.com/benezon/biblioteca/08autismo_leivi.htm
- Lesiuk, T. (2015). The Effect of Mindfulness-Based Music Therapy on Attention and Mood in Women Receiving Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer: A Pilot Study. *Oncology Nursing Forum*, 42(3), 276-282. <http://doi.org/10.1188/15.ONF.276-282>
- Levitin, D. J. (2013). Neural Correlates of Musical Behaviours a Brief Overview. *Music Therapy Perspectives*, 31(1), 15-24. <https://doi.org/10.1093/mtp/31.1.15>
- Lewis, V., Bauer, M., Winbolt, M., Chenco, C. y Hanley, F. (2015). A study of the effectiveness of MP3 players to support family carers of people living with dementia at home. *International Psychogeriatrics*, 27(3), 471-479. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001999>
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado* 299 de 15 de diciembre de 2006, 44142 a 44156. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39>
- Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate*, 13, 47-60. <https://doi.org/10.18682/pd.v13i0.361>
- López Ruiz, A. (2015). Musicoterapia con adolescentes bajo medidas judiciales en régimen abierto. *Música, Terapia y Comunicación*, 35, 31-48. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5820874>
- López Liria, R., Fernández-Alonso, M., Vega-Ramírez, F. A., Salido-Campos, M. Á. y Padilla Góngora, D. (2014). Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. *Revista De Neurología*, 58(6), 259-267. <http://doi.org/10.33588/rn.5806.2013335>
- López, L. (2009). Music and child neurology: A developmental perspective. En R. Haas y V. Brandes (eds.), *Music That Works* (pp.179-184). Editorial Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-211-75121-3_12

- López Huerta, J. A., González Romo, R. A. y Tejada Tayabas, J. M. (2017). Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 44(2), 105-115. <http://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.09>
- Lorenzo, A. (2012). *Modelo Nordoff-Robbins*. Edita Universidad Católica de Valencia.
- Low, M. Y., Lacson, C., Zhang, F., Kesslick, A. y Bradt, J. (2020). Vocal Music Therapy for Chronic Pain: A Mixed Methods Feasibility Study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(2), 113-122. <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2019.0249>
- Luna, F. G., Marino, J., García, R., Jaldo, R., Leaniz, A. F., Foa Torres, G. y Acosta Mesas, A. (2016). Conectividad Cerebral en la Regulación Emocional: La Solución de Problemas Emocionales. *Psicológica*, 37, 35-59. <https://www.uv.es/psicologica/articulos1.16/3LUNA.pdf>
- Lundman, B., Strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y. y Brulin, C. (2007). Psychometric Properties of the Version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 229-237. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00461.x>
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Maldonado, C. E. (2004). ¿Es posible hablar de evolución o de progreso de la calidad de la vida? En M. C. Morales Borrero y W. H. Mellizo Rojas (Eds.), *Calidad de vida. Enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto* (pp. 29-40). Universidad Nacional de Colombia. http://bdigital.unal.edu.co/43339/6/9587014448_Parte%201.pdf
- Mandel, S. E., Davis, B. A. y Secic, M. (2019). Patient satisfaction and benefits of Music Therapy services to manage stress and pain in the Hospital Emergency Department. *Journal of Music Therapy*, 56(2), 149-173. <http://dx.doi.org/10.1093/jmt/thz001>
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, 6(2), 322-234. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- March, A. (2012). *Introducción al método BMGIM*. Edita Universidad Católica de Valencia.
- Marins Barcelos, V., Rangel Teixeira, E., De Nazareth Ribeiro, A. B., Braga Da Silva, L. D., Pereira Rodrigues, D. y Azevedo Siqueira, A. S. (2018). Music Therapy in Patients with Mental Disorders. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 12(4), 1054–1059. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231436/28676>

- Marom, M. K., Gilboa, A. y Bodner, E. (2018). Musical features and interactional functions of echolalia in children with autism within the music therapy dyad. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(3), 175-196. <http://doi.org/10.1080/08098131.2017.1403948>
- Márquez-González, M., Fernández Trocóniz, M. I., Montorio Cerrato, I. y Losada Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622. <http://www.psicothema.com/pdf/3531.pdf>
- Martí Augé, P., Mercadal-Brotons, M. y Solé-Resano, C. (2015a). Efecto de la Musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 105-128. http://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48907
- Martí Augé, P., Mercadal-Brotons, M. y Solé-Resano, C. (2015b). La Musicoterapia en oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(6), 346-352. <http://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.11.013>
- Martín Polo, S., Strassburguer Lona, K., Hernández Porras, Y. y Barquín Santos, E. (2013). Lesión Medular: *Guía para el manejo integral del paciente con Lesión Medular crónica*. ASPAYM Madrid. https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/ffcd6ec4-ba0e-456d-a4e6-898519fedd06/AFE3D9D2-2478-49D8-97A1-E8D672190CE4/8145d334-906c-4dc6-8357-d3026d3c9e9c/file__Guia_manejo_in.pdf
- Martínez Bullé-Goyri, V. M. (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 46(136), 39-67. [http://doi.org/10.1016/S0041-8633\(13\)71121-9](http://doi.org/10.1016/S0041-8633(13)71121-9)
- Martínez Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A. y González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72. <http://www.psicothema.com/pdf/3177.pdf>
- Mate, A. I., Andreu, J. M. y Peña, M. E. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española del “inventario breve de afrontamiento” (cope-28) en una muestra de adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(2), 305-318. <https://www.researchgate.net/publication/309482569>
- Mateos Hernández, L. A., Del Moral Marcos, M. T. y San Romualdo Corral, B. (2012). *Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias*. Edita IMSERSO. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/21021_sempa.pdf

- Mayer, J. D., Caruso, D. R. y Salovey, P. (2016). The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and Updates. *Emotion Review*, 8(4), 290–300. <https://doi.org/10.1177/1754073916639667>
- Meadows, A., Burns, D. S. y Perkins, S. M. (2015). Measuring Supportive Music and Imagery Interventions: The Development of the Music Therapy Self-Rating Scale. *Journal of Music Therapy*, 52(3), 353-375. <http://doi.org/10.1093/jmt/thv010>
- Medina García, J., Martínez Casas, J. M. y Gómez Urquiza, J. L. (2015). Diseño y elaboración del proyecto de investigación clínica para profesionales de ciencias de la salud. *Enfermería en cardiología*, 22(64), 73-79. https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/64_01.pdf
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32–38. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x>
- Medrano, L. A., Flores Kanter, E., Trógolo, M., Ríos, M., Curerello, A. y González, J. (2015). Adaptación de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) para la población de Estudiantes Universitarios de Córdoba. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2(1), 22-36. <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/12503>
- Meléndez Moral, J. C., Tomás Miguel, J. M. y Navarro Pardo, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27(1), 164-169. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113591>
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe*, 13(1), 79-89. <http://doi.org/10.4067/S0718-22282004000100007>
- Millán Calenti, J. C., Guillén Larráz, P. y Mayán Santos, J. M. (1994). La Musicoterapia como técnica de desarrollo psicomotriz en la tercera edad. *Gerokomos*, 5(11), 59-64. <http://hdl.handle.net/2183/14324>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de Práctica Clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Ministerio de Ciencia e Innovación https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf
- Mocaiber, I., Oliveira, L. D., García Pereira, M., Machado-Pinheiro, W., Rui Ventura, P., Vaconcellos Figueira, I. y Volchan, E. (2008). Neurobiología da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 531-538. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000300014>

- Montalbán Quesada, S. (2014). ¿Una sesión de musicoterapia reduce el dolor de los pacientes de cuidados paliativos? *Evidentia: Revista internacional de enfermería basada en la evidencia*, 11(47-48), 21. <http://www.index-f.com/evidentia/n47-48/ev9687r.php>
- Montero, P., Rueda B. y Bermúdez, J. (2012). Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardiaca. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 93-106. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11318>
- Montorio, I. e Izal, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 27 (3), 145-154.
- Moral de la Rubia, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *CIENCIA ergo sum*, 18(2), 117-125. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035129>
- Moreira, S. V., Justi, F. R. dos R. y Moreira, M. (2018). Can musical intervention improve memory in Alzheimer's patients? Evidence from a systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 12(2), 133-142. <http://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-020005>
- Moreno Fergusson, M. E., Rodríguez, M. C., Gutiérrez Duque, M., Ramírez, L. Y. y Barrera Pardo, O. (2006). ¿Qué significa la discapacidad? *Aquichan*, 6(1), 78-91. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/82/168>
- Morgan, D. L (2014). Pragmatism as a paradigm for mixed methods research. En D. Morgan (Ed.), *Integrating qualitative and quantitative methods* (pp. 25-44). SAGE Publications, Inc. <https://dx.doi.org/10.4135/9781544304533.n2>
- Mössler, K. y Schmid, W. (2016). What is this adorable noise? Relational qualities in music therapy with children with autism. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(S1), 51-51. <http://doi.org/10.1080/08098131.2016.1179960>
- Mössler, K., Gold, C., Aßmus, J., Schumacher, K., Calvet, C., Reimer, S., Iversen, G. y Schmid, W. (2019). The therapeutic relationship as predictor of change in music therapy with young children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(7), 2795–2809. <http://doi.org/10.1007/s10803-017-3306-y>
- Navarro. A. B. y Bueno, B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anales de Psicología*, 31(3), 1008-1017. <http://doi.org/10.6018/analesps.31.3.172481>
- Newman, R. (2013). Tras el desastre: la Campaña de Educación Pública de la APA contribuye a reconstruir la resiliencia. En E. Grotberg (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades* (pp. 301-342). Editorial Gedisa.

- Nhamba, L. A., Hernández Meléndrez, E., Bayarre Veá, H. D. y Gamba Janota, M. (2012). Problemas teóricos, metodológicos e instrumentales para el estudio de la calidad de vida en personas con VIH en Angola. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1), 141-149. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2012.v38n1/141-149/es>
- Nyklíček, I. (2011). Mindfulness, emotion regulation, and well-being. En I. Nyklíček, A. Vingerhoets y M. Zeelenberg (Eds.), *Emotion regulation and well-being* (pp. 101-118). Springer New York. http://www.mariskakret.com/wp-content/uploads/2015/10/Kret_Springer_2010.pdf#page=118
- Nolla, M. C., Queral, R. y Miró, J. (2014). Las escalas PANAS de afecto positivo y negativo: nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 15-21. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.1.2014.12931>
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G. y Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Revista electrónica Docplayer*, 12(3), 263-274. <http://jbposgrado.org/icuali/Criterios%20de%20rigor%20en%20la%20Inv%20cualitativa.pdf>
- O'Brien, E., Grocke, D. y Dileo, C. (2016). "I felt a bit daunted, I've never written a song before": cancer patients' experiences of original songwriting. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(S1), 54-54. <http://doi.org/10.1080/08098131.2016.1179966>
- Ochsner, K. N., Ray, R. D., Cooper, J. C., Robertson, E. R., Chopra, S., Gabrieli, J. D. y Gross, J. J. (2004). For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *Neuroimage*, 23(2), 483-499. <http://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.06.030>
- Okbay, A., Baselmans, M. L., De Neve, J. E., Turley, P., Nivard, M., Fontana, M., Meddens, S. W., Linnér, R., Rietveld, C. A., Derringer, J., Gratten, J., Lee, J. J., Liu, J. Z., de Vlaming, R., Conley, D. C., Smith, G. D., Hofman, A., Johannesson, M., Laibson, ... Koellinger, P. (2016). Genetic associations with subjective well-being also implicate depression and neuroticism. *Nature Genetics*, (48), 624-633. <https://doi.org/10.1101/032789>
- Okun, M. A. y Stock, W. A. (1987). Correlates and components of subjective well-being among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, (6), 95-112. <https://doi.org/10.1177/073346488700600108>
- Oliveira, P. P., Santos, K. L., Silva, F. L., Quadros Dias, A. C., Da Silveira, E. A. A. y De Azevedo, E. A. (2017). Evaluation and Intervention in the Family of Adolescents with Sickle Cell

- Disease. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 11(4), 1552–1564.
<https://pdfs.semanticscholar.org/74a1/785ed257330154fa8c5362ed245fce0b7bc7.pdf>
- OMS (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- ONG “No es solo música” (23 de febrero de 2021). *Punto de encuentro de personas solidarias, tenemos en común la necesidad de hacer algo por los demás a cambio de nada*.
<http://noesolomusica.blogspot.com.es/p/fines-sociales-y-medios-para.html>
- Orjuela Rojas, J. M. (2011). Efecto ansiolítico de la Musicoterapia: aspectos neurobiológicos y cognoscitivos del procesamiento musical. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 748-758. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60162-1](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60162-1)
- Ortega, E., Esteban, L., Estévez, A. F. y Alonso, D. (2009). Aplicaciones de la Musicoterapia en educación especial y en los hospitales. *European Journal of Education and Psychology*, 2(2), 145-168. <https://doi.org/10.30552/ejep.v2i2.22>
- Ortega Navas, M. C. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *REOP*, 21(2), 462-470. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.21.num.2.2010.11559>
- Ortiz, F. P. y Sabbatella, P. L. (2011). Perfil profesional del Musicoterapia en España: Resultados de investigación. En P. Sabbatella (Coord.), *Identidad y Desarrollo Profesional del musicoterapeuta en España. Actas del III Congreso Nacional de Musicoterapia* (pp. 49-54). Grupo Editorial Universitario.
- Orton-Johnson, K. (2010). Ethics in Online Research; Evaluating the ESRC Framework for Research Ethics Categorisation of Risk. *Sociological Research Online*, 15(4) 13, 1-5.
<https://doi.org/10.5153/sro.2261>
- Osborne, N. (2012). Neuroscience and “real world” practice: music as a therapeutic resource for children in zones of conflict. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1252(1), 69-76.
<http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06473.x>
- Oslé Rodríguez, R. (2011). Musicoterapia y Psicoterapia. *Avances en Salud Mental Relacional*, 10(2), 1-10. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/musicoterapia-y-psicoterapia>
- Overy, K., Nicolson, R. I., Fawcett, A. J. y Clarke, E. F. (2003). *Dyslexia*, 9(1), 18–36.
<http://doi.org/10.1002/dys.233>
- Páez, D. y Da Costa, S. (2014). Regulación Afectiva (de Emociones y Estado de Ánimo) en el Lugar de Trabajo. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(2), 190-203.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n2/v14n2a06.pdf>

- Palacios Sanz, J. I. (2001). El concepto de musicoterapia a través de la historia. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 42, 19-31. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27404203.pdf>
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Ediciones Diversitas-AIES. <https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/9899/diversidad.pdf>
- Pallares, M. R. (2013). Coordinadas en torno a la reflexión de la eutanasia. Análisis del caso Sampedro. *Logos*, (24), 55-65. <https://studylib.es/doc/5598414>
- Pániker, S. (1998). El derecho a morir dignamente. *Anuario de Psicología*, 29(4), 83-90. <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8913/11262>
- Papházy, J. E. (2013). Resiliencia, la cuarta R: el papel de los establecimientos educativos en su promoción. En E. Grotberg (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades* (pp. 161-208). Editorial Gedisa.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100002>
- Parra-Dussan, C. (2010). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: antecedentes y sus nuevos enfoques. *International Law. Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 8(16), 347-380. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/internationallaw/article/view/13841>
- Pascual Millán, L. F. (1998). Calidad de vida y demencia. *Revista de Neurología*, 26(152), 582-584. <http://doi.org/10.33588/rn.26152.981029>
- Pereira, C. (1997). Um panorama histórico-conceitual acerca das subdimensões de qualidade de vida e do bem-estar subjetivo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 49(4), 32-48.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V. y Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde pública*, 21(2), 436-448. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>
- Pineda Pérez, E. y Pérez Remón, Y. (2011). Musicoterapia aplicada a niños con síndrome de Down. *Revista Cubana de Pediatría*, 83(2), 142-148. <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v83n2/ped03211.pdf>
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/136>

- Pita Fernández, S. y Pértegas Díaz, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Atención Primaria*, (9), 76-78.
http://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/cuanti_cuali2.pdf
- Poch Blasco, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia (I y II)*. Biblioteca de Psicología. Editorial Herder.
- Poch Blasco, S. (2001). Importancia de la Musicoterapia en el área emocional del ser humano. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, (42), 91-113.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=233619>
- Poch Blasco, S. (2002). *Musicoterapia 2002. Programa de formación para mediadores en Musicoterapia y discapacidad. Libro de ponencias*. Editan ASPACE, FEISD, Federación Autismo de España.
- Poquérusse, J., Azhari, A., Setoh, P., Cainelli, S., Ripoli, C., Venuti, P. y Esposito, G. (2018). Salivary α -amylase as a marker of stress reduction in individuals with intellectual disability and autism in response to occupational and music therapy. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(2), 156-163. <http://dx.doi.org/10.1111/jir.12453>
- Punset, E. (2008). *Brújula para navegantes emocionales*. Editorial Aguilar-Santillana.
- Rabeyron, T., Saumon, O., Dozsa, N., Carasco, E. y Bonnot, O. (2019). Using music therapy to treat autism spectrum disorder in children: Evaluation, process, and modeling. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(1), 147-171. <https://doi.org/10.3917/psyse.621.0147>
- Racette, A., Bard, C. y Peretz, I. (2006). Making non-fluent aphasics speak: sing along! *Brain*, 129(10), 2571-2584. <http://doi.org/10.1093/brain/awl250>
- Raglio, A., Bellelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, A. R., Farina, E., Stramba-Badiale, M., Gentile, S., Gianelli, M. V., Ubezio, M. C., Zanetti, O. y Trabucchi, M. (2012). Music, music therapy and dementia: A review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, 72(4), 305-310.
<http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.05.016>
- Raskin, J. y Azoulay, R. (2009). Music therapy and integrative pulmonary care. En R. Azoulay y J. V. Loewi (Eds.), *Music, the breath and health: Advances in integrative music therapy*. (pp. 69-86). Satchnote Press.
- Ready, T. (2010). Music as language. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(1), 7-15. <http://doi.org/10.1177/1049909109338387>
- Reig Ferrer, A. (2000). La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35(S2), 5-16.

