



## “¿PSICOLOGÍA SIN PALABRAS? RESEÑA DEL USO DE LA ENERGÍA SONORA EN LA MUSICOTERAPIA DE ROLANDO BENENZON?”

“PSYCHOLOGY WITHOUT WORDS? REVIEW OF THE USE OF SOUND ENERGY IN ROLANDO BENENZON’S MUSICTHERAPY”

Fernanda Alexa Jamaica Razo<sup>1</sup>, Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto<sup>2</sup>, Dra. María de Jesús Jiménez González<sup>3</sup>.

Universidad de Guanajuato, Mexico

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”<sup>4</sup>

Recibido: 30/05/2019

Aceptado: 12/09/2019

### Resumen

Las terapias de arte han surgido generalmente desde una práctica empírica bien intencionada, que posteriormente ha ido sistematizándose para desarrollar una disciplina basada en evidencia y con un marco teórico propio. Así, se han conformado como un probado promotor de salud y posteriormente como psicoterapia, al menos a nivel exploratorio. El Dr. Rolando O. Benenzon, médico psiquiatra y músico, construyó una metodología con base en el psicoanálisis y, por tanto, orientado a un trabajo clínico. Su trabajo con música y otros sonidos dio lugar a intervenciones con pacientes crónicos hospitalizados, estudiantes y menores infractores. Sin embargo, los campos en que se utiliza siguen ampliándose. El objetivo de este documento es presentar una revisión crítica del modelo Benenzon, como una propuesta terapéutica para brindar alternativas de comunicación a niños que, por distintos factores, suelen tener limitaciones en el desarrollo afectivo y en sus relaciones interpersonales.

**Palabras clave:** *musicoterapia, arteterapia, psicoterapia infantil, ajuste emocional, desarrollo infantil*

<sup>1</sup> Estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad de Guanajuato.

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a: [jonathan.galindo@ugto.mx](mailto:jonathan.galindo@ugto.mx) Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México.

<sup>3</sup> Profesor de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, México

<sup>4</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Abstract

Art therapies have most commonly emerged from well-intentioned but only empirical praxis, which have been nowadays systematized in order to develop an evidence based-discipline with its own theoretical framework. So, they have been probed as health promoters and later, as psychotherapy, at least on an exploratory level. Dr. Rolando O. Benenzon, psychiatrist and musician, built a methodology based on psychoanalysis, and so, oriented to clinical work. His work with music and other sounds resulted in interventions on hospitalized chronic patients, and after that in other fields, as students or minor offenders. Therefore, a critical review of the Benenzon model is presented, as a therapeutic proposal to provide communication alternatives to children who, due to different factors, tend to have limitations in affective development and in their interpersonal relationships.

**Key Words:** *music therapy, art therapy, child psychotherapy, emotional adjustment, child development*

## INTRODUCCIÓN

La expresión artística es inherente al ser humano, y si bien, se ha encontrado presente a lo largo de toda la historia, fue hasta la Segunda Guerra Mundial cuando comenzó a pensarse como una forma científica de tratamiento terapéutico (Romero, 2004). Se reconoce a Adrian Hill por ser de los primeros en utilizar el término arteterapia para describir la aplicación terapéutica de crear una imagen, práctica que comenzó a formularse desde su experiencia en el arte (Edwards, 2004; Rabadán & Álvarez, 2017), para posteriormente ser sistematizada por Edith Kramer. Su práctica se ha centrado en instituciones de salud y servicios sociales, vinculando el arte con aspectos psicológicos y sociales, con anclaje en el psicoanálisis, la psiquiatría, la pedagogía y la sociología (Romero, 2004)

En un primer momento, el arte como terapia (también ubicado como arteterapia o terapia creativa) pretendió mitigar el sufrimiento y dolor de pacientes perturbados, dando lugar a la implementación de programas artísticos en prisiones, asilos, hospitales y como recomendación de médicos, psicólogos y psiquiatras.

Su objetivo se limitaba a una forma de consuelo y satisfacción a través de la expresión artística. Posteriormente, el arte mostró eficiencia en limitar y contener energías impulsoras mediante una forma de *sublimación* que no exige su completa *neutralización* (Kramer, 1985)

Los materiales de arte son un medio de expresión, permiten una forma de contacto que preside al lenguaje y que habilita al paciente a desarrollar cambios y crecimiento a nivel personal en un ambiente seguro (Martínez & Dácer, 2014). Aunque el arteterapia no puede eliminar directamente el conflicto del paciente, sirve como modelo de funcionamiento del *ego*. El espacio terapéutico se convierte en un refugio donde se pueden expresar y ensayar nuevas actitudes y sentimientos (Kramer, 1985).

