

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE MAESTRO EN
EDUCACIÓN PRIMARIA

LA MUSICOTERAPIA EN NIÑOS Y NIÑAS CON AUTISMO:
LA TERAPIA BENENZON.

LOREA MACHÍN BERGÉS Y NOEMI PADILLA ALONSO.

CURSO ACADÉMICO 2019/2020
CONVOCATORIA: JULIO
TUTORA: ENCARNACIÓN TABARES PLASENCIA.

RESUMEN:

La música presenta numerosos beneficios terapéuticos en todo tipo de individuos, y es a través de la Musicoterapia, donde se logra mejorar y estimular elementos fundamentales de nuestra conducta. En el caso de las personas con autismo (TEA), plantearse utilizar la musicoterapia para lograr cambios y mejoras, es todo un acierto, puesto que está comprobado que se obtienen resultados más que notables.

Es por ello, que, a través de este estudio, hemos recopilado información para entender la relación que presenta la musicoterapia aplicada a esta enfermedad crónica, y el planteamiento de un método concreto frente a otros posibles modelos.

PALABRAS CLAVE: *Musicoterapia, Autismo, Música, Modelos, Terapeuta, Paciente. Objeto intermediario.*

ABSTRACT:

Music has been found to be therapeutic for all types of person. It is through music therapy where elements of our behaviour can be improved and stimulated. A person who may suffer from autism can use music therapy to achieve changes in their behaviour, as it is proven better results are obtained through this.

Hence why through this study we have gathered information to understand the relationship of music therapy and this chronic disease.

KEY WORDS: *Music Therapy, Autism, Music, Model, Therapist, Patient. Intermediary Object.*

ÍNDICE:

1. Introducción.....	4
2. Marco teórico.....	5
2.1. El autismo.....	5
2.1.1. La educación del niño o niña autista.....	6
2.2. La musicoterapia.....	7
2.2.1. La música.....	7
2.2.2. Definición de Musicoterapia.....	9
2.2.3. Características terapéuticas de la música.....	10
2.2.4. Principios de la musicoterapia.....	12
2.2.5. Musicoterapia en la Educación Especial; Autismo.....	13
3. Terapia Benenzon.....	14
3.1. El complejo SONIDO-SER HUMANO-SONIDO.....	15
3.2. Efectos terapéuticos, psicoprofilácticos, de rehabilitación y sociales.....	16
3.3. Modelo teórico. ISO.....	17
4. Revisión de la Terapia Benenzon a partir de otros modelos.....	18
4.1. Modelo Conductista.....	18
4.2. Modelo Analítico.....	20
4.3. Modelo GIM.....	21
4.4. Modelo Humanista Transpersonal.....	22
5. Conclusiones.....	24
6. Bibliografía.....	26

1. Introducción.

Este Trabajo de Fin de Grado surge de la iniciativa de unir dos temas, que, a priori, pueden considerarse totalmente independientes el uno del otro: la música y el autismo.

A pesar de ser temas aislados, presentan una gran conexión que nos hace plantearnos dichas cuestiones:

¿La musicoterapia puede considerarse un buen tratamiento para la mejora de ciertas habilidades de niños y niñas con esta enfermedad crónica? y, por otro lado, ¿Es la terapia Benenzon, en comparación al resto, efectiva?

Para llegar a una conclusión sobre esta cuestión, hemos seleccionado, analizado críticamente y agrupado información esencial sobre ambos temas, puesto que, para entender la posible relación entre ellos, hay que entender previamente las características y significados de cada uno, por separado. Para ello nos hemos marcado tres objetivos.

En primer lugar, entender del Trastorno del Espectro Autista (TEA), su significado y su recorrido a lo largo del tiempo, destacando a dos de sus pioneros: Leo Kanner y Hans Asperger. Además, descubrir sus manifestaciones prototípicas, que se encuentran ligadas a las posibles dificultades, en menor o mayor medida, de comunicación, intereses o relaciones sociales, teniendo en cuenta que *“Las pautas de tratamientos, las decisiones terapéuticas y educativas, dependen de las características específicas del desarrollo y el trastorno de cada persona con autismo en particular, y no tanto de la “etiqueta” de autismo”* (Rivière, 2001: 54).

En segundo lugar, recopilar información sobre la música, ligada a su vez al ámbito de la terapia, su funcionalidad y objetivos. Para ello partiremos de la premisa de un conocimiento previo de la existencia de cualidades no verbales de las que dispone la música a la hora de servir como elemento estimulador y facilitador, además de ser vehículo de información.

Y, por último, el análisis y posible validación o descarte de un método enfocado en ambos temas: *“El Modelo Musicoterapéutico de Rolando. O. Benenzon”*, creado por un médico especialista en el ámbito de la Musicoterapia aplicada al autismo y a pacientes en coma y con Alzheimer. Además de su comparación con otros modelos, metodologías o terapias dedicadas al mismo fin.

2. Marco teórico.

2.1. El autismo.

Para comprender la totalidad del concepto de autismo que conocemos en la actualidad, debemos retroceder en el tiempo para entender sus orígenes y sus aproximaciones.

Bleuler (1911) describe el autismo como una esquizofrenia presente en pacientes adultos, basa en la evasión de la realidad y el repliegue sobre el mundo interior.

Posteriormente, Klein (1930) nunca utiliza el concepto de autismo, pero sí relata su primer tratamiento.

Ya, en 1944, Kanner afirma, tras realizar un estudio con 11 niños, que el desorden fundamental era la inaptitud en establecer relaciones normales con las personas y en reaccionar normalmente a las situaciones desde el principio de sus vidas. A partir de este estudio, oficializa el concepto de Autismo Infantil Precoz. Además, habla de la *tríada sintomatológica*, la cual aún está vigente en la actualidad en el diagnóstico de la patología: repliegue autístico, necesidad de inmutabilidad y trastorno del lenguaje.

Asperger (1944) se refiere a niños con características similares al niño con autismo descrito por Kanner, pero con una menor afectación.

Finalmente, Wing (1981) resuelve, a partir del concepto de “espectro autista”, un interrogante de gran peso, cuestionando el hecho de considerar los distintos grupos de afectación como entidades diferenciadas o bien, dentro de un mismo grupo, como aquellos sujetos que tienen en común una deficiencia en sus capacidades de interacción social, de comunicación y de imaginación.

Gracias a este conjunto de aproximaciones, se ha conseguido llegar a la siguiente conclusión, según Brun (2009: 26): “El autismo es una enfermedad crónica, pero mejorable, y la mejora no aparece por inercia o por un simple cambio evolutivo, sino como consecuencia de un tratamiento y de un trato adecuado, donde juega un papel primordial la precocidad en la intervención.”

