



UPAEP
BIBLIOTECA CENTRAL
TESIS
USO UNICAMENTE EN SALA



UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA PARA
PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS
CON PROBLEMAS MOTORES"**

PROYECTO DE DESARROLLO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

CAROLINA ALICIA GOMEZ MACFARLAND

TE 615.85154

#61930

GOM 1996

GOMEZ MACFARLAND, CAROLINA ALICIA

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS

NOVIEMBRE DE 1996



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UPAEP
BIBLIOTECA CENTRAL
TESIS
USO ÚNICAMENTE EN SALA



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE PUEBLA**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS CON PROBLEMAS MOTORES"**

PROYECTO DE DESARROLLO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA

CAROLINA ALICIA GOMEZ MACFARLAND

NOVIEMBRE DE 1996

61950

**"PROGRAMA DE
MUSICOTERAPIA
PARA PACIENTES
PSIQUIATRICOS
HOSPITALIZADOS CON
PROBLEMAS MOTORES"**

H. PUEBLA DE ZARAGOZA A 25 DE NOVIEMBRE DE 1996

LIC. MARTHA PATRICIA GUTIERREZ CARDONA
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PERMITO INFORMARLE QUE LA ALUMNA CAROLINA ALICIA GOMEZ MACFARLAND, CON NUMERO DE MATRICULA 10656 DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE ESTA INSTITUCION PRESENTO SU TRABAJO DE INVESTIGACION CON EL TITULO:

"Programa de Musicoterapia para Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados con Problemas Motores"

ESTA INVESTIGACION TUVO SEGUIMIENTO Y ASESORIA PERIODICA DANDO LA APROBACION CORRESPONDIENTE PARA SER PRESENTADA COMO TRABAJO RECEPCIONAL TERMINADO.

PARA LOS FINES QUE AL INTERESADO CONVENGA, SE EXTIENDE ESTE DOCUMENTO A LOS 25 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 1996.

ATENTAMENTE

MÉ.S. MA. DE LOURDES REYES VERGARA



DEDICATORIAS

A MIS HIJOS ANA CAROLINA Y HECTOR MIGUEL

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MI ESPOSO E HIJOS

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A LITO Y A NANI

A LA M.E.S. MA. DE LOURDES REYES VERGARA

A LA LIC. EN D.G. ANA CECILIA GOMEZ MACFARLAND

AL LIC. DAVID CORNISH BECERRA

A LA LIC. VERONICA JIMENEZ

A LA DRA. CLARA ESTRADA

AL PROFESOR GERARDO MACFARLAND

**Y A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA
COLABORARON EN LA REALIZACION DE ESTE PROYECTO.**

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	
MARCO TEORICO	5
1.1 Musicoterapia	5
1.1.1 Definiciones	
1.1.2 Breve historia del uso de la música	
1.1.3 Elementos de la música	
1.1.4 Aplicaciones de la música	
1.1.5 Aspectos importantes de la musicoterapia	
1.2 El Ritmo	18
1.2.1 Definición	
1.2.2 Psicología del ritmo	
1.2.3 La arritmia	
1.2.4 Educación por el ritmo	
1.3 Psicomotricidad	25
1.3.1 Definición	
1.3.2 Desarrollo Psicomotor	
1.3.3 Elementos de la Psicomotricidad	
1.3.4 Transtornos Psicomotores	
1.3.5 Ejercicios	
1.4 El Paciente psiquiátrico y su afectividad	30
1.4.1 Definiciones	
1.4.2 El Paciente psiquiátrico hospitalizado	
CAPITULO II	
MARCO CONTEXTUAL	33
2.1 Características Generales del Sanatorio de Ntra. Sra. de Guadalupe	33
2.2 Políticas	34
2.3 Objetivos Generales de la Institución	35
2.4 Comité Interno de Etica	35
2.5 Reglamento Interno	36
2.6 Normas y procedimientos de hospitalización	36
CAPITULO III	
PROYECTO	39
3.1 Planteamiento del problema	39
3.2 Justificación	40
3.3 Objetivos y metas	41
3.4 Estrategias	42
3.5 Actividades	78
3.6 Cronograma	80
3.7 Seguimiento y continuidad del proyecto	81
3.8 Evaluación	81
3.9 Conclusiones	82
BIBLIOGRAFIA	83

RESUMEN

RESUMEN

La musicoterapia es una disciplina formada con el principal objetivo de utilizar los elementos diagnósticos y terapéuticos de la música y el sonido para el tratamiento y rehabilitación de personas que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales.

La música puede considerarse vital para el ser humano, pues desde siempre, la ha utilizado en diferentes aspectos de su vida. Puede inclusive mencionarse el hecho de que la música vive en él mismo.

Por otro lado y como principal interés de este trabajo, se ha podido observar que un paciente psiquiátrico hospitalizado es un ser humano que siente y es posible que al estar interno, ya sea por poco o mucho tiempo su estado afectivo pueda disminuir.

En pacientes con problemas de movimiento, la situación está en desventaja, pues además de lo anteriormente expuesto, su problema motor puede hacer que haya menor participación o integración con sus compañeros en las actividades que en el hospital se realizan.

De ahí la importancia de la música para la realización de un programa de ejercicios basados en el ritmo de ésta para dichos pacientes y apoyar su mejoramiento motor, al mismo tiempo que al dedicarles atención y ayuda, se logre que también aumente su afectividad y autoestima.

El presente proyecto de desarrollo, trata de dar un panorama lo más claro posible de lo que es la musicoterapia y cómo podemos con su ayuda apoyar diversos tratamientos, específicamente el de nuestro interés: la psicomotricidad y la afectividad de pacientes psiquiátricos hospitalizados con problemas de movimiento.

A continuación se presenta un desglose del contenido de este proyecto de desarrollo:

El capítulo uno, contiene lo correspondiente al Marco Teórico, donde se tocan los aspectos más importantes que avalan el presente proyecto, así como: la *musicoterapia* donde se incluyen autores como Juliette Alvin y Rolando O. Benenzón entre otros musicoterapeutas; el *ritmo*, cuya importancia radica en el orden de movimientos ya sea internos o externos al ser humano; la *psicomotricidad*, donde se tocan aspectos fundamentales que sirvieron de apoyo a este documento; y por último, motivo principal de este trabajo, las características del *paciente psiquiátrico hospitalizado*. y su *afectividad*.

En el capítulo dos, se incluye el Marco Contextual referente a la institución a la que va dirigido éste programa, exponiendo su estructura organizacional, sus objetivos, su manejo interno y su misión.

En el tercer capítulo, se presenta el Proyecto de Desarrollo, su organización, alcances y propuesta, incluyendo: el Planteamiento del Problema, la Justificación; los Objetivos Generales así como los Particulares y sus Metas; la Estrategia a seguir, donde se incluye el Programa de Musicoterapia finiquitado. Se continúa con las Actividades, Metas, Recursos y Costos del material utilizado en la presente investigación. Este capítulo contiene también el Cronograma de Actividades realizadas y a realizar en el momento en que se aplique el programa; el Seguimiento y Continuidad del Proyecto; la Evaluación donde se pretende hacer una crítica a la propia investigación, su eficiencia y aportaciones al campo de la Psicología, terminando con las Conclusiones del trabajo.

De esta manera se presenta a ustedes un abstracto del contenido del presente proyecto de desarrollo, estructurado con el fin de aportar algo útil tanto para la Psicología como para la misma sociedad.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Las técnicas o disciplinas que pueden apoyar a la Psicología son muchas, entre las que se encuentra la Musicoterapia.

Desde los tiempos más remotos, la música se ha considerado un elemento indispensable para la vida del hombre, pues es parte de la naturaleza misma. Ha tenido innumerables usos, desde los ritos, religión y curas diversas, hasta el placer mismo de escucharla o crearla.

La música tiene el poder de afectar al ánimo, pues contiene elementos persuasivos y hasta podría decirse que obligantes. Sin embargo, cualquiera que sea su propósito, la música se relaciona siempre con experiencias propias de el hombre, pues ha nacido de su mente y de su corazón, habla de sus emociones y expresa su percepción.

El carácter de la música y los efectos que produce dependen de los diferentes elementos del sonido y de su interrelación, de los cuales el ritmo es el más dinámico, puede llevarnos a una extrema relajación o por el contrario, es capaz de producir excitación, ya que impulsa de una manera casi involuntaria al movimiento.

La elaboración del presente Programa de Musicoterapia, tiene como elementos más relevantes el ritmo musical y el movimiento, y la afectividad.

La música influye y apoya otras disciplinas, tanto para diagnóstico como para tratamiento, bien para los individuos "sanos" o con algún padecimiento mental.

Los pacientes psiquiátricos hospitalizados con problemas motores para quienes va dirigido este programa, podrán mejorar en los aspectos tanto afectivos como motores; al realizar ejercicios, escuchando el ritmo musical que facilita el movimiento y al tener contacto más directo y personal con el terapeuta o instructor que lleve a cabo dicho programa para que mejore su afectividad.

Es así, como la música, parte del ser humano, logre ayudar al mismo con todos sus elementos y sensaciones.

Se espera que más investigaciones o estudios con música puedan realizarse para beneficio de la propia humanidad, pues es un elemento que existió y existirá siempre dentro de nosotros.

CAPITULO

I



CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 Musicoterapia

1.1.1 Definiciones

Para explicar mejor lo que es la Musicoterapia, se han seleccionado los autores que mejor la definan, como Juliette Alvin y Rolando O. Benenzón. Así, como el concepto de la música que entre muchas definiciones se ha elegido el de Ernesto de la Guardia en su Compendio de Historia de la Música, concepto que más se asemeja a la idea de este trabajo.

A) Música

1). "La música es el arte de expresar sentimientos mediante sonidos combinados en el tiempo" (de la Guardia, E., 1982).

2). "La música sedante es la tranquila, de melodía dulce, en donde no intervienen o lo hacen muy poco los ritmos fuertes y los instrumentos de percusión" (Hernández, A., 1989).

3). "La música estimulante es la energía, alegre, de ritmos fuertes o muy marcados, con instrumentos de percusión y volumen fuerte, entre otros elementos" (Ibid.)

B) Musicoterapia

1). "La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales. El valor terapéutico de la música no necesariamente está relacionado con su calidad ni con la perfección de las ejecuciones. Su efecto obedece en primer lugar a la influencia, sobre el hombre, de los sonidos, origen de la música" (Alvin, J., 1990).

2). Para Rolando Benezón (1985) "la musicoterapia puede verse desde dos puntos, como una especialización científica que se ocupa del estudio que investigación del *complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendente a buscar los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos del mismo*. Y como una disciplina paramédica, que utiliza el *sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación, con el objetivo de embrennder a través de ellos el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad*".

De cualquier manera estos puntos de vista explican lo que la Musicoterapia es y hace, de una forma más completa. Para explicar mejor esta definición se ha querido desglosar la misma en cada uno de sus elementos, y ampliar lo que se pretende decir con ellos.

Complejo sonido-ser humano. Está formado por: a) los elementos capaces del producir los estímulos sonoros, como serían, la *naturaleza*, el cuerpo humano, los instrumentos musicales, los aparatos electrónicos, etc.; b) los estímulos como el silencio, los sonidos percibidos internamente, el latido cardíaco, los ruidos articulares, los sonidos intestinales, etc., los sonidos musicales -rítmicos, melódicos y armónicos-, las palabras, los ruidos, los ultrasonidos, el movimiento, etc.; c) el recorrido de las vibraciones con sus leyes físicas; d) los órganos receptores de esos estímulos como serían el sistema auditivo, el sistema de percepción interna, el sistema táctil y el sistema visual; e) la impresión y percepción en el sistema nervioso y su interrelación con el sistema endocrino, parasimpático y otros; f) la repercusión psicológica y la elaboración de la respuesta; g) La respuesta que puede ser la conducta, motora, sensitiva, orgánica, de comunicación a través del grito, el llanto, del canto de la voz, de la danza y de la música.

Del sonido, sea musical o no. En la musicoterapia o terapia musical, no sólo es la música lo que se utiliza en el proceso terapéutico sino también el sonido en el aspecto más amplio de la concepción del mismo y el movimiento. Aunque se entiende que el sonido, la música y el movimiento son prácticamente una misma identidad, que se identifican mutuamente hasta convertirse en una misma cosa.

De la búsqueda de los elementos diagnósticos. Los estímulos sonoro-musicales pueden desencadenar expresiones orgánicas y psicológicas de la dinámica del ser humano que permiten aumentar el conocimiento de su funcionamiento. Muchas veces este tipo de estímulo sonoro suele ser más poderoso que el estímulo visual o táctil. Un ejemplo de diagnóstico a través de la música y que es posible de estructurar en forma de test, sería la modificación de los dibujos realizados bajo el estímulo de ritmos predominantes, como una marcha o un vals. Bajo el estímulo de marcha, se obtuvo en una investigación, cualquiera que fuera el motivo del dibujo, líneas y formas cuadrangulares, en ángulo recto, triangulares, etc., en cambio bajo el estímulo vals las líneas y formas eran circulares. Bajo el estímulo música de moda, el dibujo muestra, una imagen que la caracteriza.

De los métodos terapéuticos. Es en nuestro caso, difícil desarrollar éste tema, sin embargo es importante mencionar que la musicoterapia es una disciplina paramédica. Es un auxiliar de la medicina que coadyuva con las demás técnicas terapéuticas para recuperar al paciente para la sociedad o para actuar en la prevención de las enfermedades físicas y mentales.

De la utilización del sonido, la música y el movimiento. El movimiento y el sonido se complementan. Todo movimiento tiene dentro de sí mismo un sonido y todo sonido engendra y es engendrado por un movimiento.

De la producción de efectos regresivos. Uno de los fenómenos más profundos que produce el sonido y la música es la capacidad de provocar estados regresivos en el ser humano (hablando en términos del psicoanálisis). Esto es debido a que el sonido, el movimiento, la música y los fenómenos acústicos son los elementos comunicantes de la etapa primitiva del desarrollo evolutivo.

De la apertura de canales de comunicación. Los canales de comunicación pueden abrirse debido a otras características de los estímulos sonoro-musicales, implementadas dentro del proceso terapéutico. Estos canales de comunicación favorecen en gran medida la musicoterapia.

Del entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad. Muchas veces, en este proceso, la musicoterapia ocupa el primer eslabón, pues es utilizada como primera técnica de acercamiento.

1.1.2 Breve historia de la música

El hombre ha creído en alguna época que el sonido era una fuerza cósmica que existía desde los comienzos del mundo y que adquirió entonces forma verbal. También creyó que la música del paraíso divino podía ser oída y captada sólo por hombres de inspiración divina.

Para el hombre primitivo el sonido tenía origen sobrenatural, se identificaba con su medio cuando imitaba los sonidos que oía, ya fuera en forma vocal o con un instrumento y podemos suponer que la imitación de los sonidos llegó a ser música con una forma y expresión propias, y que progresó a través de las diversas civilizaciones y culturas.

La imitación y repetición son dos procesos mediante los cuales el hombre aprende, evoluciona y crea. Ambos son aplicables al sonido cuando éste llega a ser un lenguaje verbal o musical.

Durante mucho tiempo se creyó que la música tenía origen divino o sobrenatural y que no era obra del hombre. Combarieu (Alvin, 1990) afirma que "en todas las civilizaciones conocidas la música ha sido tenida por producto de origen divino. En todas partes fue considerada no como una creación del hombre sino como la obra de un ser sobrenatural. No hay nada similar en la historia del arte o del dibujo. Naturalmente, el hombre ha dado a la música los poderes que atribuía a los dioses".

Jacques Chailley (Alvin, 1990) sugiere que "quizá la música es la única partícula de esencia divina que el hombre ha logrado capturar... La música le ha permitido identificarse con los dioses... Los dioses le han dado al hombre, y el hombre ha hablado con los dioses mediante la música".

Pero la idea de que hay algo divino en la música podemos encontrarla aún ahora. A través de los años el compositor o el ejecutante se han sentido a menudo inspirados por la divinidad, quizá porque tal inspiración no podía ser explicada racionalmente.

La Música y el Mal. Si la música ha sido considerada a veces como un don del hombre que le viene de Dios y vuelve a El, existió también otra creencia: que la música pudo ser empleada por Satanás, como todos los otros dones divinos. A menudo se ha creído que la música podía ayudar a los malos espíritus a conducirlo a su perdición espiritual o física.

La primera iglesia cristiana sabía muy bien que la música no era solamente una experiencia espiritual y elevadora, sino que también podía ser mala por sus raíces en los ritos paganos. *Los sacerdotes cristianos procuraron despojar a la música de todas las fines de la influencia pagana y asignarle una virtud curativa espiritual.*

Lutero era un músico consumado que veía en la música un verdadero atributo de Dios. Sin embargo sabía que Satán era capaz de emplear ese atributo divino para sus propios fines malos, y procuró que la música fuera más atrayente para los miembros de su congregación haciendo cristianos los aires populares y expirando sus asociaciones paganas. A él se le atribuye la frase: "¿Por qué ha de conservar para sí el Demonio todas las buenas melodías?" (Alvin, 1990).

En tiempos más recientes y aún en partes más civilizadas del mundo han creído en pactos con el Diablo, en los cuales la música desempeñaba algo muy importante.

En resumen, podemos decir que el hombre ha considerado a la música como un medio para comunicarse con el mundo invisible, para bien o para lo que se suponía un mal. Su naturaleza sobrenatural da a la música el poder de curar o de hacer daño, de espiritualizar las emociones o de provocar impulsos instintivos.

Origen de la Música. La música ha sido estudiada por grandes científicos y estudiosos, como es el caso de Darwin, quien se basa sobre su teoría de la evolución. Analiza en su libro el origen del hombre, la incidencia y el valor de los sonidos expresivos producidos por animales de todas las especies, en particular los pájaros, cuyas voces expresan emociones diversas tales como preocupación, miedo, ira, triunfo o mera felicidad. Advirtió que las canciones reales de muchos pájaros servían de encantamiento o de voz de llamada hacia el otro sexo. También para nuestro interés formuló la siguiente observación: "El orador, bardo o músico apasionado, cuando excita con sus variados tonos y cadencias las emociones más intensas de su auditorio, apenas puede sospechar que emplea los mismos medios con los cuales sus antepasados semihumanos hace mucho tiempo se alentaban unos a otros, las ardientes pasiones durante sus rivalidades y asedios amorosos" (Alvin, 1990).

Se ha dicho también que la música no puede por ningún motivo ser utilizada por hombres de ciencia o que ni el goce de la música ni la capacidad de producir notas musicales son facultades que tengan la mínima aplicación para el hombre. Pero esto es erróneo, pues durante largo tiempo la música fue puramente funcional y no empleada para su propio culto.

Así como los sonidos de los animales, han sido instrumento en el nacimiento de la música, el hombre a su vez se ha interesado en el efecto de ésta sobre el cuerpo, la mente y sobre los mismos animales.

Instrumentos Musicales . Debemos también observar que en épocas lejanas se atribuía poderes mágicos a algunos de ellos, se creía que estaban habitados por algún ser sobrenatural o que lo simbolizaban. En algunos países creían que los tambores tenían origen divino, les ofrecían sacrificios y aún comida. Las tribus australianas, por ejemplo, suponían que el alma del antecesor totémico estaba presente en el bramido del toro.

Algunos instrumentos eran empleados específicamente en curas rituales a veces como una especie de aparato médico. En África el hechicero usa todavía un tambor mágico y un arpa ouombi que ejecuta sobre el estómago del paciente.

Podemos decir que los instrumentos musicales durante ciertos ritos han sido símbolo de su poder. Son objetos concretos, positivos, que el hombre puede hacer, perfeccionar o transformar. Muchos de ellos han perdido rápidamente la asociación con el mundo sobrenatural, al contrario de lo que ha ocurrido con la música; pero algunos de ellos aún poseen cierta fascinación y asombran misteriosamente a los niños, quienes viven en un mundo animista donde los objetos tienen vida interior por sí mismos. El ejecutante, haya sido primitivo o moderno, estuvo siempre identificado con su instrumento, que es una prolongación de su cuerpo y transforma en sonido sus impulsos psicomotores y los libera. La ejecución en un instrumento demanda también un dominio consciente de los movimientos en el tiempo y en el espacio, y acatamiento a ciertas leyes acústicas. Este proceso tiene un gran valor terapéutico.