Cada arte canónica ha implementado sus propias metodologías, como el caso del teatro y su derivación en Psicodrama, creado por Jacob Levy Moreno (Simonetti, Maiolino, & Severino, 2015); la danza y su relación con la teoría de Jung, Reich, Sullivan y Adler (Sebiani, 2005) o Marian Chace (Jiménez, 2011). En el caso de la música se han conseguido no solamente dinámicas de intervención, sino incluso un marco a nivel de macroteoría, con la musicoterapia de Rolando Benenzon (2011).

Esto refiere, a grandes rasgos, a que se trata de una propuesta completa, con estructura teórica jerarquizada y sistematizada de amplio alcance, con su propia metodología de aplicación (como casos similares tendríamos al conductismo o el psicoanálisis), a diferencia de una teoría de rango medio, como teorías del envejecimiento, solo aplicable a una etapa de desarrollo específica.

## **EL MODELO BENENZON**

Este modelo de terapia de arte aborda la comprensión de las sonoridades como parte de lo que conforma el desarrollo psíquico del ser humano, incluso desde su concepción y durante el desarrollo de la vida, vinculándolo con las teorías psicoanalíticas, sobre todo desde una perspectiva clínica. Esta teoría nos permite reconocer al ser humano como integral, que se forma a través de sus percepciones e interacciones con el mundo que lo rodea y de las que destaca el sonido, la vibración y el movimiento. El modelo representa la utilización de la música y el sonido como un medio *no-verbal* para el desarrollo de una psicoterapia, con sus propias técnicas y protocolos.

La propuesta tiene como andamiaje el estudio de un complejo llamado *sonido-ser humano-sonido*, que implica un *feedback* que comienza por un estímulo y que tras un proceso termina por producir otro estímulo en un ciclo perpetuo. Este complejo está conformado por *sectores* que interaccionan entre sí y que tienen el propósito, dentro de la terapia, de establecer una relación paciente-terapeuta permitiendo la rehabilitación del paciente en la sociedad. Esto se explica más ampliamente a continuación.

El andamiaje que es el complejo *sonido-ser humano-sonido*, puede entenderse como un proceso, que comienza por el objeto capaz de producir sonido, los instrumentos musicales, naturales y electrónicos, pero el que resultará más relevante es el ser humano. Las energías sonoras que expresa una persona son captadas por él mismo y por otros, a través de los sistemas de percepción, el sistema auditivo, táctil, visual, e impactarán en el sistema nervioso (Benenzon, 2011). Comienza desde los ganglios basales como un estímulo “sin procesar”, sin asociaciones emocionales, carece de significado, pero al ser procesados en los sistemas talamocorticales se ven investidos de interpretación y asociaciones de todo tipo. Para cuando alcanzan la conciencia, están dotados, además, de sentimiento (Sacks, 2009).

De esta concepción destaca que los sonidos nos impactan en distintos niveles de conciencia. Esta propuesta se presenta como un proceso que incluye cinco sectores consecutivos, comenzando por el que incluye los elementos productores de estímulos sonoros y un segundo sector correspondiente a los estímulos en sí. Después, dichos estímulos son percibidos y procesados por los siguientes dos sectores, los sistemas perceptivos y el sistema nervioso; finalmente se genera una respuesta que corresponde al último sector.

La explicación de Benenzon de dicho proceso podría resultar innecesariamente profunda y su división en sectores excesiva, dado que podría entenderse desde una perspectiva psicofisiológica que el autor respeta: en lugar de facilitar la comprensión del fenómeno, la división por sectores plantea una complejidad que dificulta el entendimiento y resulta enredoso si se plantea en relación con la metodología de intervención musicoterapéutica, toda vez que su mayor aportación podría no ser el proceso de percepción, sino su distinción sobre sus efectos en los distintos niveles de conciencia, así como la descripción de los elementos del fenómeno que resultan útiles para el proceso terapéutico.

Por otra parte, resulta relevante que el proceso se presenta como un ciclo perpetuo, o como una espiral, en la que la propia expresión sonora impacta a uno mismo y que por ende genera una respuesta que motivará otra expresión. Si el proceso fuera lineal y de una sola ocasión (*sonido-ser*), no existirían razones para creer que la producción sonora que nosotros realizamos nos impacta de regreso. De no ser continua y en espiral, bastaría con poner una canción alegre en la grabadora y los resultados de mejora serían inmediatos en terapia.