- <https://dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/la-calidad-de-vida-en-gerontologia-como-constructo-psicologico.pdf>
- Reyes Torres, A. A. (2015). La protección de las personas con discapacidad en la convención americana sobre derechos humanos desde el enfoque de las capacidades: De la igualdad de trato a la igualdad de oportunidades. *American University International Law Review*, 30(2), 249-284. <https://digitalcommons.wcl.american.edu/auilr/vol30/iss2/5/>
- Ribero-Marulanda, S. y Vargas Gutiérrez, R. M. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo-conductual: una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 495-525. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/5045/9101>
- Ríos Zamora, C. R. (2009). Sobre la Musicoterapia. *Intermezzo*, 41, 9-11. http://www.conservatoriomanuelcarra.es/intermezzo/intermezzo_41.pdf#page=9
- Robaina Becerra, H., Fernández Vidal, A. T. y Ramírez Pérez, A. R. (2011). Calidad de vida: algo más que un concepto. *Medisur*, 9(5), 420-423. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1718/7349>
- Rodríguez-Antigüedad Zarranz, A. (2004). Enfermedades neurodegenerativas. *MinusVal*, 148, 17-19. https://sid.usal.es/idocs/F8/8.2.1.2-139/148/minusval_148.pdf
- Rodríguez, M., Pereyra, M. G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. y Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la Escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9(1), 72-82. <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/viewFile/465/434>
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M. y Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40(2), 142–154. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.04.001>
- Romero, M. (2012a). *Modelo Benenzon de Musicoterapia*. Edita Universidad Católica de Valencia.
- Romero, M. (2012b). *Las técnicas en Musicoterapia*. Edita Universidad Católica de Valencia.
- Rovira Bahillo, G., López-Ros, V., Lavega Burgués, P. y Mateu Serra, M. (2014). Las emociones en las prácticas motrices de atención plena. *REOP*, 25(2), 111-126. <http://doi.org/10.5944/reop.vol.25.num.2.2014.13523>
- Rude, S. S. y McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17(5), 799-806. <https://doi.org/10.1080/02699930302283>

- Rudilla, D., Barreto, P., Oliver, A. y Galiana, L. (2015). Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos. *Psicooncología*, 12(2-3), 315-334. http://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51012
- Ruiz Caballero, J. A. (2012). Afectividad positiva y personalidad. En UNED (Eds.), *Psicología de la personalidad* (pp. 291-328). Editorial UNED.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989a). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195-210. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.4.2.195>
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sabbatella, P. L. (2007). Música e identidad: Musicoterapia grupal en esquizofrenia. *Interpsiquis 8º Congreso Virtual*, 1-10. <https://n9.cl/a2r7>
- Sabbatella, P. L., Del Moral Marcos, M. T. y Mercadal-Brotons, M. (2018). Perspectiva Contemporánea de la Musicoterapia en España (2000-2018). *Sonograma magazine*, 38. <http://sonograma.org/2018/04/perspectiva-contemporanea-de-la-musicoterapia-en-espana/>
- Sádaba, J. (2015). Eutanasia y Ética. *Revista de Bioética y Derecho. Número extra, recopilatorio especial*, 237-246. <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/14715/17890>
- Salas Zapata, C. y Grisales Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1), 9-18. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v28n1/9-18/es>
- Salomon-Gimmon, M. y Elephant, C. (2019). Development of vocal communication in children with autism spectrum disorder during improvisational music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(3), 174-192. <http://doi.org/10.1080/08098131.2018.1529698>
- Salvador, M. y Martínez, D. (2013). Grupo de Musicoterapia en un Centro de Día para personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(1), 30-34. https://sid.usal.es/idocs/F8/ART20406/salvador_martinez.pdf
- Sánchez Guio T., Barranco Obis P., Millán Vicente A. y Formies Baquedano, M. E. (2017). La musicoterapia como indicador de mejora de la calidad de vida en un envejecimiento activo. *Metas Enfermería*, 20(7): 24-31. <https://medes.com/publication/125072>

- Schapira, D., Ferrari, K., Sánchez, V. y Hugo, M. (2007). *Musicoterapia: Abordaje Plurimodal*. ADIM Ediciones.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51. <http://www.psicothema.com/pdf/229.pdf>
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soynila, S., Mikkonen, M., Autti, T., Silvennoinen, H. M., Erkkilä, J., Laine, M., Peretz, I. y Hietanen, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 131(3), 866-876. <http://doi.org/10.1093/brain/awn013>
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J. K. y Rantanen, P. (2014). Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: randomized controlled study. *The Gerontologist*, 54(4), 634-650. <http://doi.org/10.1093/geront/gnt100>
- Sarmiento, P. J., Mazzanti, M. A., Rey, E. y Arango, P. (2016). Metodología para el análisis de casos clínicos en los comités de bioética. Enfoques y propuesta de apoyo. *Persona y Bioética*, 20(1), 10-25. <http://dx.doi.org/10.5294/PEBI.2016.20.1.2>
- Schellenberg, E. G., Nakata, T., Hunter, P. G. y Tamoto, S. (2007). Exposure to music and cognitive performance: tests of children and adults. *Psychology of Music*, 35(1), 5-19. <http://doi.org/10.1177/0305735607068885>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Sennett, R. (2003). *El Respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Editorial Anagrama.
- Seligman, M. E. P. (2019). Positive Psychology: A Personal History. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 1-23. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653>
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive Psychology: An Introduction. En M. Csikszentmihalyi (Ed.), *Flow and the Foundations of Positive Psychology* (pp. 279-298). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8>
- Seoane, J. (1999). Estilos y tipos de calidad de vida en el Cuestionario Sevilla. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(4), 245-249. https://www.uv.es/seoane/publicaciones/Estilos_y_tipos_de_calidad_de_vida_en_el_Cuestionario_Sevilla.pdf

- Silverman, M. J. (2013). Effects of group songwriting on depression and quality of life in acute psychiatric inpatients: A randomized three-group effectiveness study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 22(2), 131-148. <http://doi.org/10.1080/08098131.2012.709268>
- Silverman, M. J. (2014). Effects of family-based educational music therapy on acute care psychiatric patients and their family members: An exploratory mixed-methods study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(2), 99-122. <http://doi.org/10.1080/08098131.2013.783097>
- Silverman, M. J. (2016). Effects of educational music therapy on illness management knowledge and mood state in acute psychiatric inpatients: a randomized three-group effectiveness study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(1), 57-75. <http://doi.org/10.1080/08098131.2015.1008559>
- Silverman, M. J. (2019a). Quantitative comparison of group-based music therapy experiences in an acute care adult mental health setting: A four-group cluster-randomized study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(1), 41-59. <http://doi.org/10.1080/08098131.2018.1542614>
- Silverman, M. J. (2019b). Music Therapy and Therapeutic Alliance in Adult Mental Health: A Qualitative Investigation. *Journal of Music Therapy*, 56(1), 90-116. <http://doi.org/10.1093/jmt/thy019>
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Hwang, Y. S., Chan, J., Shogren, K. A. y Wehmeyer, M. L. (2017). Mindfulness: An Application of Positive Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities. En K. A. Shogren, M. L. Wehmeyer y N. N. Singh (Eds.), *Handbook of Positive Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 65-79). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-59066-0>
- Skingley, A., Page, S., Clift, S., Morrison, I., Coulton, S., Treadwell, P., Vella-Burrows, T., Salisbury, I. y Shipton, M., (2014). Singing for breathing: Participants' perceptions of a group singing programme for people with COPD. *Arts & Health*, 6(1), 59-74. <http://doi.org/10.1080/17533015.2013.840853>
- Sojo Monzón, V. E. y Guarino, L. R. (2010). Regulación emocional como moderadora de la relación estrés-salud en desempleados venezolanos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(2), 403-422. https://www.researchgate.net/publication/220006628_Regulacion_Emocional_como_Moderadora_de_la_Relacion_Estres-Salud_en_Desempleados_Venezolanos
- Soria-Uríos, G., Duque, P. y García-Moreno, J. M. (2011). Música y cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento musical. *Revista de Neurología*, 53(12), 739-746. <http://doi.org/10.33588/rn.5312.2011475>

- Sousa, V. D., Driessnack, M. y Costa, I. A. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 502-507. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
- Suárez Colorado, Y. (2012). La Inteligencia Emocional como Factor Protector ante el Suicidio en Adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 182-200. <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/La-Inteligencia-Emocional-como-Factor-Protector-ante-el-Suicidio-en-Adolescentes.htm>
- Suriá Martínez, R., García Fernández, J. M. y Ortigosa Quílez, J. M. (2015). Perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad motora. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(1), 35-49. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57932/1/2015_Suria_etal_BehavioralPsychology.pdf
- Talwar, N., Crawford, M. J., Maratos, A., Nur, U., Mcdermott, O. y Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry*, 189(5), 405-409. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.015073>
- Taylor, C. (1996). *Las fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Paidós, Surcos 21.
- Taylor, S. E. (1991). *Seamos optimistas. Ilusiones positivas*. Ediciones Martínez Roca.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. y Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American psychologist*, 55(1), 99-109. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.99>
- The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas (2012). *DECLARACION DE ALMA-ATA*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Theode, H. C. (2002). *Testing for normality*. Marcel Dekker.
- Thompson, G. A., Shanahan, E. C. y Gordon, I. (2019). The role of music-based parent-child play activities in supporting social engagement with children on the autism spectrum: A content analysis of parent interviews. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(2), 108-130. <https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1509107>
- Thompson, R. G., Moulin, C. J., Hayre, S. y Jones, R. W. (2005). Music enhances category fluency in healthy older adults and Alzheimer's disease patients. *Experimental Aging Research*, 31(1), 91-99. <http://doi.org/10.1080/03610730590882819>

- Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R. y Ducci, M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. *Revista Médica de Chile*, 136(3), 325-333. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872008000300007>
- Torres Carrillo, A. y Jiménez Becerra, A. (2004). La construcción del objeto y los referentes teóricos en la investigación social. En A. Torres Carrillo y A. Jiménez Becerra (Eds.), *La práctica investigativa en ciencias sociales* (pp. 15-26). Edita UPN, Universidad Pedagógica Nacional. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/des-upn/20121130050354/construccion.pdf>
- Trallero Flix, C. (2000). El recurso educativo de la Musicoterapia en educación especial. *Revista Maestros de Lima*, 5(15-16), 61-65. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/11514/1/e1%20recurso%20educativo%20de%20la%20MT%20en%20EE.pdf>
- UNESCO (19 de octubre de 2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Conferencia General*. <https://n9.cl/7v3z1>
- Ugalde, N y Balbastre, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Revista de Ciencias Económicas*, 31(2), 179-187. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730/11978>
- Urzúa, A., Castillo, P., Gemmel, M. y Campos, C. (2010). Relación entre la orientación a la comparación social y el autoreporte de calidad de vida. *Colegio de Psicólogos del Perú*, 9(1), 10-30. <https://n9.cl/j7ue6>
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Revista Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Vaillancourt, G. (2009). *Música y Musicoterapia. Su importancia en el desarrollo infantil*. Narcea Ediciones.
- Valls, R. (2015). El concepto de dignidad humana. *Revista de Bioética y Derecho, n.º especial*, (35), 278-285
- Valdés, B., Martínez, I., Cuellar, L., Núñez, P. y Moreno, Y. (2012). Musicoterapia en niños con Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad. *X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, Versión Virtual*, 1-9. <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/view/700/319>

- Vargas, C. (2009). La Musicoterapia: la forma o estilo musical como tratamiento en los desórdenes psicoanímicos. *ESCENA. Revista de las artes*, 32(65), 55-60. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/escena/article/view/8304/7859>
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28. http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf
- Vecina Jiménez, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1280.pdf>
- Veenhoven, R (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3(9), 1-22. http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol3/arti8.htm#_Hlk422148763
- Velarde Jurado, E. y Ávila Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44(4), 349-361. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
- Vinaccia, S. y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137. <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/76/81>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., Obesso, S. y Quintero, D. C. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, (18), 89-108. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/2082/9481>
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en enfermos crónicos colombianos. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(4), 156-163. <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp124e.pdf>
- Vilariño Besteiro, M. P., Pérez Franco, C., Gallergo Morales, L., Calvo Sagardoy, R. y García de Lorenzo y Mateos, A. (2009). La razón y la emoción: integración de las intervenciones cognitivo-conductuales y experienciales en el tratamiento de los trastornos de alimentación de larga evolución. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 614-617. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n5/original13.pdf>
- Wang, Y., Tang, H., Guo, Q., Liu, J., Liu, X., Luo, J. y Yang, W. (2015). Effects of Intravenous Patient-Controlled Sufentanil Analgesia and Music Therapy on Pain and Hemodynamics After Surgery for Lung Cancer: A Randomized Parallel Study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(11), 667-672. <http://doi.org/10.1089/acm.2014.0310>

- Warth, M., Kebler, J., Hillecke, T. K. y Bardenheuer, H. J. (2015). Music Therapy in Palliative Care. A Randomized Controlled Trial to Evaluate Effects on Relaxation. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(46), 788–794. <http://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0788>
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wehmeyer, M. L., Shogren, K. A., Singh, N. N. y Uyanik, H. (2017). Strengths-Based Approaches to Intellectual and Developmental Disabilities. En K. A. Shogren, M. L. Wehmeyer y N. N. Singh (Eds.), *Handbook of Positive Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 13-21). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-59066-0>
- Werner, J., Wosch, T. y Gold, C. (2016). Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(1), 83-83. <http://doi.org/10.1080/08098131.2016.1180067>
- WHO Quality of Life Assessment Group (1996). ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud*, 17(4), 385-387. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- World Federation of Music Therapy (WFMT, 1996). 8º Congreso Mundial de Hamburgo 1996. <https://voices.no/index.php/voices/article/view/1961>
- World Health Organization. Division of Mental Health (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
- Yanguas Lezaun, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>
- Yoo, G. E. y Kim, S. J. (2018). Dyadic Drum Playing and Social Skills: Implications for Rhythm-Mediated Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Music Therapy*, 55(3), 340-375. <http://doi.org/10.1093/jmt/thy013>
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2015). *Terapia de esquemas*. Desclée de Brouwer.
- Yurteri, N. y Akdemir, M. (2019). The effect of music therapy on autistic symptoms and quality of life in children with autism spectrum disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 20(4), 436-441. <http://doi.org/10.5455/apd.12505>

- Zeman, J., Shipman, K. y Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(3), 393-398. http://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103_11
- Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D. y Xin, X. (2015). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 54-59. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.07.010>
- Zubieta, E. y Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 15, 277-283. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946018.pdf>
- Zubieta, E., Fernández, O. y Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, 106(1), 7-27. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N106-1.pdf>
- Zubieta, E., Muratori, M. y Fernández, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud y Sociedad*, 3(1), 66-76. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v3n1/a05.pdf>

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1. Documento-contrato de conformidad



En Córdoba, a 01 de Noviembre de 2.016

REUNIDOS

DE UNA PARTE la **Federación Provincial de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Córdoba** (en adelante FEPAMIC), CIF nº G-14208128, domicilio sito en la Calle María Montessori s/n, 14.011 de Córdoba y en su nombre y representación, como Presidenta, Doña Sara Rodríguez Pérez, mayor de edad y con DNI número 35.768.016-A.