Existen tres grandes conductas básicas del mundo interno de los niños con autismo:

- **Extrema y exagerada sensibilidad:** Es la base de unas vivencias frustrantes que generan desconfianza hacia el entorno y una dependencia de lo extremo que hace

vulnerable al niño con autismo, pendiente de la imprevisión del mundo que le rodea y que conlleva un aumento en sus intentos de control para paliar ese sufrimiento.

- **Pensamiento rígido:** Admisión de la ausencia, de “aquello que no está”. Las repeticiones y las rutinas les aportan tranquilidad. Este déficit en la capacidad de mentalizar, de imaginar lo que no está presente, lo que no se ve, comporta la imposibilidad de ponerse en el lugar del otro, de poder identificarse con él. Por lo que respecta al lenguaje, el pensamiento concreto se convierte en literalidad y explica la falta de comprensión de los dobles sentidos, de las metáforas, de las bromas y de las excepciones.
- **Dificultad en vivenciar el mundo emocional:** Tanto positivo como negativo. Tanto las experiencias del mundo interior, como del mundo de personas ajenas a él. Se sienten más cómodos, con frecuencia, en una cierta atonía emocional, alejada del trasiego que despierta la vivencia emotiva de los acontecimientos

2.1.1. La educación del niño o niña autista.

En ocasiones, entender un concepto solo por su definición o por su recorrido histórico puede resultar dificultoso, obteniendo como consecuencia, quedarnos en lo superficial, sin ser capaces de dar importancia a los detalles.

Hemos considerado que un buen método para profundizar en la comprensión de este tipo de trastorno, es hacer referencia a la educación del niño o niña autista, concretamente, en las necesidades que éstos presentan y en las posibles medidas de intervención.

En primer lugar, debemos saber que los síntomas de los niños y niñas con autismo abarcan un marco muy amplio. Nunca dos niños o niñas con esta patología presentarán los mismos signos. Por ello, debemos considerar a cada alumno o alumna de manera individual. Esto quiere decir que, en el momento de darle forma a las adaptaciones, tendremos que tener en cuenta las características presentadas por cada uno de ellos y ellas.

Sin embargo, podemos mencionar algunas de las condiciones que deben abarcar los programas de intervención en términos generales: ser estructurados, evolutivos y que se encuentren adaptados a las características personales de los alumnos y alumnas, implicar a las familias y a la comunidad, tratar de desarrollar objetivos positivos y basarse en un sistema de aprendizaje sin error.

La hiperselectividad es otra de las necesidades existentes en este tipo de trastorno frente a la educación. Ésta se conoce como la dificultad para responder a las múltiples características de los objetos y las personas. Para ello, debemos intervenir y enseñar a responder frente a estímulos complejos. Esta segunda necesidad está estrechamente relacionada con el fin último, que se presente conseguir en la educación de los niños y niñas con autismo.

Este objetivo pleno del que ya hablamos y queremos conseguir tiene que ver con la preparación de la vida para la comunidad. Que aprendan, vivan y se desarrollen, y no necesariamente en contextos donde prevalezca la integración.

Finalmente, queremos hacer una breve referencia a las manifestaciones principales. Éstas nos darán información relevante durante la etapa escolar, destacando los tres primeros años de edad del pequeño o la pequeña. Son las siguientes: deterioro de las habilidades lingüísticas, retrasos psicomotores, pérdida funcional de las habilidades manuales, estereotipias manuales, ambulación rígida y poco coordinada, deterioros en la implicación social, etc.

2.2. La musicoterapia.

2.2.1. La música.

2.2.1.1. Definición de Música.

La música se puede entender como un arte que se caracteriza por la combinación de sonidos siguiendo unas reglas, es decir, de organizar un tiempo concreto con diferentes componentes sonoros. Se trata de un lenguaje que posee y se encuentra al alcance de la totalidad de las personas, sin necesidad de llevar a cabo un estudio previo y que funciona como elemento de expresión y comunicación.

Entendida la música como un fenómeno universal que juega un importante papel en todo tipo de individuos y en todo tipo de culturas, Merriam (1964) afirma que: “no hay otra actividad cultural humana que sea tan penetrante como la música, la cual llega, moldea, y a menudo controla muchas de las conductas humanas.” (Citado en Davis et al., 2000, p.43).

Toda persona presenta cierta musicalidad, ya que todos los individuos se manifiestan de alguna manera ante la música. No es un elemento esencial para la vida de las personas, pero aun así la podemos observar en su día a día con importantes implicaciones.

2.2.1.2. Los efectos de la música.

La música influye en el ser humano de distinta manera en cada uno de los niveles y dimensiones del ser humano:

En la *dimensión fisiológica*, como explica Thaut (1989): “las respuestas fisiológicas a la música son producto de la constitución de cada individuo, única e idiosincrática, y que, a su vez, se ve influenciada por la experiencia psicológica individual ante la música” (Citado en Betés de Toro, 2000: 293). Estas respuestas fisiológicas suelen estar relacionadas con la respiración, presión sanguínea, ondas cerebrales, actividad muscular, entre otras.

En cuanto a la *dimensión emocional*, la música influye de manera notable en las emociones de las personas, puesto que la naturaleza no verbal de la música permite una comunicación y expresión a todo tipo de individuos, incluso a aquellos con habilidades para comunicarse más limitadas. Lo dijo Gastón (1968):

La música es un potente medio comunicador, que facilita al paciente la expresión y comunicación de sentimientos y emociones, incluso en ocasiones en la que los sentimientos se encuentran bloqueados. Es, por eso, que la música en el plano emocional permite; comunicar y expresar emociones, modificar estados de ánimos, provocar emociones y sentimientos, etc.

Si hablamos de la *dimensión cognitiva*, la actividad musical despierta el cerebro en diferentes niveles y provoca que cada individuo asocie la música de manera única e individual, de esa manera, genera imágenes, momentos y recuerdos pasados, estimulando a su vez, la imaginación y creatividad en cada persona.

La *dimensión social* también se ve influida por la música puesto que esta se considera un agente socializador. Como bien dijo Clair (1996) “la música ofrece oportunidades para compartir experiencias con los otros, lo que constituye una base para el desarrollo de relaciones sociales”. (Citado en Betés de Toro, 2000:295). Las actividades musicales en su mayoría se realizan de manera grupal por lo que, la música ofrece una experiencia para relacionarse con otros de manera coordinada y cooperativa.

Por último, influye en la *dimensión espiritual* de los individuos por la relación que desde los orígenes de la música se plantea entre ambas partes, ligada, por un lado, al ámbito religioso y, por otro lado, a la espiritualidad de la música por sí misma, aunque se considera un efecto de difícil comprensión debido a su subjetividad.