Las curas musicales. El hombre ha considerado siempre que la enfermedad era un estado anormal. Ha explicado sus causas y ha aplicado remedios que incluye la música a la luz de sus conocimientos reales y de sus creencias. Aunque el concepto de la enfermedad y la actitud terapéutica han cambiado continuamente a través de los siglos, las reacciones del hombre a las experiencias musicales han permanecido inmutables. El estudio de la música como medio terapéutico puede seguir un camino firme, basado en el desarrollo de los propios tratamientos médicos.

Podemos dividir los procesos curativos en tres partes: los que se relacionan con la magia, con la religión y con el pensamiento racional. La música ha sido aplicada a estos procesos de acuerdo con las creencias y costumbres de cada época.

El curador que emplea la música ha sido a través de los tiempos, primero un mago, después un monje y por último un médico o un especialista en música. Finalmente, y en cualquier clase de sociedad, el enfermo que procura su curación y alivio se encuentra en las manos del hombre que posee algún poder sobre la causa de su enfermedad.

El uso que hicieron de la música los curadores, magos, sacerdotes, médicos o músicos, en las curaciones, ha variado según la concepción de la enfermedad y su tratamiento, sus funciones y creencias, y en mayor grado, su dominio musical y sus conocimientos.

a) *Curas mágicas.* El hombre primitivo creía que el universo era mágico y estaba regido por espíritus o fuerzas sobrenaturales cuyas manifestaciones eran casi siempre malas o amenazantes y con quienes debía llegar a un acuerdo. Procuró protegerse y dominar al mundo *sobrenatural o las fuerzas de la naturaleza mediante la magia.* Este intento ha persistido a través de los siglos a pesar del progreso y del conocimiento científico y es posible encontrar todavía algunas manifestaciones de esto, en nuestro mundo racional, donde las supersticiones y la creencia en la magia existen en alguna forma.

El hombre primitivo, que vivía en un mundo de espíritus y magia, creía naturalmente, que la enfermedad se debía a causas mágicas y que requería remedios mágicos. La música, los ritmos, los cantos y las danzas desempeñaban un papel vital en los ritos curativos mágicos. El sonido y la música, por su origen mágico, eran empleados para comunicarse directamente con el espíritu. Sus poderes mágicos podían ayudar a penetrar o a vencer la resistencia del espíritu de la enfermedad.

Pero la música no era el elemento principal de los ritos, contribuía a integrar dinámicamente casi todos los episodios de una ceremonia que ponía en juego muchos símbolos de las fuerzas elementales que rodean al hombre, tales como el agua, la tierra, el fuego y los reinos vegetal y animal.

b) *Curas Religiosas.* En el mundo antiguo existió durante mucho tiempo la creencia de que la enfermedad era la posesión de un espíritu maligno ó la venganza de un dios sobre todo en las enfermedades mentales. Los ritos espirituales de purificación en los que intervenía a veces la música se vinculaban con la curación física o espiritual.

Al paso del tiempo ya no era un hechicero pidiendo a la diedad que retirara su castigo, sino un sacerdote que pedía a los dioses que revelaran la causa de la enfermedad y aquí el canto y la música sólo ayudaba para deleitar a tales dioses como un favor para que realizaran lo pedido.

En la era cristiana, las obras de arte y de la música encomendadas por la iglesia llevaban el propósito de acercar al creyente a Dios, mediante la belleza y la expresión de sonidos y pinturas, para ponerlo en un estado receptivo y espiritual. Pero el hombre, poco a poco, se dio cuenta que la salvación de su alma y su relación con Dios era algo íntimo y personal. Y la música se convirtió en una forma de autoexpresión, cargada de emociones humanas.

De esta manera el hombre ha llegado a comprender el poder de la música sobre su propio estado psicológico y espiritual, pues es capaz de exaltar lo mejor de sí mismo, armonizar y purificar sus emociones y aún sublimar sus apremios instintivos. Pudo darse cuenta también de la música era capaz de contrarrestar transitoriamente la sensación de dolor o ansiedad, y traer de esta manera alivio.

c) La cura racional. Charles Singer (Alvin,1990) menciona que los griegos dieron a la música gran importancia, procuraron encontrar razón y lógica intelectual en el mundo que los rodeaba y en el propio ser humano que era el centro de la armonía universal.

La concepción psicosomática griega de la enfermedad explica porqué la música que es orden y armonía para el hombre en su totalidad, desempeña un papel tan importante en los problemas de la salud. A plicaron en forma sistemática la música como un medio curativo o preventivo que podía y debía ser dosificado, pues su efectos en el estado físico y mental eran predecibles.

Aristóteles en su libro La Política, da a la música un valor médico definido cuando afirma que la gente que sufre de emociones no dominables. "después de oír melodías que elevan el alma hasta el éxtasis, retorna a su estado normal como si hubiera experimentado un tratamiento médico depurativo"(Ibid).

Sin embargo para los griegos, los remedios y la música merecían formar parte del círculo de investigaciones.

Pero la aplicación e investigación de las funciones curativas de la música ha continuado hasta nuestros días. El Renacimiento fue uno de los períodos más dinámicos y creativos de la historia humana. Los campos de la medicina y de la música experimentaron enormes cambios, pues ambos afectaban al hombre que se estaba descubriendo a sí mismo.

El médico Robert Burton fue uno de los primeros médicos del Renacimiento, que observó y escribió acerca de los poderes curativos de la música. El mismo había padecido melancolía crónica, y sus ideas acerca de la música quizá provengan de su propia experiencia.

Así, muchos médicos franceses, londinenses y de otros países observaron la gran influencia de la música sobre el ser humano, los poderes curativos que ésta puede tener y cabría mencionar aquí, al Dr. Héctor Chmet que en 1846 escribió un tratado acerca de "la influencia de la música sobre la salud y la vida" de donde algunas de sus conclusiones son válidas aún en nuestros días (citado por Alvin,1990).

Hasta el siglo xx la parte que desempeñaron los músicos en la musicoterpia fue empírica. No debieron comprender el efecto terapéutico de la música, en el cual el médico estaba interesado.

Hoy en día se ha llegado a crear una especialización en el área de las funciones de la música. Los franceses, canadienses y argentinos los más recientes avances y aportaciones a la musicoterapia. Y podemos mencionar a autores como: Juliette Alvin, Rolando O. Benenzón y Gerard Ducourneau.

1.1.3 Elementos de la música

Los elementos fundamentales que integran a la música son tres: melodía, que es la sucesión de sonidos que forman ideas musicales; la armonía, que es la simultaneidad de sonidos que determinan acordes; y el ritmo, que es el orden de sucesión de sonidos en el

tiempo (De la Guardia, E. 1982). De estos, el ritmo es el más dinámico, y tiene un papel preponderante en la música. Se combina con la altura o frecuencia y con el timbre, y les dá un significado final. Expresa una alternancia de tensión y de relajamiento mediante acentos, pausas, golpes fuertes y débiles. El ritmo puede provocar una conducta acelerada o inducir sueño. Puede crear conciencia de movimiento o tener un efecto hipnótico.

El carácter de la música y los efectos que produce dependen de los diferentes elementos del sonido y de su interrelación y son los siguientes:

- 1) *Frecuencia (o altura del sonido)*
- 2) *Intensidad*
- 3) *Timbre o color tonal*
- 4) *Intervalos, origen de la melodía y de la armonía*
- 5) *Duración, origen del ritmo y del tiempo.*

Altura. La frecuencia, o la altura, en términos musicales, es producida por el número de vibraciones del sonido; con frecuencia actúa sobre el hombre a un nivel puramente físico, y de una manera racional. En líneas generales, las vibraciones muy rápidas son un estímulo nervioso intenso, las más lentas tienen un efecto muy relajador.

Intensidad. La intensidad de un sonido depende de la amplitud de las vibraciones, lo que afecta su volumen y su potencia. La intensidad de un sonido musical puede ir desde lo apenas audible a lo ensordecedor. Depende de la intensidad una gran parte del efecto de la música .

Timbre. El timbre, o color tonal, que depende de los armónicos presentes en cualquier sonido particular, es uno de los elementos más sugestivos de la música. El timbre es un elemento no rítmico y puramente sensual, que produce en el oyente una impresión agradable y no intelectual, y no estimula mecanismos defensivos.

Intervalo. El intervalo, basado sobre la distancia entre dos notas, está estrechamente relacionado con la altura del sonido o su frecuencia. Consiste en la relación entre dos sonidos musicales de una serie, y tiene como consecuencia armonía y melodía.

1.1.4 Aplicaciones de la música

A través de la historia el hombre ha observado con interés los efectos de la música sobre sí y sobre los demás. Ha especulado y se ha intrigado ante los fenómenos que se repetían una y otra vez bajo la influencia de la música. Podemos decir en resumen, que la música ha tenido sobre el hombre los efectos que él esperaba de su empleo, ya fuera integrada con diversas funciones o como pura experiencia estética.

No podemos separar los efectos físicos y psicológicos de la música. A través de los siglos, entre filósofos, médicos y músicos ha habido diversas escuelas de pensamiento que trataron de explicar el mecanismo de respuestas a la música. Se encontraban entre dos teorías: algunos

creían que la música afectaba las emociones y despertaba estados de ánimo que a su vez actuaban sobre el cuerpo; otros pensaban que el proceso era inverso: de lo fisiológico a lo psicológico.

Actualmente se ha compartido la opinión de que la excitación nerviosa origina una emoción. Desde luego cualquier estímulo recibido puede provocar recuerdos o asociaciones con otras experiencias, lo que nos hace sentir diferentes sensaciones y emociones y, es aquí donde reafirmamos la integración del ser humano como un ser total e indivisible. De cualquier manera la música puede llevarnos de lo fisiológico a lo psicológico o al revés.

A través de la historia las respuestas del hombre a la música han sido fundamentalmente similares e influidas por los mismos factores; la receptividad física del hombre al sonido, su sensibilidad, innata o adquirida, a la música, y su estado mental. El condicionamiento debido a prejuicios, al medio, a la educación y a otros factores no musicales desempeña una parte muy importante en estas respuestas y no podemos dejarlas pasar desapercibidas.

El hombre puede responder solamente a la música de su civilización, que tiene para él un significado y una emoción. Su cultura, no sólo es etnográfica, pues aún en la misma sociedad las respuestas de la gente a las experiencias artísticas varían según su formación social o educacional.

Estos factores pueden ayudar o estorbar en el quehacer de la musicoterapia, sin embargo, lo que importa son los efectos que produce la música, ya sea "buena" o "mala".

La comprensión de la naturaleza y de las causas de las respuestas del hombre a la música es indispensable para aplicar la musicoterapia, ya que procura ciertos resultados que tal vez requieran técnicas diferente. Uno de sus objetos es observar las respuestas del paciente a ciertas experiencias musicales, respuestas que probablemente ayuden al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad; otros de sus objetos es provocar deliberadamente algunas reacciones y luego regularlas y canalizarlas hacia una finalidad terapéutica específica.

Las respuestas a la música, que llegan primero desde un estímulo perceptual son tanto fisiológicas como psicológicas. Su interacción se traduce en un efecto general relacionado con la combinación de los diversos elementos musicales presentes en una misma pieza; por ejemplo cuando la melodía y el color, o el ritmo y la agudeza van juntos. La misma melodía ejecutada sobre diferentes instrumentos o a diferente altura-el distinta tonalidad- puede provocar reacciones diferentes y aún algunas veces de tipo opuesto.

Respuestas psicológicas a la música. Las respuestas psicológicas a una experiencia musical dependen de la capacidad del oyente o del ejecutante para comunicarse o identificarse con ella. Esto no depende necesariamente de la calidad de la música ni del nivel de ejecución.

La fantasía, las asociaciones, la autoexpresión encontradas en la música provienen de lo que ya existe en el individuo: tenemos que descibirlo y suele sernos revelado por la propia experiencia.

La música puede expresar toda la gama de las experiencias del hombre por su relación con los tres niveles de su personalidad.

Los principales efectos psicológicos de la música sobre el individuo pueden dar origen a la a) comunicación, b) identificación, c) asociación, d) auto expresión.

a) La comunicación. Se ha dicho con frecuencia que "la música es un medio de comunicación". Y en esta simple verdad reside el gran valor terapéutico de la música, pues la enfermedad es el resultado de una brecha en las comunicaciones.

El hombre no ha nacido para vivir solo y necesita de la presencia de otros para satisfacer sus necesidades físicas y psicológicas. En la enfermedad vemos que lo malo, es que desencadena siempre aislamiento o inseguridad; perjudica los contactos y las relaciones normales con el medio. Muchos de los de los procesos perceptivos, mentales y emocionales por los cuales el hombre se comunica con el mundo, son deformados por la enfermedad de la mente o del cuerpo.

b) La identificación. La música expresa sentimientos que surgen de una situación y a menudo no es imitativa. Aristóteles en su *Política* nos dice que " cuando el hombre oye sus imitaciones aún desprovistas de ritmo y palabras, se ve llevado a la simpatía... El ritmo y la melodía proporcionan imitaciones del afecto y la ira, del valor y la templanza, y además cualidades opuestas a ellas, así como las propias del carácter, que difieren poco de las reales, como todos sabemos por experiencia; porque el alma se emociona al oírlas".

El hombre se identifica con la música a la cual puede dar su propia interpretación. También puede identificarse con el compositor, si la música nos habla del compositor como hombre.

La música contiene características definidamente masculinas o femeninas, que están presentes también en cualquier ser humano. Toda la música de Beethoven por ejemplo, expresa una personalidad viril; en Chopin el elemento femenino es evidente (Alvin, 1990).

La música puede expresar en términos musicales, características humanas, y en la misma forma puede también revelar algunos desórdenes de la personalidad.

c) La asociación. La música es parte de tantas funciones y sitios, que todo ser humano está expuesto a ella de varias maneras; no sólo la relaciona con estados de ánimo reales, sino también con las experiencias pasadas. La música puede también traer a la memoria sensaciones perceptuales tales como olores, contactos o colores.

Las experiencias personales en música parecen dejar huella profunda en la memoria y quizá lleguen a asociarse con sentimientos de éxito y fracaso. La música no tiene palabras y por eso tampoco tiene límites su poder evocativo e imaginativo. Los ensueños, la fantasía, los vuelos mentales hacia un mundo invisible han sido parte de las experiencias musicales de la humanidad, y no son intelectuales.

La música puede crear fantasías mentales de muchas clases: realistas, caprichosas, oníricas, fantásticas, místicas o alucinatorias. Un fondo musical provoca estados de ánimo oníricos, estados de ánimo en los cuales el individuo escapa hacia un mundo imaginario, se pierde o se encuentra a sí mismo.

También la música puede tender un puente entre lo real y lo irreal, entre lo consciente y lo inconsciente. Esta característica de la música ha sido usada en muchas situaciones. La canción de cuna, por ejemplo, ayuda a la transición entre la vigilia y el sueño, o puede traer a la memoria un recuerdo olvidado mucho tiempo atrás. La música puede provocar en la mente imágenes cinestésicas de movimiento que parecen reales. El oyente de música es como un durmiente que sueña: experimenta la sensación de ejecutar acciones físicas. Es posible que viva mentalmente ciertas experiencias, desde las deportivas hasta las eróticas. Así, este proceso, puede ser un sustituto imaginario de la acción o del movimiento.

d) Autoexpresión. La música tiene el poder de evocar, asociar e integrar, y es por esa razón un recurso excepcional de autoexpresión y liberación emocional.

Las funciones más trascendentes de la música de hoy, son dar al hombre una salida emocional mediante una expresión estética adaptada a su nivel de inteligencia y de educación.

Como medio de autoexpresión trae a la conciencia emociones profundamente asentadas, y proporciona la vía de descarga necesaria; función que la música ha cumplido desde tiempo inmemorial. Ayuda al hombre a descubrir en sí mismo un sentimiento de belleza, una inesperada aptitud y aún una nostalgia.

Y si la música puede ayudar al oyente a descubrir o a explorar su yo interior mediante un proceso psicológico profundo, las actividades musicales pueden auxiliar al ejecutante para que adquiera o desarrolle el conocimiento de sí mismo; el conocimiento de los otros a través de varios medios adaptados a su personalidad.

Hacer música es una experiencia compartida que no puede ser desarrollada ni disfrutada sin el conocimiento de sí mismo y sin la aptitud de comunicarse.

El grupo y la música. Si la música tiene el poder de afectar el estado de ánimo y las emociones del individuo, ejerce también una singular influencia sobre el grupo. Esta característica es especialmente interesante ante los métodos modernos empleados en la terapia de grupo. La salud mental depende en grado sumo del equilibrio entre la subordinación a una comunidad y la libertad de expresión individual. El valor de la música es proveer de una válvula emocional dentro del grupo.

La música es la más social de todas las artes, lo cual ha sido experiencia común en todos los tiempos. El grupo reacciona a la música, lo mismo que el individuo. Ciertas músicas provocan en el grupo una conducta armónica y ordenada; otras inducen a una falta de dominio general y al desorden.

La música por ser un lenguaje sin palabras, tiene también carácter internacional. Ha ayudado al hombre a participar y a comunicarse con otros grupos, aunque pertenecieran a otras comunidades geográficas. A pesar de la distancia y del idioma, el hombre ha usado la música como un medio de comunicación con un mundo más amplio, con grupos alejados y con sus epopeyas.

La música permite una libertad de expresión individual dentro del grupo, y podemos sacar a conclusión que tal grupo es un medio ideal para la psicoterapia. Establece relaciones

personales múltiples entre todos sus miembros, ejecutantes oyentes y la música misma. Cada miembro del grupo tiene que aceptar una disciplina común en obsequio de algo más importante que cualquiera de ellos : es decir, la música.

Además, el grupo musical en el cual cada uno desempeña una parte, como compositor, oyente o ejecutante, según su aptitud, responde al deseo fundamental del hombre de ser necesitado y aceptado por sus semejantes.

Respuestas Físicas a la música. Ya que no es posible medir científicamente el efecto emocional de la música, y ya que su impacto inicial es físico, tal vez podamos determinar o aún medir las repuesta fisiológicas a las vibraciones musicales.

Percibimos el sonido por nuestro aparato auditivo, cuyos nervios son puestos en acción y llevan su efecto a través de los canales talámicos y corticales. Pero aún sin la vía cortical, el sonido puede despertar la actividad del sistema nervioso (Alvin, 1990).

Algunas respuestas físicas a la música consisten en reflejos espontáneos e indomables: podemos encontrarlos inconscientemente marcando el compás al oír música, o advertir repentinamente que nuestro aliento se ha hecho más rápido durante un pasaje acelerado. Estos son reflejos involuntarios.

Ciertos elementos musicales ya analizados afectan de manera definida nuestro sistema nervioso. Los sonidos graves o agudos producen un efecto correspondiente sobre la tensión nerviosa o el relajamiento, no siempre vinculados con el carácter general de la música. La percepción de los contrastes abruptos, de áspera disonancias inesperadas, requieren de un ajuste rápido de nuestro aparato auditivo que quizá no reacciones con la rapidez necesaria. La velocidad o el volumen exagerado pueden sobreestimar los nervios y aún producir un estado de dolor físico.

El impacto emocional de la música, por débil que sea, puede provocar ciertas respuestas fisiológicas involuntarias, tales como cambios en el ritmo o la regularidad de la circulación sanguínea, o el proceso respiratorio.

Los esquemas de ritmos y secuencias musicales están estrechamente ligados a ciertas funciones físicas. Hay en la música, lo mismo que en cualquier organismo viviente, una alternancia perceptible de tensión y relajamiento, de actividad y de descanso, que existen aún en las vibraciones de un sonido simple. La relación entre el ritmo musical y el innato del cuerpo ha sido señalado por muchos autore tales como Alfred Einstein y Thayer Gaston(Mencionados por Alvin) que hablan sobre los extremos de ritmos que nos llevan tanto a una excitación como al reposos o relajación.

La participación emocional no siempre es necesaria para que la música afecte y ayude a alguna actividad puramente física. Los esquemas rítmicos combinados con una melodía; es de cir, una serie de movimientos en sonidos, han sido en todos los tiempos un modo de aliviar la fatiga física. Aún una simple línea melódica puede contener en sí misma suficiente dinamismo para ser aplicada al ejercicio físico.

El organismo humano puede ser considerado como un instrumento resonante, lo mismo que como un instrumento rítmico, sensible a la música. Los instrumentos musicales que ha inventado el hombre, son en esencia una prolongación de su propio cuerpo, y manejados por sus impulsos físicos.

Los efectos fisiológicos de la música sobre el oyente o sobre el ejecutante son mensurables, aún cuando estén presentes algunos factores emocionales.