DE OTRA PARTE **D. Jaime Carrasco García** (en adelante EL ESTUDIANTE), mayor de edad, con DNI nº 45742691-S y domicilio sito en la calle Gutiérrez de los Ríos nº 25, casa 3, C.P. 14002 de Córdoba.

Ambas partes se reconocen, en las calidades con que respectivamente actúan, capacidad legal suficiente para el otorgamiento del presente contrato y, al efecto,

MANIFIESTAN

- I. Que entre los fines de FEPAMIC se encuentran el de difundir la problemática general de las personas con discapacidad física y orgánica en orden a la protección y defensa del citado colectivo, y el de desarrollar acciones encomendadas al fomento del empleo, orientación, formación, autoempleo e inserción laboral, entre otros.
- II. Que FEPAMIC es titular de un centro residencial denominado Residencia FEPAMIC y sito en la calle Dolores Ibaruri nº 13, esquina con la calle Victoria Kent, Código Postal 14011 de Córdoba



Personal y legislación relacionada, se puede llevar a cabo cuando EL ESTUDIANTE considere oportuno.

TERCERA.- Condiciones de la Autorización.

EL ESTUDIANTE se compromete a que el desarrollo de los talleres de musicoterapia necesarios para la realización de su Tesis Doctoral no afecte al día a día de la Residencia FEPAMIC ni perjudique a los usuarios que participen en los mismos.

La participación por parte de los usuarios de la Residencia FEPAMIC en estas actividades será totalmente voluntaria, no pudiendo EL ESTUDIANTE obligar a ninguno de ellos a participar y pudiendo estos abandonar la citada experiencia cuando cada uno estime oportuno.

Los talleres mencionados en el presente documento se realizarán bajo la supervisión de una persona designada por FEPAMIC, cuyas directrices deberá respetar EL ESTUDIANTE para evitar trastornos a los usuarios del centro residencial.

Los datos obtenidos por EL ESTUDIANTE de la Residencia FEPAMIC solo podrán utilizarse para la elaboración de la Tesis Doctoral elaborada por este como autor y titulada "*Bienestar psicológico y musicoterapia*".

La publicación de los datos mencionados en el párrafo anterior sólo se podrá hacer en formato estadístico, sin ningún tipo de identificativo que permita distinguir qué usuario o usuarios han arrojado dichos datos, y siempre respetando la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el resto de legislación vigente al respecto. En esta publicación se podrán incluir imágenes y vídeos siempre que en los mismos no se distinga la persona que aparece, es decir, no pueda identificarse.

Con carácter previo a la publicación de cualquiera de los datos a los que aquí nos referimos, una persona designada por FEPAMIC deberá analizar los mismos y autorizar su uso en la citada Tesis.



FEPAMIC®
Federación Provincial de Asociaciones
de Personas con Discapacidad Física
y Orgánica de Córdoba



5. EL ESTUDIANTE se hace responsable sobre cualquier daño frente a FEPAMIC o a terceros que se podrían derivar de la violación de cualquiera de los deberes anteriormente mencionados.

SÉPTIMA.- Fuero.

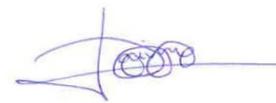
Las partes se someten de forma expresa a los Juzgados y Tribunales de la ciudad de Córdoba en todo lo concerniente al presente contrato y renuncian a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles.

Y en prueba de conformidad con cuanto antecede las partes firman el presente contrato, por duplicado y a un solo efecto, en el lugar y fecha mencionados en el encabezado.

Sociedad Unipersonal de la Federación • 814 128877



Fdo.: Dña. Sara Rodríguez Pérez
Presidenta FEPAMIC



Fdo.: D. Jaime Carrasco García
EL ESTUDIANTE

Anexo 2. Entrevista previa a la intervención: Cuestionario de motivos

PREGUNTAS	POSIBLES RESPUESTAS
1. Puntúa la importancia que le das a participar en el taller de Musicoterapia.	Puntuación entre 1 y 5. (1 es muy baja, 2 es baja, 3 es suficiente, 4 es alta y 5 es muy alta).
2. ¿Cuál es el interés que te mueve a participar?	Respuesta libre.
3. De entre las siguientes variables, ¿cuáles crees que son para ti más importantes?	Autoaceptación, Autonomía, Relaciones positivas, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito en la vida.
4. ¿Cuáles te gustaría poder mejorar con la realización del taller?	Autoaceptación, Autonomía, Relaciones positivas, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito en la vida.
5. ¿Has realizado antes algún taller de Musicoterapia? ¿Fue una experiencia positiva? ¿Por qué?	No. Sí. Respuesta libre.

Fuente: elaboración propia.

Anexo 3. Ficha Musicoterapéutica Modelo Benenzon: Entrevista inicial

DATOS MÉDICOS

DATOS SONORO-MUSICALES

1. Ambiente sonoro musical durante la gestación (si se conoce).

2. Ambiente sonoro musical durante los primeros meses y/o años de vida.

1. ¿Qué canciones te cantaban?
2. ¿Cómo te dormían?
3. De pequeño, ¿qué sonoridades emitías?
4. ¿Qué canciones te gustaba cantar en la infancia?
5. ¿Qué música te gustaba escuchar en la infancia?
6. ¿Y en la adolescencia?
7. ¿Y en la actualidad?
8. ¿Tocas algún instrumento? En caso negativo, ¿cuál te gustaría tocar?
9. Otras particularidades.

Fuente: elaboración propia, a partir de Benenzon (2011, edición formato Kindle: posición 2579).

Resumen Historia de Vida Sonoro-Musical

		USUARIOS Y USUARIAS													
		N.º 1	N.º 2	N.º 3	N.º 4	N.º 5	N.º 6	N.º 7	N.º 8	N.º 9	N.º 10				
Datos médicos															
Últimas pruebas realizadas	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay
Otras enfermedades	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta	No consta
Tratamientos	Terapia antidepresiva Relajación	Terapia antidepresiva Rehabilitación muscular	Terapia antidepresiva Relajación	Rehabilitación muscular	Terapia antidepresiva Relajación	Terapia antidepresiva	Rehabilitación muscular								
Patologías asociadas	Depresión	Depresión	Discapacidad intelectual leve	Poliomielitis infantil.	Síndrome orgánico de la personalidad	Depresión	Encefalopatía	Síndrome depresivo	Trastorno depresivo	Alteración de la coordinación					
Diagnóstico	Trastorno mental por esquizofrenia paranoide	Retraso mental leve	Retraso mental leve Hemiparesia	Hemiplejía izquierda	Hemiplejía izquierda	Encefalopatía epileptiforme posttraumática	Parálisis cerebral Tetraparesia	Ictus con hemiplejía	Soriosis	Parálisis cerebral infantil en forma atáxica. Tetraparesia					

Ambiente sonoro musical durante los primeros meses y/o años de vida		USUARIOS Y USUARIAS									
		N.º 1	N.º 2	N.º 3	N.º 4	N.º 5	N.º 6	N.º 7	N.º 8	N.º 9	N.º 10
Datos sonoro-musicales		Ambiente sonoro-musical durante la gestación									
¿Cómo te dormían?	¿Qué canciones te cantaban?	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
Canciones infantiles	Música de la radio	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
No lo sabe	Lo desconoce	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
Canciones infantiles	Música de la radio	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
No lo sabe	Lo desconoce	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
Canciones infantiles	Música de la radio	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
Canciones infantiles	Música de la radio	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
No lo sabe	Lo desconoce	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
Canciones infantiles	Música de la radio	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
No lo sabe	Lo desconoce	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
Canciones infantiles	Música de la radio	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido

Ambiente sonoro musical durante los primeros meses y/o años de vida						USUARIOS Y USUARIAS														
						N.º 1	N.º 2	N.º 3	N.º 4	N.º 5	N.º 6	N.º 7	N.º 8	N.º 9	N.º 10					
						USUARIOS Y USUARIAS														
						N.º 1	N.º 2	N.º 3	N.º 4	N.º 5	N.º 6	N.º 7	N.º 8	N.º 9	N.º 10					
¿Y en la actualidad?	¿Y en la adolescencia?	¿Qué música te gustaba escuchar en la infancia?	¿Qué canciones te gustaba cantar en la infancia?	De pequeño, ¿qué sonoridades emitías?																
Sevillanas	De dibujos animados	De dibujos animados	Popeye el Marino	Le gustaba imitar onomatopeyas de perros, gatos																
Sevillanas	De dibujos animados	De dibujos animados	Abuelito de Heidi	Le gustaba imitar el ruido del coche																
Copla española	De dibujos animados	De dibujos animados	No te vayas mamá de Marco	Recuerda que imitaba muy bien a los gallos																
Flamenco	De dibujos animados	Escuchaba canciones de la radio	Las que cantaban sus hermanos cuando jugaban	No se acuerda																
Saetas	De dibujos animados	No las recuerda	Las canciones de los juegos	Le gustaba imitar el ritmo de Semana Santa.																
Copla española	De dibujos animados	De dibujos animados	No recuerda	Imitar animales																
Sevillanas	De dibujos animados	No las recuerda	Las que acompañaban a los juegos populares	No se acuerda																
Sevillanas	De dibujos animados	De dibujos animados	Abuelito de Heidi	Imitar animales																
Flamenco	De dibujos animados	De dibujos animados	No te vayas mamá de Marco	No se acuerda																
Flamenco	De dibujos animados	No lo recuerda	Las canciones de los juegos populares	Imaginar los juguetes como coches e imitar su ruido																

		USUARIOS Y USUARIAS									
		N.º 1	N.º 2	N.º 3	N.º 4	N.º 5	N.º 6	N.º 7	N.º 8	N.º 9	N.º 10
	¿Tocas algún instrumento?	No	No	No	Teclado	No	No	No	No	Teclado	No
	¿Cudl te gustaría tocar?	Guitarra	Guitarra	Corneta	Piano	Guitarra	Guitarra	Guitarra	Tambor	Violín	Guitarra
	Otras particularidades	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay	No hay

Fuente: elaboración propia.

Anexo 4. Observación de Conductas y Habilidades Musicoterapéuticas

Modelo de Ficha diaria de Observación de Conductas y Habilidades Musicoterapéuticas

VARIABLES	ítem de observación conductas y habilidades improvisatorias	USUARIO/A N.º__ SESIONES							OBSERVACIONES	
		1	2	3	...	33	34	35		
AUTO-ACEPTACIÓN	1	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.								
	2	N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.								
AUTONOMÍA	1	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.								
	2	N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.								
RELACIONES POSITIVAS	1	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.								
	2	N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.								
	3	Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.								
	4	Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.								
DOMINIO DEL ENTORNO	1	N.º de veces que hace improvisaciones.								
	2	N.º de veces que atiende a las consignas.								
	3	N.º de veces que participa en el debate.								
CRECIMIENTO PERSONAL	1	Intencionalidad de las improvisaciones.								
	2	Variedad en las improvisaciones.								
PROPÓSITO DE VIDA	1	N.º de situaciones novedosas de la sesión.								
	2	Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.								
FISICO-MOTOR	1	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).								
	2	Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).								
	3	N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.								

Fuente: elaboración propia.

a) Nota aclaratoria a la extensión: el original tiene tamaño A3 por lo que no puede ser reproducido en su totalidad. Se utiliza en tabla Excel para facilitar el recuento de datos obtenidos.

b) Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

- Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.
- Número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.
- Grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.
- Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.
- Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento

USUARIO/A N.º 1			PUNTUACIÓN					Observaciones
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	
AUTO- ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.			X			Al principio tocaba con tanta intensidad que molestaba a los compañeros. Poco a poco ha ido evolucionando y después de las primeras sesiones ha bajado la intensidad, adaptándose a lo que hacen los demás e interactuando con ellos. Ha colaborado en todo lo que se le ha pedido. Siempre ha intentado establecer el vínculo con el musicoterapeuta.
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.				X		
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.		X				
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.			X			
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.			X			
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.				X		
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.				X		
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.				X		
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.					X	
		N.º de veces que atiende a las consignas.			X			
		N.º de veces que participa en el debate.			X			
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.			X			
		Variedad en las improvisaciones.			X			
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.				X		
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.			X			
FÍSICO-MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).			X			
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).				X		
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.		X				

Resultados

Ha mejorado en su capacidad de adaptación al grupo comprendiendo que el volumen excesivo es molesto para los demás.
Ha desarrollado su responsabilidad, en la medida que se ha adaptado a las circunstancias del grupo.

Ha mejorado en sus tiempos de relajación y calma, tras la fase de caldeamiento y, a veces, catarsis. Se le ve más tranquilo.

Ha establecido el vínculo con el musicoterapeuta, adecuado en duración y calidad.

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración de la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 2			PUNTUACIÓN					Observaciones
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	
AUTO-ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.				X		Sus intervenciones han sido muy lentas, casi sin movimiento, cuando empezaba la sesión, aunque terminaba con más movimiento. Poco a poco ha ido cambiando el ritual pasando a ser más dinámico. Comienza imitando ritmos de Semana Santa, pasa a las Sevillanas y sigue haciendo un recorrido por todos los ritmos y canciones que conoce. Siempre ha buscado establecer el vínculo.
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.				X		
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.			X			
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.			X			
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.		X				
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.				X		
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.			X			
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.				X		
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.				X		
		N.º de veces que atiende a las consignas.		X				
		N.º de veces que participa en el debate.			X			
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.				X		
		Variedad en las improvisaciones.			X			
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.			X			
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.			X			
FÍSICO-MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).				X		
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).				X		
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.			X			

Resultados

La desgana y apatía con la que aborda las sesiones se transforma en el transcurso de la sesión.

Su ritual, con el paso de las sesiones, ha comenzado a ser más activo, comenzando cada vez con un ritmo distinto y sin repeticiones.

Ha empezado a mitigar sus miedos y ansiedad a la hora de golpear el instrumento.