En su elucidación, Benenzon retoma bases del psicoanálisis de Freud (procesos inconscientes, mecanismos de defensa, importancia de la infancia, etc.) pero a su vez integra en su teoría los arquetipos de Jung, desde la comprensión de que los arquetipos son tendencias o potenciales que ordenan los elementos psíquicos, en este caso los sonoros y que tiene una variación personal, pero remitiéndose a las formas básicas. En el modelo se traduce en que los elementos sonoros básicos, determinados por la herencia de la historia pasada de la humanidad, se ordenan en el *ISO (Identidad sonora)* en el que, además, se integran las particularidades de cada persona, de su cultura y contexto histórico. Es decir que, las sonoridades se ordenan como elementos psíquicos de acuerdo con las formas básicas de los *ISO* pero con influencia de las variaciones personales.

## **LA IDENTIDAD SONORA**

Nuestra identidad se conformaría entonces por los *ISO* como conjuntos de *energías sonoras*, acústicas y de movimiento (incluyendo por supuesto a la música) que caracterizan a un sujeto.

Habrán *energías sonoras* que serán heredadas a través de las estructuras genéticas que corresponden al *ISO universal*, que permanece en el inconsciente, conformado por todas esas *energías* que nos han dejado nuestros antepasados, como el sonido de los tambores y el ritmo al percutir en ellos (todas las culturas tienen música de percusión en tambores). Se reconoce principalmente el ritmo binario que, además, suele conformar las notas de casi todas las melodías de canciones de cuna o canciones infantiles (Benenzon, 1998).

Todos compartimos dichas energías, sin importar el lugar geográfico, el momento histórico, las condiciones culturales o tradiciones. Esta herencia, está contenida en la memoria del *no-verbal*, y es lo que permite a un bebé reconocer la melodía de una canción de cuna y tranquilizarse, aún sin tener un antecedente o comprensión de esta.

El *ISO gestáltico*, que también permanece en el inconsciente, se desarrolla a partir de la historia del individuo desde la gestación y durante la vida uterina, es decir, las sonoridades que lo acompañaron durante el embarazo. Estas experiencias le permitirán, por ejemplo, a un hijo reconocer la voz de su madre. A su vez, se verán influenciadas por las que conforman el *ISO cultural*, ubicado en el preconscious, que son las sonoridades que nutren al individuo desde su nacimiento, los sonidos que envuelven el hogar, la música, la voz de familiares, el canto de los pájaros o el constante ladrido de los perros.

Estas dos fracciones del *ISO* nos diferencian en mayor medida, ya que no tendrá la misma experiencia sonora quien vive en el campo, en una gran ciudad o en la costa, incluso pensando en que se comparta una nacionalidad. Además, esta última es propensa a influencia, dado que se van nutriendo de las sonoridades presentes a lo largo de la vida.

Por último, el *ISO grupal* es una identidad cambiante que aparece y desaparece, y que se forma cuando interactúan los *ISO* de un número de sujetos. El *ISO grupal* es donde se genera mayor interacción entre las energías, los distintos *ISO* del grupo se ponen en funcionamiento. La conformación del *ISO grupal* se puede dar en distintos escenarios: en una escuela, en actividades musicales, en un hogar, entre un grupo de amigos. En el desarrollo de una sesión de musicoterapia, el *ISO grupal* se presenta cuando las *sonoridades* que generan los individuos se organizan de acuerdo con un solo ritmo.

Cada sujeto se expresa desde su *ISO* de manera simultánea, en un principio sin orden, sin armonía o ritmo, pero después de algunos minutos los sonidos se conjugan y crean una armonía. El trabajo grupal, desde el *ISO grupal*, representa un medio por el cual el terapeuta puede llegar a generar cambios en los participantes de manera simultánea y que a su vez no deja de lado la individualidad de los miembros.

El *ISO* mantiene un dinamismo en el que cada fracción o nivel, *ISO universal, gestáltico, cultural y grupal*, tiene influencia sobre el resto. Por lo tanto, las variaciones en el *ISO gestáltico, cultural o grupal*, así como las nuevas experiencias sonoras, pueden modificar dicha dinámica, a su vez, en los distintos niveles de conciencia en donde se ubica cada uno. Por consiguiente, la musicoterapia es un proceso constructivo que se da a partir de las experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de éstas (Guevara, 2009) y de esta manera es que el trabajo grupal permite ampliar las experiencias y relaciones musicales que pretenden generar un cambio positivo.