2.2.2. Definición de Musicoterapia.

Para definir la Musicoterapia hay que considerar de qué manera es relevante para la persona que pregunta. Esto implica que, para músicos profesionales, público general y personas que tocan instrumentos, su definición no esté ligada a la misma faceta o enfoque.

Las distintas definiciones que podemos encontrar delimitan la esencia misma de la disciplina, puesto que con unas simples frase se dice “qué es y qué no es” al igual que al “que pertenece, y a qué no”, por lo que continuamente se pone límites al campo. Aunque por un lado es importante tener conocimiento de esos límites para saber qué tipo de pacientes y que problemas son favorables para el tratamiento de la musicoterapia.

Las definiciones sobre la musicoterapia, más que argumentos objetivos, expresan creencias personales y profesionales de quien la define, puesto que reflejan un punto de vista específico de la música y de la terapia a través de ella. Y esto es evidente mediante la comparación de la gran cantidad de definiciones sobre el concepto.

Se plantean a continuación definiciones de distintos autores:

La enfermera y profesora de Musicoterapia Vaillacourt (2009:50) define la música como: “La utilización juiciosa y estructurada de la música o de actividades musicales a cargo de un profesional formado, que tiene como objetivo restaurar, mantener o mejorar el bienestar físico, emocional, social, cognitivo y psicológico de una persona”

La musicoterapeuta Schwarcz (2002: 36) cita a Alvin (1967), violonchelista pionera en Musicoterapia, que define la disciplina como: “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, emocionales”

Poch (1999), doctora en Filosofía y Letras y Musicoterapeuta, hace referencia a la Musicoterapia como: “La aplicación científica del arte de la música y la danza, con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta”.

El profesor emérito de musicoterapia de la Universidad de Temple en Filadelfia, Bruscia (1989:44) especifica que:

La musicoterapia es un proceso, una intervención sistematizada, regular y organizada que se desarrolla en el tiempo, en áreas musicales y no musicales. No es una intervención terapéutica aislada o una única experiencia musical que lleva a una cura espontánea, es un proceso de cambio gradual que conducirá al cliente a un estado deseado, y para el terapeuta una secuencia sistemática de intervenciones que llevarán a cambios específicos al paciente. (Citado en Camacho, 2006: 162)

Tras las numerosas definiciones de distintos autores, presentamos el enunciado que presenta la National Association for Music Therapy (NAMT), puesto que es la institución más antigua de la profesión. Cita extraída de un folleto de 1980: “Una carrera en musicoterapia” (citado en Davis et al., 2000:7):

La musicoterapia es la utilización de la música para conseguir objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y mejora de la salud mental y física. Es la aplicación sistemática de la música, dirigida por un musicoterapeuta en un contexto terapéutico a fin de facilitar cambios en la conducta. Estos cambios ayudan a que el individuo en terapia se entienda mejor a sí mismo y a su propio mundo, llegando así a adaptarse mejor a la sociedad. Como miembro de un equipo terapéutico, el musicoterapeuta profesional participa en el análisis de problemas individuales y en la selección de objetivos generales de tratamiento antes de planificar y dirigir actividades musicales. Se realizan evaluaciones periódicas para determinar la efectividad de los procedimientos empleados.

Por todo ello, para poder entender bien el concepto de musicoterapia debemos tener claro la existencia y relación de los tres elementos que se encuentran relacionados de manera directa; el paciente, la música y el terapeuta.

2.2.3. Características terapéuticas de la música.

Seguidamente, hablaremos sobre las características que se suelen mencionar de la música como elemento terapéutico:

Universalidad: La música se conoce como un lenguaje universal puesto que, como bien dijo Nettl (1956): “La música tiene universalidad en tanto que es un elemento presente en todas las culturas conocidas” (Citado en Betés de Toro, 2000: 296). De tal manera, que, como terapia, la música es efectiva según Katsh y Merle-Fishman (1998) “Porque somos seres innatamente musicales: nuestras primeras percepciones y comunicaciones con nosotros y con los demás se

dan a partir del sonido y del ritmo”. (Citado en Betés de Toro, 2000:296). La accesibilidad a la música facilita el tratamiento con musicoterapia, siendo la música un elemento de gran atractivo para los individuos, permitiendo una implicación en la experiencia terapéutica.

Flexibilidad: La flexibilidad que permite la música a la hora de trabajar con diferentes niveles y objetivos es una de las características principales de la musicoterapia. Como bien explica Clair (1996): “La flexibilidad o adaptación de la música al sujeto, facilita que éste tenga experiencias satisfactorias sea cual sea su grado de discapacidad”, afirmación que apoya Thaut (1990) al comentar que la música “eleva su autoestima y promueve una más fácil implicación y motivación de cara a sesiones posteriores”. (Citado en Betés de Toro, 2000: 297). De este modo el musicoterapeuta aprovecha esta flexibilidad para adaptarse a las necesidades de cada individuo, teniendo en cuenta los objetivos y el colectivo con el que se trabaja.

Estructura y orden en el tiempo: Según Sears (1968): “La música posee una estructura y orden inherentes”. Teniendo en cuenta esto, podemos decir que la música demanda una conducta cronológica, más concretamente, es el individuo quien debe comprometerse con la experiencia momento a momento, puesto que la música presenta su existencia únicamente a través del tiempo, es decir, el sujeto debe adaptarse y orientarse a la realidad. (Citado en Betés de Toro, 2000: 297)

Experiencia estética: Al igual que el resto de artes, la música facilita una experiencia estética, satisfaciendo así sus necesidades humanas, es decir, si se lleva a cabo una experiencia de manera exitosa, esta provoca un crecimiento personal y una mejora en su autoestima. Esto llevado a la terapia musical presenta aportes positivos, como bien dijo Albridge (1999): “Estas experiencias estéticas contribuirán a una mejor calidad de los pacientes de musicoterapia” (Citado en Betés de Toro, 2000:297)

Preferencias musicales: Cada cultura responde de una manera diferentes a los tipos y estilos musicales, por lo que, se generan diferentes reacciones y respuestas hacia la música, generando así diferencias tanto, culturales e intergrupales, como también intragrupalas, es decir, cada persona elegirá un tipo de música diferente. En el caso de la musicoterapia, el conocimiento de los gustos e intereses de cada individuo es fundamental para trabajar, puesto que estos generan mayor motivación e implicación a la hora de realizar las tareas o presentar emociones.

Lenguaje simbólico – no verbal: La música se trata de “un lenguaje no verbal” (Gastón, 1968), que permite a cada individuo otorgar un significado personal y subjetivo a través de esa proyección individual. Esta cualidad no verbal y simbólica de la música permite la llegada a todos los individuos en diferentes aspectos sin necesidad del uso de la palabra.