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 3			PUNTUACIÓN					Observaciones
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	
AUTO-ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.			X			Ha tocado siempre de manera muy intensa, hasta que los compañeros le llaman la atención y se modera. A partir de la sesión 18 comienza a moderar la intensidad del sonido desde el comienzo de la sesión.
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.		X				
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.		X				En su ritual, acostumbra a comenzar con una de las canciones aprendidas y continúa dando un repaso a todo lo que conoce. Cuando el musicoterapeuta toca una canción le sigue e intenta comunicarse con él buscando el vínculo de una manera muy directa. También lo ha hecho con sus propios compañeros.
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.				X		
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.			X			
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.			X			
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.		X				
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.				X		
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.				X		Resultados Ha desarrollado su capacidad de adaptación a las circunstancias del grupo. Ha aprendido a ser más responsable. Ha aceptado la opinión de los demás compañeros del grupo. Sus tiempos de relajación y calma han aumentado sensiblemente, tras conseguir caldeamientos y catarsis.
		N.º de veces que atiende a las consignas.			X			
		N.º de veces que participa en el debate.		X				
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.			X			
		Variedad en las improvisaciones.		X				
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.				X		
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.				X		
FÍSICO-MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).			X			
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).			X			
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.		X				

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 4			PUNTUACIÓN					Observaciones
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	
AUTO- ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.			X			Ha comenzado siempre de una manera muy intensa, cantando y tarareando todo lo que conoce. No se ha moderado en la producción del sonido. Ha seguido, en general, al musicoterapeuta, buscando el vínculo.
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.					X	
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.			X			Igual ha hecho con los compañeros.
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.		X				
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.			X			
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.			X			
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta		X				
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.			X			
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.					X	Resultados
		N.º de veces que atiende a las consignas.				X		
		N.º de veces que participa en el debate.			X			
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.		X				Su capacidad de relación no es alta, pero en muchos momentos se ha comunicado con sus compañeros y ha intentado establecer el vínculo. En este aspecto ha sido positiva, alegre y optimista.
		Variedad en las improvisaciones.			X			
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.				X		
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.		X				
FÍSICO-MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).			X			
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).			X			
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.		X				

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 5			PUNTUACIÓN					Observaciones
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	
AUTO-ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.		X				Al principio de las sesiones tocaba tan suave que apenas se notaba si tocaba o no. Poco a poco ha evolucionado y se ha conseguido que se exprese de forma no-verbal tanto con el musicoterapeuta como con sus compañeros.
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.				X		
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.			X			
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.			X			
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.		X				
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.				X		
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.			X			
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.			X			
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.					X	Resultados Poco a poco ha perdido el miedo y ha superado, de alguna manera, sus pensamientos negativos, olvidando su malestar físico. Ha mostrado ser positivo a la hora de querer comunicarse tanto con el musicoterapeuta como con los compañeros del grupo.
		N.º de veces que atiende a las consignas.				X		
		N.º de veces que participa en el debate.			X			
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.				X		
		Variedad en las improvisaciones.		X				
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.				X		
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.				X		
FÍSICO-MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).			X			
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).			X			
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.		X				

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración de la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 6			PUNTUACIÓN					
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	Observaciones
AUTO-ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.		X				Su intensidad ha evolucionado de suave a intenso, y finalizando en las últimas sesiones de forma moderada. Su ritual consiste en hacer un recorrido por todos los ritmos que conoce.
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.			X			
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.		X				Siempre ha intentado establecer la comunicación no-verbal con el musicoterapeuta y sus compañeros. Siempre ha intentado establecer el vínculo.
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.				X		
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.			X			
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.			X			
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.				X		
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.		X				
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.					X	Resultados Ha mejorado en su capacidad de relación con los otros.
		N.º de veces que atiende a las consignas.				X		
		N.º de veces que participa en el debate.			X			
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.		X				Ha desarrollado iniciativa creando nuevas improvisaciones. Ha mejorado en su responsabilidad aceptando las indicaciones del musicoterapeuta.
		Variedad en las improvisaciones.			X			
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.		X				
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.			X			
FÍSICO-MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).			X			
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).			X			
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.		X				

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 7			PUNTUACIÓN					
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	Observaciones
AUTO- ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.				X		Comienza suave y lento y poco a poco a lo largo de la sesión va cambiando y subiendo la voz y el sonido. Siempre procura seguir al musicoterapeuta en las canciones y en el acompañamiento.
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.				X		
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.		X				Busca el vínculo tanto con el musicoterapeuta como con sus compañeros.
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.		X				
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.			X			
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.			X			
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.				X		
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.				X		
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.		X				Resultados
		N.º de veces que atiende a las consignas.			X			
		N.º de veces que participa en el debate.				X		
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.			X			Ha mejorado su relación con los demás y se ha mostrado más positivo y optimista a la hora de abordar las actividades en cada una de las sesiones. Se ha observado que el tono muscular ha mejorado tanto a la hora de emitir voz como producir improvisaciones.
		Variedad en las improvisaciones.		X				
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.				X		Igualmente, ha mejorado en sus momentos de caldeoamiento y catarsis, finalizando con estados de relajación y calma.
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.		X				
FÍSICO- MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).			X			
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).		X				
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.		X				

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 8			PUNTUACIÓN					Observaciones
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	
AUTO- ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.		X				<p>No tiene un ritual concreto. Es un poco anárquica.</p> <p>Canta y acompaña con el instrumento e intenta buscar el vínculo tanto con el musicoterapeuta como con sus compañeros.</p> <p>En las primeras sesiones no hacía demasiado caso a las normas, pero en el transcurso de las sesiones se ha ido adaptando al grupo.</p>
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.	X					
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.			X			
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.		X				
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.	X					
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.	X					
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.	X					
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.		X				
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.			X			
		N.º de veces que atiende a las consignas.	X					
		N.º de veces que participa en el debate.	X					
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.			X			
		Variedad en las improvisaciones.		X				
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.	X					
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.		X				
FÍSICO- MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).	X					
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).	X					
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.		X				

Resultados

Poco a poco se ha ido adaptando y se ha sentido más segura y positiva.

Poco a poco se ha conseguido que sea un poco más responsable y ha buscado hacer amigos entre sus compañeros.

Se ha observado cierta capacidad de iniciativa y creatividad. Le gusta destacar.

Poco a poco se ha ido tranquilizando y, sobre la sesión 12, se ha podido observar que sus improvisaciones eran más tranquilas y su actividad más calmada.

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 9			PUNTUACIÓN					Observaciones
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	
AUTO-ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.		X				Tararea las canciones y las acompaña. Su ritual es tararear y acompañar con el instrumento todo aquello que conoce. No se sabe letras de canciones y por ello no suele cantar canciones enteras, pero sí las acompaña.
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.				X		
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.		X				Intenta establecer el vínculo, aunque no se sabe bien si lo consigue. Se adapta a las normas del grupo.
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.				X		
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.			X			
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.			X			
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.				X		
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.			X			
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.				X		Resultados Aparentemente se siente bien consigo mismo o, al menos, no se muestra depresivo a lo largo del desarrollo de las sesiones. También se ha observado que en el transcurso de las sesiones no ha sentido ansiedad. Se mete tanto en su papel que parece que se olvida de sus problemas.
		N.º de veces que atiende a las consignas.			X			
		N.º de veces que participa en el debate.		X				
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.			X			
		Variedad en las improvisaciones.		X				
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.				X		Ha aprendido a moderar su intensidad a la hora de sus producciones.
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.		X				
FÍSICO-MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).			X			
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).			X			
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.		X				

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 10			PUNTUACIÓN					Observaciones	
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5		
AUTO-ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.				X		Ha pasado de hacer siempre un sonido intenso a la hora de hacer improvisaciones a moderarlo y acompañar tanto a sus compañeros como al musicoterapeuta buscando el vínculo.	
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.			X				
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.				X			
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.		X					
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.		X					
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.		X					
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.				X			
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.		X					
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.	X						Resultados
		N.º de veces que atiende a las consignas.				X			
		N.º de veces que participa en el debate.			X				
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.		X				Ha mejorado su actitud ante los problemas, intentando hacer lo que se dice en las consignas.	
		Variedad en las improvisaciones.				X		Ha mejorado en sus relaciones, participando en el debate y aportando sus ideas.	
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.		X					
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.				X			
FÍSICO-MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).		X					
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).			X				
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.		X					

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 1 1			PUNTUACIÓN					Observaciones
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	
AUTO-ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna.		X				Ha necesitado ayuda para hacer las improvisaciones porque hay que sostenerle el instrumento. Reacciona de manera muy intensa ante las improvisaciones del musicoterapeuta, intentado seguir el ritmo con los brazos o haciendo palmas en señal de asentimiento. Lo intenta, aunque la evolución es muy limitada.
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.	X					
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.		X				
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.	X					
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.		X				
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.	X					
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.		X				
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.		X				
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.		X				
		N.º de veces que atiende a las consignas.	X					
		N.º de veces que participa en el debate.		X				
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.		X				
		Variedad en las improvisaciones.	X					
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.		X				
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.	X					
FÍSICO-MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).		X				
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).	X					
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.	X					

Resultados

Su evolución en el aspecto físico prácticamente no ha existido, pero sí se ha podido observar que se lo ha pasado muy bien en el transcurso de las sesiones y ha disfrutado oyendo las improvisaciones del musicoterapeuta y el grupo.

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Resumen Ficha diaria de Observación y Seguimiento (continuación)

USUARIO/A N.º 12			PUNTUACIÓN					
Dimensión	Objetivos	Ítem de observación	1	2	3	4	5	Observaciones
AUTO-ACEPTACIÓN	A1. Desarrollar la capacidad de aceptarse tal y como se es. A2. Sentirse seguro y positivo con uno mismo. A3. Sentirse orgulloso de quien es y de la vida que lleva.	N.º de respuestas musicales del usuario/a a las propuestas del musicoterapeuta, siguiendo la consigna propuesta.	X					Con la mano derecha, aunque con problemas, puede usar la maraca o si se le sostiene puede golpear el tambor mientras hace alguna improvisación. Ha evolucionado muy poco pero sí se nota que ha disfrutado oyendo las interpretaciones del musicoterapeuta en el transcurso de las sesiones.
		N.º de respuestas musicales del usuario/a de manera creativa a las propuestas del musicoterapeuta.		X				
AUTONOMÍA	AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.	N.º de propuestas musicales a iniciativa del propio usuario/a.	X					
		N.º de propuestas musicales de manera creativa a iniciativa del propio usuario/a.	X					
RELACIONES POSITIVAS	R1. Desarrollar la capacidad de relación con el otro.	N.º de interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.		X				
		N.º de interacciones musicales entre el usuario/a y los otros.		X				
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y musicoterapeuta.	X					
		Duración de las interacciones musicales entre usuario/a y los otros.	X					
DOMINIO DEL ENTORNO	D1. Desarrollar la responsabilidad y aprender a dirigir su propia vida. D2. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria.	N.º de veces que hace improvisaciones.		X				
		N.º de veces que atiende a las consignas.		X				
		N.º de veces que participa en el debate.	X					
CRECIMIENTO PERSONAL	C1. Reducir el miedo y la ansiedad. C2. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	Intencionalidad de las improvisaciones.		X				
		Variedad en las improvisaciones.	X					
PROPÓSITO EN LA VIDA	P1. Tolerar propuestas o situaciones nuevas.	N.º de situaciones novedosas de la sesión.		X				
		Tiempo de permanencia en la situación novedosa antes de volver a la actividad rutinaria y conocida por el usuario/a.	X					
FÍSICO-MOTOR	FM1. Aumentar progresivamente los tiempos de relajación y calma, hasta conseguir disminuir sus tensiones.	Grado de actividad a la entrada en la sesión (nivel de activación motora).		X				
		Grado de actividad a la salida de la sesión (nivel de activación motora).	X					
		N.º de ocasiones en las que realiza movimiento dinámico controlado en el setting.		X				

Resultados

Se han podido observar ciertos cambios en su forma de abordar el desarrollo de las sesiones: más alegría y disfrute a la hora de coger su instrumento. Parece que se lo pasaba bien en las sesiones.

La evolución en el aspecto físico no es apreciable.

Fuente: elaboración propia.

Nota de aclaración a la puntuación de los ítems de observación:

Duración de las interacciones musicales: 1: menos de 10 segundos. 2: entre 10 y 19 segundos. 3: entre 20 y 29 segundos. 4: entre 30 y 39 segundos. 5: más de 40 segundos.

número de respuestas musicales: 1: entre 1 y 5. 2: entre 6 y 10. 3: entre 11 y 15. 4: entre 16 y 20. 5: más de 20.

grado de actividades a la entrada y a la salida.: 1: casi nada. 2: poca. 3: normal. 4: mucha. 5: excesiva.

Intencionalidad de las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Variedad en las improvisaciones: 1: ninguna. 2: poca. 3: alguna. 4: bastante. 5: mucha.

Anexo 5. Protocolos Benenzon y Resumen

PROTOSCOLOS MODELO BENENZON: Primero + Segundo Nivel

2/9

PROTOSCOLO I

PROTOSCOLO DE PREPARACIÓN DEL TNVB Y DEL COPT: ANTES DE LA SESIÓN

Lugar donde se realiza la sesión: _____

Nombre /s de/los pacientes/s: _____

Sesión No: _____ Día: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Datos del Tnvb y/o del Copt antes de la sesión: _____

Hora de arribo: _____ Tiempo atmosférico: _____

¿Cómo está el cuerpo?: _____

Estado de ánimo?: _____

Causa: _____

Estoy pensando en mi mismo o en el paciente; (que?, quien?): _____

Otras asociaciones de ideas (pensamientos, melodías, sonidos, silencio, otras) _____

Me mire al espejo: (que me dijo?) _____

Me lave la cara y las manos (sensaciones): _____

Estoy apurado: _____

Otras observaciones: _____

PROTOCOLO II PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DEL SETTING Y DEL GRUPO OPERATIVO INSTRUMENTAL

A) Datos del espacio / Características particulares del gabinete

Luz: _____ Olor: _____ Temperatura: _____ Sonidos exteriores: _____

¿Ha habido cambios en el gabinete? _____

Vestimenta del Tnyb y del Copt: _____

Características: _____ Color: _____

Cuerpo: (tatuaje, cabello, barba) _____

Mi rostro: _____ Mis manos: _____

Otros: (reloj, aros, pulseras, collar, anteojos, etc.) _____

B) Grupo operativo instrumental

Cantidad de instrumentos: _____

¿Cuáles? _____

Disposición espacial de los instrumentos: (Dibujar desde la puerta de ingreso)

Colocar el lugar del Terapeuta no - verbal benenzoniano _____

¿Agregó algún nuevo instrumento?:

Si: No: ¿cuál?: _____ Causa: _____

¿Ha agregado algún otro elemento? (agua, diario, clesidra, globos) _____

Si: No: ¿cuál? _____ Motivo: _____

¿Uso alguna música registrada? _____ ¿cuál y porqué? _____

Estrategia deseada: _____ ¿Cuál? y porque? _____

PROTOCOLO III**PROTOCOLO PARA DESPUÉS DE LA SESIÓN: DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN**

Pacientes ausentes: _____

Porque?: _____

Acontecimientos antes del ingreso al setting: _____

Relacion con el Copterapeuta: _____

Inicio de la Sesión

Hora de inicio: _____

Terapeuta no - verbal benenzoniano

Primera sensación frente al paciente _____

Su rostro: _____ Su mirada: _____

Uso de la consigna: _____

Descripción: _____

¿Ha elegido algún instrumento: _____

Si: No: ¿cuándo? _____ ¿antes o después del paciente?: _____

¿Cual?: _____ ¿Porque? _____

¿En que forma lo utilizo? _____

Uso del espacio: _____

Uso del cuerpo: _____

Paciente

Actitud del paciente: _____

(Corporal; Gestual; Movimiento; Espacial; Otras.)

Observaciones: _____

¿Cómo respondió a la consigna? _____

Descripción: _____

Inicio del trabajo: (Rápido; después de un breve momento; después de haber contemplado; no participa.)