Podemos resumir, que, la música puede provocar efectos y reacciones tanto físicas como psicológicas, unas medibles de manera cuantitativas y otras observablemente cualitativas, que a mi particular punto de vista, también pueden ser medibles mediante anotaciones y observaciones hechas que nos sirvan para realizar comparaciones.

Como lo mencionamos anteriormente no es conveniente de ninguna manera separar lo físico de lo psicológico del hombre, pues para empezar a tratarlo, debemos verlo como un ser integral.

1.1.5 Aspectos importantes de la Musicoterapia

La musicoterapia se ha definido anteriormente como una disciplina paramédica, coadyuvante en el tratamiento tanto de enfermedades o trastornos físicos como psicológicos.

Pero para llevarla a cabo debemos tomar en cuenta algunos aspectos importantes como sus principios. Podemos encontrar, desde luego, muchos más, sin embargo para nuestro interés y para no olvidar la complementación de éste trabajo, hemos elegido sólo los anteriores y poder dar un panorama muy general de lo que es la musicoterapia.

Principios La musicoterapia como metodología y técnica de aplicación, se basa en dos principios, que son a) el principio de ISO, b) el objeto intermediario y c) el objeto integrador.

a) El Principio de ISO se resume, en la noción de la existencia de un sonido o un conjunto de sonidos o fenómenos sonoros internos que nos caracteriza y nos individualiza. Es un fenómeno de sonido y movimiento interno que resume nuestros arquetipos sonoros, nuestras vivencias sonoras gestacionales intrauterinas y nuestras vivencias sonoras de nacimiento e infantiles hasta nuestros días. Es un elemento dinámico que posee, toda la fuerza de percepción pasada y presente.

En el contexto terapéutico, el verdadero canal de comunicación queda ampliamente abierto cuando se logra la coincidencia del descubrimiento del ISO del paciente, con la comprensión del ISO del terapeuta.

b) Objeto Intermediario, es un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente mediante la relación, sin desencadenar estados de alarma intensos, (objeto no personal, que nos pueda ayudar para que el paciente, sobretodo reservados a la comunicación, exprese sus emociones o pensamientos sin comprometerse con ser personal, en este caso nos referimos a un instrumento musical).

c) El objeto integrador. Dentro de un grupo musicoterapéutico, es aquel instrumento musical que liderea sobre los demás instrumentos y absorbe, en sí mismo, la dinámica de un vínculo entre los pacientes de un grupo y el musicoterapeuta (solamente en un grupo se localiza a un líder).

Es así, como la musicoterapia entre muchas otras cosas, realiza su trabajo y obtiene tanto elementos diagnósticos como terapéuticas para el apoyo del trabajo interdisciplinario: psicólogos, médicos, maestros, etc.

1.2. El Ritmo.

1.2.1 Definiciones

1). "El ritmo es un proceso alternado de sonidos y silencios de igual o diferente duración".(Rivas García de Núñez y col. 1985).

2). "El ritmo es el orden de sucesión de los sonidos en el tiempo".(De la Guardia, E., 1982).

3). Para Platón el ritmo es "el orden en el movimiento".(Mencionado por Paul Fraisse, 1976 y Rose Gaetner, 1981).

4). Lamote de Grignon define al ritmo como: "la alternancia de valores largos y cortos, presentados en forma ordenada, el ritmo es el origen indiscutible de la música y sin la cual no podría existir la vida". Sólo él le dá a la música, un sentido que la hace inteligible.(Sánchez, M.,1984).

El ritmo no sólo es el factor principal en la organización de la música sino que también es, el que proporciona la energía, el factor primitivo, impulsor de la música.(Thayer, 1981). Cuando el ritmo se enuncia con sonidos de percusión, separados, la actividad muscular se estimula, específicamente si en el motivo musical existe alguna variación.

Pero también es necesario mencionar la importancia del ritmo biológico y psicológico del ser humano. Pues como ya hemos visto, la música nace del hombre, y el ritmo forma parte importante de ésta, lo que nos lleva a la naturaleza de su origen.

1.2.2 Psicología del Ritmo

Para ahondar en lo que es la psicología del ritmo, llamada así porque todos los cuerpos necesitan y viven de diferentes tipos de ritmos, hemos querido hacer una clasificación de los ritmos que intervienen en la vida del ser humano para realizar sus actividades tanto voluntarias como involuntarias, tanto internas como externas.

a) RITMOS BIOLÓGICOS.

No debemos pasar por alto los ritmos biológicos que afectan a todos los procesos vitales de la célula al organismo. Dichos ritmos tienen, desde el punto de vista de la psicología, una triple importancia:

1. Algunos de ellos se hallan muy próximos a los ritmos de la actividad humana, como los del corazón y los de respiración.
2. Se perciba o no, existe una relación o al menos algunas concordancias entre los ritmos biológicos y los de la actividad.
3. Los ritmos biológicos tienen una gran repercusión en nuestra vida cotidiana.

Un ritmo biológico puede describirse siempre como un sistema oscilante en el cual se producen sucesos idénticos a intervalos de tiempo sensiblemente iguales.

Podemos clasificar los ritmos biológicos del siguiente modo:

a). *Ritmos espontáneos.* Su periodicidad parece autónoma y comienzan a actuar de modo espontáneo. Como ejemplo tenemos en los ritmos del metabolismo celular y del corazón.

b). *Los ritmos desencadenados.* Solamente se distinguen de los primeros en que basta una excitación no periódica para desencadenarlos.

c). *Ritmos inducidos.* Siendo de carácter periódico espontáneo, su período puede estar influenciado en cierta medida por el otro ritmo, siguiendo u fenómeno de sincronización.

d). *Ritmos adquiridos.* Su periodicidad viene engendrada por un ritmo exterior. También se les llama ritmos condicionados al tiempo, según la terminología de Pavlov.

Los ritmos circadianos. A la sucesión cotidiana de los días y de las noches (o ritmo nictemeral). corresponden los ritmos biológicos y los de la actividad de todos los organismos, sin excluir al hombre. Se les llama ritmos circadianos porque su período puede ser un poco superior o algo inferior a las 24 horas cuando los sincronizadores del ambiente (luz, humedad, temperatura, etc.) quedan suprimidos.

b) RITMOS MOTORES ESPONTÁNEOS.

De los ritmos es también importante mencionar a aquellos que intervienen para la realización del movimiento como son la marcha, el compás espontáneo y el balanceo. Estos conceptos son tomados en cuenta por el Dr. Paul Fraisse en su libro *Psicología del Ritmo*, editado en París en 1976.

La marcha. La regulación de nuestras actividades motoras suele subordinarse a las señales que proceden del contorno y, del objeto que se observa, se manipula, se modela, se levanta, etc. Pero hay casos en que la organización de la acción se presenta bajo forma de un movimiento periódico que obedece a un panorama temporal propio del sujeto y que depende muy poco de las condiciones de la acción y esto sucede con la marcha.

Tanto en los cuadrúpedos como en el hombre, los movimientos de las piernas o patas van acompañados de oscilaciones verticales y laterales de todos los demás segmentos del cuerpo. En el hombre mientras uno de los miembros sustenta el peso del cuerpo (fase de

apoyo), el otro oscila hacia adelante (fase de oscilación), pero uno de los pies se apoya antes de que el que estaba apoyado vaya adelante.

Aquí observamos que en la marcha, aspecto fundamental del movimiento del hombre interviene el ritmo para la realización correcta de ésta.

El Compás Espontáneo. Se llama así al tiempo de movimiento de cada persona, así podemos decir que existen personas lentas y personas rápidas en cuanto a su área motora y su área intelectual.

El balanceo. Los balanceos que se constatan en casi todos los niños de temprana edad, pueden interpretarse como la regulación de una tensión muscular. Permiten al niño alcanzar el control de sus movimientos y le ayudan a individualizar las sensaciones cinestésicas de su cuerpo. Esos balanceos se muestran quizá más particularmente con ocasión de transiciones en el desarrollo motor, por ejemplo, en el paso de el estado de sentado a la marcha.

Los balanceos tienen por efecto producir una excitación, y hoy día sabemos que todos los seres humanos tienen necesidad de esa excitación que produce una impresión de bienestar.

La mayor parte de los balanceos incluyen movimientos de la cabeza y una activación de los canales semicirculares que serían los principales receptores sensoriales de dichos movimientos.

WALLON (Fraisie,1976) opina que las excitaciones que brotan del balanceo originan, juegos como el columpio, las montañas rusas, y así mismo las danzas de recreo o las sagradas, algunas de las cuales llevan hasta el vértigo o el éxtasis. Hay también una cierta continuidad entre balanceo y algunas formas de las artes del ritmo, cuyo significado es muy importante.

Los ritmos espontáneos nos facilitan una parte importante para la interpretación de ritmos mucho más complejos. Además los balanceos nos explican una de las significaciones psicológicas de los ritmos. Despiertan cierta sensibilidad protopática (función sensitiva de escasa discriminación y de fuerte recuperación afectiva) junto con sus resonancias afectivas. El individuo se centra en sensaciones internas que se procura a poco coste, ya que los movimientos son automáticos y económicos. Esas sensaciones son la principal fuente de excitación del sujeto aislado del mundo exterior por las circunstancias, la enfermedad o la deficiencia. Pero también procuran una agradable satisfacción a todos los hombres.

Vemos que es así en la marcha y aún en la danza. Ese carácter de satisfactorio queda reforzado por la sincronización de los movimientos con los ritmos sonoros y por sus efectos de socialización.

c). LA EXPERIENCIA RITMICA.

La percepción de un mismo elemento sonoro que se repite regularmente, es decir, de una cadencia, se nos ha mostrado en una forma rítmica más sencilla. Pero si la cadencia no es demasiado lenta dicha percepción se complica rápidamente por la aglomeración de varios elementos sucesivos unidos en grupo que se repite idéntico a sí mismo.

La percepción del ritmo nace a la vez de la percepción de las estructuras y de su repetición. La complejidad de dicha percepción y sus incidencias motoras y afectivas nos inducen a hablar de experiencia rítmica.

Se deduce que en las formas rítmicas hay dos componentes siempre presentes: la periodicidad que se manifiesta en la repetición de grupos idénticos o análogos, y la estructuración que va de la colección en el caso de elementos de idéntica duración, calidad e intensidad, a las estructuras de ritmo poético o musical. Al crear ritmos se puede, pues, dar la preferencia bien al juego de las repeticiones, o al de la composición de las estructuras.

En las cadencias, las poesías infantiles, las marchas y las danzas populares, el aspecto repetición es fundamental y las estructuras son simples, isoformas, con cambios solamente cuantitativos en sus elementos. Por el contrario en los versos libres, en el canto gregoriano, en las composiciones musicales modernas, las estructuras son muy variadas y el isomorfismo de las repeticiones se desliza en largas series en las que los puntos repetidos quedan más o menos difuminados.

d). LA PERIODICIDAD EN EL RITMO.

La repetición periódica tiene consecuencias importantes que transforman la simple percepción del ritmo en una experiencia muy compleja de fuerte tonalidad afectiva.

Uno de los efectos de la regularidad rítmica es el de engendrar una inducción motora. Todos los autores que han estudiado el ritmo han prestado atención a su componente cinestésico. La regularidad engendra movimientos o esbozos de movimientos que se armonizan con el dato percibido, de tal modo que el acompañamiento motor se realiza de manera pendular con una cadencia muy próxima al compás espontáneo. Dicho movimiento es ya fuente de satisfacción, en sí mismo, al proporcionar una excitación fácilmente mantenida y que se acrecienta por la armonía que se crea entre lo perceptivo y lo motor.

No se trata de una emoción en el sentido de una conmoción emotiva que se produjera por la incapacidad de adaptarse a una situación difícil e inesperada, sino más bien de una excitación progresiva que se agranda con la repetición en vez de apagarse como la emoción. Aumenta desde luego su intensidad si nos abandonamos a esa inducción y llega a generalizar en movimientos más amplios y numerosos como sucede en la danza.

Sabemos también que a ésta sincronización perceptivo-motora corresponde una participación compleja de los centros nerviosos superiores.

Todo aquello que es perceptivo pertenece en primer lugar al orden cortical, pero lo cinestésico excita principalmente el diencefalo, es decir, nuestro cerebro afectivo. Los efectos corticales y diencefálicos se esfuerzan, además, recíprocamente.

Es esencial hacer notar que esa sincronización que se origina entre un mundo de estimulaciones y el organismo tiene como consecuencia directa el convertir el ritmo en una experiencia social, puesto que las mismas causas producen efectos idénticos en todos cuantos a ellas se ven sometidos. Es muy natural que la experiencia rítmica tenga un carácter social.

Las danzas, las marchas, el canto coral, son fenómenos colectivos, y el ritmo halla en ellos una nueva dimensión.

Esta dimensión social de la experiencia rítmica tiene una gran importancia. El ritmo percibido que inducía a la participación de nuestro organismo nos arrastra a una vasta sincronización social de nuestras actividades de trabajo o lúdicas. Todas las actividades que se socializan producen una excitación nueva (se come más, se habla más fuerte cuando el número de compañeros crece) y las repercusiones afectivas aumentan. El ritmo confirma este análisis. Goza así de una posición privilegiada, pues permite al hombre moverse al ritmo de estimulaciones exteriores con tal de sincronizar sus actividades con las de los demás en verdadera comunión social.

1.2.3 La arritmia

La falta de una teoría coherente sobre el ritmo, hacía que los trastornos producidos por el mismo fueran explorados por neurólogos y psiquiatras. Pero no fue hasta 1966 que el soviético Luria presentó un programa de exploración de los trastornos de los ritmos voluntarios, poniendo atención además en relacionarlos con las localizaciones cerebrales.

Parte de la distinción fundamental entre percepción y reproducción de ritmos. Producir un ritmo no implica solamente percibirlo, sino también transcribir el precepto en una serie organizada de movimientos. Ambos aspectos pueden ser analizados por medio de sistemas diferentes de respuesta.

Luria(1966) propone primeramente el análisis del sistema receptor, por medio de una serie de ejercicios que para sujetos normales son muy fáciles, pero para sujetos que padecen lesiones temporales o frontales pueden resultarles difíciles. Sugiere distintas pruebas sencillas pero bien fundamentadas, para cada grupo de sujetos con distintos padecimientos.

Por lo general, los enfermos que sufren lesiones temporales les cuesta mucho reproducir los ritmos, sobre todo si son algo rápidos; por el contrario, pueden producirlos, particularmente si van contando al mismo tiempo.

En el caso de síndromes frontales, el cuadro puede ser otro. Las instrucciones verbales no les sirven para mejorar su realización. Lo más frecuente es que el enfermo no distinga la forma pedida de la producida; se observa perseveración y dificultades en la corrección.

Los que padecen lesiones en las áreas premotoras, perciben la diferencia entre modelo y realización, pero ésta no es correcta. Parece como si cada uno de los elementos de la forma rítmica exigiera un impulso diferente. La tarea se hace todavía más difícil evidentemente, si se acelera el compás o si hay que añadir acentuación.

En la arritmia, los casos no son numerosos. En la medida en que la enfermedad mental lleva consigo una disminución en el control de las integraciones perceptivo-motoras, se ha podido ver que los enfermos no realizaban las pruebas rítmicas voluntarias tan bien como los grupos de control.

Son muchos los autores que han hecho notar que siempre que se debilita el control de la actividad por los centros superiores, a causa de una deficiencia general, de una enfermedad mental, de lesiones difusas o simplemente a causa de la fatiga, se da como una liberación de cierta actividad rítmica espontánea que puede tomar la forma de temblores, de balanceo, o todavía más comúnmente, de estereotipias. En estado de agitación, Jaspers (Fraisie, 1976) nos dice que: "pueden observarse danzas, brincos, cabriolas, botes, saltos, innumerables movimientos rítmicos".

Esas actividades espontáneas, tanto si son de origen funcional cuando hay una menor actividad integrativa de la personalidad, como si son de origen orgánico, con el surgir de ritmos motóricos elementales, son signo de una desintegración.

Si somos más precisos, podemos mencionar que en los maniaco-depresivos no se ha observado nada especial. No obstante, pueden encontrar dificultad para sincronizarse con un metrónomo, son lentos en la producción de los ritmos que se les sugiere, no aíslan bien las medidas en un ritmo de vals. El comportamiento de los esquizofrénicos ha llamado particularmente la atención. Se observa en ellos a la vez que numerosas manifestaciones rítmicas, motoras o verbales espontáneas, dentro del orden de los estereotipos, cierta insensibilidad a la inducción motora por medio de los ritmos auditivos. Langellüdeke y King (Fraisie, 1976) realizando otras pruebas han obtenido los mismos resultados observando que los esquizofrénicos encuentran más dificultad para sincronizarse con cadencias lentas. Mientras los sujetos normales tienen tendencia a adelantarse, los esquizofrénicos se retrasan.

Aspectos interesantes sobre el ritmo:

- 1). Los trastornos del ritmo (sobre todo en la reproducción) pueden ir acompañados de trastornos en el reconocimiento melódico, pero también pueden ser independientes.
- 2). Conservar las capacidades rítmicas puede permitir el reconocimiento de melodías muy conocidas y acompañarlas con la danza, incluso cuando se dá amusia melódica (mala o nula percepción de la melodía).
- 3). Si bien el ritmo permite el reconocimiento de las melodías, el ritmo integrado en una melodía puede ser más fácil de ejecutar que la simple reproducción de golpes. Los ritmos señalados con golpes pueden ser algunas veces más fáciles de reproducir que el ritmo de una melodía.
- 4). Cuando los trastornos en la reproducción rítmica son específicos, los ritmos a base de estimulaciones táctiles pueden ser tan difíciles como los ritmos auditivos.
- 5). La capacidad de aprehensión puede ser una de las componentes de las dificultades rítmicas y melódicas.

Estas constataciones muestran que la integración del ritmo y la melodía en la música pueden facilitar algunas substituciones, sobre todo cuando se trata de adquisiciones anteriores muy sólidas.

Las arritmias, que son consecuencia de lesiones corticales confirman la conveniencia de distinguir los aspectos motores de los perceptivos en el ritmo.

1.2.4 Educación por el ritmo

“La música y el ritmo, transformados en movimiento por el cuerpo del niño, le abren paso a la percepción”(F. y J. Robins. *Rythmique éducative*,1970).

Este tipo de educación puede ser de gran importancia, sobre todo en nuestro caso, pues aunque es dirigida a niños, también en la integración de la personalidad adulta específicamente en algunos transtornos, puede ser utilizada con muchos resultados positivos.

El más profundo de los débiles mentales presenta manifestaciones rítmicas espontáneas. Todavía más tiene una sensibilidad al ritmo que aparece como una electiva, cuando las demás formas de comunicación con el mundo físico y social parecían no existir. Por lo que el ritmo también es un medio de establecer comunicación entre las personas y el mundo exterior.

Puesto que los niños son sensibles al ritmo y precisando más a las canciones o a la música en que el ritmo se valoriza por su regularidad y su preeminencia sobre los aspectos melódicos o semánticos, no hay razón para no intentar la utilización de esa posibilidad de conseguir que el sujeto se comuníque con el mundo exterior.

La sincronización de un movimiento del cuerpo con un ritmo, permite también cambiar poco a poco el compás del balanceo y obtener que se acelere o se haga más lento. De este modo se desarrollan las primeras formas del control motor del sujeto y un bosquejo de coordinación senso-motora que es más fácil cuando la sincronización corresponde a un impulso bastante primitivo.

Del movimiento involuntario se intenta pasar entonces a la sincronización de un movimiento voluntario con un ritmo en que haya siempre isocronismo entre los tiempos como es el caso del metrónomo o, todavía mejor, una música sencilla y ritmada.

Se aprovecha la excitación que el ritmo produce, procurando desarrollar el control y la inhibición al poner en juego lo que podríamos definir como un condicionamiento.

De estos movimientos simples se pasa evidentemente a otros más complejos tratando de generalizar los primeros resultados y de desarrollar la coordinación de diferentes movimientos.

El primer instrumento en su cuerpo y lo que primero hace falta es asegurarles el dominio de sí mismo. De este modo se puede pasar después a las palmadas o a los golpes sobre la mesa o el suelo. Ni suelo ni mesa son propiamente hablando, objetos, sino el comienzo de la acción sobre el contorno y de la conquista del espacio.

En todos los casos, el impulso rítmico -repetición regular del golpeo o del acento-constituye la base de la comunicación.