Multidimensionalidad: A la hora de establecer los objetivos terapéuticos, que se encuentran ligados a la ayuda en las áreas o niveles que precisen los pacientes, la multidimensionalidad de la música es un elemento favorable puesto que permite la intervención integral de una persona reforzando así el valor terapéutico, produciendo efectos a niveles o dimensiones diferentes: “biológico, fisiológico, psicológico, intelectual, social, espiritual” (Poch, 1999 - citado en Betés de Toro, 2000:298)

2.2.4. Principios de la musicoterapia.

En cuanto a los principios de la musicoterapia, diferentes autores hablan sobre los aspectos que podemos encontrar. Si los estudiamos en su conjunto se podría sintetizar de la siguiente manera:

Principio del “ethos” griego: La comunidad griega fueron los primeros en sostener que la música tenía un “ethos” y que influida en el estado emocional de las personas. Como especifica Monro (1894): “Entre los movimientos de la música y los movimientos físicos y psíquicos del hombre existen relaciones íntimas que hacen posible a la música ejercer un determinado influjo sobre el estado fisiológico y el estado anímico del ser humano”.

Principio homeostático: Este principio elaborado por el psiquiatra estadounidense Altschuler (1996) nos habla de la música como “una de las grandes invenciones del hombre”, de la influencia que ha tenido tanto en el desarrollo de culturas como de civilizaciones. La música influye como fuente de equilibrio, comportándose como un factor de homeostasis en el ámbito social, intelectual, entre muchos otros. Regulando especialmente y con grandes evidencias la agresividad de los individuos gracias a lo que conocemos como “ritmo”. (citado en Millán, 2006)

Principio de ISO: Benenson (1998) acuñó este principio definiendo el “ISO” como “el conjunto infinito de energías sonoras, acústicas y de movimiento, que pertenecen a un individuo y las caracterizan”. De esta manera, indicó la idea de que existen sonidos que caracterizan e

individualizan a las personas. Estas conclusiones fueron extraídas tras apoyarse en la teoría sobre la que ya había trabajado Altschuler, sobre la realidad de que cada persona se comunica conforme a un tempo mental según sus vivencias.

2.2.5. Musicoterapia en la Educación Especial: Autismo.

La musicoterapia es un elemento de mejora en las conductas de comunicación en personas con TEA. Varios estudios han verificado que las personas con esta patología muestran mayor interés a estímulos sonoros que son musicales, y a su vez, también se ha demostrado que la musicoterapia influye de manera significativa y positiva al tratar con autistas, estimulando su exterior sin necesidad de un contacto humano directo.

Como bien comentábamos anteriormente, cada individuo necesita una terapia específica debido a la gran diversidad de tipos que incluye el Autismo, y en el caso de la musicoterapia se dan las mismas condiciones. Algunos de los tratamientos de música que han resultado positivos en los niños y niñas, están relacionadas con; la mejora del desarrollo socio-emocional, utilizando un instrumento musical como objeto intermediario entre el niño y la otra persona. También, con la comunicación tanto verbal como no verbal, con el uso de sonidos específicos que estimulan la comunicación. Y, asimismo, como en su mayoría responden correctamente a los estímulos musicales, esto les proporciona un entorno no amenazante para ellos.

Las terapias musicales ayudan a las personas autistas en lo referido a diferentes criterios como pueden ser: Fomentar una mayor comprensión del lenguaje y el deseo de comunicarse, enseñar las habilidades sociales de las que carece esta patología, aumentar la creatividad y la expresión y también la disminución de la ecolalia (repetición sin control de las palabras señaladas por otra persona). A su vez, las sesiones de musicoterapia también proporcionan libertad de comportamiento a los niños y niñas, permitiéndoles de esa manera una expresión libre.

La ejecución de estas terapias ha conseguido en el ámbito musical que realicen movimientos de manera espontánea con tipos de música concretos. También, que repitan partes de canciones escuchadas dentro de su ámbito activo, como, por ejemplo, canciones de anuncios de televisión. Y, además, ha provocado un aumento en la atracción a distintos sonidos o fuentes sonoras, entre otras cosas.

Actividades como cantar, tocar instrumentos, realizar movimientos con música o hacer improvisaciones rítmicas, han generado generalmente buenos resultados en las terapias con niños y niñas con esta patología.

3. Terapia Benenzon.

La Terapia Benenzon recibe dicho nombre por su autor, Rolando O. Benenzon. Benenzon es un médico psiquiatra argentino formado en psicoanálisis y técnicas psicodramáticas. Y, también, músico y compositor. Benenzon ha escrito a lo largo de su vida un amplio conjunto de libros, entre los que se pueden destacar: *Manual de musicoterapia* (1981); *Musicoterapia en la psicosis infantil* (1982); *Teoría de la musicoterapia* (2008); *Los discapacitados y nosotros* (1995); *Sonido, comunicación y terapia* (2013); *Aplicaciones clínicas de la musicoterapia* (2013) y *La nueva musicoterapia* (2005). Es la mayor referencia en cuanto a la musicoterapia y su aplicación en el autismo, entre otros.

El hecho de que sea el mayor precursor en este ámbito, nos incita a utilizar su terapia para constatar de forma práctica los conocimientos previamente expuestos en nuestro marco teórico. Para ello, haremos referencia a la *definición de musicoterapia según Benenzon*, los *principios fundamentales que la caracterizan*, sus *efectos terapéuticos, psicoprofilácticos, de rehabilitación y sociales y el modelo teórico ISO; objeto intermediario*.

Esto nos servirá para, adentrarnos posteriormente en el funcionamiento de la terapia como tal, y su análisis y comparación con respecto a un conjunto de modelos previamente seleccionados (Modelo conductista; analítico; GIM y humanista transpersonal).

Dentro del marco teórico, hemos hablado de la musicoterapia según distintos autores, pero ninguno consigue darnos un único concepto donde se reúna la totalidad de sus requisitos fundamentales, algo que sí logra Rolando O. Benenzon.

Hoy en día defino la musicoterapia como una psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoro-musicales para establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupos de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad. (Benenzon, 2000:25).

Además, este añade el objetivo de la musicoterapia, que no es otra cosa que lograr una reacción comunicativa entre el terapeuta y el paciente con el que se trabaja, produciendo los diferentes tipos de efectos que se trabajarán con detenimiento más adelante.