Asociación libre corpóreo - sonoro- musical no - verbal: _____

Elección de instrumento: (Inmediata; contempla; dudosa; decidida; otras) _____

¿Cuál? _____

¿Cómo lo tocó? (Convencional o no convencional) _____

Descripción: _____

Desarrollo de la sesión

Paciente

Actitud del paciente

Producción sonora: (rítmica; melódica; aleatoria) _____

Pulso:

Intervalos mas frecuentes: _____

Flujo:

Canciones: _____ Cantó la letra: Si: No:

Su rostro: _____ Su mirada: _____

Escribir la letra a que le pertenece la canción _____

Descripción: _____

¿Cómo utilizo el instrumento? _____

Como Objeto: (intermediario; defensivo; enquistado; catártico; Integrador; experimental; incorporado; Totémico; provocatorio; transicional, otra forma):

¿cuál? _____

Uso del silencio y de las pausas _____

Uso del espacio: (Horizontal, vertical, circular, invade el espacio del otro; ocupa el mínimo de espacio)

Descripción: _____

Uso del cuerpo: _____

Asociación corpóreo sonoro - musical no - verbal mas importante: _____

Descripción: _____

¿qué asociaciones sirvieron para comunicar? _____

¿El **Terapeuta no - verbal benenzoniano** que hizo y que lo motivó? _____

Conclusión

Terapeuta no - verbal benenzoniano

En que forma: _____

Describir: _____

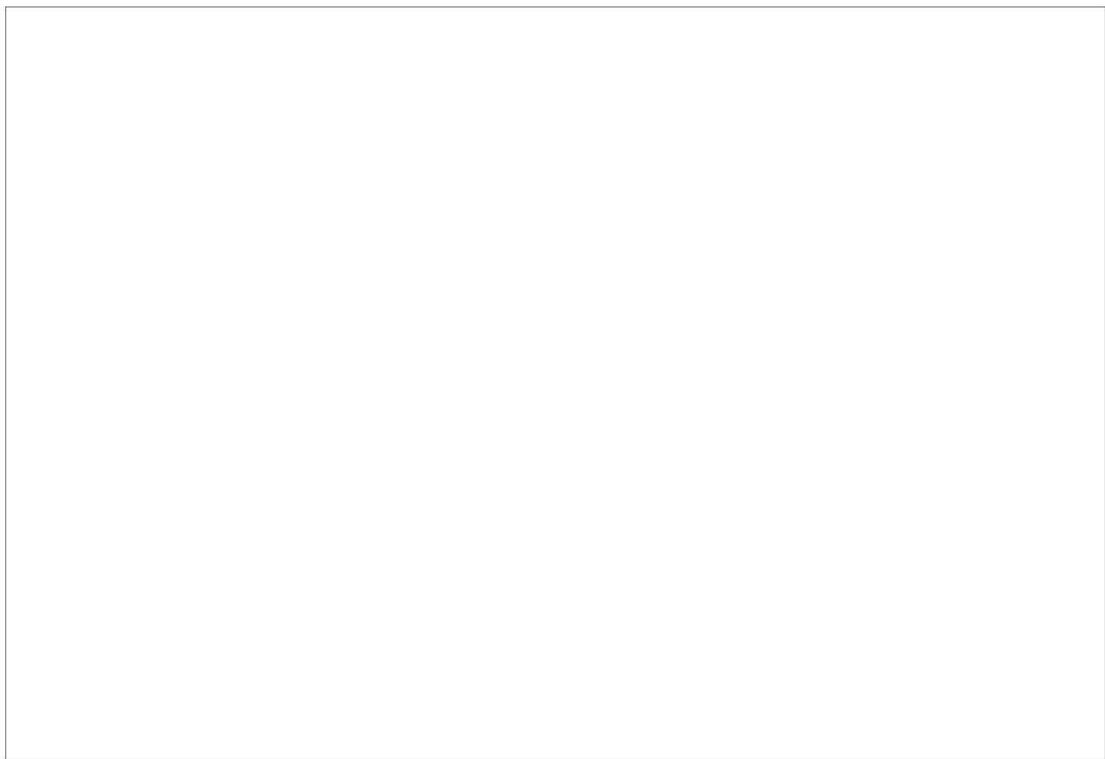
Paciente

En que forma: _____

Describir: _____

Hora de finalización: _____ Duración de la sesión: _____

Disposición de los instrumentos:
(dibujar desde la puerta de entrada)



PROTOCOLO IV
EFECTO RESIDUAL DE LA SESIÓN

Terapeuta no - verbal benenzoniano / Copterapeuta

¿Cómo me siento? _____

Causa: _____

Estado de ánimo: _____

Dificultades de la sesión: _____

Positivo de la sesión: _____

Sensación de Transcontratransferencia: _____

Interrelacion Tnvb - Copt: _____

Paciente:

Nuevas asociaciones corpóreo - sonoro - musicales - no - verbales: _____

Cuales fueron sus modificaciones: _____

Estrategia deseada para la próxima sesión: _____

Por que? _____

Observaciones: _____

PROTOCOLO DE SÍNTESIS Y DE RITUALES

Numero de sesiones realizadas:

Desde: _____ Hasta: _____

Nombre de los pacientes presentes: _____

Nombre de los pacientes ausentes y cantidad de sesiones: _____

Causa mas frecuente: _____

Terapeuta no - verbal benenzoniano

Estado de animo:

Causas _____

Setting: _____

Cantidad de instrumentos

Cuales: _____

Otros elementos agregados _____

Disposición mas frecuente: (dibujo)

Uso de la consigna _____

Elección de instrumento _____

Sensación de Transcontratransferencia _____

Sensación residual después de la sesión _____

Paciente

Fase inicial _____

Ritual de inicio. Característica _____

Cambios _____

Modo de responder a la consigna _____

Desarrollo de la sesión _____

Utilización del espacio: _____

Tiempos característicos: biológico; de latencia; de la memoria no - verbal; terapéutico o de la relación:

Elección del instrumentos / Cuales: _____

Modo de usarlo _____

Producción: (pulsos, ritmos y flujos, intervalos mas frecuentes) (Canciones mas frecuentes. Letras mas cantadas).

Utilización del silencio la pausa y del vacío _____

Asociaciones libres corpóreo sonoro musicales no - verbales _____

Cuales se utilizaron intencionalmente para comunicar? _____

Conclusión

Terapeuta no - verbal benenzoniano

Ritual _____

Cambios _____

Paciente

Ritual _____

Cambios _____

Evolucion de la interrelacion Tnvb - Copt: _____

Supervisión

Resumen / conclusiones mas significativas: _____

Dificultades: _____

Modificaciones logradas del Tnvb y del paciente: _____

Se agregaron algunas informaciones de la historia no - verbal del paciente y del Terapeuta no - verbal benenzoniano?

Resumen de datos del Protocolo Benenzon

PROTOCOLO DE SÍNTESIS Y RITUALES	Usuarios y usuarias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Lugar de sesión	SALA DE USOS MÚLTIPLES (SUM) Y OTRA DEPENDENCIA MÁS REDUCIDA DE LA INSTITUCIÓN/RESIDENCIA FEPAMIC (CÓRDOBA).									
	Fecha de las sesiones	Desde 7 de noviembre de 2016 al 8 de febrero de 2017. Total 35 sesiones.									
	Estado de Ánimo del terapeuta	En todo momento: alegre, contento, animado y con ganas de trabajar. El musicoterapeuta aborda su cometido de manera positiva y con la ilusión de que en cada una de las sesiones se va a presentar la ocasión de hacer llegar a los usuarios y usuarias un aliento de esperanza que les sirva para afrontar de manera más positiva su día a día.									
	Datos del setting	El SUM. Sala de Musicoterapia. Está aislada acústicamente para garantizar la comunicación no-verbal y favorecer la vibración. Sus dimensiones son de 20 x 10 metros, suficientes para permitir la libertad de movimiento. Sus paredes están pintadas de color blanco y no tienen decoración alguna. Y otra más reducida de 4 x 8 metros que se debe usar por necesidades del centro. Los objetos intermediarios se colocan sobre una mesa para facilitar su uso a las personas que están en sillas de ruedas.									
	Número de instrumentos	34 instrumentos.									
	¿Cuáles?	Instrumental Orff: 1 xilófono soprano y 1 xilófono alto, 1 metalófono soprano y 1 metalófono alto, 1 carrillón soprano, 1 caja, 2 panderos, 2 panderetas, 4 maracas, 2 cajas chinas, 2 triángulos, 2 pares de 1 crócalos, 1 timbal, 2 güiros, 2 castañuelas de mango, 2 pares de claves, 1 sonajas, 2 cascabeles, 2 carracas, 1 palo de lluvia. El musicoterapeuta desplazó y dejó en depósito dicho instrumental hasta la finalización de la intervención.									
	¿Qué otro instrumento se agregó y por qué?	Aportación por un usuario/a de un pequeño teclado porque estaba más familiarizado con este instrumento.									
	Instrumentos más usados	Maracas, xilófonos, metalófonos, panderetas, triángulos, palos de lluvia y teclado.									
	Usuarios y usuarias ausentes	Tres faltas	Una falta	Cero faltas	Tres faltas	Cero faltas	Cinco faltas	Una falta	Cuatro faltas	Dos faltas	Cero faltas

PROTOCOLO DE SÍNTESIS Y RITUALES	Usuarios y usuarias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Uso de la consigna	Sí, siempre	Sí, siempre	Sí, siempre	No, en algunos momentos	Sí, siempre lo ha intentado	No, en algunas sesiones	Sí, siempre	No, en algunos momentos	Sí, siempre	Sí, siempre
	¿Participa en las canciones?	Sí	Sí, a veces	Sí, a veces	Sí	Sí	Sí	Sí, a veces	Sí	Sí	Sí
	Gestual	Sí	Sí, a veces	Sí, a veces	Sí	Sí	Sí	Sí, a veces	Sí	Sí	Sí
	Movimiento corporal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Movimiento Espacial	Movimiento libre por todo el setting con la silla de ruedas.									
	Actitud del usuario/a	Positiva	Positiva	Positiva	En general Positiva	Positiva	En general Positiva	Positiva	En general Positiva	Positiva	Positiva
	Asociaciones sonoro-musicales no-verbales más importantes	Comunicación con el musicoterapeuta en: <ul style="list-style-type: none"> • Expresiones de felicidad, alegría. • Cantando y acompañando al musicoterapeuta las canciones improvisadas o recordadas. • Han seguido el ritmo con instrumentos, con gestos, palmadas, tamborileo... • Al principio, cada usuario/a ha hecho una improvisación individual y libre. Poco a poco se han ido compenetrando y siguiéndose unos a otros. • Han despertado la mente a través de la comunicación no-verbal. 									
	Dificultades de las sesiones	Tocar con fuerza y caerse las baquetas de las manos. Tocar más fuerte y molestar al compañero. Interrumpir para ir al servicio por incontinencia.									
	Asociaciones sonoro-musicales no-verbales más frecuentes	Comunicación entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> • Cuando uno ha comenzado un ritmo y todos los demás lo han seguido. • Ha comenzado una canción y todos los demás lo han seguido. 									

PROTOCOLO DE SÍNTESIS Y RITUALES	Usuarios y usuarias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cambio de estrategias	6ª Sesión: 1ª Sesión del Bloque n.º 1: Se comienza con las consignas intencionales. 10ª Sesión: 5ª Sesión del Bloque n.º 1: Se comienza con el debate sobre las dimensiones trabajadas.									
	¿Qué asociaciones sirvieron para comunicar?	Afloran canciones inmersas en la tradición (saetas, sevillanas, tangos, pasodobles...). En unas ocasiones, junto al musicoterapeuta, siguen la melodía. En otras ocasiones siguen el ritmo acompañando con sus instrumentos. En otras siguen el ritmo con movimientos de brazos o se desplazan por la sala.									
	Conclusión sobre el usuario/a	Ha evolucionado	Ha evolucionado	Ha evolucionado	Ha evolucionado moderadamente	Ha evolucionado	Ha evolucionado	Ha evolucionado moderadamente	Ha evolucionado moderadamente	Ha evolucionado moderadamente	Ha evolucionado
	Ritual del usuario/a: cómo empieza y cómo acaba	Intenso-lento-intenso	Sin movimiento a muy movido	Siempre intenso	Siempre intenso	Muy suave	Pasivo-intenso-pasivo	Suave y lento	Canta y acompaña con instrumento	Tararea y acompaña	Siempre intenso
	Cambios en los rituales del usuario/a	Tararea- ritmo lento	Movimiento moderado	Menos intenso	Canta-tararea	Sonido moderado	Canta-acompañía	Canta-acompañía	Tararea-acompañía	Tararea-acompañía	Sonido moderado

Fuente: elaboración propia.

Anexo 6. Valoración de la efectividad de la intervención

Preguntas Autoaceptación	Respuestas del grupo
1. ¿Cómo crees que te sentirías si fueses más positivo?	
2. ¿Cómo crees que te sentirías si te aceptases tal y cómo eres?	
3. ¿Te has sentido alguna vez orgulloso/a de ti?	

Fuente: elaboración propia.

Preguntas Autonomía	Respuestas del grupo
1. ¿Cómo te sientes cuando expresas tus propias opiniones?	
2. ¿Cómo te sientes cuando piensas que lo que haces está bien?	
3. ¿Cómo te sientes cuando te despreocupas de lo que la gente piensa de ti?	
4. ¿Cómo te sientes cuando impones tu propia voluntad?	

Fuente: elaboración propia.

Preguntas Relaciones Positivas	Respuestas del grupo
1. ¿Cómo te has sentido comunicándote y expresando tus sentimientos a través de la música usando un lenguaje no-verbal?	
2. ¿Crees que has fomentado la amistad a través del lenguaje no-verbal como medio de compartir sentimientos?	
3. ¿Cómo crees que puedes demostrar a tus amigos que confías en ellos para que ellos confíen en ti?	
4. ¿Has encontrado en tus amigos la ayuda que necesitas?	

Fuente: elaboración propia.

Preguntas Dominio Entorno	Respuestas del grupo
1. ¿Aceptas las responsabilidades de tus decisiones?	
2. ¿Cómo crees que te sentirías dirigiendo tu propia vida?	
3. ¿Cómo haces frente a tus responsabilidades?	
4. ¿Te gusta tu modo de vida?	

Fuente: elaboración propia.

Preguntas Crecimiento Personal	Respuestas del grupo
1. ¿Sientes miedo y ansiedad ante la enfermedad y la vida?	
2. ¿Cómo llegarías a conocerte mejor?	
3. ¿Cómo te sentirías si tu vida mejorase?	
4. ¿Tus experiencias te han hecho cambiar lo que piensas de ti?	

Fuente: elaboración propia.

Preguntas Propósito de Vida	Respuestas del grupo
1. ¿Qué planes de futuro tienes?	
2. ¿Qué esperas del futuro?"	
3. ¿Te ponen triste los problemas?	
4. ¿Qué te propones en tu vida?	

Fuente: elaboración propia.

Anexo 7. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989a). Adaptación de Díaz *et al.* (2006)

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre

Mujer

¿Cuándo nació? Día

Mes

Año

¿Qué estudios tiene? Ninguno

Primarios

Medios

Universitarios

¿Cuál es su estado civil? Soltero /a

Separado/a

Casado/a

Divorciado/a

En pareja

Viudo/a

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta. Por ejemplo:

	Totalmente de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5	6
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6

7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.	1	2	3	4	5	6
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.	1	2	3	4	5	6
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.	1	2	3	4	5	6
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6

25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	1	2	3	4	5	6
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.	1	2	3	4	5	6
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	1	2	3	4	5	6
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	1	2	3	4	5	6
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	1	2	3	4	5	6
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.	1	2	3	4	5	6
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	1	2	3	4	5	6
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6

Fuente: elaboración propia, a partir de Díaz *et al.* (2006).

Anexo 8. Escala de Calidad de vida Whoqol-bref. Adaptación de Torres *et al.* (2008)

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre

Mujer

¿Cuándo nació?

Día

Mes

Año

¿Qué estudios tiene?

Ninguno

Primarios

Medios

Universitarios

¿Cuál es su estado civil?

Soltero /a

Separado/a

Casado/a

Divorciado/a

En pareja

Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a?

Sí

No

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta. Por ejemplo:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Cuánto de satisfecho estás con tu vida?		1	2	3	4	5
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
3	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de tratamiento médico para poder funcionar en su vida?	1	2	3	4	5
5	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
6	¿Se siente capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
7	¿Se siente satisfecho con su sueño?	1	2	3	4	5
8	¿Está usted satisfecho con sus posibilidades de realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

9	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
10	¿Cuánto disfruta la vida?	1	2	3	4	5
11	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
12	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
13	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
14	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
15	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5
16	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
19	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
21	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán disponible tiene la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
23	¿Hasta qué punto tiene posibilidades de realizar actividades de recreación?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con el acceso a servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
26	¿Cuán satisfecho está con la movilización de su barrio?	1	2	3	4	5

Fuente: elaboración propia, a partir de Torres *et al.* (2008).

09. <i>Creo que las personas solo piensan en sí mismas.</i>	1	2	3	4	5
10. <i>Creo que no se debe confiar en la gente.</i>	1	2	3	4	5
11. <i>Creo que la gente es egoísta.</i>	1	2	3	4	5
12. <i>Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.</i>	1	2	3	4	5
13. <i>Las personas no se preocupan de los problemas de otros.</i>	1	2	3	4	5
14. <i>Creo que las personas son amables.</i>	1	2	3	4	5
15. <i>Las personas no esperan nada a cambio cuando hacen un favor.</i>	1	2	3	4	5
16. <i>Creo que puedo aportar algo al mundo.</i>	1	2	3	4	5
17. <i>No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.</i>	1	2	3	4	5
18. <i>Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.</i>	1	2	3	4	5
19. <i>No tengo la energía para aportar algo a la sociedad.</i>	1	2	3	4	5
20. <i>Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.</i>	1	2	3	4	5
21. <i>Lo que hago tiene alguna influencia sobre otras personas.</i>	1	2	3	4	5
22. <i>Para mí el progreso social es algo que no existe.</i>	1	2	3	4	5
23. <i>La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo.</i>	1	2	3	4	5
24. <i>Vejo que la sociedad está en continuo desarrollo.</i>	1	2	3	4	5
25. <i>No creo que las Instituciones mejoren mi vida.</i>	1	2	3	4	5
26. <i>La sociedad ya no progresa.</i>	1	2	3	4	5

27. El mundo es cada vez un lugar mejor para la gente.	1	2	3	4	5
28. <i>No entiendo lo que está pasando en el mundo.</i>	1	2	3	4	5
29. <i>El mundo es demasiado complejo para mí.</i>	1	2	3	4	5
30. <i>No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo.</i>	1	2	3	4	5
31. <i>Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.</i>	1	2	3	4	5
32. <i>Los científicos son los únicos que pueden entender cómo funciona el mundo.</i>	1	2	3	4	5
33. Me resulta fácil predecir lo que puede suceder en el futuro.	1	2	3	4	5

Nota. Ítems inversos en cursiva.