La repetición rítmica debe constituir un apoyo, no un objetivo; los educadores subrayan la necesidad de que los ejercicios se evalúen con vistas a una educación viva. Además, el interés de los ejercicios rítmicos no reside solamente en lo que valen como impulso motor, sino también en su capacidad para atraer la atención del niño o adulto.

La educación por el ritmo comienza buscando sincronizaciones entre movimientos alternantes y estímulos repetidos.

Desde el comienzo se basa en la captación del grupo rítmico y en la combinación de por lo menos dos posiciones del movimiento: bajar y levantar brazos, por ejemplo.

Para Teplov (Fraisse, 1976), los factores motores son una componente orgánica de la percepción del ritmo, pero rechaza una visión formalista del mismo. No se puede separar el ritmo de su sentido, es decir, de su contenido. Hay pues un ritmo musical específico que es siempre expresión de un contenido afectivo. Este sentido músico-rítmico, como a él le gustaba llamarlo, "se caracteriza como una aptitud para sentir activamente la música (para reflejarla en forma motora) y, por consiguiente, para un fino sentido de la expresividad afectiva del curso temporal del movimiento musical". Dicho sentido no puede despertarse ni desarrollarse más que dentro de la música. Teplov rechaza, cualquier rítmica que no sea un ejercicio musical, subrayando al mismo tiempo la importancia de la base motora de esta educación.

Concluimos con esto, la enorme importancia que el ritmo sea musical o no, tiene para la vida del ser humano.

1.3 Psicomotricidad

1.3.1 Definiciones

A) *Psicomotricidad*. "Se considera como el control normal de postura y del movimiento, en el cual se integran, aparte de las funciones motrices propiamente dichas (sistema piramidal, extrapiramidal, neuro periférica), la lateralidad, el concepto de espacio-tiempo y la imagen corporal". (Prado, J., 1990).

B) *Motricidad o Acto motor*. "Está constituido por el comportamiento voluntario y propositivo, donde actúan sincrónicamente: la contracción del músculo o músculos protagonistas, la relajación de los músculos antagonistas, y fijación de las articulaciones vecinas, con el objeto de que el desplazamiento de lo que va a moverse se haga de forma correcta". (Prado, 1990).

C) *Coordinación*. "Es la capacidad del individuo de sincronizar y ordenar eficazmente todos los elementos parciales que intervienen en la ejecución de un gesto simple o movimiento complejo, tanto en relación con su propio cuerpo, con los objetos, con el medio, o con otros individuos que cooperan, se oponen o permanecen ajenos a la actuación" (Rius Sant, 1990).

D) *Movimiento*. "Es el desplazamiento efectivo, voluntario o no, de una parte o de todo el cuerpo" (Prado, 1990).

Hemos definido cada uno de éstos conceptos con el propósito de aclarar su significado y de expresar la importancia que para nuestro trabajo tiene la psicomotricidad y los elementos que en ésta intervienen.

1.3.2 Desarrollo Psicomotor

Para la descripción de fases y etapas del desarrollo psicomotor, hemos referido a algunos autores que de una forma más completa han estudiado este tema, tales como: J.M. Prado, 1990; Rius Sant, 1990; y Shestack, 1989.

Desde el punto de vista motor el desarrollo psicomotor pasa por tres fases:

- 1). La primera fase comprende la organización del esqueleto motor, la organización tónica de fondo, la organización propioceptiva y la desaparición de reacciones primitivas.
- 2). La segunda fase es la organización del plano motor, en la que se pasa de la integración sucesiva a la integración simultánea.
- 3). Y la tercera fase corresponde a la automatización de lo adquirido (Prado, 1990).

El aspecto psicomotor dependerá de la forma de maduración motriz, pero también de lo que se puede denominar sistemas de referencia: el plano rítmico y el plano constructivo espacial, la "elasticidad" de la palabra y la evolución de los planos perceptivo-gnóstico, gnosoconstructivo y corporal.

LAS ETAPAS DEL DESARROLLO MOTOR.

- 1). *El desarrollo motor de la cabeza.* Aquí el niño empieza a tener control de su cabeza apoyado en el tronco y las manos.
- 2). *Sedestación.* Movimiento libre de las piernas al ser sostenido el niño, por la cintura, y después el mantenerse sentado por sí solo.
- 3). *Bipedestación.* El niño sostenido, al apoyar sus pies sobre una superficie, extiende las piernas y, en parte, soporta su peso.
- 4). *El desarrollo de la marcha.* Esta se inicia con el desplazamiento del niño por medio del uso de manos y piernas hasta dar sus primeros pasos por sí mismo.
- 5). *El uso de la mano.* Inicia la postura del pulgar en oposición a los demás dedos y la presión voluntaria. Manipula y pasa un objeto de una mano a otra. (Prado, 1990).

ASPECTOS IMPORTANTES DE LA PSICOMOTRICIDAD.

La psicomotricidad puede descomponerse en tres aspectos:

- a). *Como una adaptación al mundo exterior al servicio de la inteligencia.* Cada parte del cuerpo tiene una misión especial: los miembros inferiores sirven esencialmente para mantenerse en pie y poder andar; los superiores para aprehender objetos, y la cabeza, para vigilar lo que rodea al cuerpo.
- b). *Como un medio de comunicación.* De hecho el hombre utiliza los gestos, la mímica o la sonrisa para comunicarse con los demás.
- c). *Y la contracción muscular acompañada de fenómenos neurovegetativos en respuesta a un traumatismo externo, sea psíquico o no, forma parte de la emoción.* Un relajamiento muscular con disminución del tono disminuirá, por el contrario la emotividad y la angustia (Prado, 1990).

Se pueden distinguir tres tipos de manifestaciones de la actividad en el niño:

- Las conductas motrices de base, que son más o menos instintivas y por eso, poco alterables.
- Las conductas neuromotrices, estrechamente ligadas a la maduración del sistema nervioso.
- Las conductas perceptivo-motrices, ligadas a la conciencia y a la memoria.

1.3.3 Elementos de la Psicomotricidad

EXPRESION CORPORAL.

Hemos apreciado la importancia que tiene la expresión corporal para nuestro trabajo.

Podemos definirla como la posibilidad de demostrar que cada uno existe como individuo, que siente, que piensa. Es hacer visible un espacio que se estructura por la acción misma y el proceso de su organización.

Es posible afirmar que debido a influencia de agentes exteriores, hemos perdido en gran parte, la comunicación con nuestro cuerpo, la capacidad de expresar libremente nuestras emociones y pensamientos, y con ésto no nos referimos a dejar pasar normas y respeto, sino que acentuamos la necesidad de liberar a nuestro cuerpo de tensiones y aislamientos para poder comunicarnos de una forma más segura y relajada.

ESQUEMA CORPORAL

La imagen corporal puede ser considerada como la vivencia que se tiene del cuerpo, de las relaciones de sus partes entre sí y de las de él con el medio que lo rodea.

Se ha observado la necesidad de definir diferentes conceptos relacionados entre sí, y que integran una concepción de lo que ahora nos interesa:

- *Imagen corporal.* Imagen visual, mental o memorística del cuerpo humano propio o ajeno.
- *Concepto corporal.* Constelación individual de recuerdos y creencias que conciernen al propio cuerpo, con independencia de la observación directa y bajo la influencia de los propios deseos y aspiraciones.
- *Esquema corporal.* El sistema inconsciente que interviene en los mecanismos de coordinación muscular y postural.
- *Percepción corporal.* El darse cuenta del propio cuerpo como una realidad en el espacio y en el tiempo. Abarca por lo tanto únicamente un cambio somático sensible.

Es preciso decir que sin una correcta elaboración de la propia imagen corporal sería imposible el acto motor voluntario, ya que la realización de éste presupone la formación de una representación mental del acto que se va a realizar, de los segmentos corporales implicados y del movimiento necesario para lograr el objetivo propuesto.

También intervienen en la psicomotricidad otros aspectos referentes a el mecanismo del propio cuerpo. Tenemos así, al *tono muscular, la relajación, la respiración y el equilibrio*.

El Tono Muscular. El tono se manifiesta por un estado de tensión muscular, que puede ir desde una contracción exagerada (paratonía, catatonía) o fuerte (hipertonía), hasta una descontracción en estado de reposo (hipotonía), en el que aunque en forma muy débil todavía se percibe una tensión muscular.

La Relajación. Es el paso de estado de contracción al de distensión. La relajación patentiza la experiencia de lo que aparece y desaparece, es la suma de una doble función, la de las dos fuerzas propias del envoltorio corporal, contener y delimitar.

La Respiración. Es una de las funciones vegetativas más importantes; es un automatismo adquirido desde los primeros segundos de vida. Es la base esencial del ritmo propio del individuo estableciéndose sobre este ritmo propio una correspondencia entre el interior del cuerpo y lo que le es exterior.

El Equilibrio. Es una de las conductas motrices de base. El equilibrio correcto es la base principal de toda coordinación dinámica general, como también de toda acción diferenciadora de los miembros superiores. Cuanto más defectuoso es el equilibrio más energía se consume. Esta energía es necesaria para otras actividades. Además esta lucha constante contra el desequilibrio, aunque inconsciente, fatiga el espíritu y distrae involuntariamente la atención. Así mismo, parece ser una de las causas de los estados de ansiedad y angustia.

El equilibrio interviene de modo esencial como una de las condiciones necesarias para una correcta estructuración y orientación del espacio.

1.3.4 Transtornos Psicomotores

La organización psicomotora está en el centro de la organización del comportamiento y de las relaciones del individuo con su medio. Este desarrollo del tono y de la movilidad, confundido con el desarrollo emocional de la orientación, del gesto y del lenguaje, esta organización global, nos explica las relaciones comprobadas, por otra parte, entre los transtornos del desarrollo psicomotor y las perturbaciones del comportamiento o los desórdenes psicológicos.

Estos transtornos y desórdenes de la personalidad se traducen por síntomas donde predominan los aspectos somáticos, los transtornos psicoafectivos, cognoscitivos, relacionales. Son éstos los síntomas que describen los diversos manuales de de psiquiatría y neuropsiquiatría infantiles.

Aunque asociadas a las otras dificultades del niño, las perturbaciones psicomotoras pueden diferenciarse en un cierto número de aspectos cuyos caracteres han sido ampliamente

descritos por J. Ajuriaguerra en su Manual de Psicopatología Infantil (1970). Este distingue:

a) *Los desórdenes psicomotores*, los trastornos tónicoemocionales precoces y los hábitos y descargas motrices en el curso de la evolución.

b) *La debilidad motora* o insuficiencia general de las actitudes y de las diversas coordinaciones corporales.

c) *La inestabilidad psicomotora* en las diversas formas y que se extiende entre dos polos:

— La inestabilidad psicomotora, ligada al plan constitucional;
— la inestabilidad afectivo-caracterológica en relación con los desórdenes de la personalidad sobrevenidos en edad precoz;

d) *los desórdenes de la realización psicomotora*:

— dificultades en relación con trastornos neurológicos;
— dificultades específicas en relación con los aprendizajes escolares, de los cuales es el tipo la disgrafía (dificultades particulares frente a la escritura).

1.3.5 Ejercicios

Hemos hablado de la psicomotricidad, aspecto importante en nuestro trabajo, sin embargo, no debemos dejar pasar la importancia que para el programa tienen los ejercicios, puesto que de ellos se compone.

Los ejercicios terapéuticos consisten en movimientos corporales prescritos para restituir la función normal o conservar un estado de bienestar. El propósito de los ejercicios es restituir, mejorar o conservar uno o más de los siguientes factores:

- Fuerza o la capacidad del músculo para contraerse.
- Elasticidad, esto es, la capacidad del músculo para relajarse y permitir que haya elasticidad pasiva.
- Coordinación, o sea, la capacidad del músculo para trabajar en forma simultánea con otros músculos y con fuerza y elasticidad apropiadas.

Para llevar a cabo una sesión de ejercicios, es conveniente tomar en cuenta tres aspectos o fases a seguir:

- una fase de introducción, de corta duración y baja intensidad que se denomina como calentamiento,
- otra central intensa y prolongada que constituirá la sesión del día
- y otra final, desfatigante, dirigida a restablecer el equilibrio orgánico y muscular, llamada de recuperación, en donde para nuestros fines terapéuticos utilizaremos a la música sedante como apoyo.

Parece que así hemos podido integrar de alguna manera la información o datos necesarios para la elaboración de un programa de ejercicios psicomotrices, por lo menos como base teórica y científica que avalen el porqué del procedimiento.

1.4 El Paciente Psiquiátrico y su afectividad

El Paciente Psiquiátrico, motivo principal de este trabajo, es ante todo un ser humano, que siente, y debe tomársele en cuenta de una manera seria, con el propósito o con miras a una reintegración a la sociedad, a la cual, por su postura de ser humano pertenece. Hay en muchas ocasiones, poca o nula posibilidad de llegar a esto, sin embargo, es posible ayudarles a sentirse mejor, es decir, a aumentar su autoestima y su afecto, lográndolo con un trato más personalizado, que en muchas ocasiones la misma sociedad y hasta su propia familia les niega. Con esto, no pretendemos de ninguna forma degradar la imagen de los hospitales psiquiátricos o de las personas que en ellos laboran, sino que aún con la atención médica y terapéutica que ellos reciben dentro de la institución, es necesario un "empujoncito" o apoyo para un mejor estilo de vida, aún con la patología que padecen y el encierro en el que se encuentran. La razón principal de este trabajo, como ya lo mencionamos, es la ayuda que sea mucha o poca se le pueda dar a estas personas.

1.4.1 Definiciones

A) *Paciente Psiquiátrico*. Es una persona que padece una enfermedad mental, y que para ser atendido necesita de un tratamiento integral de fármacos y psicoterapias de acuerdo a su padecimiento, estos pacientes pueden estar hospitalizados o no.

B) *Afectividad*. Representa el dominio de lo agradable y lo desagradable, del amor y del odio. La afectividad es representada o manifestada por las emociones.

C) *Autoestima*. Es el afecto, amor o valor que una persona tiene hacia sí mismo. Puede ser poco : baja autoestima, o puede exagerar ese amor o ego: sobre estima.

Hemos ya hablado de los aspectos distintos que nos atañen, como la musicoterapia, que sirve de apoyo principal para llevar a cabo nuestro trabajo; el ritmo, en el que, por ser un movimiento ordenado, nos basamos para apoyar la ejecución de los ejercicios y, la psicomotricidad que trataremos de corregir poco a poco. Lo que sigue, es atender a quienes recibirán esta enseñanza, por quienes se está trabajando, y exhibir un panorama lo más apegado posible a la realidad.

Como decíamos al inicio de este trabajo, independientemente de la patología padecida por un paciente dentro de un hospital psiquiátrico, el ambiente propio de éste no ayuda a su recuperación afectiva, pues no hay que olvidar que es un ser humano, que siente y su manera de dá cuenta de la realidad que lo rodea.

Sabemos que el fin de una clínica psiquiátrica es positivo, ayudar al paciente a su máxima recuperación, tratar de integrarlo a la sociedad a la que pertenece, y desde luego a su familia, por medio de un tratamiento integral (médico y psicológico) de acuerdo con su padecimiento.

Pero llevar a cabo esta tarea, no es fácil, pues se necesita como ya lo mencionamos del apoyo familiar y de la sociedad. Nos apoyaremos en diferentes autores para describir la situación afectiva de los pacientes dentro de la institución.

1.4.2 El Paciente Psiquiátrico Hospitalizado

EL HOSPITAL PSIQUIATRICO

Según Martin (1985), los hospitales psiquiátricos fueron creados como un lugar de asilo donde el paciente encuentra paz, consuelo y un tratamiento adecuado. Existen tanto aspectos negativos como positivos de estas instituciones. Se reafirma que recluir a un paciente en un hospital típico, equivale a empeorar una situación ya mala. Al ser clasificado de "enfermo mental" y ser tratado como "paciente", como una no persona, el individuo cae en una apatía cada vez más completa, pierde su identidad y experimenta sentimientos de incompetencia y de poca autoestima. Al problema que sufría antes de ser internado se agrega el de la "hospitalización".

El ambiente de los hospitales psiquiátricos produce a menudo sentimientos de impotencia y despersonalización en los pacientes.

En la reacción social concebida como causa de enfermedad mental, los problemas prehospitalarios causantes de la reclusión del paciente tienen poca importancia frente al síndrome de "hospitalismo" que ocasiona estancia larga en el hospital.

En 1964 Gruenberg y Zusman (Martin, 1985) describen las etapas de la cronicidad o lo que llaman síndrome del colapso social.

1. *Etapa previa a la enfermedad: autoconcepto deficiente.* El síndrome del colapso social se presentará sólo en personas con criterios internos deficientes acerca de las reglas que rigen la conducta y los papeles sociales. Debido a que les falta seguridad en sí mismos fácilmente se altera la imagen de su personalidad en relación con los demás y la manera adecuada de obrar.

2. *Dependencia de los indicios del momento.* Cuando pasa por un momento de mucha tensión (el incidente que los lleva al hospital), muestran extraordinaria dependencia de otros respecto a la decisión de lo que es bueno y malo, verdadero y falso, inhibirse y dejarse influir.

3. *Clasificación de incompetentes y peligrosos por la sociedad.* El ambiente social define a la persona como incompetente, peligrosa e incapaz de autocontrol.

4. *Inducción en el papel de enfermo.* El individuo está ya definido como "paciente", pasivo, desvalido y enfermo, sin que haya muchas posibilidades de cambio.

5. *Aprendizaje de papel de enfermo crónico.* Los hospitales ofrecen papeles de aislamiento constante, agresión permanente o intermitente y dependencia crónica sin aislamiento extremo (el paciente que coopera y se porta bien). El individuo pasa de una identidad basada en una alteración aguda a uno de estos papeles más crónicos.

6. *Atrofia de las habilidades de trabajo y las destrezas sociales.* En el hospital el paciente tiene pocas oportunidades de aplicar sus destrezas relacionadas con actividades ordinarias como cocinar, coser, conducir y otras más específicas.

7. *Identificación con el enfermo.* Llega el momento en que acepta su estado de enfermo y se adapta a la conducta de los demás. Podemos decir que se ha integrado a la comunidad.

Las ideas expresadas por estos autores, ponen de relieve los peligros de una estancia demasiado prolongada en un hospital.

ASPECTOS POSITIVOS DE LA HOSPITALIZACION

En vez de tratar de prescindir por completo de la hospitalización, algunos profesionales han propuesto cambios radicales en el ambiente hospitalario para que sea más terapéutico.

En 1953 Maxwell Jones (Martin, 1985), insistía ya en la participación activa de los pacientes en su tratamiento y en el de otros, así como en varios aspectos de las actividades diarias del hospital, su fin, era crear una atmósfera de aceptación y respeto que ayudara a reinstaurar la autoestima del paciente, a menudo destruida, y convencerlo de que debía intervenir en el proceso de su rehabilitación.

Tratar al paciente como ser humano y no simplemente como "enfermo" y persuadirlo de que puede asumir cada vez mayor responsabilidad por su vida, no sólo es una actitud más humana sino que además representa un ingrediente activo en cualquier programa terapéutico.

Se han llevado a cabo distintos programas dentro de hospitales psiquiátricos con el fin de integrar tanto a pacientes como al personal de la institución, para lograr mayor participación y menor apatía de éstos, así como:

a) Intercambio de fichas. Se utilizaba como aprendizaje operante. Se usaban fichas de plástico o tarjetas como reforzadores generalizados, así los pacientes trataban de ganárselas para tener al gún beneficio dentro del hospital. Aunque se observó que la conducta permanecía mientras este sistema de fichas estuviera vigente, se pretendía que estos reforzadores poco a poco se sustituyen por otros más naturales.

b) Comunidades terapéuticas. Se intentaba que el paciente participara en su propia recuperación y en la de otros, así como en actividades del mismo hospital. También el personal médico debía dejar su papel profesional e interactuar con los pacientes de forma espontánea en las reuniones de la comunidad. Los internos podían usar su propia ropa en lugar de los uniformes del hospital. Con esto se pretendía crear un ambiente de respeto y aceptación que ayudara a mejorar la autoestima y afectividad de los pacientes.

c) Terapia de Trabajo o Ergoterapia. Actualmente se lleva a cabo este programa dentro de algunas instituciones psiquiátricas de nuestro país y es probable que en muchos otros también lo hagan. Esta terapia de trabajo consiste en que los pacientes participen más activamente en las labores del hospital, ya sea en la limpieza del mismo, en talleres manuales, entre otras, logrando así una mayor actividad e integración del paciente con sus compañeros.