Resulta valiosa y novedosa la propuesta, puesto que nos permite concebir la identidad desde una perspectiva que integra las vivencias sonoras, además, no encasilla al individuo en una sonoridad específica de acuerdo con su cultura o lugar de origen, sino que lo vincula y a su vez lo diferencia, al reconocer que la variedad de sonoridades que le impactan a lo largo de la vida cambiará la dinámica de su *Identidad sonora*. Por otra parte, se entiende que las *Identidades sonoras* están en constante interacción y por lo tanto tendientes al cambio, así como lo es también la personalidad que se reconstruye en las distintas etapas de la vida, pero manteniendo rasgos distintivos. De ahí que el espacio musicoterapéutico sea donde interactúan todas las energías del individuo más las del resto de los participantes, dando como resultado una reconfiguración en el *ISO* de todos aquellos presentes en el *setting*.

## **METODOLOGÍA MUSICOTERAPÉUTICA**

Además de fundamentar su teoría en el psicoanálisis, Benenzon retoma dos conceptos clave de Winnicott y Fiorini. En primer lugar, la *zona intermedia* de Winnicott refiere a aquellos espacios donde la persona puede utilizar su creatividad y percepción objetiva para poner a prueba la realidad y así ensayar lo que le acontece. Un ejemplo de esto es el juego para el niño, donde ensaya actitudes o situaciones con muñecos. En la musicoterapia de Benenzon se traduce en el *espacio vincular*, donde las energías de comunicación de dos o más personas tienen la oportunidad de volcar su contenido, aquí se ponen en juego las energías sonoras del *ISO* y el contenido del preconscious e inconsciente. El *espacio vincular* de Benenzon se presenta exclusivamente en el *setting* y con los instrumentos musicales, es lo que permite formular el contenido de la terapia.

El segundo concepto, de Fiorini, es el *proceso terciario*, que refiere a aquello que se vivenciará en el *espacio vincular* de la terapia. Dicho proceso se da a partir del intercambio simultáneo de energías que tiene como resultado la creación de respuestas sonoras a manera de improvisaciones. Este proceso permite a los participantes participar de manera espontánea en el proceso de musicoterapia. Benenzon retoma este concepto como parte de lo que sucede en el *espacio vincular*, e incluso hace referencia a sus características como parte de lo que conforma la musicoterapia (atemporalidad, prelógica y principio de contradicción).

Por otra parte, la evaluación, que forma parte de la metodología, consiste en reconocer la *identidad sonora* del paciente o pacientes por medio de técnicas específicas y protocolos.

El reconocimiento de los *ISO* determina el curso de la terapia. Sin embargo, un punto criticable a esta metodología es que, para que el terapeuta logre reconocer las identidades de los pacientes, es necesario que tenga habilidades musicales, es decir, que logre reconocer tonos, ritmos y melodías. Esto representa una limitante importante en el campo de la praxis para quienes busquen, desde la Psicología, trabajar con el método o aplicar sus técnicas, si no se consideran a sí mismos personas musicales. Como la terapia está diseñada para la práctica de un músico, arriesga perder el sentido de nombrarla psicoterapia, dado que esta práctica implica la comprensión integral de los fenómenos psicológicos, pero también de habilidades para la aplicación de técnicas que ayuden al paciente dentro de sus capacidades.

De cualquier manera, la musicoterapia debe presentarse principalmente en un contexto *no-verbal*, donde la expresión por medio de sonidos sea el principal medio de comunicación, pero no el único, que permitirá entablar una relación entre el musicoterapeuta y los participantes. Dicha expresión se podrá dar a través de instrumentos musicales o de las sonoridades y movimiento del cuerpo de los participantes. Este contexto *no-verbal* es para Benenzon “la integración dinámica de infinitos elementos que configuran códigos, lenguajes, mensajes, que impactan y estimulan el sistema perceptivo global del ser humano, y permiten que éste reconozca el mismo que lo rodea, su entorno, su ambiente y al otro ser humano con el cual tiende a comunicarse” (Benenzon, 1998, pág. 50).



De tal forma que abarca toda esa gama de elementos que nos impactan y que comunican, y que, en otras terapias, al ser implícitos, pasan a un segundo término, predominando lo verbal, es decir, lo que el paciente pueda decir sobre lo que le acontece (con breves excepciones como ciertas variaciones de Psicodrama o de terapia Gestalt psicocorporal).

La musicoterapia no pretende encasillar la capacidad comunicativa del individuo en lo verbal, obviamente, pero tampoco en lo musical, en lo que pueda tocar o expresar con instrumentos musicales. En cambio, considera todos esos fenómenos que son capaces de impactar al otro y los toma como medio para generar una relación específica con fines terapéuticos. En ello se opone a la musicoterapia de Blasco (2001), quien considera que, para provocar un estado de ánimo, o generar una respuesta, se requiere de una composición musical y que a un sonido por sí solo no se le puede atribuir tristeza o melancolía.