Fuente: elaboración propia, a partir de Blanco y Díaz (2005).

Anexo 10. Escala PANAS de Watson *et al.* (1988). Adaptación de Sandín *et al.* (1999)

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre

Mujer

¿Cuándo nació?

Día

Mes

Año

¿Qué estudios tiene?

Ninguno

Primarios

Medios

Universitarios

¿Cuál es su estado civil?

Soltero /a

Separado/a

Casado/a

Divorciado/a

En pareja

Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a?

Sí

No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? Enfermedad / Problema

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante el último mes y valora en una escala de 5 puntos.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta. Por ejemplo:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Normalmente te sientes alegre?	1	2	3	4	5
1. Atento/a.	1	2	3	4	5
2. Angustiado/a.	1	2	3	4	5
3. Interesado/a por cosas.	1	2	3	4	5
4. Preocupado/a, alterado/a.	1	2	3	4	5
5. Alerta.	1	2	3	4	5
6. Hostil.	1	2	3	4	5
7. Excitado/a.	1	2	3	4	5

8. Irritable.	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a.	1	2	3	4	5
10. Asustado/a.	1	2	3	4	5
11. Inspirado/a.	1	2	3	4	5
12. Temeroso/a.	1	2	3	4	5
13. Orgullosa/a.	1	2	3	4	5
14. Avergonzado/a.	1	2	3	4	5
15. Resuelto/a, decidido/a.	1	2	3	4	5
16. Culpable.	1	2	3	4	5
17. Fuerte.	1	2	3	4	5
18. Nervioso/a.	1	2	3	4	5
19. Activo/a.	1	2	3	4	5
20. Ansioso/a.	1	2	3	4	5

Fuente: elaboración propia, a partir de Sandín *et al.* (1999).

Anexo 11. Implementación. Descripción del desarrollo de las sesiones

BLOQUE 0: ADAPTACIÓN AL OBJETO INTERMEDIARIO	TÍTULO	
Tiempo: 11 horas	"APRENDEMOS A COMUNICARNOS CON LENGUAJE NO-VERBAL"	
N.º sesiones: 5 (Sesiones n.º 1 a n.º 5)		
OBJETIVOS		CONTENIDOS
<p>01. Presentar el setting para familiarizarse con él.</p> <p>02. Dar a conocer al grupo en qué consistirán las sesiones.</p> <p>03. Analizar la capacidad motora de cada uno de los usuarios y usuarias.</p> <p>04. Descubrir por cuál de los instrumentos musicales del setting sienten una mayor atracción.</p> <p>05. Adquirir habilidades para adaptarse al grupo.</p> <p>06. Determinar qué tipo de ayuda van a necesitar por parte del musicoterapeuta (MT) para que puedan usar el instrumento escogido (también se pueden usar otros elementos del setting, cuerpo y voz).</p> <p>07. Usar el instrumento como objeto integrador comunicándose con el MT y con sus compañeros de grupo.</p> <p>08. Llegar a conocer qué es la comunicación no-verbal.</p> <p>Nota. Estos objetivos tienen un tratamiento de manera holística y no son ni estrictos ni inflexibles. No deben condicionarles en su proceso.</p>		<p>Dar a conocer que el setting está compuesto por la Sala donde se llevarán a cabo las sesiones (habrá dos a lo largo de la intervención), los instrumentos musicales y el espacio (mesa donde se van a ubicar pues no se pueden distribuir por cualquier lugar debido a las limitaciones físicas de los usuarios y usuarias) y la adaptación al grupo, como paso previo a la intervención del MT.</p> <p>Familiarizar a usuarios/a con distintos timbres e intensidades sonoras producidas por ellos mismos y sus compañeros.</p> <p>Descubrir, por parte del MT el:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ISO (Identidad sonora-musical). • ISO Gestáltico (l. sonora del propio individuo). • ISO Universal (Arquetipo corpóreo- sonoro-musical). <p>Cumplimentar los protocolos Benenzon para cada usuario.</p>
MATERIALES		<p>- Instrumental Orff: 1 xilófono soprano y 1 xilófono alto, 1 metalófono soprano y 1 metalófono alto, 1 carrillón soprano, 1 caja, 2 panderos, 2 panderetas, 4 maracas, 2 cajas chinas, 2 triángulos, 2 pares de crótalos, 1 timbal, 2 güiros, 2 castañuelas de mango, 2 pares de claves, 1 sonajas, 2 cascabeles, 2 carracas, 1 palo de lluvia.</p> <p>- Aportaciones de algunos de los usuarios y usuarias, como pequeños teclados.</p> <p>- El setting incluye mobiliario y enseres de la habitación, así como paredes y suelo, aunque, por su escasa movilidad, solo se utilizarán la mesa (a veces dos) y asientos de los usuarios y usuarias.</p>

SESIÓN 1ª EL OBJETO INTERMEDIARIO

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo a la sesión el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5).

Se comenzará la sesión con los objetos intermediarios (instrumentos musicales), que estarán colocados de manera atractiva sobre una mesa alargada para facilitar su uso, pues debido a la falta de movilidad de los usuarios y usuarias -excepto uno, todos están en sillas de ruedas- no pueden acceder a ellos si se colocan en el suelo, por la imposibilidad de agacharse a cogerlos.

El MT presentará brevemente los instrumentos del setting y ejecutará un esquema rítmico o frase musical con cada uno de ellos para demostrar sus cualidades sonoras.

Durante los siguientes 20 minutos, aproximadamente, los usuarios y usuarias utilizarán los instrumentos según sus inclinaciones, de manera libre. El MT acercará los de difícil acceso cuando muestren interés por ellos...

Para observar cómo canalizan la ansiedad los usuarios y usuarias y con qué instrumento, el MT improvisará con varios fragmentos, aproximadamente de dos minutos de duración, de distinto carácter (melódico, armónico, rítmico) y agógica (rápido, lento...). Hay que puntualizar que en ningún momento se usarán melodías regladas ni partituras. Las improvisaciones serán siempre espontáneas tanto por parte del MT como de los usuarios y usuarias, lo que no impedirá que afloren, a menudo, fragmentos evocadores de músicas conocidas.

El MT observará los fragmentos e instrumentos que causen mayor impacto o afinidad en cada usuario/a y tomará nota de sus gestos, expresiones faciales y corporales, si se acompañan de golpes corporales, si lo tararean...

Se llevará a cabo la repetición de un mismo esquema rítmico en distintas alturas ascendentes, por ejemplo. Todo con un carácter eminentemente espontáneo y creativo.

Cumpliremos la consigna del Modelo Benenzon en el sentido de que ninguna dificultad motora debe impedir que el usuario/a maneje algún instrumento para expresar sonidos y si no se adaptará uno a su medida.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 2ª. NOS COMUNICAMOS A TRAVÉS DE LOS INSTRUMENTOS

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

Se tendrá por objetivo poderse comunicar a través de gestos y/o expresiones musicales (abarcando sonidos, ruidos y movimientos corporales), buscando el verdadero arquetipo corpóreo-sonoro-musical (ISO Universal) con el objetivo de que aflore la identidad sonora del propio individuo (ISO Gestáltico). Para ello, cada uno de los usuarios y usuarias escogerá el instrumento que mejor se adapte a sus posibilidades y se comenzará la introducción a la comunicación no-verbal. El MT explicará verbalmente y con ejemplos cómo se llevarán a cabo las improvisaciones: no hay ningún límite y podrán pasar libremente a explorar y tocar lo que quieran. Una vez se hagan las aclaraciones pertinentes, se comenzará a improvisar de manera libre y espontánea o imitando al MT o a cualquier compañero o compañera.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 3ª NOS COMUNICAMOS IMPROVISANDO

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

Se invitará a los usuarios y usuarias a llevar a cabo improvisaciones libres. El MT pretenderá llegar a descubrir sus ISOs: identidad sonora que caracteriza a cada individuo y que forma parte de su personalidad, que está formada por infinitas energías sonoras-vibratorias que se encuentran en permanente movimiento. Para ello, a través del objeto intermediario se llevarán a cabo improvisaciones libres y espontáneas, para así hacer florecer las energías que se encuentran en el inconsciente (ISO Universal e ISO Gestáltico).

En esta fase la mayoría de los usuarios y usuarias “experimentarán” sonoridades con los distintos instrumentos.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 4ª DESCUBRIMOS LOS ISOs

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

Se realizarán actividades de improvisación dirigidas a:

- Descubrimiento del ISO Universal (las energías producidas por nuestro cuerpo, como el sonido y el ritmo del latido cardiaco, los sonidos de inspiración y espiración, con los sonidos de la naturaleza (el sonido del viento, del agua...) y de algunas estructuras, como melodías infantiles de las canciones de cuna.

- Descubrimiento del ISO Gestáltico (el reconocimiento de la vida del usuario/a desde sus comienzos o inferirlos a través de sus formas de comunicación no-verbal), pues, trabajando la comunicación no verbal se va “desempolvando” la memoria (Benenzon, 2011).

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 5ª ADAPTACIÓN AL OBJETO INTERMEDIARIO

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

Se trabajará en busca de los ISOs del usuario/a para que se constituyan los lazos entre este y el MT. Los usuarios y usuarias harán improvisaciones libres con el instrumento escogido. Sus improvisaciones sonoras llevarán implícita la suma de los ISOs: un ritmo binario que procede de un ISO universal, la voz de la madre, que es un ISO gestáltico, un fragmento melódico es un ISO cultural (la historia familiar descubre su herencia y los sucesos corporales sonoro-musicales de su pasado) y de su presente: ISO Familiar.

El MT buscará sentir o percibir lo que viene de los usuarios y usuarias, a partir de las improvisaciones: lo expresado por las energías descargadas de los ISOs.

Solicitará a los usuarios y usuarias que lleven a cabo improvisaciones con las que ponen de manifiesto sus canales de comunicación, que representan la descarga de energía que se produce en el proceso que va del estado de excitación al de reposo. Esta ecuación es la que teje el vínculo entre MT y el usuario/a y que debe ser repetida, una y otra vez. Enlazado por los ISOs entre ambos se favorecerá la producción del sistema homeostático (intercambio energético).

Una vez culminado el bloque cero, de introducción a los objetos intermediarios, al final de esta sesión se provocará una pequeña reflexión sobre sus impresiones en cuanto a la adaptación a los objetos (instrumentos) con los que más se identifiquen. Como estímulo para iniciar el debate se ha aplicado la técnica del saboreo con la intención de que recuerden los momentos vividos en sesiones anteriores

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

Fuente: elaboración propia.

BLOQUE 1: AUTOACEPTACIÓN	TÍTULO
Tiempo: 11 horas	"SOMOS POSITIVOS"
N.º sesiones: 5 (Sesiones n.º 6 a n.º 10)	

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<p>A1. Ayudar a aceptarse tal y como se es.</p> <p>A2. Desarrollar una relación terapéutica no-verbal entre el MT y cada usuario/a o grupo.</p> <p>A3. Reorganizar las zonas de la personalidad olvidadas o desconocidas del usuario/a.</p> <p>A4. Ayudar a procesar los recuerdos emocionales negativos.</p> <p>A5. Evocar los recuerdos más impactantes de la propia vida y verlos de manera positiva.</p> <p>A6. Llegar a conocer la autoaceptación.</p>	<p>Conocer las emociones negativas y la influencia que tienen sobre nuestra vida. El miedo, ansiedad, tristeza, depresión, ira y otras, son estados emocionales que afectan negativamente a la calidad de vida y un factor de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales o aumentar la influencia negativa de estas en nuestro estado de ánimo.</p> <p>Contraponer con emociones positivas (alegría, optimismo, entusiasmo, orgullo) que influyen en la mejora del bienestar.</p>
MATERIALES	Instrumentos del Setting: Los mismos del bloque 0.

SESIÓN 6ª RECUERDOS

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

Al inicio de la sesión se explicará que se va a trabajar la autoaceptación: autoestima o reconocimiento de que somos valiosos y dignos de ser queridos y respetados a pesar de no ser perfectos.

La consigna será "Debo intentar ver los recuerdos más impactantes de mi propia vida de manera positiva".

El MT utilizará un lenguaje muy asequible y ejemplos que lleven a los usuarios y usuarias a comprender bien la consigna y, una vez explicada esta, los invitará a llevar a cabo improvisaciones con los instrumentos escogidos pensando en esa idea. Tomará la iniciativa si los encuentra algo reacios, interpretando ritmos alegres con gesto optimista.

Para llevar a cabo una asociación (ISO en Interacción) podrán usar alguna parte del cuerpo, hacer un movimiento, un canto, un silbido, un chasquido de dedos, una percusión de manos o pies, un grito, un susurro, un murmullo o llevar el ritmo moviendo la silla de ruedas.

La postura del MT será la de interrelacionar su cuerpo, sus movimientos, sus sensaciones, sus energías, cada una de ellas y todas juntas para provocar la entrada en los usuarios y usuarias.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 7ª TENGO SEGURIDAD

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo a la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

Se trabajará la autoaceptación de los usuarios y usuarias y el reconocimiento de sus posibilidades.

La consigna será "Debo sentirme seguro y positivo conmigo mismo", como facilitadora de la autoaceptación.

Se favorecerá la apertura del canal de comunicación a través del cuerpo, tanto si cantan o tararean como acompañando un ritmo improvisado por el MT. Se propiciará que canturreen en un momento de la sesión, el estribillo de una canción popular - “El patio de mi casa”- evocada por un fragmento rítmico improvisado (semejante al “aga-cha-té...”) producido por un usuario/a. Esta producción será entendida como una secuencia dentro de un proceso terapéutico en el que el ritmo se adaptará a sus posibilidades (aunque no sea exactamente el verdadero ritmo ni el verdadero tempo del original). Es una manera aséptica (espontánea, sin artificios) de trabajar lo no-verbal, favorecerá la comunicación y creación de los vínculos.

Siguiendo la máxima del Modelo Benenzon, esta interpretación se podrá repetir tantas veces como sea necesario, como un ritual de iniciación (comienzo de sesión), de despedida o como un eslabón para otras alternativas.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 8ª MI AUTOESTIMA

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo a la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

Se seguirá propiciando la apertura del canal de comunicación. Para ello, las sesiones estarán presididas por la acción: poner en funcionamiento el ISO en Interacción porque el estímulo viene a través del cuerpo. La memoria se evoca con el movimiento.

La consigna para trabajar será “Debo aceptarme tal y como soy”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y se expresen a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos, en la idea de que estas producen descargas energéticas del usuario/a que penetran en el MT, este moviliza sus ISOs y elabora una respuesta en función de sus asociaciones corporales - sonoro - musicales y a su vez ayuda a liberar la tensión energética de los ISOs de los usuarios y usuarias.

El holding musicoterapéutico entre usuario/a y MT nos exige estabilidad y secuencias que se ritualicen, continuando con la pieza musical de la sesión anterior (“El patio...”).

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 9ª ¡CUÁNTO HE LOGRADO!

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna para trabajar será “Debo sentirme entusiasmado con mis logros en la vida”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y se expresen a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.

Se trabajará la creatividad intentando, a través del movimiento, continuar buscando la apertura del canal de comunicación.

El esquema corporal de los usuarios y usuarias sigue siendo trascendente. Hay que dejar de usar el lenguaje verbal y desarrollar los gestos, las mímicas, las expresiones sonoras vocales. Se buscará que usuarios y usuarias sean capaces de comunicar sus emociones cantando con mayor precisión que verbalmente. Se intentará que, a través de la creatividad, el cuerpo sirva para utilizar cada una de sus partes como objeto intermediario para emitir sonidos y/o hacer ritmos con los brazos, las palmas de las manos, los dedos o los pies. Deberán usar todo su cuerpo o las partes que mantengan movilidad y, por tanto, que aprendan a desbloquearlo.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 10ª ¡ESTOY ORGULLOSO!