En este punto es donde nosotros haremos nuestra aportación, pues un programa de musicoterapia será igualmente de utilidad y ayuda para los pacientes, ya que con el trato personalizado del instructor o terapeuta que lo aplique, lograremos aumento de afectividad y mayor seguridad en los pacientes.

CAPITULO II

CAPITULO II

MARCO CONTEXTUAL

Se presenta a continuación y de manera breve, las características generales y manejo organizacional del Sanatorio de Ntra. Sra. de Guadalupe de la Ciudad de Cholula, Pue., para cuyos pacientes va dirigido el Programa de Musicoterapia que aquí se presenta. Este capítulo consta de : Características Generales, Políticas, Objetivos, Reglamento, Comité Interno de Ética y Normas de Internalización.

2.1 Características Generales del Sanatorio de Ntra. Sra. de Guadalupe

El Sanatorio de Nuestra Señora de Guadalupe es una institución asistencial de salud mental. Se encuentra ubicado en la calle prolongación Morelos S/N, en Cholula, Pue. Dentro de la Institución se encuentran las áreas de: consulta externa, hospital de día (terapia de rehabilitación), área de mujeres, área de agudos y área de crónicos.

El Sanatorio de Nuestra Señora de Guadalupe fue fundado el 6 de Septiembre de 1909 y la inauguración tuvo lugar el 27 de Junio de 1910. Es una institución perteneciente a los

Hermandades de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que en el cumplimiento de su misión apostólica y evangelizadora, promueve hospitales, Centros de Educación Especial y otras estructuras organizativo-asistenciales, adaptándose y contribuyendo a los necesarios cambios y transformaciones, que ayuden a mejorar al ser humano en sus aspectos corporales, psicológicos, religiosos y sociales.

Esta institución, dirigida por Sanatorios de México, S.A. de C.V., presta una asistencia integral (física, psíquica, religiosa y social) desde los ámbitos de prevención, en el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción.

En su vertiente de larga estancia, tiene como fundamentos asistenciales la recepción de enfermos de patología persistente, al igual que la creación de grupos operativos susceptibles a beneficiarse de técnicas de rehabilitación ocupacional y/o laboral y socio-comunitaria.

Pretende también potenciar actividades lúdicas, recreativas y resocializadoras intra y extrahospitalarias, así como la integración de la familia del paciente.

Dicha institución tiene como misión dar atención médica y hospitalaria integral a la comunidad sin distinción de sexo, credo, religión, raza y posición social. Le brinda atención a: *personal de la comunidad, pacientes particulares clasificados de acuerdo con los Reglamentos de la Institución, pacientes particulares independientes mediante pago de servicios, pacientes de diferentes Entidades o Empresas por medio de contratos especiales, pacientes sin recursos económicos y de especial urgencia, de acuerdo con las posibilidades del Sanatorio.*

Presta los servicios de consulta externa como el servicio médico psiquiátrico, servicio de psicología clínica (psicoterapia individual, de grupo), y trabajo social.

También en la hospitalización se cuenta con el área médica que abarca el servicio médico psiquiátrico (médicos residentes las 24 horas), servicio de psicología clínica (terapias ocupacionales y recreativas), servicio de odontología, trabajo social y enfermería; en el área administrativa se cuenta con servicio religioso, servicio de lavandería, restaurante, barbería, farmacia, taller de carpintería, de pintura, área deportiva, sala de lectura, sala de televisión y video, juegos de mesa y música ambiental.

2.2 Políticas

1. Contribuir a reducir la morbilidad por trastornos mentales, mediante el desarrollo de actividades de prevención primaria, prevención secundaria, a través de la consulta externa y hospitalización.

2. Aumentar la cobertura a través del mayor rendimiento de los servicios psiquiátricos hospitalarios, sin disminuir la calidad de la atención, teniendo como prioridad la hospitalización a pacientes subagudos y crónicos.

3. Colaborar en el desarrollo del conocimiento en el campo de la Salud Mental, brindando acciones de docencia y adiestramiento a personal médico y paramédico, a las diferentes escuelas y Universidades que soliciten el campo clínico para prácticas profesionales Psiquiátricas.

2.3 Objetivos Generales de la Institución

1. Aumentar la cobertura de servicios de Salud Mental a través de:
 - a). El diseño de programas de atención médica hospitalaria de corta y larga estancia, Hospital de Día, Consulta Externa, con el fin de ofrecer a la comunidad en su área de influencia, una atención integrada y eficiente.
 - b). Integración de distintos tipos de técnicas terapéuticas, adecuadas a las necesidades del paciente.
2. Tratamiento del paciente, teniendo en cuenta su ambiente familiar y social, a través de actividades de Salud Mental, que tengan como fin la resolución de la situación problemática del paciente, con una atención y orientación humano-cristiana.
3. Desarrollar conjuntamente con Instituciones docentes Universitarias y vocacionales programas educativos en Salud Mental.
4. Desarrollar programas de adiestramiento en servicio para el personal del Sanatorio.
- 5: Coordinar, diseñar, dirigir y apoyar programas de Salud Mental que se desarrollen en la comunidad de su área de influencia.

2.4 Comité Interno de Etica

El Comité Interno de Etica, viene exigido por la problemática conflictiva presente y previsible que surge y puede surgir en la libertad de conciencia y de la diversidad de interpretación en la aplicación correcta de las normas éticas de un Hospital Católico.

Tiene como finalidad la protección de los derechos de los pacientes y del personal, y la salvaguarda de la identidad.

OBJETIVOS DEL COMITE INTERNO DE ETICA.

1. Crear conciencia creciente de que el principal objetivo del Comité es el del servicio al enfermo y vigilar que se respeten sus derechos.
2. Concientizar al grupo del Comité, sobre las necesidades de formación ética de los miembros, y de la importancia del estudio de casos y situaciones que se presenten en el Sanatorio.
3. Formular orientaciones que ayuden a la resolución de casos y situaciones en el Sanatorio.

4. Dinamizar el equipo interdisciplinario del Sanatorio.
5. Disponibilidad y apertura al diálogo.
6. Acordar por consenso las conclusiones tomadas en el Sanatorio.
7. El objetivo del Comité de Ética es de carácter de asesoramiento y servicio, a quien en última instancia complete la decisión, es al médico encargado del caso, de acuerdo con el paciente.

2.5 Reglamento Interno

El reglamento está integrado por los siguientes capítulos, que a su vez se componen de artículos que especifican las normas que deberán ser cumplidas por los empleados y trabajadores de oficios varios para un mejor y armónico desempeño de su trabajo dentro de la Institución.

CAPITULOS.

- I. Disposiciones Generales.
- II. Jornada de trabajo y horarios.
- III. Días y lugares de pago.
- IV. Mantenimiento y limpieza de las herramientas, maquinaria, aparatos y útiles de trabajo.
- V. De la seguridad e higiene y riesgos de trabajo.
- VI. Obligaciones de la empresa.
- VII. Obligaciones de los trabajadores.
- VIII. Prohibiciones a los trabajadores.
- IX. Primeros auxilios.
- X. Medidas disciplinarias.

2.6 Normas y procedimientos de hospitalización

Incluye todos los puntos necesarios y detallados para llevar a cabo la hospitalización de un paciente en diferentes circunstancias. Se integra de la justificación y exposición de motivos, identidad, modelo asistencial, base legal o bases jurídicas y atribuciones.

I. INGRESO DE PACIENTES.

II. NORMAS DE HOSPITALIZACION.

1. Internamiento voluntario.
2. Internamiento involuntario.
3. Normas y procedimientos para el internamiento involuntario.

III. ASIGNACION DE MEDICO TRATANTE.

· Normas para los médicos particulares.

IV. DOCUMENTACION (EXPEDIENTE CLINICO).

V. NORMAS PARA EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO.

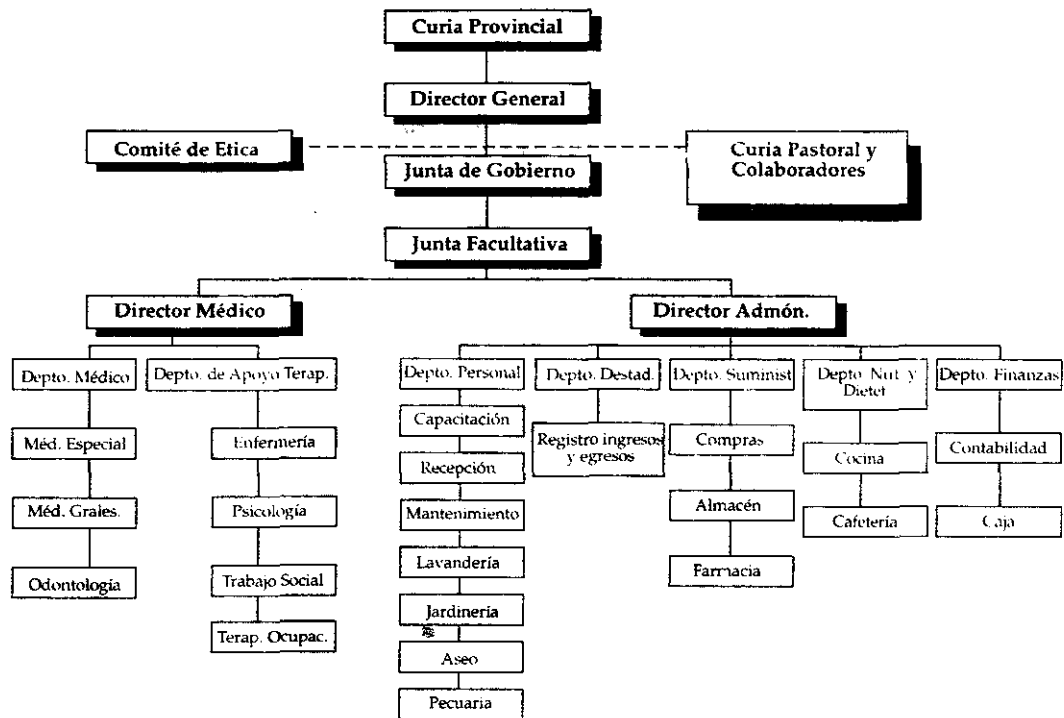
VI. MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE PSIQUIATRICO.

1. Aislamiento temporal.
2. Sujeción.

- 3. Terapia electro convulsiva (TEC).
- VII. *NORMAS DE DERECHOS DEL PACIENTE.*
- VIII. *INFORMACION A FAMILIARES.*
- IX. *EGRESO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.*
- X. *CASOS DE FUGA.*
- XI. *CASO DE SUICIDIO O AUTOAGRESION.*

Como se pudo observar, el Sanatorio de Ntra. Sra. de Guadalupe, es una institución, que aunque privada, es manejado por hermanos católicos, quienes junto con el personal médico tratan y se esmeran en dar a sus pacientes, una atención integral, brindándoles así, calidad y calidez.

ORGANIGRAMA DEL SANATORIO PSIQUIATRICO DE NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE



CAPITULO III

CAPITULO III

PROYECTO DE DESARROLLO

TITULO:

"PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS CON PROBLEMAS MOTORES".

3.1 Planteamiento del problema

El problema que nos atañe y por lo que se realizó este programa, es la baja autoestima y afectividad que en un paciente psiquiátrico hospitalizado pueda existir además de su padecimiento mental, más aún los pacientes que sufren algún problema motor, pues además de su estado patológico y afectivo, el hecho de no poder moverse con facilidad puede hacer que se encuentre en desventaja entre su comunidad. Se presume de una menor participación interpersonal y de las actividades de el hospital, ocasionado por su deficiencia motora.

En cuanto a su afectividad, es preciso mencionar, que el estar recluso en una institución psiquiátrica, puede hacer que se produzcan sentimientos de impotencia, baja autoestima y despersonalización en el paciente, como lo mencionan algunos autores.

Existen hospitales o sanatorios de diversos tipos, unos deplorables y otros de excelente calidad, tanto en la capacidad profesional y trato personal, como de instalaciones. Y aunque esto influye en gran magnitud en la afectividad del paciente, el solo hecho de verse recluido y clasificado por la sociedad como incompetente o peligroso, y muchas veces olvidado por su familia, provoca en él, sentimientos que ya hemos mencionado anteriormente.

Se pretende entonces, tratar de apoyar las áreas tanto afectivas como motoras de estos pacientes y de lograr una recuperación, lo más completa e integral posible con la ayuda de la música, que es posible sirva de reforzador a lo largo de su vida.

3.2 Justificación

La música, como ya es sabido, se ha considerado desde la misma creación del hombre, como un elemento vital para todo ser vivo, pues es parte de la naturaleza misma. Ha sido utilizada desde tiempos muy antiguos como una cura mágica, en rituales y era también una forma de comunicación con algunas divinidades.

Tiene el poder de afectar al ánimo porque contiene elementos persuasivos y aún obligantes. Pero cualquiera que sea el propósito, la música se relaciona siempre con experiencias propias de el hombre, pues ha nacido de su mente y de su corazón, habla de sus emociones y expresa su percepción.

El carácter de la música y los efectos que produce dependen de los diferentes elementos del sonido y de su interrelación (frecuencia, intensidad, timbre, intervalos, duración y ritmo). De estos elementos el ritmo en determinadas melodías es el más sobresaliente y dinámico. Impulsa de una manera casi involuntaria la realización de movimientos con un tiempo determinado.

Tomando en cuenta que pretendemos la ayuda a pacientes psiquiátricos con problemas motores para una mejor coordinación motora, se llevó a cabo el diseño de un Programa de Musicoterapia que contiene determinados ejercicios con la melodía y ritmo correspondientes, previamente grabados, con el fin de que cualquier persona que desee comprometerse con su quehacer, pueda aplicarlo y ayudar así a estos pacientes de una manera más directa y personal.

Este programa podrá ayudar en el tratamiento de los pacientes a los que les sea aplicado, será un apoyo para la institución donde se emplee, pues habrá una actividad más y bien fundamentada para el mejoramiento de sus pacientes, tendrá la posibilidad de acomodarse a las necesidades y recursos de quien lo aplique o de modificarse y adaptarse a diferentes circunstancias y personas según se requiera.

En el aspecto personal, es una satisfacción poder realizar este programa, pues se ha observado que la música, en todos sus aspectos y sentidos, es una parte del ser humano, podríamos asegurar que es vital para él, por lo que su utilización en forma adecuada como apoyo a diversas disciplinas podría ser de mucha ayuda.

3.3 Objetivos y Metas

OBJETIVO GENERAL:

Diseño de un programa de musicoterapia basado en el ritmo musical y la psicomotricidad, para lograr el mejoramiento motor y afectivo de los pacientes psiquiátricos con problemas motores.

META:

Este programa se realizó con la ayuda de profesionales de la música y de ejercitación física, y consta de:

1. Una introducción acerca del tema.
2. Una reseña de la importancia de la música. Acercamiento afectivo con el paciente. Qué es la psicomotricidad. Qué es la musicoterapia.
3. Explicación del procedimiento al instructor.
4. La relación de ejercicios a realizar.
5. Dos cassettes con la música correspondiente a cada grupo de ejercicios tanto físicos como de relajación.
6. En el apéndice se incluirán partituras de algunas otras melodías que no estarán en el cassette de ejercicios, como una segunda opción musical con los ritmos sugeridos para los ejercicios.

OBJETIVOS PARTICULARES

1). *Lograr el mejoramiento en la coordinación motora de los pacientes.*

METAS:

a). Se seleccionarán a los pacientes con problemas motores (dado su problema de psicomotricidad el número de pacientes será de un máximo de 5 personas para poder hacer observaciones, ayudarles a realizar los movimientos en caso de necesitarlo y tener un mayor control de la sesión). El sexo de los pacientes es indiferente para la aplicación del programa, sin embargo, debido a las secciones de la institución tendrán que reunirse solo los del mismo sexo. Las edades fluctuarán entre los 18 y los 50 años. Los sujetos seleccionados no deberán tener alguna lesión orgánica motriz, pues sería imposible algún tipo de recuperación. Se seleccionarán pacientes de el área de agudos y de larga estancia.

b). Se aplicará el programa de musicoterapia en un salón amplio y ventilado (con toma de corriente eléctrica) y si es posible con colchonetas o cojines para la ejecución de movimientos en el suelo (acostados y sentados). Se necesitará una reproductora de audiocassettes para escuchar la música correspondiente a cada ejercicio. Se utilizará también una libreta de observaciones con el propósito de anotar cambios importantes de los diferentes pacientes durante cada sesión.

2). *Ayudar a la afectividad de estos pacientes con el trato personalizado del instructor o terapeuta y la ayuda irrecusable de la música.*

METAS:

- a). Se trabajará con el mismo programa y los mismos sujetos para lograr este objetivo.
- b). Durante la ejecución del programa se tratará de establecer empatía con los sujetos por medio de la música sedante y los ejercicios de relajación y relajación que irán al principio y final de cada sesión.
- c). Se tomarán notas sobre las observaciones hechas en cada una de las sesiones, relacionadas con los cambios afectivos y de comportamiento de los sujetos. Esto con el propósito de hacer una comparación cualitativa de los avances y retrocesos obtenidos con la aplicación del programa.

3). *Dejar bases para que los sujetos por sí mismos logren coordinar movimientos cada vez más complejos.*

METAS:

- a). El programa contendrá ejercicios que a juicio del instructor o terapeuta y con base teórica, son sencillos y básicos, pues será casi imposible incluir en él todos los movimientos que el ser humano puede realizar. Por lo que se pretende que con los ejercicios bien ejecutados será más fácil desarrollar poco a poco movimientos cada vez más complejos.

3.4 Estrategia

Para poder llegar a la realización de el Programa de Musicoterapia, se necesitaron de una serie de elementos tanto humanos como materiales.

Se pidió asesoría a profesionales en música que con sus conocimientos apoyaron tanto las bases teóricas como prácticas, refiriéndonos a la música utilizada para el programa y a los diferentes aspectos de ésta que pudiesen influir en el ser humano.

También se pidió ayuda a un instructor de ejercicios aeróbicos para realizar la parte de ejecución del programa.

Se eligieron las melodías, escuchando en vivo música de diferente tipo (en piano), y proponiendo la que tuviera muy marcado el ritmo. Y ya elegida la música, entonces se procedió a elección de los ejercicios.

Nuestro siguiente paso fué armar el programa de la siguiente manera:

Se redactó una introducción acerca del tema, una reseña de la importancia de la música, acercamiento afectivo con el paciente, definición de psicomotricidad y de musicoterapia. Una explicación del procedimiento al instructor.

Se explicó cada uno de los ejercicios y se apoyó con dibujos que expresaran el movimiento sugerido. Después de la explicación de cada ejercicio se anotó el tipo de música que se ha de utilizar.

Se hizo una recolección o agrupamiento de partituras con los mismos ritmos utilizados en el programa pero con otras melodías por si se desea cambiar.

Se realizó la grabación de dos audiocassettes: el primero con música de ritmo marcado para los ejercicios de movimiento y el segundo con música sedante para los ejercicios de relajación y finalización de cada sesión, ésto con el fin de relajar al paciente y no dejarlo en un momento dado alterado o ansioso.

La grabación del cassette 1 (psicomotricidad) se realizó con la ayuda de personal capacitado para el manejo de aparatos especiales para este fin, y de el pianista para la ejecución de las melodías.

Para el cassette 2 (relajación) se ocupó un aparato de sonido y la música ya seleccionada en disco.

El siguiente paso fué el diseño de la portada de éstos, con la asesoría de un profesional del diseño gráfico, para dar una imagen lo más cercana posible al contenido y objetivo del programa.

Finalmente se llevó a cabo la impresión del programa por medio de una computadora y una impresora láser para un trabajo de mejor calidad.

Estrategia para la ejecución del programa. Para la aplicación del programa, se necesitará la autorización del director de la institución a la cual será llevado: a) se concertará una cita con el director o persona encargada y se presentará el proyecto realizado, b) por medio de un programa de trabajo y una carta, se le pedirá su autorización tanto para la aplicación del programa como para la selección de los pacientes por medio de la revisión de los expedientes o bien con la ayuda del personal indicado. Los pacientes deberán tener como característica común problemas de movimiento.

El programa tendrá una duración de 25 sesiones, con el fin de lograr avance en los movimientos de los pacientes. Cada sesión tendrá un tiempo aproximado de 1 hora y 30 minutos. Las sesiones se darán diariamente de lunes a viernes, dejando descansar sábado y domingo. O bien 3 veces por semana.

Durante la aplicación del programa se observarán y anotarán cambios importantes observados en cada sesión para así llevar un registro cualitativo del programa.