La postura de Blasco limitaría definitivamente el trabajo con aquellos pacientes que carecen de experiencia en la composición musical. La propuesta de Benenson, en cambio, permite intervenir de acuerdo con las necesidades del paciente y no lo limita por sus capacidades cognitivas, físicas o psicológicas, aunque sí sucede un tanto con el terapeuta. Por otra parte, permite a este último generar una relación con el paciente de manera más efectiva, ya que el paciente no utiliza las palabras para comunicarse, no necesitan pasar por el filtro del pensamiento, sino que se basa exclusivamente en su sentir y por tanto se superan más fácilmente algunos mecanismos de defensa.

El trabajo desde lo *no-verbal* es la fuerza, pero también representa una dificultad. Queda claro que la cualidad *no-verbal* de la terapia permite ampliar los límites de las expresiones de los pacientes, y da pie a reconocer el contenido inconsciente sin que pase por el filtro de las debilidades del *yo*, siendo así las expresiones más puras y verdaderas. Sin embargo, también limita al terapeuta a no tener certezas, y tendrá que valerse de su experiencia para reconocer las *energías sonoras* y la *transferencia* que impactan en él. Más aún, en el proceso de reflexión que se realiza posterior a la sesión, debe plantear de manera escrita, a manera de un informe o protocolo, lo sucedido en las sesiones, es decir, interpretar lo *no-verbal* desde lo verbal.

Esto hace que gran parte de lo vivenciado en las sesiones y posterior a ellas, pueda afectarse por la intuición del musicoterapeuta. La transcripción a lo verbal difícilmente podrá compararse con lo vivenciado en lo *no-verbal*.

Otra de las características más relevantes para la musicoterapia de Benenzon es la concepción de los instrumentos musicales como parte de la metodología. Aunque el cuerpo humano se reconoce como uno de los instrumentos sonoros más importantes, también se distinguen los instrumentos convencionales y sus cualidades para desarrollar el medio terapéutico de las sesiones. Un gran acierto, que de cierta manera es recuperado de la asociación libre en Freud, es permitir a los participantes elegir libremente el instrumento con el cual van a expresarse, nombrado *objeto intermediario*, ya que es el que permitirá el pasaje de las energías de comunicación entre un individuo y otro, en este caso con el terapeuta. Este concepto se vincula directamente con la estructura básica de la teoría, dado que el *objeto intermediario* estará directamente vinculado con los *ISO gestáltico y cultural*, es decir, que seguramente el participante elegirá los instrumentos o los sonidos que le resultan familiares, aunque de manera inconsciente.

Por otra parte, cuando lo que se busca en sesión es la apertura de múltiples canales de comunicación, que más de un individuo se vincule y se exprese, se busca la elección de un *objeto integrador*, que es el instrumento que favorece la integración de un grupo determinado y se vincula con los *ISO* de los participantes.

## **APLICACIÓN CLÍNICA DE LA MUSICOTERAPIA**

Particularmente, la musicoterapia se ha utilizado para trabajar con pacientes con autismo, problemas en la comunicación o en las relaciones interpersonales, con pacientes en estado de coma y con personas con Alzheimer (Bautista & Tárraga-M, 2016). Es decir, dentro del marco de las dificultades con la vinculación con otros, la comunicación o las relaciones sociales. También ha mostrado buenos resultados en intervenciones para reducir la ansiedad y depresión en adultos (Montánchez & Orellana, 2015; Dongo, 2017; Veas, 2018).

Por su origen en el campo de la medicina se entiende que en un primer momento su aplicación se centró en pacientes con enfermedades crónicas, y que, además, resultaba pertinente para mejorar la calidad de vida. Hoy en día se han ampliado los campos de utilización, a escuelas, comunidades, grupos específicos como con menores infractores, entre otros (Guevara, 2009; Felício & Batanero, 2016).

La musicoterapia se presenta como una oportunidad para trabajar aquellos conflictos donde no hay posibilidad de utilizar la terapia verbal, ya que lo *no-verbal* se manifiesta a partir de lo que se siente y lo que el cuerpo es capaz de expresar. Sin embargo, aún quedan campos por explorar para conocer los alcances de la musicoterapia.

Desde esta posibilidad de comprender el carácter terapéutico de los instrumentos y su utilización es que surgen propuestas de trabajo grupal con diversas poblaciones. Sin embargo, y como se menciona anteriormente, el campo de las terapias de arte o creativas resulta novedoso, aún no se tiene conocimiento de su aplicación en diversos escenarios, como es el caso de los niños institucionalizados o en trabajo comunitario, por lo que actualmente se cuenta con pocos datos empíricos como para evaluar globalmente su funcionalidad, al menos más allá de lo que teóricamente encuentra sentido.