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna para trabajar será “Debemos sentirnos orgullosos de quienes somos”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y se expresen a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.

Se seguirá buscando que las descargas energéticas de los usuarios y usuarias penetren en el MT, que este movilice sus ISOs y elabore una respuesta en función de sus asociaciones corporales - sonoro – musicales que, a su vez, ayude a liberar la tensión energética de los ISOs de los usuarios y usuarias.

Al ser la última sesión del bloque 1, se llevará a cabo una puesta en común sobre la autoaceptación. Las dificultades presentadas a la hora de la comunicación no-verbal como ser positivos, estar orgullosos de lo que se es y sentirse seguros. Como estímulo se aplicará la técnica del saboreo recordando momentos positivos de sesiones anteriores.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

Fuente: elaboración propia.

BLOQUE 2: AUTONOMÍA	TÍTULO
Tiempo: 11 horas	"SOMOS AUTÓNOMOS"
N.º sesiones: 5 (Sesiones n.º 11 a n.º 15)	
OBJETIVOS	CONTENIDOS
<p>AU1. Desarrollar iniciativa, autonomía y seguridad.</p> <p>AU2. Mantener la claridad mental, frente a las sensaciones de confusión u otros efectos secundarios negativos que aparecen con la aplicación de medicamentos.</p> <p>AU3. Aprender a tener confianza y expresar las opiniones propias, incluso cuando son opuestas a las opiniones de los demás o tratan de asuntos polémicos.</p> <p>AU4. Saber despreocuparse de lo que la gente piensa de ti.</p> <p>AU5. Aprender a juzgarse por los valores que uno cree que son importantes y no por los que te digan los demás.</p> <p>AU6. Llegar a conocer lo que es la autonomía.</p>	<p>Aprendemos a ser autónomos.</p> <p>Sabemos lo que es autoafirmarse ante los demás manteniendo las opiniones y las decisiones sin importar lo que los demás piensen de ti.</p> <p>El alivio del dolor.</p> <p>El aumento de la tolerancia a los tratamientos y la mejora del funcionamiento muscular para, poco a poco avanzar en autonomía.</p>
MATERIALES	Instrumentos del Setting: Los mismos del bloque 0.
SESIÓN 1 1ª CONFÍO EN MÍ MISMO	
ACTIVIDADES/METODOLOGÍA	
<p>Previo al inicio de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.</p> <p>Se trabajará la autonomía personal, entendida como la capacidad de independencia y autodeterminación en las propias decisiones.</p> <p>La consigna de la sesión será "Debo tener confianza y expresar mis propias opiniones".</p> <p>Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.</p> <p>Puesto que en el Modelo Benenzon la repetición es el elemento primordial del contexto no-verbal, se repetirá una y mil veces una melodía o un ritmo, ya que les gratifica por la previsibilidad de los intervalos y ritmos, que vuelven y se reconocen.</p> <p>Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).</p>	

SESIÓN 12ª NO ME PREOCUPA LO QUE PIENSEN DE MÍ

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna de esta sesión será “No debes preocuparte de lo que la gente piensa de ti”.

El MT pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna, una vez explicada, y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.

Se continuará con la repetición de ritmos improvisados y conocidos por los usuarios y usuarias: fragmentos de ritmos de percusión de Semana Santa o con las canciones recordadas, como sevillanas (Algo se muere en el alma...), pasodobles (Soy cordobés...), que serán cantadas, tarareadas o ritmadas con instrumentos o cuerpo.

En todas estas actividades tendrá siempre cabida la creación espontánea de improvisaciones rítmicas o melódicas, tanto con instrumentos como con sonidos corporales, voz y gestos. Todo fomentado por el MT.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 13ª NO ME PREOCUPA LO QUE DIGAN DE MÍ

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de iniciar la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna de esta sesión será “Debo juzgarme por los valores que creo que son importantes y no por lo que me digan los demás”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen los sentimientos que les suscita a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos, y que hoy no deberán imitar ni a él ni a ningún compañero.

El MT dedicará una improvisación a cada usuario/a, intentando transmitirle seguridad e independencia.

Este tipo de actividad deberá repetirse para afianzar la independencia y seguridad de todos los usuarios y usuarias.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 14ª SOY FIRME

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo a la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna de esta sesión será “Debo ser firme y no cambiar mis decisiones aun estando en desacuerdo con amigos o familiares”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen los sentimientos provocados por ella a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos. Todas las consignas se explicarán suficientemente al inicio de cada sesión.

El MT realizará improvisaciones muy rítmicas y contundentes, intentando transmitir fuerza y firmeza. Los usuarios y usuarias deberán responder a su aire, impregnando de cierta rotundidad, a veces excesiva, sus improvisaciones. Luego, cada uno deberá improvisar libremente.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 15ª ME DESPREOCUPO

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de iniciar la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna de esta sesión será “Debo despreocuparme de lo que la gente piensa de mí”.

Se pedirá a usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.

Cada uno improvisará, o repetirá algún ritmo ya conocido. Lo hará atendiendo a sus impulsos en la búsqueda de su bienestar a través del sonido.

Se utilizarán tanto los instrumentos como las voces y el cuerpo, de manera independiente o combinada.

El MT ayudará a los usuarios y usuarias con mayores dificultades de movilidad, tratando de captar la intención que estos tenían para expresarla según su voluntad.

Finalmente, se repetirá un ritmo de Semana Santa y el de “Frère Jacques” hasta finalizar la sesión.

Por ser la última sesión de este bloque 2, se producirá un intercambio de impresiones sobre las dificultades a la hora de expresar sentimientos de manera no-verbal como independencia, confianza, autodeterminación, despreocupación, y sus problemas a la hora de expresarlo con sonidos para comunicarse con el musicoterapeuta. Como estímulo se visualizarán momentos positivos de sesiones anteriores.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

Fuente: elaboración propia.

BLOQUE 3: RELACIONES POSITIVAS	TÍTULO
Tiempo: 11 horas	"NOS CONOCEMOS Y SOMOS AMIGOS"
N.º sesiones: 5 (Sesiones n.º 16 a n.º 20)	
OBJETIVOS	CONTENIDOS
R1. Ofrecer canales alternativos de comunicación y expresión de sentimientos a través de la música usando un lenguaje no-verbal. R2. Fomentar la amistad y la comunicación a través del lenguaje no-verbal como medio de compartir sentimientos. R3. Encontrar en la amistad la ayuda que se necesita. R4. Demostrar que se confía en los amigos para que ellos confíen en ti. R5. Fomentar relaciones cercanas y de confianza como forma de crecer como persona. R6. Llegar a conocer qué son las relaciones positivas.	Los canales de comunicación con el MT, los componentes del grupo y, por extensión, con los amigos y familiares.
MATERIALES	Instrumentos del Setting: Los mismos del bloque 0.
SESIÓN 16ª RELACIONES PERSONALES. COMUNICACIÓN NO-VERBAL	
ACTIVIDADES/METODOLOGÍA	
<p>Previo a la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.</p> <p>Se trabajarán las relaciones positivas: capacidad de la persona para mantener relaciones de confianza, estables y de intimidad con los demás.</p> <p>La consigna de esta sesión será "Debemos comunicarnos y expresar nuestros sentimientos a través de la música usando un lenguaje no-verbal". El MT orientará sobre cómo a través del lenguaje no verbal (ritmo, sonidos, ruidos, música, canto...) podemos comunicar a los demás cómo nos encontramos.</p> <p>A modo de ejemplo, el MT realizará improvisaciones en las que pretenda transmitir distintos estados de ánimo: (alegría, con ritmo rápido; enfado, gran intensidad; dolor, lento y débil...), acompañando con expresiones de la cara.</p> <p>Los usuarios y usuarias improvisarán libremente intentando transmitir emociones, a veces solos y otras dirigiéndose a algún compañero o compañera.</p> <p>A continuación, el MT buscará alternancias y diálogos instrumentales con los usuarios y usuarias.</p> <p>También buscará contactos a través de los instrumentos, con los que los usuarios y usuarias interactuarán, dentro de sus dificultades de movilidad.</p> <p>Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).</p>	

SESIÓN 17ª FOMENTAMOS LA AMISTAD

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de iniciar la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias. La consigna de esta sesión será “Debo fomentar la amistad y la comunicación a través del lenguaje no-verbal como medio de compartir sentimientos”.

El MT pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la importancia de tener relaciones y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos y partes de su cuerpo, fomentando el diálogo no verbal. El MT dedicará una improvisación a cada usuario/a, intentando expresarle que quiere ser su amigo y el usuario/a le contestará con otra que tratará de comunicar lo mismo. Ya que todos conocen la consigna, es fácil interpretar lo que se quiere transmitir, aunque a veces no resulte muy “explícito”.

Se continuará con la repetición de ritmos improvisados y las canciones, tales como el patio, soy cordobés y sevillanas del adiós.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 18ª MIS AMIGOS ME AYUDAN

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo a la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna de esta sesión será “Debo encontrar en la amistad la ayuda que necesito”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos, intentando también el contacto físico, a través de los objetos intermediarios.

El MT participará improvisando con ritmos espontáneos o conocidos del grupo, dedicados a cada uno, fomentando respuestas y el diálogo no-verbal entre ellos. Será importante acompañar las improvisaciones dialogadas con gestos amables y acogedores.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 19ª CONFÍO EN MIS AMIGOS

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo a la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna de esta sesión será “Debo demostrar a mis amigos que confío en ellos para que ellos confíen en mí”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.

A continuación, el MT orientará sobre cómo a través del ritmo y del gesto se puede dar a entender que podemos confiar en nuestros amigos, compartiendo instrumentos o realizando improvisaciones juntos.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 20ª: FOMENTO LAS RELACIONES CERCANAS

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo a la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna de esta sesión será “Debo fomentar relaciones cercanas y de confianza”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.

El MT llevará a cabo intervenciones para transmitir cómo se puede producir la comunicación no-verbal de los mencionados conceptos, proponiendo que los usuarios y usuarias sigan la dinámica. El MT invitará, con su ejemplo, a que utilicen todos los medios expresivos no-verbales de que disponen, como los sonidos y gestos corporales y faciales, además del resto del setting.

Por ser la última sesión de este bloque 3, se producirá un intercambio de impresiones sobre las relaciones positivas para comunicarse con sus iguales, familias, cuidadores... en el que aflore la relación con los familiares que los visitan y la confianza en sus cuidadores. Como estímulo se visualizarán momentos de expresiones positivas de sesiones anteriores.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

Fuente: elaboración propia.

BLOQUE 4: DOMINIO DEL ENTORNO	TÍTULO
Tiempo: 11 horas	“NOS RESPONSABILIZAMOS DE LO QUE DECIDIMOS”
N.º sesiones: 5 (Sesiones n.º 21 a n.º 25)	
OBJETIVOS	CONTENIDOS
D1. Aceptar las responsabilidades y decisiones tomadas en el día a día. D2. Aprender a dirigir su propia vida. D3. Ser capaz de construir un modo de vida acorde con su forma de ser. D4. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria. D5. Aprender a relajarse y hacer lo posible para ser feliz. D6. Llegar a conocer qué es el dominio del entorno.	El control responsable de las decisiones tomadas en el día a día.
MATERIALES	Instrumentos del Setting: Los mismos del bloque 0.
SESIÓN 21ª ACEPTO MIS RESPONSABILIDADES	
ACTIVIDADES/METODOLOGÍA	
<p>Previo a la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.</p> <p>Se trabajará cómo hacer frente a los problemas de la vida diaria favoreciendo el control responsable de las decisiones tomadas en el día a día.</p> <p>La consigna será “Nos responsabilizamos de lo que decidimos”.</p> <p>Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen estos sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos. Se hará hincapié en el cuidado del setting, como actitud responsable.</p> <p>El MT orientará sobre cómo llevar a cabo improvisaciones que tengan la responsabilidad como idea central (no molestar al compañero haciendo ritmos estridentes, no interrumpir cuando un compañero ejecuta una improvisación, aceptar las decisiones del MT, cuidar el setting...). A continuación, hará una improvisación para cada uno de los usuarios y usuarias y les invitará a que respondan con algo parecido y cuidando el instrumento. Los usuarios y usuarias establecerán sus propios diálogos con los objetos intermediarios del setting.</p> <p>Se dedicará un tiempo a la improvisación no dirigida por parte de los usuarios y usuarias, en la que se integrará el MT que, en un momento determinado interpretará en el xilófono el tema ya conocido de “Forrest Gump Piano Theme”. El MT repetirá la melodía anterior con tempo cada vez más lento, para inducir a un estado de relajación.</p> <p>Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).</p>	
SESIÓN 22ª YO DIRIJO MI VIDA	
ACTIVIDADES/METODOLOGÍA	
<p>Antes de iniciar la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.</p> <p>La consigna de esta sesión será “Dirijo mi vida”.</p> <p>Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos. Se les fomentará la creatividad y espontaneidad.</p>	

En esta sesión no se presentarán sugerencias por parte del MT, para que cada usuario/a decida qué, cuando, cómo y a veces con quién improvisar.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 23ª YO CONSTRUYO MI VIDA

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de iniciar la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna de esta sesión será “Debo ser capaz de construir un modo de vida acorde con mi forma de ser”.

El MT explicará el contenido de la consigna, en el que se transmite que todos debemos construir nuestras vidas adaptándonos a las circunstancias, pero sin renunciar a nuestras inquietudes.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con el instrumento escogido.

El MT realizará improvisaciones en las que intentará transmitir que acepta ser como es (con desenvoltura y seguridad) y los usuarios y usuarias irán improvisando con la idea de que aceptan como son y no quieren cambiar. El MT les sugerirá de vez en cuando algunos ritmos y ellos deberán repetir estos y los suyos propios, siguiendo también la tónica de la sesión anterior.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 24ª YO HAGO FRENTE A MIS PROBLEMAS

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de iniciar la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna de esta sesión será “Debo aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria”.

Tras aclarar el significado de la consigna, el MT pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en ella y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.

El MT orientará sobre cómo a través del ritmo se puede dar a entender que se hace frente a los problemas del día a día. Llevará a cabo improvisaciones “difíciles”, utilizando partes de su cuerpo menos hábiles para este fin (golpear con el codo, la frente, coger el instrumento con los dedos, con las manos atrás...), expresando con gestos faciales que esto supone un esfuerzo, para invitar a los usuarios y usuarias a esforzarse en el uso de alguna parte de su cuerpo menos hábil o con menor movilidad.

A cada usuario/a, el MT, le hará una improvisación en la que intente expresarle cómo afrontar los problemas y el usuario/a le contestará con una improvisación en la que intente expresar que él ya hace frente a sus problemas sin ponerse nervioso o llorar.

Antes de acabar la sesión se retomarán rutinas habituales de improvisación sobre melodías y ritmos ya utilizados (repetición) y con las partes del cuerpo más fáciles de usar.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 25ª YO HAGO LO POSIBLE POR SER FELIZ

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de iniciar la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias. La consigna de esta sesión será “Debo hacer lo posible para ser feliz”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos y con gestos corporales (cara y brazos, principalmente).

En esta sesión toca practicar los sonidos y ritmos o melodías que más placer les provoquen, de los ya experimentados, o improvisar sobre otros nuevos con los que se sientan a gusto.

Finalmente, cada usuario/a deberá improvisar libremente dentro de sus posibilidades.

Por ser la última sesión de este bloque 4, se producirá un intercambio de impresiones sobre el dominio del entorno, aceptando las responsabilidades, las decisiones tomadas en el día a día y aprendiendo a dirigir su propia vida. Como estímulo para el debate se visualizarán momentos importantes de sesiones anteriores.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

Fuente: elaboración propia.