La Terapia Benenzon ha sido aplicada al autismo y otros trastornos que se manifiestan como discapacidades mentales, trastornos sensoriales, motores, de la comunicación, afasia y reducción auditiva, además de a enfermos con Alzheimer y demencia, pacientes en coma, fase terminal, pacientes crónicos hospitalizados durante mucho tiempo, pacientes con adicciones (droga, tabaco, alcohol), trastornos psicológicos, enfermedades psicosomáticas y trastornos de la alimentación.

Finalmente, es necesario aclarar que dicha terapia no pretende hacer desaparecer una enfermedad, pero sí mejorar la vida del paciente abriendo nuevos canales de comunicación y dando forma a la relación terapéutica.

3.1. El complejo SONIDO-SER HUMANO-SONIDO.

La musicoterapia estudia el complejo cíclico conocido como *SONIDO-SER HUMANO-SONIDO*. Es un principio fundamental de dicha terapia y se centra en explicar las diferentes partes por las que está compuesto. Afirmamos que es un ciclo, porque el mismo estímulo que provoca la respuesta, tras un conjunto de procesos, da lugar a otro estímulo que beneficiará nuevamente al estímulo principal, y así, sucesivamente.

Este ciclo se organiza por las siguientes partes:

Los elementos productores de estímulos sonoros: Este primer sector habla de los productores de estímulos; por un lado, los sonidos de la naturaleza. Y, por otro lado, el cuerpo humano, al cual nos referimos como productor y creador de sonidos. En este último debemos hacer hincapié, ya que el ser humano funcionará como objeto intermediario en el modelo teórico ISO.

En segundo lugar, es el turno de *los estímulos sonoros posibles* (silencio, percepción interna, sonidos, palabras, ruidos, ultrasonidos e infrasonidos). Este segundo sector quiere subrayar las ventajas y las desventajas de este proceso que, informalmente, podemos llamarlo proceso comunicativo. Permite la comunicación, pero Benenzon muestra una gran

preocupación por el aislamiento y la incomunicación. Culpa a la presencia de lo electrónico, que produce estímulos nocivos.

En tercer lugar, alude a los distintos sistemas que conforman al ser humano (Sistema auditivo; de percepción interna; táctil y visual), que son, básicamente, los encargados de recoger la información de los estímulos producidos por los creadores y productores.

En cuarto lugar, apunta al sistema nervioso en concreto, el cual está formado por el cerebro, el tálamo, el bulbo y la médula.

Y, en quinto y último lugar, las posibles respuestas posibles de todo este proceso. Pueden ser de tipo motriz, emotivo u orgánico.

Debemos apuntar, ahora que conocemos cada uno de los puntos de este complejo, la importancia de la palabra “ciclo”. Si paramos a analizar el nombre de dicho complejo, empieza y termina por la misma palabra; sonido. El sonido con el que empieza el proceso, los estímulos sonoros posibles (sector dos) y, las posibles respuestas, que a su vez serán los nuevos estímulos que harán que el proceso cíclico tenga vida de nuevo.

Tenemos que tener claro, que este complejo es el objetivo que quiere conseguir Benenzon con los pacientes, abrir canales de comunicación.

3.2. Efectos terapéuticos, psicofilácticos, de rehabilitación y sociales.

El hecho de que la terapia de Rolando O. Benenzon se caracterice por ser un modelo no-verbal tiene gran cantidad de beneficios en un conjunto de campos de distinta índole.

Podemos hablar de:

- **Efectos terapéuticos.** Para entender los efectos terapéuticos, primero debemos entender qué son las estereotipias o quistes de comunicación. Estas son aquellas que se producen como consecuencia de la escasez o ausencia de comunicación entre dos personas o grupos de personas. En este caso, podemos hacer referencia a la relación entre un niño con autismo y su familiar. La musicoterapia, frente a este problema, será capaz, a partir de diversas técnicas, la disolución de este problema y la creación de un nuevo sistema de comunicación. Para lograrlo, se necesita tiempo y medidas terapéuticas.

- **Efecto psicofilático.** Posteriormente, cuando hablemos del modelo teórico ISO, haremos referencia a la identidad sonora del ser humano. Esta identidad se verá afectada positiva o negativamente en el individuo en función de las diferentes vivencias desarrolladas a lo largo del periodo prenatal, es decir, desde la fecundación hasta el nacimiento del bebé. Y es aquí donde entra el papel de la musicoterapia, con el fin de reducir lo máximo posible aquellos efectos negativos que se puedan producir en esta etapa gestacional. Los efectos musicoterapéuticos permitirán que la capacidad comunicativa entre la madre y el feto aumente, permita un buen parto y una relación efectiva y afectiva durante el primer año de vida del bebé.
- **Efecto de rehabilitación.** Este tipo de efecto se conseguirá gracias a que se puede trabajar en contextos no-verbales. Por lo tanto, siempre cabrá la posibilidad de adaptar instrumentos y poder trabajar terapéuticamente con niños o niñas aisladas, consiguiendo crear canales de comunicación entre ellos.
- **Efecto de sociedad.** Conseguir este tipo de efectos es tan necesario como los anteriores. Y se intentan lograr frente a los peligros que se presentan en la sociedad con respecto al uso indiscriminado de altos volúmenes sonoros con gran potencia o dos de las formas creadas por la sociedad de consumo, la música funcional y la música de fondo.

3.3. Modelo teórico. ISO.

Los complementos sonoros, junto con el mosaico genético heredado, da lugar a la identidad sonora del ser humano, justo en lo que se basa este modelo teórico llamado ISO. (Identidad sonora.)

Según Benenzon (2000: 67):

ISO es el conjunto de energías sonoras, acústicas y de movimiento que pertenecen a un individuo y lo caracterizan. Este movimiento constante está formado por las energías sonoras heredadas a través de las estructuras genéticas, por las vivencias vibratorias, gravitacionales y sonoras durante la vida uterina y por todas las experiencias analógicas desde el nacimiento hasta la edad adulta.

Además, este concepto es dinámico, esto quiere decir, según Benenzon (2000: 67) que: “está en constante movimiento de cambio que se nutre de los procesos de comunicación de ese individuo”

Finalmente, además de estas dos aportaciones, debemos tener en cuenta que el objetivo más importante de este modelo es encontrar el equilibrio entre el tempo mental del paciente y el tempo musical. Para ello, necesitaremos la presencia de un objeto intermediario, el cual, según Benenzon (2000: 71): “es todo elemento capaz de permitir el paso de energías de comunicación corporo-sonoro-musicales entre un individuo y otro”

Todos estos conocimientos los entenderemos con más claridad si hablamos del modelo teórico ISO y el objeto intermediario aplicado al autismo.