Otra limitación que comparten las terapias de arte y dentro de ellas la musicoterapia, es la concepción social que se puede tener sobre el arte en sí y la exigencia de que se lleve a cabo bajo ciertos estándares, el prejuicio que hace el paciente hacia sí mismo, si se considera una persona poco “artística”.

Benenson lo plantea desde la elección del *objeto intermediario*, cuando menciona que los pacientes no suelen elegir instrumentos musicales de los que tienen cierto conocimiento o referencia sobre cómo deberían sonar o ser tocados, limitando las expresiones y la creatividad del paciente, lo que puede tener como resolución el tener variadas opciones de instrumentos para así no limitar al paciente.

Sin embargo, con ello aparece una seria complicación para su aplicación en un amplio número de consultorios: no siempre se podrá tener la posibilidad de tener un gran número de instrumentos musicales en estado óptimo. Benenzon pudo mediar esta dificultad incluyendo los *instrumentos creados*, aquellos que se pueden conformar por casi cualquier objeto, y aunque esto da lugar a que se lleve a cabo un proceso creativo tanto del paciente como del terapeuta en la creación de los instrumentos, su utilización para la expresión sería pobre y menos significativa que si se dispusiera de una variedad de instrumentos musicales.

En primer lugar, porque los instrumentos creados difícilmente se compararán en la capacidad de resonancia a un instrumento técnicamente diseñado como tal. En adición, estos instrumentos no se encuentran tan íntimamente relacionados con el *ISO* de los participantes, dado que no ofrecen el elemento histórico-cultural de los instrumentos musicales.

Con lo anterior, aparece una de las características más desfavorables de este modelo, y que comparte con la accesibilidad del arte en general, su limitación de acceso a aquellos que pueden pagar por él, como acceder a un boleto de entrada a un museo, más aún para quienes viven en ciudades desarrolladas a donde llegan exposiciones artísticas relevantes, donde se construyen museos o galerías. La musicoterapia de Benenzon está pensada para aquellos que pueden pagarla, desde ambas direcciones. Para el musicoterapeuta que tiene acceso a instrumentos musicales o para adaptar un espacio del *setting* y para los pacientes que tengan la posibilidad de pagar una terapia especializada.

Quepa entonces hacer una aclaración. Se podrían buscar adaptaciones más económicas con un mayor empleo de *instrumentos creados*, o incluso con una aproximación terapéutica que no tuviera como indispensable el conocimiento técnico musical de alto nivel. Es decir, que con una capacitación básica el terapeuta pudiera llevar los registros que plantea Benenzon. Considerando la novedad del modelo y la poca evidencia empírica a favor o en contra, se podrían proponer experimentos o cuasiexperimentos en situaciones que favorezcan el control de eventos que pudieran modificar los resultados. Por ejemplo, trabajar con instituciones de albergue de niños sin cuidados parentales.

En general, los niños aprenden sobre sus emociones de acuerdo con los mensajes no verbales, ya que reconocen primero estos que los verbales (Chías & Zurita, 2010). Esto por supuesto, embonaría perfectamente con la propuesta de una terapia no verbal. En el caso particular de los niños institucionalizados, con frecuencia presentan dificultades para formar lazos afectivos, como resultado suelen tener conflictos en sus relaciones interpersonales (Judge, 2004). Además, las carencias afectivas que viven son un factor que incide de manera negativa en las relaciones, generando comportamientos de agresión hacia sus iguales o cuidadores (Flores, 2015). Esto muchas veces implica una dificultad para que los niños encuentren alternativas en su comunicación. Al encontrarse en un ambiente en el que predominan las conductas de agresión y existe poca variedad de estímulos afectivos, los medios por los que los niños suelen relacionarse tienden a volverse estereotipados.

La musicoterapia es un modelo que podría brindar a los niños una alternativa en su comunicación y oportunidad de generar vínculos positivos con quienes comparten la residencia, generando a su vez cambios en la manera en que suelen relacionarse, en que se ven a sí mismos y sus capacidades comunicacionales. Benenzon (2011) afirma que la comunicación es la piedra angular de la salud mental, y en este sentido, la musicoterapia es un medio terapéutico que se adaptaría a las dificultades de los niños institucionalizados, como una herramienta para concebir nuevas formas de comunicar lo que podría ser muy doloroso escuchar en palabras. Es pues, un área de oportunidad para poner a prueba el modelo, como muchas otras más que podrían serlo. Sirva solamente este caso, como un ejemplo de las posibilidades a futuro.