Cuando el programa esté concluido, se llevará a cabo una sesión especial de despedida o cierre, pues es importante no dejar inconcluso ni el programa y mucho menos la relación instructor-paciente, pues ésto traería como consecuencia un retroceso en ocasiones casi completo en el área afectiva del paciente.



MUSICOTERAPIA
Afectividad y Psicomotricidad
Para pacientes psiquiátricos

Por:
Carolina A. Gómez Macfarland

INDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	
IMPORTANCIA DE LA MUSICA.....	
ACERCAMIENTO AFECTIVO CON EL PACIENTE.....	
QUE ES LA PSICOMOTRICIDAD.....	
QUE ES LA MUSICOTERAPIA.....	
EXPLICACION DEL PROCEDIMIENTO.....	
PRIMERA SESION.....	
SEGUNDA SESION.....	
TERCERA SESION.....	
CUARTA SESION.....	
QUINTA SESION.....	
SEXTA SESION.....	
SEPTIMA SESION.....	
OCTAVA SESION.....	
NOVENA SESION.....	
DECIMA SESION.....	
SESION 11.....	
SESION 12.....	
SESION 13.....	
SESION 14.....	
SESION 15.....	
SESION 16.....	
SESION 17.....	
SESION 18.....	
SESION 19.....	
SESION 20.....	
SESION 21.....	
SESION 22.....	
SESION 23.....	
SESION 24.....	
SESION 25.....	
OBSERVACIONES IMPORTANTES.....	
APENDICES.....	

INTRODUCCION

Entre las muchas formas que apoyan un tratamiento terapéutico, existe la musicoterapia, pues consiste en la dosificación de la música para tratamientos distintos.

Como sabemos, la música forma parte casi vital en la vida del hombre, se ha utilizado como una forma de comunicación, ya sea entre él y los demás o con algún ente más allá de la naturaleza como los dioses o espíritus.

Pero no sólo se utilizó para eso, la música durante décadas ha tenido diferentes aplicaciones y usos, el principal o más común es el de simplemente escucharla y sentir el placer de hacerlo sea cual fuere el estilo. Sin embargo, en distintas partes del mundo como en distintas épocas el hombre ha experimentado el uso de la música en una forma más científica, descubriendo las reacciones que produce en diversos padecimientos como producto de los diferentes elementos que la componen.

Así pues, nos hemos propuesto en el siguiente programa acentuar la importancia del elemento ritmo como un impulso casi involuntario que el paciente sentirá para realizar determinados movimientos ayudándolo a una más rápida rehabilitación.

Además, se utiliza también música **suave** que servirá de apoyo para los ejercicios de relajación y respiración así como para el cierre de cada sesión.

Por otro lado, la música abre canales de comunicación lo que facilita un mayor acercamiento afectivo con el paciente, otro de los objetivos primordiales de este programa.

Hemos querido así, dar un sencillo panorama del uso de la música y la importancia que ésta tiene sirviendo como apoyo al tratamiento y rehabilitación de las personas, esperando que no sólo quede aquí, sino que se extiendan aún más aportaciones e investigaciones sobre este elemento tan importante para la vida del hombre.

IMPORTANCIA DE LA MUSICA.

Desde tiempo inmemorial, el hombre se ha servido de la música para expresar y comunicar sus sentimientos y estados de ánimo. No es errónea la idea que nos dice, cómo para el hombre primitivo, la música antes de ser un medio de recreación, era un elemento de comunicación, inclusive anterior al lenguaje hablado.

En la antigüedad, se consideraba poseedor de un "don misterioso" al que la creaba, toda vez que en esa época tuvo relevancia en las actividades religiosas. Hoy, sabemos que el ser humano en general es susceptible de educar su sensibilidad para gozar, crear y aprovechar, gracias a sus sentidos y a su cuerpo, las manifestaciones musicales.

La ciencia, en el campo experimental, ha demostrado el poder de la música para modificar la presión sanguínea, las palpitaciones del corazón y la energía muscular. Su influencia llega también a la mente y a la emoción, por eso su adecuación y uso en el proceso terapéutico es importante factor para una mejor integración de la personalidad del ser humano.

ACERCAMIENTO AFECTIVO CON EL PACIENTE.

Hemos mencionado ya la importancia de la música en el ser humano, por lo que no debemos dejar aun lado a los protagonistas de este trabajo, pues el trato que el terapeuta e instructor tenga para con ellos, es de vital importancia en la ejecución de este programa.

Uno de los objetivos primordiales, es el mejoramiento de la afectividad y autoestima, y para lograrlo es importante tratar a los pacientes como lo que son, seres humanos.

Desde el momento de entrar a un sanatorio psiquiátrico, sin darnos cuenta tendemos a etiquetar a los pacientes como: "locos", "incompetentes", "agresivos", "minusválidos" entre otros muchos calificativos.

Esto nos impide tratarlos como cualquier ser humano, es decir, como personas "normales", con defectos y virtudes, con buen o mal carácter, etc. y no nos permitimos darles su verdadero valor.

Debemos tomar en cuenta que independientemente de el trastorno padecido, ellos se dan cuenta de todo lo que sucede a su alrededor, pues al llevar un tratamiento farmacológico, se ubican más fácilmente en su realidad. Tampoco olvidemos, que muchos de ellos son profesionistas, esposos, hermanos, padres, y que su enfermedad no les impide sentir.

Es importante, entonces, tratar lo más pronto posible de quitarnos esas etiquetas que obstaculizarían el llevar a cabo la parte cualitativa de nuestro programa, que es como ya lo dijimos lograr aumentar la seguridad y autoestima del paciente que dentro del mismo hospital parece perder día con día.

QUE ES LA PSICOMOTRICIDAD

Puesto que nuestro fin es mejorar la psicomotricidad de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, es conveniente definir este concepto, con mucha claridad y lo más sencillo posible. Pero antes debemos mencionar que el objetivo no sólo es mejorar sus movimientos lo más que se pueda, sino que al hacerlo, logramos también apoyar el punto anterior (seguridad y autoestima), pues al poder realizar movimientos cada vez más firmes, es probable que los pacientes puedan lograr: en primer lugar, satisfacer necesidades propias, participar en más actividades dentro de la institución y tener mayor interrelación con sus compañeros, lo que ayudaría a reforzar nuestro objetivo.

Definimos a la psicomotricidad como el control normal de la postura y el movimiento en la cual se integran, aparte de las funciones motrices propiamente dichas, la lateralidad, el concepto de espacio-tiempo y la imagen corporal.

QUE ES LA MUSICOTERAPIA

La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales. Ya que es una función de la música, donde ésta no es un fin en sí misma, su valor terapéutico no está necesariamente en relación con su calidad ni con la perfección de las ejecuciones. Su efectos obedece en primer lugar a la influencia, sobre el hombre, de los sonidos, origen de la música.

La música ha originado infinitas formas de relación. Estas formas constituyen la piedra fundamental de la musicoterapia.

EXPLICACION DEL PROCEDIMIENTO

Para el instructor o terapeuta: no es necesario un estudio específico relacionado con el programa para poder llevarlo a cabo. Bastará el filtro de la institución para saber que es una persona apta para su aplicación.

Antes de empezar, debemos tomar en cuenta lo mencionado en los puntos anteriores y no olvidar que tenemos desde este momento un compromiso serio con nuestro trabajo, esto será un requisito indispensable.

Es importante también, no dejar a medias el trabajo, pues el dejar a un paciente sin una despedida o cierre alguno, podría hacerlo retroceder en lo avanzado o anular lo que se ha logrado. Si por algún motivo, nos vemos obligados a suspender o no terminar el programa, es indispensable hablarlo con el o los pacientes y despedirnos de ellos.

Hemos considerado algunas notas importantes para proceder a la aplicación del programa en caso de tener alguna duda:

1). *Cómo llevar a cabo la sesión.* Cada instructor o terapeuta tiene desde luego un estilo propio para trabajar, que nos servirá para realizar con gusto nuestro trabajo. Y sin dejar esto fuera puntuaremos algunos pasos claves:

a). *Saludo y presentación.* Para la primera o primeras sesiones es importante tratar de entablar empatía o romper el hielo con los pacientes. La presentación y la manera de hacerlo debe ser clara y relajada, decir nuestro nombre con apellido y pedir que ellos lo hagan también: procuraremos aprendernos su nombre o sobrenombre lo más pronto posible para nuestras próximas sesiones.

No debemos olvidar que la sonrisa y la sinceridad son dos aspectos primordiales para lograr la empatía antes pedida.

Debemos explicar claramente para qué estamos allí y pedir su cooperación y respeto para evitar alteraciones o malos entendidos.

b). Ejecución del programa. Nuestras sesiones son de una duración aproximada de 30 minutos. Así lograremos mayor interés y menos fatiga. Debemos modular el tono y volumen de voz según se presente la situación: si vemos a los pacientes desganados debemos ser más dinámicos y subir un poco el volumen y ritmo de voz. Si por el contrario se encontraran muy excitados debemos hablar suave y lento.

Aunque de cualquier manera al final de cada sesión como se indica, debemos realizar ejercicios de relajación con la ayuda del cassette No.2 de música de relajación.

c) Duración del programa. La duración será de 25 sesiones, pero es permisible alargarlo o acortarlo según se presente el caso, pues habrá ocasiones en que observemos poco avance en la ejecución y valoraremos entonces si repetimos ejercicios y aumentemos sesiones para lograr nuestro objetivo.

Desde luego, los movimientos que aquí presentamos no son todos los que un ser humano puede realizar, nuestro objetivo es dejar bases motrices para un desarrollo posterior de movimientos más complejos y coordinados, y si logramos terminar el programa completamente y el avance esperado, ya tendremos nuestro objetivo logrado. Los pacientes dominarán mejor sus movimientos y tendrán entonces una mayor seguridad en sí mismos.

Las sesiones podrán acomodarse de manera indiferente, ya sea de lunes a viernes por 5 semanas, de lunes a sábado ó 3 ó 4 veces por semana, pero nunca dejarlo muy espaciado, porque no habría continuidad en el seguimiento y poco se lograría en el avance y es probable que se pierda el interés y el compromiso ya logrado ó establecido.

Para la realización de los ejercicios, el instructor deberá poner siempre el ejemplo y ayudar al paciente si éste lo requiere para poder realizar el ejercicio.

d) Vestimenta. Es importante ponernos ropa cómoda para trabajar. Se recomienda usar pants y tenis, tanto para el instructor como para los pacientes. Esto ayudará a ejecutar libremente los movimientos.

e) Material. El material que se utilizará será el siguiente: un salón amplio y ventilado e iluminado, con un tomacorriente, una reproductora de audiocassettes, colchonetas o cobertores gruesos para los ejercicios en el suelo y un piano en caso de presentar música en vivo.

f) Evaluación. La evaluación del programa se dividirá en dos partes: una *cuantitativa* y otra *cualitativa*.

La evaluación *cuantitativa* comenzará antes de aplicar el programa, pidiendo al paciente que realiza 10 movimientos básicos, uno por uno. Se anotará una marca a los movimientos que realice correctamente.

Cada semana y al final del programa se hará esta misma evaluación con el fin de comparar la ejecución del movimiento antes, durante y después del programa y observaremos así, los avances, estancamientos o retrocesos que cada paciente ha tenido.

Los movimientos que se evaluarán se escogerán de entre los siguientes grandes segmentos: cabeza-cuello, hombros-brazos-codos-muñecas-manos, flexión tronco-cintura, piernas-rodillas-tobillos-pies, marcha con brazos.

La evaluación *cualitativa* se llevará a cabo, haciendo anotaciones de lo observado y considerado más importante de cada sesión así como: comportamientos, información de lo sentido o pensado por los pacientes, la relación con el instructor o *terapeuta*, relación entre los mismos pacientes, etc. Estas anotaciones no dejarán de hacerse, pues al término del programa se hará una conclusión de los cambios que se dieron y cómo se dieron.

OBSERVACIONES IMPORTANTES.

1. Cada sesión o ejercicio puede repetirse las veces que sea necesario hasta que el paciente pueda dominarlo.
2. Dejar o pedir que los pacientes se ayuden entre ellos para realizar los ejercicios, *independientemente de que el instructor lo haga.*
3. No debemos olvidar llevar anotaciones de lo observados y hacer al final del programa un resumen general sobre los cambios importantes que hubo durante la aplicación del programa.

PRIMERA SESION

DURACION APROX. 1:30 hrs.

1. *Respiración.* El instructor y los pacientes de pie, con las piernas un poco separadas, respirarán profundamente con la boca cerrada, ensanchando en tórax y poniéndose las manos sobre sus costillas para que sientan la respiración, (3 ó 4 veces).

* Música de relajación-cassette No.2- por un momento después de realizar el ejercicio de respiración.



2. *Extensión.* De pie, con las piernas un poco separadas, alargar el cuerpo verticalmente, estirándose desde la punta de los dedos de las manos hasta la de los pies. Encogerse todo lo posible haciéndose bolita.

*Sin música.



3. *Trayectoria espacial.* Caminar al compás de la música, siguiendo cada paciente su propia trayectoria, sin chocar unos con otros. *Música de movimiento alegre lento-cassette No. 1.

4. *Conocimiento del esquema corporal.* Se hace el movimiento de cabeza, tronco y extremidades en las diferentes formas y posiciones: adelante, atrás, a los lados y giros. *Apoyarse en música de ritmo marcado-cassette No. 1-.



5. *Balanceo.* Se lleva a cabo un balanceo con las piernas separadas sin mover los brazos. *Música de ritmo lento-cassette No. 1-.



6. *Relajación.* sentados en una silla o en el suelo, con los ojos cerrados, dejar suelto el cuerpo escuchando muy atentos la música. Esto se llevará a cabo por unos minutos. *Con música suave-cassette No. 2-



7. *Cierre.* Platicar acerca de lo aprendido o experimentado y despedirse. *seguimos con música suave y volumen bajo.

Nota: Apuntar datos importantes observados durante la sesión.

SEGUNDA SESION

DURACION APROX.1.30 HRS.

1. *Respiración.* Acostados sobre la espalda, respirar profundamente con la boca cerrada ensanchando el abdomen; poner las manos sobre el vientre para tener la conciencia de la inspiración y la expiración.

* Sin música.



2. *Establecimiento del eje transversal de su cuerpo.* De pie con las manos ligeramente abiertas, extender los brazos lo más ampliamente posible a la altura de los hombros. En esta posición, flexionar la cintura a un lado y otro lado cuidando no cambiar la posición de los brazos y hacerles sentir la extensión de los músculos laterales del tronco. * Música suave-cassette No. 2-



3. *Esquema corporal.* Movilización de grandes segmentos: cabeza, brazos, manos, tronco, piernas y pies. *Música de tiempo moderado-cassette No. 1-



4. *Coordinación gruesa.* Practicar los siguientes ejercicios acostados en el piso: subir y bajar brazos o piernas por pares. Primero brazos y después piernas. *Música de tiempo moderado.



5. *Relajamiento.* Dejar caer la cabeza sin fuerza: adelante, atrás; a un lado y al otro. Realizar esta actividad 3 ó 4 veces. * Música suave-cassete No. 2-



6. *Cierre de sesión.* Igual que la sesión anterior.

ANOTACIONES

TERCERA SESION.

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* De pie con las piernas ligeramente separadas, tomar aire y levantar cabeza y brazos estirando el cuerpo, contener la respiración por tres segundos contados por el instructor y exhalar flexionando la cintura y bajando los brazos. Hacer este ejercicio de 3 a 4 veces. *Sin música.



2. *Esquema corporal.* Continuar con la misma segmentación de la sesión anterior.

3. *Coordinación gruesa.* De pie, movilizar sus brazos en forma simétrica (los dos iguales): adelante, atrás, arriba, abajo, a un lado y al otro, giros o molinos a los lados y cruzados al frente. *Música en tiempo lento y moderado-cassete No. 1-

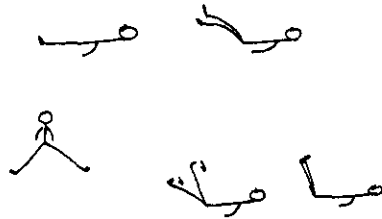


4. *Movilizar piernas.* Acostados boca arriba, movilizar las piernas en forma simétrica (las dos iguales): arriba, abajo, con las piernas en posición natural, no extendidas.

En esta misma posición, abrir y cerrar las piernas, deslizándolas sobre el piso.

Acostados boca arriba, con las piernas en alto, abrir y cerrarlas.

En esta misma posición, girar los tobillos.*Música de tiempo lento-cassette No. 1.



5. *Relajamiento.* De pie con los brazos sin fuerza, aflojar el cuerpo inclinándolo hacia uno y otro lado y hacia adelante; pero nunca hacia atrás. El instructor dará señales para los cambios de postura, con voz natural y calmada, procurando que estos cambios no sean bruscos.* Música suave.



6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

CUARTA SESION

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Continuar con la práctica de los ejercicios anteriores.

2. *Desplazamiento sobre los pies.* Puntas, talones y marcha. *Música de tiempo moderado.

3. *Esquema corporal.* Continuar segmentando como en las sesiones anteriores.

4. *Establecer correctamente flexión.* Directa de tobillos y rodillas.

a). Sentados en el piso, con las piernas cerradas y extendidas y apoyándose con las manos, flexionar los tobillos hacia adelante y hacia atrás. Vigilar que no tuerzan los pies.

b). En esta misma posición, flexionar las rodillas y volver a extender las piernas.*Música de tiempo lento-cassette No. 1-



5. *Relajamiento.* Continuar con los ejercicios de las sesiones anteriores.

6. *Cierre de la sesión.*

ANOTACIONES

QUINTA SESION

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* De pie con las piernas ligeramente separadas, inhalar subiendo al mismo tiempo los brazos y después exhalar bajándolos. Realizar esta actividad 3 ó 4 veces.*Sin música.



2. *Desplazamientos.* Marcha. Realizarla al compás de la música de tiempo moderado.*Cassette No. 1.



3. *Esquema corporal.* Continuar movilización segmentaria como en la sesión anterior.

4. *Inicio de equilibrio.* De pie con los pies ligeramente separados, juntar y separar talones. *Música de tiempo lento y compás binario:

1er. tiempo: cerrar talones.

2do. tiempo: separarlos.



5. *Relajación.* Continuar con la práctica de los ejercicios anteriores.

6. *Cierre de sesión.*

ANOTACIONES

SEXTA SESION

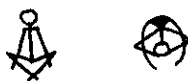
DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Continuar con los ejercicios de las sesiones anteriores.

2. *Gran extensión de la columna.* Sentados en el piso, con las rodillas abiertas y las plantas de los pies juntas, inclinarse a tratar de tocar los talones con la cabeza.

Enderezar columna.

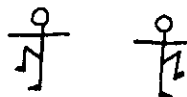
Repetir este movimiento sin llegar a la fatiga. *Música suave. Arrullo.



3. *Esquema corporal.* Movilización segmentaria como en la sesión anterior.

4. *Equilibrio.* De pie y con los brazos extendidos a la altura de los hombros, subir y bajar un pie flexionando la pierna, un tiempo arriba y otro abajo, 8 veces cada pie.

*Música de compás binario y ritmo moderado-cassette No. 1-.



5. *Relajamiento.* Apretar y contraer puños y brazos con la mayor fuerza posible, después aflojarlos completamente. Realizarlo 3 ó 4 veces. Los pacientes podrán estar sentados, acostados o parados.*Música suave-cassette No. 2-

6. *Cierre de sesión.* *No olvidar poner música suave a un volumen bajo, de fondo.

Nota: Anotar observaciones importantes al final de la sesión.

SEPTIMA SESION
DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Continuar con los ejercicios de las sesiones anteriores.

2. *Segmentación.* Acostados sobre la espalda, sentados en una silla o parados en el piso, levantar y bajar una y otra pierna flexionada.



Acostados sobre la espalda sentados en una silla, repetir la actividad anterior pero con con la pierna extendida.*Música de ritmo moderado-cassette No. 1-



3. *Esquema Corporal.* En posición de cuadrupedia, levantar y bajar una y otra pierna flexionadas.

Hacer lo mismo pero con la pierna extendida.* Música de compás muy marcado-cassette No. 1.



4. *Desplazamiento.* Realizar los desplazamientos de la sesión anterior.

5. *Relajación.* Acostado boca arriba, apretar fuertemente las piernas una contra la otra. Después relajarse. 3 ó 4 veces. *Música suave-cassette No. 2.-



6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

OCTAVA SESION DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Respirar profundamente con la boca cerrada en posición cómoda (sentados o acostados). Realizarlo 4 ó 6 veces. *Sin música.



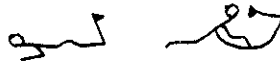
2. *Esquema corporal. Cabeza.* Movilizar cabeza y cuello: adelante, atrás a un lado y al otro, rotando a la derecha y a la izquierda. *Música de ritmo moderado-cassette No.1.-



3. *Brazos.* Hombros: elevar y descenderlos, adelante y atrás, rotación hacia adelante y hacia atrás. *Música de ritmo marcado.



4. *Sensibilización.* Gran extensión hacia atrás de la columna vertebral, extender el pectoral y aumentar la capacidad de aire en la respiración. Acostados boca abajo, antebrazos y manos apoyados en el piso y las piernas juntas y flexionadas. Levantar la cabeza y tronco enviándolos hacia atrás intentando juntar la cabeza con los pies. Volver a la posición inicial. No forzar a los pacientes al movimiento. Realizar 3 ó 4 veces. *Música suave.



5. *Relajación.* Continuar con la actividad de la sesión anterior.

6. *Cierre de sesión.*

ANOTACIONES

NOVENA SESION

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Continuar con la actividad de la sesión anterior.

2. *Desplazamientos.* Marcha al compás de la música en distintas direcciones. *Música de ritmo marcado y tiempo moderado.

3. *Esquema corporal.* Codos: flexión y extensión.

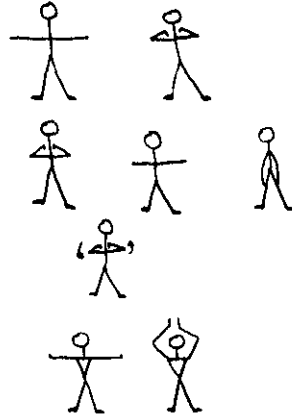
· De pie con los pies ligeramente abiertos, extender los brazos al nivel de los hombros, tocar éstos con las manos y volver a extender los brazos.

· En la misma posición anterior, tocar los hombros con las manos y extender los brazos hasta tocar los muslos.

· Tocar los hombros con las manos y movilizar los brazos, rotándolos o describiendo círculos con los codos, primero hacia adelante y después hacia atrás.

· Extender los brazos a la altura de los hombros, subirlos sobre la cabeza, cuidando que se toquen las palmas de las manos; volver a la posición normal, a los lados del cuerpo. Vigilar que al realizar esta actividad, los pacientes no flexionen los brazos.

*Música de tiempo moderado, de ritmo muy marcado y que sugiere el movimiento que se va a realizar.



4. *Relajación.* Acostados o sentados cómodamente, contraer fuertemente mandíbulas, dientes y cuello, abriendo la boca y los ojos desmesuradamente.

Relajar completamente la cara y cuello cerrando los ojos. Unas 4 veces. El objetivo es sentir la contracción de los músculos de la cara para aprender a relajarlos después.

*Música suave.



5. *Cierre de sesión.*

ANOTACIONES.

DECIMA SESION

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Continuar con la actividad de la sesión anterior.

2. *Esquema corporal.* Muñecas. Con los brazos extendidos al frente, movilizar las muñecas abajo y arriba y rotando a un lado y a otro. Procurar que los pacientes no muevan el brazo al rotar la muñeca, para que se realice la segmentación.

Dedos. Con los brazos extendidos al frente, abrir y cerrar las manos.

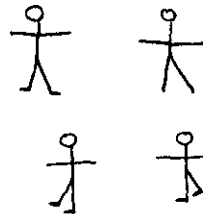


3. *Tronco.* De pie, con las piernas ligeramente separadas, flexionar el tronco: adelante y atrás, a un lado y a otro. Pueden ponerse las manos en la cintura o bien dejar los brazos a lo largo del cuerpo.



4. *Piernas.* Cadera: De pie, con los brazos extendidos a la altura de los hombros y manteniendo el equilibrio, elevarse sobre las puntas de los pies y bajar.

De pie con los brazos extendidos a la altura de los hombros, mover la pierna sin flexionar: adelante y atrás como si fuera un péndulo. Primero una pierna y después la otra.*Música de ritmo marcado y que sugiera el movimiento que se va a realizar.



5. *Relajación.* Continuar con la actividad de la sesión anterior.

6. *Cierre de sesión.*

ANOTACIONES

SESION 11

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Continuar con la actividad de la sesión anterior.

2. *Esquema corporal.* Piernas. Rodillas: de pie elevar una pierna flexionando la rodilla y movilizarla: adelante y atrás, a un lado y otro, rotarla hacia un lado y hacia el otro. Primero una pierna y después la otra. Si el paciente no puede sostener la pierna en alto, la puede enlazar con sus dos manos y sostenerla. *Música de ritmo de ritmo moderado y muy marcado -cassette.No. 1-



3. *Tobillos.* De pie, con las piernas ligeramente separadas, apoyar un pie en el talón y movilizar el tobillo subiendo y bajando la punta, moviéndola a un lado y al otro. Primero un pie y después el otro.

De pie, con las piernas un poco separadas, levantar ligeramente un pie del piso y rotar el tobillo a un lado y a otro. Primero un pie y después el otro.

*Para estos movimientos, apoyarse en música de tiempo moderado, de ritmo muy marcado y que sugiere el movimiento que se va a realizar.



NOTA: Los ejercicios del esquema corporal, se continuarán durante todas las sesiones y se propiciará esta segmentación con toda la frecuencia posible, variando las melodías utilizadas para no saturar auditivamente al paciente y evitar la monotonía.

4. *Establecer articulación coxofemoral.*
Sentados sobre el piso y apoyándose con las manos y con las piernas estiradas y abiertas, girar la pierna completa hacia adentro y hacia afuera, sin levantarla. No es necesario que todos los pacientes realicen esta actividad al unísono y en la misma dirección.



· En esta misma posición, cruzar un pierna sobre la otra lo más ampliamente posible. Realizarlo varias veces con una pierna y luego con la otra. Después alternando las piernas. *Música de ritmo muy lento-cassette No. 1-



5. *Relajación.* Realizar la actividad de una de las sesiones anteriores.

6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

SESION 12

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* De pie, respirar profundamente varias veces hasta relajarse y sentir que se flota. *Hacerlo con música muy suave.

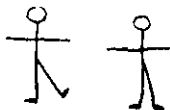


2. *Desplazamientos.* Realizar desplazamientos sobre las puntas y los talones de los pies. *Combinar el ritmo de la música: tiempo rápido para las puntas y tiempo moderado para los talones.

3. *Esquema corporal.* Seguir con las actividades de las sesiones anteriores.

4. *Equilibrio.* Parados sobre un pie, abrir y cerrar la otra pierna estirada con los brazos extendidos, hacerlo 8 veces con cada pierna.

* Música con ritmo de moderado a lento.



5. *Relajación.* Acostados o sentados cómodamente, contraer fuertemente maxilares y cuello, abriendo la boca y los ojos desmesuradamente.

Relajar completamente cara y cuello cerrando los ojos 4 veces. *Música suave.

6. *Cierre de sesión.*

ANOTACIONES.

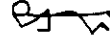
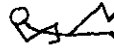
SESION 13

DURACION APROX. 1:30 HRS.

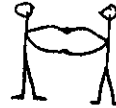
1. *Respiración.* Realizar la actividad de la sesión primera.

2. *Esquema corporal.* Continuar con la actividad de la sesión anterior.

3. *Controlar el manejo lateral de la articulación coxofemoral.* Acostados en el piso sobre el costado derecho, sostener la cabeza con el brazo derecho y apoyar la mano izquierda adelante en el piso para no rodarse; apoyar el pie izquierdo sobre la rodilla derecha formando una escuadra. Bajar la rodilla y apoyarla en el piso, levantarla a su posición original. Hacer esto mismo sobre el costado contrario.* Música de ritmo moderado-cassette No. 1-



4. *Ubicación corporo-espacial.* Trayectoria espacial. Apoyándose en música alegre, formar un círculo caminando: tomados de la mano o bien haciendo diversos movimientos. En una pausa de la música o a una señal de el instructor o terapeuta deshacer el círculo y formar círculos pequeños, siempre caminando, haciendo diversos movimientos o tomándose de las manos nuevamente. Ejecutar estos cambios varias veces.*Música de ritmo acelerado-cassette No. 1-



5. *Relajación.* Hacer el mismo ejercicio de la sesión anterior.

6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

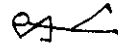
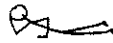
SESION 14

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Realizar la actividad de alguna de las sesiones anteriores.

2. *Esquema corporal.* Continuar con los ejercicios de las sesiones anteriores.

3. *Manejo lateral de la articulación coxofemoral.* Acostados en el piso sobre un costado, sostener la cabeza con una mano y apoyarse con la otra adelante en el piso para no rodarse; con las piernas extendidas una sobre otra, levantar y bajar la pierna que está encima. Hacer lo mismo sobre el costado contrario. Unas 4 veces. * Utilizar música de ritmo moderado.



4. *Sociabilización.* Expresión libre. Los pacientes escogerán su pareja para bailar o bien pueden hacerlo solos. * Música popular, de preferencia de nuestro país, folklórica o regional.

5. *Relajación.* Realizar la actividad de la sesión anterior.

6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

SESION 15

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Acostados y con los ojos cerrados, respirar profundamente hasta que los pacientes se encuentren tranquilos y tengan una respiración normal y pausada. Tomar conciencia de la respiración. * Sin música.



2. *Desplazamientos.* Repetir los desplazamientos de la sesión anterior.

3. *Esquema corporal.* Continuar con los ejercicios de las sesiones anteriores.

4. *Equilibrio y gran extensión de piernas.*
De pie con los talones juntos y las puntas de los pies separadas, juntar las palmas de las manos arriba de la cabeza con los codos abiertos, para conservar la espalda derecha y el equilibrio. Flexionar las piernas al máximo separando ampliamente las rodillas y levantando los talones al descender; tratar de que éstos rocen los glúteos. Volver a la posición inicial (de pie). *Apoyar esta actividad en música viva de tiempo alegre; no es posible hacer este ejercicio en tiempo lento, porque se pierde el equilibrio.



5. *Relajación.* Realizar alguno de los ejercicios de las sesiones anteriores.

6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

SESION 16

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* De pie, con las piernas ligeramente abiertas, respirar, inhalando con la nariz y exhalando por la boca. Colocar las manos en el vientre para sentir la respiración. * Sin música.



2. Seguir con los ejercicios de esquema corporal de las sesiones anteriores.

3. *Coordinación.* De pie, levantar la pierna derecha sin flexionar y al mismo tiempo levantar el brazo izquierdo y volver a la posición inicial. Realizar la misma actividad pero del lado contrario. Hacerlo 8 veces por cada par de miembros. *Utilizar música de ritmo muy marcado y tiempo moderado.



4. *Sensibilización.* Sentados en el piso, con las piernas extendidas, y apoyados con las manos atrás, observar con sus pies sin zapatos, cómo sus dedos se extienden y se encogen, se abren y se cierran.



5. *Relajación.* Seguir con los ejercicios de las sesiones anteriores.

6. *Cierre de sesión.*

ANOTACIONES.

SESION 17

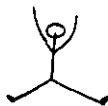
DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Realizar el ejercicio de la tercera sesión.

2. *Desplazamientos.* Combinar los desplazamientos de las sesiones anteriores a juicio del instructor.

3. *Esquema corporal.* Realizar ejercicios de las sesiones anteriores, procurando integrar en estos todas las partes del cuerpo.

4. *Sensibilización del cuerpo.* Sentados en el piso con los brazos levantados, el cuerpo derecho y las piernas abiertas y estiradas. Inclinar el cuerpo sobre una pierna a tratar de tocar la rodilla con la cabeza. Volver a la posición inicial e inclinar el cuerpo sobre otra pierna, varias veces.* Música de tiempo moderado.



5. *Relajación.* Sentados en una silla, cerrar los ojos y soltar el cuerpo, sintiendo que la fuerza de gravedad lo jala. Hacer un recorrido imaginario por cada parte del cuerpo desde la cabeza hasta los pies, siguiendo la voz del instructor que los guía poco a poco con voz suave. *Música suave con volumen bajo.-cassette No. 2-



6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

SESION 18

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Continuar con la actividad de la sesión anterior.

2. *Desplazamientos.* Realizarlos combinando, cambio de ritmo y posiciones.

3. *Realización de ejercicios diversos del esquema corporal. Cuello, hombros, brazos, cintura, piernas y pies.* *Música de ritmo acorde a los ejercicios a realizar.

4. *Equilibrio.* Realizar la actividad de un sesión anterior.

5. *Relajación.* Acostados sobre la espalda con los ojos cerrados, respirar profundamente hasta que los pacientes están tranquilos. * Poner de fondo música suave y tranquila.



6. *Cierre de sesión.*

ANOTACIONES.

SESION 19.

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* De pie, realizar un ejercicio del esquema corporal, atendiendo siempre a la respiración que será moderada. Esto tiene como objetivo la concientización de la respiración.



2. *Desplazamiento.* Realizar la marcha coordinando el movimiento de los brazos. *Se utilizará Música de ritmo alegre(de marcha). Realizar el ejercicio al ritmo de la música.



Los desplazamientos se harán en distintas direcciones.

3. *Esquema corporal.* Realizar las actividades de la sesión anterior. *Los movimientos se harán al ritmo de la música.

4. *Sociabilización.* Expresión libre. Poner música popular y dejar que los pacientes realicen movimientos o bailes a su gusto, por parejas o de manera individual.

Nota: Preguntar al paciente lo que experimenta al escucharla y anotarlo.

5. *Relajación.* Realizar la actividad de la sesión anterior.

6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

SESION 20

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* De pie, con las piernas ligeramente separadas tomar aire y levantar cabeza y brazos estirando el cuerpo. Contener la respiración por tres segundos contados por el instructor y exhalar flexionando la cintura hacia adelante y dejando caer los brazos súbitamente. Hacerlo unas 3 ó 4 veces. *Sin música.



2. *Esquema corporal.* Continuar con los ejercicios de las sesiones anteriores, procurando mover todos los segmentos corporales.

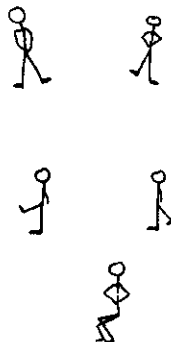
3. *Equilibrio*. De pie sobre un punto fijo:

· Con acompañamiento musical de tiempo moderado: separar ligeramente los pies e iniciar un balanceo hacia los lados levantando un poco la pierna y luego la otra, cambiando así de una a otra pierna el centro de gravedad. No flexionar la cintura.

· En la misma forma, elevar la pierna derecha y regresarla a su lugar; levantar la izquierda hacia atrás y regresar a su lugar. Alternar las piernas.

· Con las manos en la cintura, hincarse sin apoyar las manos en el piso, sino conservando el equilibrio.

En ninguno de estos ejercicios deberán salirse de su señal.



4. *Relajación*. Realizar una actividad de las sesiones anteriores.

5. *Cierre de sesión*.

ANOTACIONES.

SESION 21

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración*. Continuar con la actividad de la sesión anterior.

2. *Esquema corporal*. Seguir con los ejercicios de la sesión anterior.

3. *Sensibilización.* Elasticidad de la columna vertebral y aumento de la capacidad torácica.

· Acostados sobre la espalda con las piernas juntas y flexionadas, levantar el abdomen del piso ayudándose con las manos que se apoyarán debajo de los riñones y los codos en el piso. El cuerpo formará un arco sostenido por las plantas de los pies y la cabeza. Volver a la posición inicial.



El instructor podrá ayudar al paciente que no sienta la posición que debe adoptar su cuerpo.

· En la misma posición anterior, apoyarse en las palmas de las manos y levantar todo el cuerpo, extendiendo las piernas y colgando la cabeza hacia atrás para relajar el cuello. Sólo las plantas y las palmas sostienen el cuerpo. Volver a la posición inicial.



*Se utilizará música de tiempo lento.

4. *Expresión libre.* Con música popular, de preferencia la que ellos elijan, bailar en parejas o individualmente al compás de la música. Hacer observaciones de actitudes.*Música popular.

5. *Relajación.* Acostados en el piso sobre la espalda y con los ojos cerrados, respirar profundamente varias veces hasta que los pacientes estén tranquilos y el instructor considere que su respiración se haya normalizado.



Por medio de una conversación o narración con voz suave, hacerles sentir o que se imaginen que pesan mucho, como si fueran de piedra y que todo el peso de su cuerpo está firmemente apoyado sobre el piso.

Después, que se imaginen que no pesan y flotan en el aire, como un globo; o sobre el agua, como una barca; pero sin moverse en ninguna de las dos situaciones, puesto que lo importante es la concentración mental y la sensación de su cuerpo estático.*Musica suave-cassette No. 2-

b. Cierre de sesión.
ANOTACIONES.

SESION 22

DURACION APROX. 1:30 HRS.

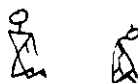
1. *Respiración.* Continuar con la actividad de la sesión anterior.

2. *Desplazamientos.* Realizar combinaciones de los distintos desplazamientos indicados en las sesiones anteriores: marcha, caminata, sobre las puntas o talones de los pies.

3. *Esquema corporal.* Continuar con la segmentación de la sesión anterior.

4. *Sensibilización.* Extensión de la columna vertebral. Aumentar la capacidad torácica, trabajo glúteos y hombros, capacita al paciente a manejar movimientos de su cuerpo hacia atrás.

Hincados, con las rodillas un poco abiertas, colgar la cabeza y los brazos hacia atrás, hasta que las manos se apoyen en los talones y puedan sostener el cuerpo. Volver a la posición inicial.



· Acostados boca abajo con las piernas dobladas, llevar la cabeza y los brazos hacia atrás y cojerse los pies con las manos. En esta posición realizar movimientos de balanceo sobre el vientre. Volver a la posición inicial. *Musica de ritmo muy lento v marcado-cassette No.2-



5. *Relajación.* Continuar con la actividad de la sesión anterior.

6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

SESION 23

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Realizar el ejercicio de la sesión anterior.

2. *Desplazamientos.* Realizar los mismos desplazamientos indicados en la sesión anterior. El instructor propiciará variaciones y combinaciones, tanto en tiempo (rápido o lento), como en distintas direcciones.

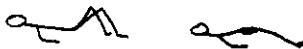
3. *Esquema corporal.* Ejercicios de distintos segmentos: cuello, hombros, brazos, cintura, piernas. *No olvidar que el ritmo de la música utilizada debe ser marcado y cada vez más rápido.

4. *Sensibilización.* Extensión de la columna vertebral y contracción del abdomen.

- Acostados sobre la espalda y con las piernas flexionadas, ayudarse con los brazos y manos a levantar las piernas y el cuerpo hasta que pasen por encima de la cabeza, hasta donde sea posible. No forzar al paciente.

- Volver a la posición inicial. Hasta hacer este ejercicio 3 ó 4 veces.

Nota: no deberá realizarse este ejercicio si no se han practicado todos los anteriores.



5. *Relajación.* A criterio del instructor, realizar alguna de las actividades de las sesiones anteriores.

6. *Cierre de sesión.*

ANOTACIONES.

SESION 24

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* De pie, con las piernas ligeramente separadas, respirar lentamente, colocando las manos sobre el vientre para sentir el movimiento de la respiración. *Sin música.

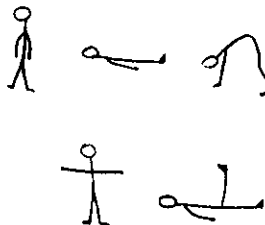


2. *Desplazamientos.* A cada cambio de ritmo o melodía, realizar distintos desplazamientos.

3. *Esquema corporal.* Segmentación rítmica para integrar el tiempo. Movilizar cada segmento de cabeza a pies, procurando que los movimientos se realicen siguiendo el pulso o tiempos de la música. *Utilizar música muy rítmica.

4. *Sensibilización.* Realizar posturas corporales ejemplificando figuras geométricas: vertical, de pie; horizontal, acostados en el piso, en triángulo, pies y manos en el piso sin doblar las rodillas; acostados con una y otra pierna arriba, simulando perpendicularidad; una cruz, de pie con los brazos extendidos a los lados.

* En cada posición pedir a los pacientes que sugieran un ejercicio siguiendo el ritmo de la música.



5. *Relajamiento.* Acostados cómodamente sobre la espalda y con los ojos cerrados, respirar profundamente varias veces. Sentir las extremidades de su cuerpo, que el instructor indicará con voz suave, enumerándolos en el orden natural. Ejemplo: Dedos, manos, muñeca, antebrazo, brazo, hombro. En este orden enumerar los segmentos de las piernas. *Música suave-cassette No. 2-

Nota: al principio, tal vez los pacientes muevan las partes para sentir las; poco a poco se podrá lograr que sean capaces de sentir las sin ejecutar ningún movimiento.

6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

SESION 25

DURACION APROX. 1:30 HRS.

1. *Respiración.* Realizar una actividad de respiración sugerida por los pacientes.

2. *Desplazamientos.* Continuar realizando toda clase de desplazamientos.

· Variante. Desplazarse cambiando la posición de los brazos según sugiera el instructor o uno de los pacientes. *Apoyarse en música de tiempo moderado. Hacer una pausa o reforzarla con un acorde tuerte de piano para el cambio de posición de los brazos. Ejemplo: Brazos arriba, brazos abajo.

3. *Esquema corporal.* Realizar los movimientos de la sesión anterior, pero con música de ritmo aún más rápido. De cabeza a pies.

4. *Coordinación.* Subir el pie izquierdo con la mano derecha, sin doblar la rodilla. Volver a la posición inicial. Hacerlo con los miembros contrarios, primero uno y luego otro. Realizar este ejercicio por varias veces. *Música de tiempo moderado.



5. *Relajamiento.* Acostados sobre la espalda y con los ojos cerrados, respirar profundamente varias veces. Sentir las diferentes partes del cuerpo (tronco), enumeradas por el instructor con voz suave y pausada. Ejemplo: pecho, vientre, etc.



Procurar que lo pacientes no realicen ningún movimiento, el objetivo es la concentración en cada parte de su cuerpo y sentirlo. *Música sedante.

6. *Cierre de sesión.*
ANOTACIONES.

APENDICES

Palmadas

Andante

The musical score for 'Palmadas' is written in 4/4 time and consists of five systems of two staves each. The key signature is one flat (B-flat). The tempo is marked 'Andante'. The score includes various musical notations such as notes, rests, and chords. The word 'perdido' is written above the first staff in the first system and above the second staff in the second system. The first system begins with a treble clef and a bass clef. The second system begins with a treble clef and a bass clef. The third system begins with a treble clef and a bass clef. The fourth system begins with a treble clef and a bass clef. The fifth system begins with a treble clef and a bass clef. The score is written in a standard musical notation style with a clear layout.

The first system of musical notation consists of two staves. The upper staff is in treble clef and begins with a whole rest, followed by a series of sixteenth-note chords. The lower staff is in bass clef and contains a bass line with quarter and eighth notes.

The second system of musical notation consists of two staves. The upper staff continues the melodic line with eighth and sixteenth notes. The lower staff continues the bass line with quarter notes.

The third system of musical notation consists of two staves. The upper staff features a melodic line with some chromaticism. The lower staff continues the bass line. The word "Perdido" is written in the right margin of this system.

The fourth system of musical notation consists of two staves. The upper staff has a melodic line with eighth notes. The lower staff continues the bass line. The word "Perdido" is written in the left margin of this system.

The fifth system of musical notation consists of two staves. The upper staff has a melodic line with eighth notes. The lower staff continues the bass line. The word "perdido" is written in the right margin of this system.

The sixth system of musical notation consists of two staves. The upper staff features a series of chords, possibly representing a final cadence. The lower staff continues the bass line.

Pasos

Andante

The first system of musical notation consists of two staves. The upper staff is in treble clef with a key signature of two flats (B-flat and E-flat) and a 4/4 time signature. It begins with the tempo marking "Ben marcato" and contains a melodic line with quarter and eighth notes. The lower staff is in bass clef with the same key signature and time signature, providing a harmonic accompaniment with chords and moving bass lines.

The second system continues the piece with two staves. The upper staff features a melodic line with some rests and eighth-note patterns. The lower staff continues the harmonic accompaniment with chords and moving bass lines.

The third system continues the piece with two staves. The upper staff features a melodic line with some rests and eighth-note patterns. The lower staff continues the harmonic accompaniment with chords and moving bass lines.

The fourth system continues the piece with two staves. The upper staff features a melodic line with some rests and eighth-note patterns. The lower staff continues the harmonic accompaniment with chords and moving bass lines.

The fifth system continues the piece with two staves. The upper staff features a melodic line with some rests and eighth-note patterns. The lower staff continues the harmonic accompaniment with chords and moving bass lines.

Handwritten musical notation for the first system. The top staff is in treble clef with a key signature of two flats (B-flat major) and a 3/4 time signature. The bottom staff is in bass clef with the same key signature and time signature. The music consists of four measures. The first measure has a quarter note G4, a quarter note F4, and a quarter note E4. The second measure has a quarter note D4, a quarter note C4, and a quarter note B3. The third measure has a quarter note A3, a quarter note G3, and a quarter note F3. The fourth measure has a quarter note E3, a quarter note D3, and a quarter note C3. There are some handwritten annotations, including a 'p' in the second measure and a '4' in the fourth measure.

Handwritten musical notation for the second system. The top staff is in treble clef with a key signature of two flats (B-flat major) and a 3/4 time signature. The bottom staff is in bass clef with the same key signature and time signature. The music consists of four measures. The first measure has a quarter note G4, a quarter note F4, and a quarter note E4. The second measure has a quarter note D4, a quarter note C4, and a quarter note B3. The third measure has a quarter note A3, a quarter note G3, and a quarter note F3. The fourth measure has a quarter note E3, a quarter note D3, and a quarter note C3. There are some handwritten annotations, including a 'p' in the second measure and a '4' in the fourth measure.

El campo

Tempo di vals lento

The first system of musical notation consists of two staves. The upper staff is in treble clef with a key signature of one sharp (F#) and a 3/4 time signature. It contains a melodic line with notes G4, A4, B4, C5, B4, A4, G4, F#4, E4, and D4. The lower staff is in bass clef with the same key signature and time signature. It contains a bass line with notes G2, F#2, E2, D2, C2, B1, A1, and G1, along with rests.

The second system of musical notation consists of two staves. The upper staff is in treble clef with a key signature of one sharp (F#) and a 3/4 time signature. It contains a melodic line with notes G4, A4, B4, C5, B4, A4, G4, F#4, E4, and D4. The lower staff is in bass clef with the same key signature and time signature. It contains a bass line with notes G2, F#2, E2, D2, C2, B1, A1, and G1, along with rests.

The third system of musical notation consists of two staves. The upper staff is in treble clef with a key signature of one sharp (F#) and a 3/4 time signature. It contains a melodic line with notes G4, A4, B4, C5, B4, A4, G4, F#4, E4, and D4. The lower staff is in bass clef with the same key signature and time signature. It contains a bass line with notes G2, F#2, E2, D2, C2, B1, A1, and G1, along with rests.

The fourth system of musical notation consists of two staves. The upper staff is in treble clef with a key signature of one sharp (F#) and a 3/4 time signature. It contains a melodic line with notes G4, A4, B4, C5, B4, A4, G4, F#4, E4, and D4. The lower staff is in bass clef with the same key signature and time signature. It contains a bass line with notes G2, F#2, E2, D2, C2, B1, A1, and G1, along with rests.

The fifth system of musical notation consists of two staves. The upper staff is in treble clef with a key signature of one sharp (F#) and a 3/4 time signature. It contains a melodic line with notes G4, A4, B4, C5, B4, A4, G4, F#4, E4, and D4. The lower staff is in bass clef with the same key signature and time signature. It contains a bass line with notes G2, F#2, E2, D2, C2, B1, A1, and G1, along with rests.

Handwritten musical score for guitar, consisting of six systems of two staves each. The music is in G major and 2/4 time. It features various rhythmic patterns, including eighth and sixteenth notes, and rests. The score concludes with the instruction "S.D.C. y fin.".

Canto Alegre

Andantino

The first system of music is in 3/4 time, featuring a treble and bass staff. The key signature has two flats (B-flat and E-flat). The melody in the treble staff consists of quarter and eighth notes, while the bass staff provides a harmonic accompaniment with chords and single notes.

The second system continues the piece in 3/4 time. The treble staff features a more active melody with eighth-note patterns, and the bass staff continues with a steady accompaniment.

The third system begins with a tempo change to *Allegretto* and a new time signature of 2/4. The treble staff has a melody of quarter notes, and the bass staff has a simple accompaniment of quarter notes.

The fourth system is marked *simile* and continues in 2/4 time. The treble staff melody is similar to the previous system, and the bass staff accompaniment remains consistent.

The fifth system is a short concluding phrase in 2/4 time, consisting of a few notes in both the treble and bass staves.

Molino

Allegro

The musical score for "Molino" is written in G major (one sharp) and 2/4 time. It consists of five systems of piano accompaniment, each with a treble and bass staff. The first system begins with a treble staff containing a melodic line and a bass staff with a simple accompaniment. The second system features a treble staff with a melodic line and a bass staff with a more complex accompaniment. The third system includes a treble staff with a melodic line and a bass staff with a complex accompaniment, with a first ending bracket labeled "FIN" above the treble staff. The fourth system features a treble staff with a melodic line and a bass staff with a complex accompaniment. The fifth system features a treble staff with a melodic line and a bass staff with a complex accompaniment, ending with a double bar line and repeat signs.

3.5 Actividades

META	ACTIVIDADES	RECURSOS	COSTOS
Selección Musical	1. Concertar una cita con el pianista 2. Escuchar las melodías 3. Seleccionar partituras	1. Honorarios del pianista 2. Partituras 3. Transporte	\$250.00 \$ 50.00 \$ 50.00
Selección de ejercicios	1. Concertar cita con un instructor capacitado de ejercicios aerobicos 2. Seleccionar un bloque de ejercicios adecuados a las características de los pacientes distribuidos en 25 sesiones.	1. Honorarios del instructor 2. Transporte	\$250.00 \$ 80.00
Grabación de audiocassette (psicomotricidad)	1. Concertar una cita con el pianista, explicando el objetivo de la grabación, y haciendo entrega de partituras ordenadas y de un audiocassette 2. Después de unos días, recoger la grabación	1. Honorarios del pianista (con equipo de grabación) 2. Audiocassette 3. Transporte	\$250.00 \$ 25.00 \$ 50.00
Grabación de audiocassette (relajación)	1. Escuchar música suave ya grabada (discos compactos) 2. Seleccionar las melodías 3. Hacer la grabación de la música en un aparato de sonido	1. Renta de discos compactos 2. Audiocassette 3. Transporte	\$ 60.00 \$ 25.00 \$ 25.00
Diseño de portadas	1. Concertar una cita con un diseñador gráfico 2. Dar una información del programa y sugerencia de portadas 3. Imprimir los diseños	1. Honorarios del diseñador 2. Impresión a color 3. Transporte	\$350.00 \$ 40.00 \$ 25.00
Impresión del programa	1. Pasar borrador en computadora 2. Imprimir en láser	1 Renta de computadora 2. Impresión	\$200.00 \$200.00

Selección de pacientes.

1. Presentar programa de musicoterapia concluido al director del sanatorio.

1. Un programa de musicoterapia

2. Papelería

\$ 50.00

3. Bata blanca

\$ 70.00

4. Transporte

\$ 70.00

2. Pedir autorización para aplicar el programa y seleccionar a los pacientes. Esto se hará presentando un programa de trabajo que incluye el objetivo del programa, y horario de aplicación así como su duración.

3. Analizar expedientes y con la ayuda del psicólogo a cargo hacer la selección de pacientes.

4. Seleccionar a un máximo de 5 pacientes de sexo masculino con edades de entre los 18 y 50 años con problemas de movimiento sin lesión anatómica irreversible.

Aplicación del programa	<p>1. Reunir a los pacientes ya seleccionados.</p> <p>2. Realizar los ejercicios con la música correspondiente.</p> <p>3. Hacer anotaciones de lo observado en cada sesión, al final de cada una de éstas.</p>	<p>1. Programa de musicoterapia</p> <p>2. Salón amplio y ventilado con tomacorriente eléctrica.</p> <p>3. Programa de trabajo.</p> <p>4. Reproductora de audiocassettes (grabadora). 5500.00</p> <p>5. Audiocassettes previamente grabados</p> <p>6. Colchonetas o cojines. 5200.00</p> <p>7. Ropa cómoda para los pacientes (pants y tenis). 5350.00</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>
TOTAL			53195.00

3.6 Cronograma

ACTIVIDADES	SEMANAS											
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	6a.	7a.	8a.	9a.	10a.	11a.	12a.
Selección Musical	■	■										
Selección de Ejercicios		■	■	■								
Grabación de Cassette de Psicomotricidad		■	■	■								
Grabación de Cassette de Relajación			■									
Diseño de Portadas		■	■									
Impresión del Programa					■							
Selección de Pacientes						■						
Aplicación del Programa								■	■	■	■	■

3.7 Seguimiento y continuidad del proyecto

Este programa está diseñado para pacientes psiquiátricos hospitalizados y aunque se especifican las instalaciones para su ejecución, es posible adaptarlo a cualquier lugar que reúna las condiciones más elementales que se sugieren.

El instructor podrá ser cualquier persona que se quiera comprometer a aplicarlo y concluirlo (estudiante, psicólogo, etc.), bastará con el filtro del propio sanatorio para considerarse apto para su ejecución.

Podrá adaptarse a las condiciones del lugar y de los pacientes (unos de más lento avance que otros).

Es posible que tenga la misma utilidad durante mucho tiempo si se lleva a cabo con exactitud el desarrollo de éste.

Por otro lado, al programa se le podrán hacer ajustes o incluso aumentos o disminuciones en el número de sesiones.

Existe también la posibilidad, de que se haga una investigación de tipo experimental y se realicen comparaciones por medio de registros adecuados, antes, durante y después de la aplicación del programa.

3.8 Evaluación

Este trabajo, aunque ha tratado de hacerse lo más completo posible, podría documentarse aún más, es decir, es tan amplio el campo de la música y lo que con ella se puede hacer, que sería imposible plasmarlo todo en una sola investigación.

Este proyecto de desarrollo, es solo una parte de todo lo que se podría realizar, tanto en el campo de la Musicoterapia, como del desarrollo y aplicación del propio proyecto.

Podría complementarse, como investigación experimental, llevándolo a la práctica y haciendo registros y comparaciones, así, sería posible saber con exactitud, qué tipo de cambio se dió en los pacientes, tomando en cuenta que cada ser humano es totalmente diferente a los demás y que por supuesto cada uno dará una respuesta distinta.

Es probable también que se manejara este programa no solo con pacientes psiquiátricos, aunque el marco del proyecto lo refiera así. El *ejercicio* de nuestro cuerpo es muy positivo para la salud mental y física, estemos sanos o no, y como, tanto éste como la *música* ayudan a *oxigenar* la sangre, pues que mejor que realizarlo.

Puede también aplicarse a niños, modificándose un poco con juegos y saltos, bailes y canciones, como lo hacen en su libro Rivas García de Núñez y colaboradores, en quienes nos basamos para hacer la elección de los ejercicios para el proyecto.

El Programa de Musicoterapia incluye ejercicios de respiración y relajación, y ya que poco contacto tenemos hoy en día con nuestro cuerpo, es posible que cualquier persona que así lo desee pueda realizarlos, porque además cuenta con música previamente seleccionada para este fin.

Por otra parte, es preciso recordar, que la Musicoterapia, es un coadyuvante en el tratamiento o rehabilitación, de algunos padecimientos. En distintas disciplinas tales como la Psicología, puede la música apoyar en lo anteriormente dicho, sobre todo que, la Musicoterapia no se despega nunca de ella, pues es parte de la Psicología misma.

Por mencionar algunos ejemplos, podemos decir, que por medio del canto, un niño puede expresar su ansiedad, y nos percatamos de ella cuando lo escuchamos gritar en vez de solo entonar la melodía.

Así, existen muchas maneras de utilizar la música, ya sea en diagnóstico como en tratamiento y rehabilitación, siendo este último el objetivo de este programa de ejercicios de psicomotricidad.

3.9 Conclusiones

La Musicoterapia como disciplina de especialización, se ha abordado actualmente con mayor interés, por desgracia en nuestro país no contamos con dicha especialidad. Sin embargo, esto no impide el que podamos realizar cada vez más investigaciones o estudios relacionados con la música o los sonidos. Este proyecto es uno de esos casos, donde a pesar de el poco material con el que se contó para su realización, ha permitido realizar una investigación expresando la importancia que la *música* tiene para los seres humanos en distintos aspectos y situaciones de su vida como: la de cuna, la folklórica con la que nos identificamos profundamente, la música comercial o de moda, entre otros muchos estilos.

Al término de este proyecto, podemos concluir que realmente la *música* puede servirnos para apoyar distintos tratamientos, porque la llevamos dentro, es parte de nosotros mismos, de la naturaleza que nos rodea, y podría afirmarse que la *música* es un elemento vital para todo ser vivo, tanto como al aire o el agua.

Utilizándola de una forma más profesional o científica, podemos ver cambios distintos en personas que así lo requieran, como el caso de un paciente psiquiátrico hospitalizado con problemas de movimiento, donde además de su padecimiento, su etiqueta puesta por la misma sociedad y el muy frecuente abandono familiar, su impedimento físico para desplazarse o satisfacerse, lo hacen probablemente sentirse inferior, no amado y en ocasiones despersonalizado.

Cabe pues recordar por último, el papel tan importante que la Musicoterapia tiene actualmente, y el uso que a ésta se le pueda dar en diferentes momentos y situaciones de la vida del hombre que así lo requiera.

UPAEP
BIBLIOTECA CENTRAL
TESIS
USO ÚNICAMENTE EN SALA



BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFÍA

1. Alvin Juliette. (1990). *Musicoterapia*. (2da.Ed.) España: Paidós Educador.
2. Benenson, Rolando O. (1985). *Manual de Musicoterapia*. España: Paidós Educador.
3. Bergeret, J. (1975). *Manual de psicología patológica*. España: Toray Masson.
4. Bergés, J. Bounes, M. (1977). *La relajación terapéutica en la infancia*. Barcelona: Toray Masson.
5. Coste, J.C. (1979). *Las 50 palabras claves de la psicomotricidad*. Barcelona: Técnica Médica.
6. De la Guardia, Ernesto (1982). *Compendio de historia de la música*. Argentina: Ricordi.
7. Ducourneau, Gerard (1988). *Musicoterapia. La comunicación musical: su función y sus métodos de terapia y reeducación*. España: Plus Vitae.
8. Fucci, S., Benigni, M. (1988). *Bio Mecánica del aparato locomotor aplicada al acondicionamiento muscular*. España: Doyma.
9. Fraisse, Paul (1976). *Psicología del ritmo*. España: Morata.
10. Gaetner, Rose. (1981). *Terapia Psicomotriz y Psicosis*. España: Paidós.
11. Hernández Tellez, Alicia (1989). *Musicoterapia en la Educación Especial*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.
12. LeBoulch, J. de. (1980). *La educación por el movimiento*. Argentina: Paidós.
13. Luria A.R. (1966). *Higher cortical functions in man* New York: Basic Books.
14. Lussy, M. (1945). *El ritmo musical, su origen, función y acentuación*. Buenos Aires. Ricordi.
15. Maigre, A. y Destrooper, J. (1986). *La educación psicomotora*. (3ra. Ed.) España: Morata.
16. Martin, B. (1985). *Psicología anormal, enfoques científicos y clínicos*. (2da. Ed.) México: Interamericana.
17. Merani, Alberto. (1982). *Diccionario de Psicología*. (3ra. Ed.). México: Grijalbo.
18. Prado, Juan Manuel (Dir.) (1990). *Enciclopedia práctica de Psicología. La organización psicomotriz*. México: Plaza and Janes.
19. Rincón C. (1977). *La imagen corporal*. México: Pax-México.
20. Rius Sant, Joan (1990). *Enciclopedia General del Ejercicio. Las bases del atletismo*. España: Paido Tribo. Vol. VIII.
21. Rivas García de Núñez, M., Aroyo, A., García, E. *Actividades musicales preescolares*. (4ta. Ed.) México: Kapelusz Mexicana S.A. de C.V.
22. Sánchez Laguna, Ma. del Carmen (1984). *La música en psicoterapia*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
23. Shestack, Robert. (1989). *Manual de Fisioterapia*. México: El Manual Moderno.
24. Thayer Gaston, E. (1981). *Tratado de Musicoterapia*. Argentina: Paidós.