Se llegó a la conclusión, gracias a una práctica con títeres, que el mensaje que el terapeuta quería hacerle llegar al paciente, no era tan efectivo ni llegaba de forma tan directa si era él el que transmitía el mensaje. Sin embargo, si se utilizaba el títere, el paciente era capaz de salir de su zona de aislamiento y posteriormente, incluso hasta relacionarse. Se cree entonces que el títere, como fuente emisora, no poseía características humanas, por lo que el objeto pasaba a ser inocuo para el paciente y, por lo tanto, utilizable terapéuticamente.

Debido a la existencia de estos dos principios, llegamos a la conclusión de que la música, el sonido y el instrumento musical son los objetos intermediarios del terapeuta dentro de la musicoterapia. Esto permite que el terapeuta pueda relacionarse con el paciente sin desencadenar ninguna reacción de alarma, permitiendo entonces la interacción de roles y, posteriormente, la creación de vínculos.

Puede parecer contradictorio, porque se considera la fusión entre el instrumento y el terapeuta, dando pie a una propia prolongación humana, pero se ha descubierto desde la visión del paciente que no.

Al comprender que es necesario que exista un equilibrio, ya sea entre el tempo musical y el tempo mental del paciente o, directamente entre el paciente y el terapeuta, también hemos comprendido que el equilibrio es haber encontrado el objeto intermediario.

4. Revisión de la Terapia Benenzon a partir de otros modelos.

4.1. Modelo Conductista.

El modelo conductista está asentado en tres importantes personajes. El fundador de la filosofía conductista, Pavlov. J.B Watson, que hizo del conductismo el punto de confluencia de

todos los psicólogos, y B.F Skinner, que fue el fundador del análisis experimental de la conducta, y su vez, escribió extensamente sobre la filosofía de esta ciencia.

Una de las preguntas más comunes que se hace el ser humano en el día a día, incluso en más de una ocasión, es el *porqué* de las cosas. Formular una pregunta es tarea fácil, pero dar una respuesta puede llevarnos a planteamiento bastante más duradero. Si nos centramos en el conductismo, nuestro planteamiento para resolver dichos *porqués*, los cuales están directamente relacionados con las conductas de las personas, se centrará en las relaciones, interacciones y relaciones funcionales que se establecen entre un individuo y entornos concretos.

La unión entre la musicoterapia y el modelo conductista fue necesaria y efectiva debido a la retroalimentación que conlleva la aplicación de los métodos conductuales (condicionamiento, contracondicionamiento, extinción, desensitización, role-playing, etc...) en la musicoterapia y, a su vez, la incorporación de la musicoterapia dentro de un cuerpo considerable de técnicas conductuales.

El modelo conductista dentro de la musicoterapia cumple un papel fundamental en los pacientes, el cual consiste en modificar aquellas conductas específicas que deban ser sometidas a un cambio. Para ello, es necesario llevar a cabo una recopilación de distintos tipos de información. En primer lugar, recopilaremos la información histórica, la cual será proporcionada al musicoterapeuta por medio del historial médico del paciente, además de por medio de una entrevista a éste. En segundo lugar, la información sobre la experiencia y la relación entre el paciente y la música. A partir de la cual se conocerán los gustos musicales del paciente y su experiencia con ella a lo largo de su vida pasada. Y, finalmente, aquella información que proporcione al especialista el estado actual de la conducta a modificar. Gracias a esta recopilación de información, se llevará a cabo un diagnóstico específico, el cual constará de un listado de conductas que hayan marcado la vida del paciente.

Steele (1968) “utilizó la música como refuerzo para modificar un comportamiento no cooperativo de un niño con retraso mental ligero” (Citado en Betés de Toro, 2000:310). Jorgenson y Parnell (1970) “utilizaron la música conjuntamente con principios de modificación de conducta para intentar modificar conductas sociales de niños con retraso mental durante actividades musicales.” (Citado en Betés de Toro, 2000:310). Y, finalmente, Walker (1970) “usó la música como una ayuda para desarrollar lenguaje funcional en personas con retraso mental grave.” (Citado en Betés de Toro, 2000:310).

Estos son algunos de los trabajos que muestran el trabajo de la musicoterapia sobre los pacientes, centrándose siempre en conductas, ya sean físicas, sociales o psíquicas.

Como conclusión al modelo conductista, éste, junto con la musicoterapia, lograrán cambios basándose en el estudio de conductas socialmente significativas, mediante la medición precisa de las conductas con el fin de mejorarla o cambiarla. Con ayuda del método analítico. Consiguiendo que sus procesos puedan ser re aplicables. Y, por último, que se observen resultados prácticos para constatar la veracidad de las distintas aplicaciones.

Todo esto será posible gracias a actividades relacionadas con el ritmo (señal auditiva), utilizando la música como una actividad continuada (actividades de estructura) y también, a aquellas dirigidas a discapacidades físicas (actividades de refuerzo).

4.2. Modelo Analítico.

El modelo analítico está basado en los principios del Psicoanálisis, es decir, fomentado en la teoría de Freud. Este se centra en la investigación sobre el significado inconsciente de las palabras, actos y creaciones de los distintos individuos.

A la hora de llevar el psicoanálisis a la práctica clínica en musicoterapia, se produce una relación de tipo comunicacional, que se puede dar de dos formas y en dos contextos distintos. Por un lado, una comunicación en forma lineal biunívoca, donde la relación se produce de manera lógica a través del sonido. Y, por otro lado, una estructura de comunicación de tipo estelar, cuando la comunicación es desequilibrada debido a trastornos graves de comunicación. Caso que se da con mayor frecuencia en pacientes con TEA, provocado por la frecuente ausencia de comunicación.

Es por ello, que para establecer una forma de comunicación en estas ocasiones se habla de dos procesos; la transferencia, que hace referencia a los sentimientos, emociones o vivencias que proyecta el paciente de manera inconsciente hacia el terapeuta y la contra-transferencia, que se entiende como la respuesta afectiva por parte del terapeuta hacia el paciente.

Para esa relación, diferentes autores hablan sobre “el objeto intermediario” que sirve como puente para articular un diálogo sonoro. Este elemento, lo interpreta más por un lado negativo, al verse la posibilidad de que se use como una defensa hacia ese contacto directo que se quiere conseguir.

La primera regla fundamental del psicoanálisis es la asociación libre: el individuo analizado recibe la consigna de decir libremente todo lo que se le ocurra.

La musicoterapia surge de la relación y trabaja a través de los sonidos con objeto de: establecer un contacto allí donde la palabra no es suficiente o es inexistente; alimentar a través del proceso creativo una mayor fluidez comunicacional entre el mundo interno del sujeto y el externo; ayudar a aprender un instrumento expresivo que haga posible una ampliación del estado de consciencia (Di Franco, 2000 – Citado en de Betés de Toro, 2000: 318).

Es por ello que se basa más en la asociación libre, es decir, en la libertad del individuo de proclamar todo lo que desee, más que en la utilización de ese objeto intermediario. Para esa comunicación el terapeuta no tiene como objetivo una relación estética formal sino, más bien una respuesta acorde al código que le presenta el paciente, remarcando la empatía como un elemento fundamental para una comunicación adecuada.

Por lo que se presenta una estructura comunicativa:

- El paciente aporta un dato sonoro.
- El terapeuta intenta comprender el código.
- Pasa a interiorizarlo y comprenderlo.
- Responde a la pregunta.

4.3. Modelo GIM.

El método GIM (Imágenes Guiadas con Música) fue creado por Helen Bonny en los años setenta. Es un método especializado de musicoterapia receptiva, es decir, utiliza la música clásica y las imágenes que se generan al escucharla para producir transformaciones y cambios en el interior de los individuos.

Este método está indicado principalmente para personas sin ningún tipo de deficiencia, con el objetivo de conocerse mejor y pasar un proceso de autotransformación, pero a su vez, también se ha usado con niños y niñas con necesidades educativas especiales, como puede ser el TEA.

Se trabajan principalmente los aspectos de cómo influye la música a la hora de provocar sinestesia, o, al contrario, estados alterados de conciencia, es decir, “el empleo de la música

para alcanzar y explorar los niveles extraordinarios de la conciencia humana” (Bonny y Savary, 1973: 13)

Las sesiones de GIM se dividen en cuatro etapas/fases:

- La fase uno, “el prelude” donde se realiza un diálogo introductorio que tiene como función principal plantear una relación terapeuta-paciente observando su estado emocional y preparar el tipo de actuación que el terapeuta debe llevar a cabo.
- La segunda etapa consiste en conducir al paciente a una relajación y concentración tanto física como psicológica, terminando con una inducción verbal.
- En la siguiente fase es donde la música coge un papel protagonista. La tercera fase se conoce como “el diagrama del viaje” debido a las imágenes que generan la música y que son denominadas un viaje para el paciente. Esta etapa envuelve tres niveles (prelude, puente y centro), siendo la música el hilo conductor de ese proceso.
- Y, por último, la etapa donde el paciente regresa del estado actual de conciencia y relata al terapeuta la reflexión de lo vivido a través de la música, es ahí donde el especialista, mediante lo observado y lo relatado por el paciente, realiza un informe.

La música tiene la capacidad de ayudar al paciente a introducirse en su mundo interno, a liberar emociones y sentimientos guardados a través de su trama sonora, destacando todas sus características; armonía, ritmo, timbre... que lleva al paciente a generar imágenes conectándose con la realidad de cada uno.

4.4. Modelo Humanista Transpersonal.

Nos encontramos frente a un modelo el cual sustenta la conocida Educación Integral. También se conoce con el nombre de Educación Holística y se basa en una filosofía educacional y forma constructiva basada en la premisa de que toda persona encuentra su identidad y el significado y sentido de su vida a través de nexos con la comunidad, el mundo natural y valores como la compasión y la paz.

Este modelo pretende que cada persona consiga desarrollarse plenamente y encuentre su propio valor a través del respeto y la admiración hacia uno mismo, la verdad, la compasión y el amor.

Se basa en la auto-realización y en la auto-trascendencia. Esto quiere decir que el objetivo principal de la educación humanista transpersonal pondrá como prioridad el desarrollo pleno del alumno o la alumna, que en cada caso serán distintos, ya que cada persona tiene su propia esencia. Pero, a la vez, no podrán ser comprendidos plenamente fuera de los contextos de una totalidad interrelacionada e interdependiente, pues el modelo humanista transpersonal se basa en el principio de unidad, todo en la creación se encuentra interconectado.

Dentro del modelo humanista transpersonal debemos destacar *El método Nordoff-Robbins* o *Improvisación musical terapéutica*. El Dr. Paul Nordoff, compositor y pianista muy experimentado y con una formación extremadamente especializada, y Clive Robbins, un profesor de educación especial, son los fundadores de dicho método.

Éste está dirigido a resolver aquellos problemas en niños o niñas discapacitadas que tengan problemas con aspectos comunicativos o relacionales. Esto significa que tendrá problemas a la hora de expresarse verbal y físicamente. A partir de estas carencias, aparece la improvisación musical terapéutica, que permitirá que un niño o una niña responda espontáneamente a estímulos musicales con el fin de poder comunicar su *Yo* y el estado del *Yo*. Además, el mismo paciente se permitirá una conexión espontánea consigo mismo.

Para llevar este método a cabo, se necesita de un pianista y un asistente. Valorarán, en primer lugar, el nivel musical y comunicativo del paciente.

Este método será eficaz siempre y cuando sea:

- Explicativa: para descubrir qué es lo que el niño puede hacer y encontrar sus límites en cuanto a sus habilidades y a su capacidad de control.
- Consistente: para mantener el contacto que se ha creado desde el principio. Así el niño no podrá sentir apoyo, podrá contar con la música y su desarrollo tendrá dirección y coherencia.
- Flexible: para dar cabida a todas las variables posibles en las respuestas del niño a la música y potenciar y desarrollar los nuevos problemas clínicos que puedan surgir.

En resumen, se pretenderá la involucración del niño en la música y el apoyo con diferentes actividades.

El modelo humanista transpersonal, más concretamente, el método *Nordoff-Robbins*, pretende, a diferencia del modelo conductista, que se centraba en la modificación de conductas concretas a través de actividades más pautadas, conseguir que el niño o la niña experimente avances y mejoras en ámbitos comunicativos y sociales a través de la improvisación musical.

Y, finalmente, para ello, tendrán que abordar tres importantes fases: Contacto exploratorio (se debe trabajar de forma empática para establecer el enfoque adecuado y qué clase de música es significativa para el niño y poder así personalizarla); Desarrollo integrativo (desarrollo constructivo de la capacidad de respuesta a la comunicación. La música se personaliza aún más. Se llevan a cabo los objetivos de una forma progresiva a través de la repetición y la constancia); y la Comunicación y actualización personal (el terapeuta trabaja para conseguir mayores niveles de comunicación y relación, elevar el nivel de autoorganización, de consciencia, de confianza y de competencia y alentar la libertad, liberándola de los efectos patológicos).

5. Conclusiones.

Para concluir con nuestro trabajo “La musicoterapia en niños y niñas con autismo: la terapia Benenzon”, debemos recordad las dos grandes cuestiones que plateábamos al comienzo de este, analizando con precisión si hemos sido capaces de resolverlas a través de una revisión teórica con exactitud.

La primera pregunta que formulamos fue la siguiente:

- ¿Puede considerarse la musicoterapia un buen tratamiento para la mejora de ciertas habilidades de niños y niñas con autismo?

La música como hemos visto influye de manera significativa en las distintas dimensiones del ser humano, estimulando en él, elementos fundamentales que se encuentran directamente ligados a la conducta de cada individuo. Por lo que, la música como terapia, es una herramienta enriquecedora para la mejora de las habilidades sociales, especialmente de personas que padecen esta enfermedad crónica, y, como consecuencia, el estímulo de ese ámbito social tiene grandes beneficios en el resto de habilidades, ya sean lingüísticas, motrices, etc.

La musicoterapia presenta la capacidad de mejorar las conductas de comunicación de las personas con TEA, puesto que estos, disponen de un mayor interés a los estímulos musicales,

es a través de esta terapia, que se ayuda y estimulan estos ámbitos, también fomentando una mayor comprensión del lenguaje y aumentando la creatividad y la expresión, dándoles así, pie a los pacientes, a una expresión totalmente libre.

Es por eso, que consideramos que la musicoterapia tiene numerosos efectos positivos, frente a la mejora de las patologías que presentan los niños y niñas con autismo, y que generalmente obtiene muy buenos resultados al llevarse a cabo, siendo una de las terapias más utilizadas.

La segunda pregunta que expusimos fue:

- ¿Es la Terapia Benenzon, a comparación del resto, eficaz?

La efectividad puede entenderse desde dos puntos de vista. Por un lado, cuando la vía que utilizamos para conseguir algo produce el efecto esperado, es adecuado. Y, por otro lado, cuando lo que se utiliza, además de producir el efecto esperado, es verdadero, válido y, también, tiene en cuenta la realidad del contexto.

Ante esta diferenciación del significado de la palabra eficaz, debemos reformular la pregunta o, por lo menos, no hacer una interpretación literal de ella.

Cada una de las terapias abordadas a lo largo de nuestra revisión teórica son igual de eficaces entre unas y otras. Cada una de ellas aborda un campo diferente, como son; las conductas, transformaciones interiores, el desarrollo pleno o la comunicación. Cada una de ellas con la música como elemento principal de la terapia. Sin embargo, esta terapia creada por Rolando O. Benenzon, ha conseguido fusionar los modelos en uno, consiguiendo mantener los detalles más identificativos de cada una, y es por ello, que entendemos que es el modelo más completo y que por consecuente, puede generar mejores resultados en sus pacientes.

Además, esta terapia en comparación con las demás, es la única que cumple con la segunda parte del significado de eficiencia, puesto que, Benenzon, parte de la realidad de cada uno de sus pacientes, los hace únicos y les da la importancia necesaria para, a través de ese objeto intermediario que utiliza el terapeuta para sincronizarse e interactuar con el paciente, crear un ambiente sereno y calmado para el avance y la mejora del mismo. A través de esta terapia, a su vez, también se es consciente de que el objetivo no es la cura, sino la mejora de las habilidades de los distintos individuos.

Es por todos estos detalles, que llegamos a la conclusión definitiva, de que el modelo Benenzon, en comparación con los cuatro modelos estudiados, realiza una función más completa y, por tanto, más eficaz.

6. Bibliografía.

- Aldridge, D. (Ed.) (1999) *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*. London, Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers.
- Altschuler, J. (1996). *Working with Chronic Illness*. London, Reino Unido: Macmillan Publishers. (Última consulta: 26/06/2020)
- Alvin, J. (1967). *Musicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Benenzon, R. O. (1998). *La Nueva Musicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- (2000). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica*. Barcelona, España: Paidós.
- Betés de Toro, M. (2000). *Fundamento de musicoterapia*. Madrid, España: Morata.
- Bonny, H. L., & Savary, L. M. (1973). *Music and your mind*. Nueva York. EEUU: Station Hill Press.
- Brun, J. M. (2009). *Autismo en la escuela*. Revista Eipea. <http://www.eipea.cat/docs/4.%20BRUN,%20Autismo%20en%20la%20escuela.pdf>. (Última consulta: 26/06/2020)
- Bruscia, K. E. (1989). *The content of Music Therapy Education at Undergraduate and Graduate Levels*. Music Therapy Perspectives. <https://doi.org/10.1093/mtp/7.1.83>. (Última consulta: 26/06/2020)
- Clair, A. A. (1996). *Therapeutic uses of music with older adults*. Baltimore, Maryland: Health Professions Press.
- Davis, W. B.; Gfeller, K. E., y Thaut, M. H. (2000). *Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica*. Barcelona, Boileau.

- Gaston, E. T. (1968). *Musica in therapy*. Nueva York, EEUU: The Macmillan Company.
- Jorgenson, H., & Parnell, M. K. (1970). *Modifying social behaviors of mentally retarded children in music activities*. Journal Music Therapy. <https://doi.org/10.1093/jmt/7.3.83>. (Última consulta: 26/06/2020)
- Katsh, S. y Merle-Fishman, C. (1998). *The music within you*. Guilsum, NH, Barcelona Publishers. <https://doi.org/10.1093/mtp/17.2.105>. (Última consulta: 26/06/2020)
- Merriam, A. P. (1964). *The Anthropology of Music*. EEUU: Northwestern University Press.
- Millán, J. C. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. Madrid, España: McGraw-Hill Education.
- Monro, D. B. (1984). *The Modes of Ancient Greek Music*. Oxford.
- Nettl, B. (1956). *Music in primitive culture*. Cambridge: Harvard University Press.
- Poch, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Rivière, A. (2001). El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: Principios generales. En A. Rivière y J. Martos (Comp.) *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas* (pp. 23-59). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Schawrcz, V. (2002). *La musicoterapia: análisis de definiciones, caracterización de su campo de especificidad*. Portal de revistas científicas y arbitradas de la UNAM 3 (2), 35-52. (Última consulta: 26/06/2020)
- Sears, W. (1968). *Processes in music therapy*. En: E. T. Gaston (Ed.), *Music in therapy* (págs. 30-44). Nueva York, Macmillan.
- Steele, A. L. (1968). *Programmed use of music to alter uncooperative problem behavior*. Journal of Music Therapy. <https://doi.org/10.1093/jmt/5.4.103>. (Última consulta: 26/06/2020)
- Thaut, M. H. (1990). *Neuropsychological processes in music perception and their relevance in music therapy*. En R. Unkefer (Ed.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders*. Nueva York, Macmillan.

- Vaillancourt, G. (2009). *Música y Musicoterapia. Su importancia en el desarrollo infantil.* Madrid, España: Narcea.