## CONCLUSIONES

Aunque al aproximarse por primera vez al trabajo de Benenzon puede resultar poco clara la manera en que se desarrollan las sesiones, que aparentan plantearse intuitivamente, una lectura un poco más profunda permite notar que sus conceptos se entrelazan, dando sentido a la teoría en conjunción con su metodología. El modelo refleja la epistemología propia del autor, pues lo basa en su experiencia como psiquiatra y músico para configurar un modelo que combina ambas disciplinas.

Pero su bagaje médico igualmente lo empuja a plantear un método poco flexible, en cuanto a su adaptación a escenarios distintos a los de un hospital o el propio *setting*, donde hay un estricto control de las influencias exteriores.

Resulta parte de la práctica clínica adaptar la psicoterapia a las condiciones ambientales, además de las características del paciente, lo que parece difícil si se busca aplicar la musicoterapia de Benenzon de forma rigurosa a las condiciones físicas que plantea. Sin embargo, representa una oportunidad para los psicólogos de desarrollar con esas bases propuestas más adaptables, pensadas desde el paciente y sus capacidades culturales y contextuales.

La musicoterapia de Benenzon se presenta como una propuesta novedosa, ya que brinda una teoría ligada a una metodología en la que integra bases psicológicas, biológicas y clínicas en función de la música. En el desarrollo del mismo, se recupera la utilización de la música como medio de comunicación y pone en énfasis la importancia de lo que no se puede decir con palabras, lo no verbal. Desde ese sentido permite desarrollar una terapia más completa y profunda.

Las bases teóricas de la musicoterapia han dado lugar a la metodología que se ciernen en la práctica clínica. Se han llevado a cabo investigaciones, se han fundado instituciones especializadas en su metodología y programas académicos, con la finalidad de ampliar los campos de aplicación. Algunos cuantos han llevado su práctica a espacios sociales como escuelas, centros de rehabilitación para menores infractores, entre otros, mostrando las aportaciones en el aprendizaje socioemocional y actitudinal con jóvenes, y como terapia para reducir la ansiedad y depresión en adultos.

En este sentido es que se considera la capacidad del modelo para adaptarse a distintos escenarios, con una variedad de pacientes, y a su vez implica la necesidad de diseñar alternativas para campos menos favorecidos y al alcance de profesionales de la salud, principalmente psicólogos.

En caso de que la musicoterapia logre concretar su utilización en otros campos menos favorecidos económicamente, tendría un doble beneficio. En primer lugar, mejorar la calidad de vida de los pacientes que es el principal objetivo de la musicoterapia, pero aunado a esto la posibilidad de acercar a más personas al arte, a la expresión que es inherente del ser humano y que se ha ido perdiendo de la sociedad, dejándola a unos cuantos con acceso a educación musical o instrumentos. El arte es vida. Y ya era tiempo de que alguien basara su terapia científica en ella. Falta mucho por trabajar en el campo de la ciencia que ordena y estructura a la psicoterapia, pero el modelo de Benenzon es un movimiento *allegro*.

## REFERENCIAS

- Bautista, M. C., & Tárraga-M, P. S.-C. (2016). *Efectividad de la musicoterapia en el trastorno de espectro autista: Estudio de revisión*. Papeles de psicología, 37(2), 152-160. Recuperado de [HYPERLINK "https://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf"](https://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf)  
<https://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf>
- Benenzon, R. O. (1998). *La nueva musicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Benenzon, R. O. (2011). *Musicoterapia. De la teoría de la práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Blasco, S. P. (2001). *Importancia de la Musicoterapia en el Área Emocional del ser Humano*. Redalyc(42), 91-113. Recuperado de [HYPERLINK "https://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf"](https://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf)  
<https://www.redalyc.org/pdf/274/27404208.pdf>
- Chías, M., & Zurita, J. (2010). *EmocionArte con los niños el arte de acompañar a los niños en su emoción*. España: Desclée De Brouwer.
- Dongo, J.P. (2017). *Aplicación de un programa de musicoterapia para disminuir ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas*. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Recuperado de: [HYPERLINK "http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5343"](http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5343)  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5343>
- Edwards, D. (2004). *Art Therapy creative therapies in practice*. Londres: SAGE .

- Felício, & Batanero. (2016). *Musicoterapia e integración social a menores infractores, un estudio de casos. Perfiles Educativos*, 163-180. Recuperado de HYPERLINK "<http://www.redalyc.org/pdf/132/13244824010.pdf>"  
<http://www.redalyc.org/pdf/132/13244824010.pdf>
- Flores, N. Y. (2015). *Relaciones interpersonales de la aldea infantil el rosario (Tesis de grado)*. Universidad Nacional del centro del Perú.
- Guevara, P. (2009). *Intervención musicoterapéutica para promover la prosocialidad y reducir el riesgo de agresividad en niños de básica primaria y preescolar en Bogotá, Colombia*. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 128-136. Recuperado de HYPERLINK "[https://www.researchgate.net/publication/41206970\\_Intervencion\\_musicoterapeutica\\_para\\_promover\\_la\\_prosocialidad\\_y\\_reducir\\_el\\_riesgo\\_de\\_agresividad\\_en\\_ninos\\_de\\_basica\\_primaria\\_y\\_preescolar\\_en\\_Bogota\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/41206970_Intervencion_musicoterapeutica_para_promover_la_prosocialidad_y_reducir_el_riesgo_de_agresividad_en_ninos_de_basica_primaria_y_preescolar_en_Bogota_Colombia)"  
[https://www.researchgate.net/publication/41206970\\_Intervencion\\_musicoterapeutica\\_para\\_promover\\_la\\_prosocialidad\\_y\\_reducir\\_el\\_riesgo\\_de\\_agresividad\\_en\\_ninos\\_de\\_basica\\_primaria\\_y\\_preescolar\\_en\\_Bogota\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/41206970_Intervencion_musicoterapeutica_para_promover_la_prosocialidad_y_reducir_el_riesgo_de_agresividad_en_ninos_de_basica_primaria_y_preescolar_en_Bogota_Colombia)
- Jiménez, R. M. (2011). *Uniendo Arte y Ciencia a través de la Danza Movimiento Terapia*. *Revista del Conservatorio Superior de Danza de Málaga*(7), 4-11. Recuperado de HYPERLINK "<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3675957>"  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3675957>
- Judge, S. (2004). *Adoptive Families: The Effects of Early Relational Deprivation in Children Adopted from Eastern European Orphanages*. *Sage Journals*, 244-252. doi:10.1177/1074840704266763
- Kramer, E. (1985). *El arte como terapia infantil*. México: Diana.
- Martínez, M. J., & Dácer, J. H. (2014). *Arteterapia como apoyo en un proceso de resiliencia*. (Trabajo de grado). Chile: Universidad de Chile.
- Montánchez, M.L., Orellana, C. (2015). *Aprendizaje socioemocional en la adolescencia a través de la musicoterapia*. *Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales* (IV), 164-174. Recuperado de <http://iberoamericasocial.com/aprendizaje-socioemocional-en-la-adolescencia-a-traves-de-la-musicoterapia>



- Rabadán, J., & Álvarez, A. C. (2017). *Terapias artísticas y creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. Revisión sistemática*. *Psicooncoología*(14), 187-202. doi: 10.5209/PSIC.57079
- Romero, B. L. (2004). *Arte terapia. Otra forma de curar*. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*(10), 101-110. Recuperado de HYPERLINK "http://www.redalyc.org/pdf/729/72920801005.pdf"  
<http://www.redalyc.org/pdf/729/72920801005.pdf>
- Sacks, O. (2009). *Musicofilia. Relatos de la música y el cerebro*. Nueva York. Anagrama
- Sebiani, L. (2005). *Uso de la danza terapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas (Cáncer, Fibrosis, SIDA)*. *Reflexiones*, 84(1), 49-56. Recuperado de HYPERLINK "http://www.redalyc.org/pdf/729/72920801005.pdf"  
<http://www.redalyc.org/pdf/729/72920801005.pdf>
- Simonetti, G. S., Maiolino, W. S., & Severino, M. F. (2015). *Psicodrama: cuerpo, espacio y tiempo hacia la libertad creadora*. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10, 139-152. DOI: 10.5109/REV\_arte.2015.V10.51688
- Veas, N.E. (2018). *La musicoterapia en el aprendizaje actitudinal de los estudiantes del 3er grado de primaria de la I.E. "Sagrada Familia" del distrito de la Victoria- Lima 2017*. Universidad César Vallejo Repertorio Digital Institucional. Recuperado de HYPERLINK "http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/22795?fbclid=IwAR36ZfYblNcQP-771TPxG\_LaBGGainicqEhM33BQU3m4yo7IUOFrw8Zjh6Q"  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/22795?fbclid=IwAR36ZfYblNcQP-771TPxG\\_LaBGGainicqEhM33BQU3m4yo7IUOFrw8Zjh6Q](http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/22795?fbclid=IwAR36ZfYblNcQP-771TPxG_LaBGGainicqEhM33BQU3m4yo7IUOFrw8Zjh6Q)