BLOQUE 5: CRECIMIENTO PERSONAL	TÍTULO
Tiempo: 11 horas	"NOS CONOCEMOS MEJOR"
N.º sesiones: 5 (Sesiones n.º 26 a n.º 30)	
OBJETIVOS	CONTENIDOS
C1. Reducir el miedo y la ansiedad ante la enfermedad y la vida. C2. Aprender a conocerse mejor. C3. Aprender a ser inconformista intentando mejorar la forma de vida. C4. Identificar nuevas experiencias que desafíen lo que piensa sobre sí mismo y sobre el mundo. C5. Identificar los avances reales que con los años ha experimentado como persona. C6. Llegar a conocer qué es el crecimiento personal.	Identificación de las nuevas experiencias adquiridas. Los avances reales que ha experimentado como persona.
MATERIALES	Instrumentos del Setting: Los mismos del bloque 0.
SESIÓN 26ª SOMOS POSITIVOS	
ACTIVIDADES/METODOLOGÍA	
<p>Antes del inicio de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias. Se trabajará el crecimiento personal o autorrealización como persona. La consigna para trabajar será "Soy positivo ante la enfermedad y la vida". Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.</p> <p>El MT realizará una improvisación para cada usuario/a, en la que intentará comunicarle que a pesar de las enfermedades hay que tener esperanzas. Son improvisaciones de carácter alegre y rítmico. Con dichas improvisaciones se buscará transmitirles confianza. Cada usuario/a le contestará con una improvisación en la que exprese si tiene o no confianza. El MT invitará con su ejemplo a que los usuarios y usuarias expresen estos sentimientos también a través de gestos faciales.</p> <p>Se recordarán los ritmos y melodías ya conocidos por los usuarios y usuarias, que acompañarán con nuevas improvisaciones.</p> <p>El MT improvisará con el xilófono un fragmento de la canción de las notas de "Sonrisas y lágrimas". Los usuarios y usuarias cantarán, tararearán, acompañarán con ritmos al MT, movimientos. Dado su carácter optimista y positivo, se favorecerá su repetición varias veces.</p> <p>Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).</p>	

SESIÓN 27ª APRENDO A CONOCERME MEJOR

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de iniciar la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias. La consigna para trabajar será “Debo aprender a conocerme mejor”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos, utilizando partes de su cuerpo con las que tienen menos habilidad.

El MT realizará improvisaciones con partes de su cuerpo menos usuales (cabeza, hombros, espalda, codos...), para descubrir hasta dónde llegan sus posibilidades. Los usuarios y usuarias intentarán hacer lo propio, lo que supone gran esfuerzo por parte de algunos, dadas sus grandes dificultades motrices. A continuación, les invitará a expresar sus sentimientos también a través de gestos faciales. Se realizarán imitaciones, diálogos instrumentales e improvisaciones libres, experimentando sonoridades y movimientos.

Se buscará que descubran las posibilidades de su cuerpo y también las de su habilidad creadora de ritmos y melodías en las improvisaciones libres.

Se continuará con la repetición de ritmos improvisados anteriormente, porque les proporcionarán seguridad y bienestar.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 28ª SOY INCONFORMISTA

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo al inicio de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias. La consigna para trabajar será “Debemos ser inconformistas e intentar mejorar nuestra forma de vida”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos, sin imitar a nadie.

El MT hará a cada usuario/a una improvisación en la que intentará comunicarle que hay que ser inconformista y hará improvisaciones que transmiten inconformismo, es decir, originales y contundentes. Cada usuario/a le responderá con una improvisación en la que exprese que es un inconformista, o sea, sin imitaciones. El MT invitará a los usuarios y usuarias a expresar estos sentimientos a través de gestos faciales y corporales.

Se tratará de impregnar nuestros actos con lo que nuestra mente siente, para lo que hay que concentrarse en la idea que propone la consigna de cada sesión, independientemente de cómo logre comunicarla cada uno.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 29ª DEBEMOS CAMBIAR LO QUE PENSAMOS DE LOS DEMÁS

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo al inicio de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias. La consigna para trabajar será “Debemos cambiar lo que pensamos de los demás”.

El MT intentará transmitir que nuestra idea de los demás debe ser siempre amable y positiva, mientras no nos demuestren que no podemos confiar en alguien. Esto aumentará la autoestima y las relaciones positivas.

Durante las sesiones precedentes, a través de las consignas y las improvisaciones libres o guiadas, se buscará que estrechen considerablemente sus vínculos afectivos y se interesen unos por los otros.

En esta sesión se procurará que la comunicación no-verbal sea cada vez más fluida y desinhibida, a través de sus improvisaciones y diálogos sonoros y gestuales, con contactos entre sus instrumentos, intercambios e invitaciones a compartirlos. Todo ello se llevará a cabo recordando y repitiendo melodías o canciones conocidas, a las que acompañarán con improvisaciones más o menos libres.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 30^a AVANZAMOS

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo al inicio de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna para trabajar será “Debemos reconocer los avances que con los años se ha experimentado como personas”.

El MT pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.

Se continuará con la repetición de ritmos improvisados y conocidos por los usuarios y usuarias y se repetirá principalmente el fragmento melódico “do, re, mi” de “Sonrisas y Lágrimas”.

Al ser la última sesión del bloque 5, se abrirá una charla/intercambio de impresiones sobre crecimiento personal, animándolos a reducir el miedo y la ansiedad ante la enfermedad y la vida, a conocerse mejor y a ser inconformista. Para estimular/animar el debate se visualizarán momentos emotivos de sesiones anteriores.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

Fuente: elaboración propia.

BLOQUE 6: PROPÓSITO DE VIDA	TÍTULO
Tiempo: 11 horas	“TENEMOS FUTURO”
N.º sesiones: 5 (Sesiones n.º 30 a n.º 35)	
OBJETIVOS	CONTENIDOS
<p>P1. Apoyar emocionalmente al usuario/a, favoreciendo la relajación y la calma, la calidad de vida y el bienestar psicológico y social y que adquiera una mejor visión de futuro.</p> <p>P2. Ser capaz de hacer planes de futuro y trabajar para hacerlos realidad.</p> <p>P3. Capacitar al usuario/a para realizar los proyectos que se propone para sí mismo.</p> <p>P4. Sentirse bien con lo hecho en el pasado y lo que se espera hacer.</p> <p>P5. Aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria y a no deprimirse, consiguiendo disminuir sus tensiones.</p> <p>P6. Llegar a conocer qué es el propósito de vida.</p>	<p>El ánimo y la relajación, la calidad de vida y el bienestar psicológico y social.</p> <p>Planes de futuro.</p> <p>Dirección y objetivos en la vida.</p>
MATERIALES	Instrumentos del Setting: Los mismos del bloque 0.
SESIÓN 31ª HAGO PLANES DE FUTURO	
ACTIVIDADES/METODOLOGÍA	
<p>Previo al inicio de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.</p> <p>Se trabajará el “propósito en la vida”: tener alguna meta a la que mirar, por la que luchar, dándole un sentido a la vida.</p> <p>La consigna para trabajar será “Debo hacer planes de futuro y trabajar para hacerlos realidad”.</p> <p>El MT orientará sobre cómo a través de una improvisación rítmica y/o melódica se puede dar a entender la visión que cada uno tiene de su futuro como persona. Para ello llevará a cabo improvisaciones y gestos con el xilófono expresando cómo será su futuro. El futuro puede esperarse tranquilo y lleno de seguridades, incierto, agitado, con altibajos, alegre y feliz, triste y desafortunado... Cada visión de futuro puede sugerir una improvisación apropiada, combinando timbres, alturas, intensidades y tempos.</p> <p>El MT expresará su futuro con ritmos cambiantes y melodías ascendentes y descendentes. Los usuarios y usuarias van respondiendo, por turnos, con una improvisación en la que expresen como ven su futuro. El MT les invitará a expresar estos sentimientos también con gestos.</p> <p>Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).</p>	
SESIÓN 32ª TENGO UN PROYECTO	
ACTIVIDADES/METODOLOGÍA	
<p>Previo al inicio de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.</p>	

La consigna para trabajar será “Debo realizar los proyectos que me propongo para mí.”

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.

Tras practicar improvisaciones según la consigna, se propondrá mediante tarareo, la canción “Mr. Sandman”, The Chordettes, por la que en ocasiones han mostrado predilección. El MT la tocará en el metalófono y se buscará que todo el grupo acompañe con sus improvisaciones, gestos y tarareos, produciéndose un fortalecimiento de la relación/vínculo.

Se continúa con la repetición de ritmos improvisados y conocidos por los usuarios y usuarias y propuestas de canciones que el MT interpretará y ellos improvisarán acompañamientos.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 33^ª ESTOY A GUSTO CON MI VIDA

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo al inicio de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna para trabajar será “Debo sentirme bien con lo hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro”.

El MT orientará sobre cómo a través de una improvisación rítmica/melódica se puede dar a entender que “me siento bien conmigo mismo” y llevará a cabo improvisaciones y gestos con la melodía del “Vals de las flores”, del Ballet “Cascanueces” de Tchaikovsky.

Pensando en la consigna propuesta, “estar a gusto”, realizarán improvisaciones y tarareos de distintas cancioncillas que cada uno recuerde.

Finalmente, recordaremos fragmentos practicados con anterioridad y se acompañarán con improvisaciones de todo tipo.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 34^ª APRENDO A NO DEPRIMIRME

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Previo al inicio de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna para trabajar será “Debo aprender a hacer frente a las demandas de la vida diaria y a no deprimirme”.

Se pedirá a los usuarios y usuarias que piensen en la consigna y expresen sus sentimientos a través de improvisaciones con los instrumentos escogidos.

El MT orientará sobre cómo a través de una improvisación rítmica se puede dar a entender que no debemos deprimirnos. Llevará a cabo improvisaciones y gestos expresando que no es una persona depresiva mediante ritmos rápidos y glissandos. Que se puede ser optimista a pesar de que a veces las condiciones de vida sean complicadas.

Se pedirá que respondan con improvisaciones en las que traten de expresar que no están deprimidos.

A continuación, el MT improvisará con el xilófono sobre la “Marcha Radetzky” de J. Strauss, que tiene un ritmo alegre y desenfadado, para que todos improvisen de alguna manera y tarareen o palmeen, comunicando optimismo y alegría. El MT ayudará a los usuarios y usuarias que tengan mayores dificultades de movilidad. Se repetirá todas las veces que se considere necesario.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

SESIÓN 35ª SÉ LO QUE QUIERO

ACTIVIDADES/METODOLOGÍA

Antes de la sesión, el MT rellenará los protocolos Benenzon P1, sobre su situación personal, y P2, en relación con la sala y el setting (ver Anexo 5), añadiendo, si los hubiere, los cambios producidos en los usuarios y usuarias.

La consigna para trabajar será “Debo tener clara la dirección y el objetivo que me propongo en mi vida”.

El MT orientará sobre cómo a través de una improvisación se puede dar a entender que se tienen esperanzas de alcanzar el mejor bienestar posible, a pesar de las dificultades que la vida nos presenta. Debemos tener una meta que nos ayude a seguir luchando en la vida.

Al tratarse de la última sesión del bloque 6 y del proyecto, el MT intervendrá, en principio, lo menos posible, para que los usuarios y usuarias expresen de manera no-verbal sus sentimientos, emociones y expectativas vitales. Como ya tendrán práctica, se les invitará a improvisar solos y junto a los compañeros, a veces con diálogos sonoros, otras mediante ecos o imitaciones y utilizando también el gesto y el cuerpo.

Como despedida se repetirán canciones ya practicadas, las que mejor hayan servido para afianzar el vínculo entre ellos y con el musicoterapeuta, puesto que serán reconocidas por la mayoría.

Al finalizar la sesión del bloque 6, se llevará a cabo un intercambio de opiniones sobre cómo tener un objetivo en tu vida. Para estimular/animar el debate se visualizarán experiencias positivas de sesiones anteriores.

Finalizada la sesión, el MT rellenará la Ficha diaria de Observaciones (Anexo 4) y los protocolos Benenzon P3 y P4, relacionados con el impacto de la sesión en los usuarios y usuarias y en sí mismo (Anexo 5).

Fuente: elaboración propia.

Anexo 12. Cuestionario de valoración final

Cuestionario de valoración al finalizar la intervención	Respuesta
1. ¿Te ha gustado participar en el taller de Musicoterapia?	
2. ¿Lo volverías a repetir?	
3. ¿Crees que el taller te ha ayudado a mejorar tu sensación de bienestar y calidad de vida?	
4. ¿Participar en el taller ha mejorado en algo tu autonomía?	
5. ¿En qué medida has progresado con el taller en tu autoaceptación?	
6. ¿Después de la experiencia te sientes más relajado y capacitado para afrontar los problemas derivados de tu situación personal?	
7. ¿Después de la experiencia consideras que tu estado de ánimo ha mejorado?	
8. ¿Has hecho amigos en el grupo de compañeros que han participado en la experiencia?	
9. ¿Qué se tendría que hacer en el taller que no se haya hecho?	
10. Valora del 1 al 5 la intervención del musicoterapeuta. (1 es muy baja, 2 es baja, 3 es suficiente, 4 es alta y 5 es muy alta).	

Fuente: elaboración propia.

Anexo 13. Glosario teórico del Modelo Benenzon

- **Complejo del no verbal (hombre–comunicación–hombre):** es el objetivo de estudio de la Musicoterapia. Es un fenómeno de comunicación entre los seres humanos.
- **ISO:** (identidad sonora) es el cúmulo de energías formadas de sonidos, movimientos y silencios que caracterizan a cada ser humano y lo diferencian del otro y al proceso dinámico de sus respectivas descargas.
- **ISO Universal (ISO U):** es el verdadero arquetipo corpóreo- sonoro- musical, formado por la herencia ontogenética y filogenética y que caracteriza a todos los seres humanos.
- **ISO Gestáltico (ISO G):** es la identidad sonora del propio individuo.
- **ISO Cultural (ISO C):** es el cúmulo de energías que se condensan en el preconsciente y que caracterizan la cultura donde se inserta el individuo.
- **ISO Complementario (ISO CO):** 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.
- **ISO en Interacción (ISO I):** es el cúmulo de energías que caracterizan la relación, el vínculo entre dos o más personas. Está formado por las características de intercambio energético de comunicación que se produce cada vez que dos o más personas intentan relacionarse.
- **ISO Familiar (ISO F):** es el cúmulo y la dinámica de energías sonoras, de movimiento y pausas que caracteriza a un determinado grupo familiar.
- **ISO Grupal (ISO GR):** es el cúmulo y dinámica de energías sonoras, de movimiento y pausas que caracteriza a un determinado grupo a lo largo de su desarrollo de interacción terapéutica.
- **ISO Ambiental (ISO A):** está constituido por los sonidos y los fenómenos analógicos que la institución, la escuela, el aula, la sala de internación, la incubadora, el hospital o su propio gabinete va creando alrededor del paciente.
- **ISO Comunitario (ISO CM):** es el conjunto de fenómenos no verbales que se suceden en el transcurso del día, que caracterizan a un determinado grupo de individuos que interactúan en un determinado lugar.
- **ISO Transcultural (ISO TR):** es la identidad sonora que caracteriza a un determinado grupo humano que se ha visto necesitado de emigrar, asimilarse o adaptarse a otro grupo humano.

- **Principio de ISO:** Sirve para abrir canales de comunicación entre un paciente y el musicopsicoterapeuta. Los ISOs del paciente y del musicoterapeuta deben estar equilibrados. Este principio se extiende a todo tipo de comunicación.
- **Objeto Intermediario:** es todo elemento que favorece el pasaje de las energías corpóreo – sonoro - musicales con intencionalidad de comunicación de un ser humano a otro. Dependiendo de la forma como se utiliza, el instrumento corpóreo sonoro musical puede llamarse Objeto Defensivo, Objeto Catártico, Objeto Totémico, Objeto Experimental, Objeto Enquistado y Objeto Integrador.
- **Fenómeno Totémico:** es la puesta en marcha de rituales a los efectos de modificar y contener positivamente descargas de tensión.
- **Microfenómenos totémicos:** son las sucesiones de rituales que se producen a lo largo de una sesión y que permiten dosificar las descargas tensionales de los respectivos ISOs.
- **Tiempo terapéutico:** es la adecuación, armonía y equilibrio de los tiempos biológicos y de latencia del musicoterapeuta y del paciente
- **Tiempo de Latencia:** es el tiempo particular de cada ser humano que sucede entre la percepción de un cúmulo de estímulos de comunicación del otro, la elaboración de los mismos, el impacto en el núcleo de la memoria no - verbal, la reelaboración de ese impacto y la recreación de la respuesta y la expresión de la misma. (Benenzon, 2011).



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA