

MUSICA TERAPIA Y COMUNICACION

Revista de
Musicoterapia

30

Año 2010



CENTRO DE INVESTIGACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA

Asociación inscrita en el registro del G.V. nº B/75/86

MUSIKOTHERAPEUTIKA'KO IKERPENTEGIA

BILBAO

SUMARIO

* Editorial	4
* Musicoterapia hospitalaria con pacientes con dolor crónico , Alicia Lorenzo, Master en Musicoterapia por la NY University y Profesora de Violín	5
* Musicoterapia con bebés de 0 a 6 meses en cuidados intensivos pediátricos" Resumen de la Tesis Doctoral, María Jesús Del Olmo, Dra. en MT por la UAM	13
* Música y sonido (2ª parte) Alain Cabero, Educador especializado, Musicoterapeuta por el AMBx.	23
* Utilización de elementos de Musicoterapia en el marco de un taller de Expresión Musical en un grupo de Ayuda mutua con pacientes con discapacidad psíquica (1ª parte) , Véronique Bruet; Musicoterapeuta	39
* Musicoterapia en un caso de Síndrome de Angelman , Carles Pérez, Músico , Musicoterapeuta del CIM-Bilbao	55
Tesis Posgrado y Master CIM	67
Biblioteca CIM	72
Hemeroteca CIM	78
Centro clínico de Musicoterapia	85
Listado de Musicoterapeutas CIM	86
Cursos Biomúsica, Master de Musicoterapia	87
Sumario de los números en existencias de la revista	90
Publicaciones	93
Inscripción socio CIM	94

EDITORIAL

En este nuevo número de la revista, debemos agradecer a nuestros colaboradores el esfuerzo que hacen al enviar sus trabajos, unos de investigación, otros de su trabajo clínico, que son la forma más didáctica y fehaciente de que la Musicoterapia es una realidad en la comunidad terapéutica.

Como venimos afirmando desde que empezamos esta andadura de la publicación de la revista en colaboración con el AMBx. de Burdeos, es necesario que nuestros trabajos clínicos en las instituciones debe ser reflejado en palabras, lo más cercanas a la realidad musicoterapéutica que sucede en el no-verbal.

Estos testimonios son los que quedan reflejados y difunden la Musicoterapia entre las Instituciones Sanitarias que van viendo poco a poco la ayuda asistencial que supone la Musicoterapia para el proceso del paciente.

En este número vemos como es aplicada la Musicoterapia en Hospitales, Instituciones o Centros privados, con pacientes diagnosticados con patologías severas, ya sea a nivel fisiológico como psicológico.

Quisiera puntualizar que las metodologías y protocolos que podemos desarrollar en Musicoterapia como en cualquier otra especialidad, son de una gran ayuda para situar el setting, y la relación sonora que vamos a establecer con los pacientes, pero la práctica diaria nos enseña que en el momento de la sesión, es la relación terapéutica que se instaura entre el MT y el paciente es lo más importante. La Musicoterapia tiene la característica que sucede en el tiempo, en el ahora, y es por ello que todo preparativo previo puede ayudarnos pero también dificultarnos en nuestro trabajo.

La sesión de Musicoterapia es un acto creativo-terapéutico permanente, es una actuación en vivo que sucede en el tiempo-espacio sonoro. Esto nos diferencia con otras terapéuticas que actúan con otros tiempos y espacios.

En la formación del Master es la clínica la parte más importante, donde realmente luego estaremos en situación frente al paciente, por lo que el alumno debe pasar por una experiencia clínica tanto en la formación como en sus prácticas, siempre con la supervisión de un Musicoterapeuta experimentado. Esto es lo que nos diferencia del proceso del aprendizaje, sobre todo si es solo teórico y a distancia.

Como parte integrante del sistema sanitario, debemos ser críticos y no entrar en su juego de consumismo. El sistema está contento cuanto más enfermos y enfermedades existan, y cada día salen nuevas producidas por el propio sistema (enfermedades yatrogénicas). Debemos revelarnos ante este sistema consumista y ofrecer soluciones sanas, involucrarnos también en la prevención, y desde este aspecto las técnicas de Musicoterapia pueden ser de gran ayuda a muchas personas en su búsqueda de un bienestar tanto físico como emocional.

Este aspecto preventivo, junto al clínico son los dos pilares básicos que desarrollamos y profundizamos en el Master de Musicoterapia de Bilbao. Y desde nuestra ventana sonora al mundo felicitamos a la 18ª promoción del Master que han terminado este año, excelente grupo y excelentes todas las alumnas, a las cuales les auguro un futuro pleno de éxitos y satisfacciones profesionales y personales, ya que se lo merecen por su trabajo e implicación en el proceso de llegar a ser un buen Musicoterapeuta. Por último señalar que el próximo año 2011 cumpliremos 25 años en esta tarea de formación y lo haremos con el mismo entusiasmo que cuando comenzamos este viaje, ya que la Musicoterapia la vivimos a diario y es una fuente de salud y paz emocional que la recibimos con cada nota, sonido, silencio, gesto que comunicamos analógicamente y que la mayoría de veces dice más que las palabras.

Dr. Aitor Loroño
Presidente CIM y Dtor. Master de Musicoterapia

Musicoterapia Hospitalaria con pacientes con dolor crónico

Alicia Lorenzo Vazquez

Master en Musicoterapia por la New York University y Profesora de violín.

1. Introducción

Este capítulo apoya y valora la importancia de un proceso de musicoterapia en pacientes adultos con dolor crónico. Surgió como iniciativa dentro de un proyecto que la Asociación para la Prevención de las Disfunciones Psicosociales lleva a cabo dentro del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, de la cual yo soy miembro y colaboro como Musicoterapeuta desde el año 2004.

Esta Asociación, entre otros proyectos, realiza el llamado: “ El Arte para mejorar la calidad de vida del enfermo”, donde se promueve la expresión de las emociones de los pacientes dentro de un contexto hospitalario, basándose en los estudios ya realizados dentro de la Psiconeuroinmunología, donde se demuestran las relaciones entre el cerebro, el sistema endocrino y el inmunológico. Según estos estudios, la represión de emociones conduciría a debilitar el sistema inmunitario y al agravamiento o empeoramiento, por tanto, de la enfermedad.

Hans Selye, en su trabajo sobre el estrés, demostró ya en los años 50 cómo reacciona el organismo ante emociones intensas, en especial, la frustración prolongada. Este hecho fue ampliamente tratado por el doctor Walter Cannon en su libro: “Los cambios orgánicos en el dolor, el hambre, el miedo y la rabia” (1953). “La dificultad de expresar emociones y sentimientos aumenta los niveles de estrés, lo que afecta al sistema inmunológico e influye negativamente en el desarrollo de la enfermedad, ya que debilita la autoestima y contribuye a la aparición de estados depresivos” (Marta Marconi, 2006).

M.Lupiani et al (2005), escribían que la risa, el optimismo y la felicidad disminuyen la angustia y el dolor, fortalecen el sistema inmunitario e, incluso, aumentan la supervivencia en personas con cáncer.

“La esencia del tratamiento del paciente con dolor crónico debería establecer estrategias multimodales que incluyan los comportamientos que puedan perpetuar el

síndrome de los pacientes con dolor crónico. Por ello, los tratamientos que influyen en los componentes sensoriales, emocionales y afectivos de la percepción del dolor pueden interrumpir el ciclo del dolor crónico (P. Martí-Augé, M. Hernáez Martínez, 2008).

Por tanto y, basándonos en estas premisas, considero que la posibilidad de expresar y canalizar los sentimientos a través de una actividad creadora como es la música, es fundamental como estrategia con fines terapéuticos, ya que permite a los pacientes liberarse del estrés acumulado y potenciar en ellos un mayor estado de calma y armonía, así como un mejor afrontamiento de la enfermedad.

2. Necesidades y objetivos con esta población (Físicos, socio-emocionales y cognitivos)

En un contexto hospitalario los objetivos son de muy diversa índole debido a la diversidad de patologías, edades, situaciones, momentos de la intervención, etc...Sin embargo, es común en cualquiera de los casos el lograr una mejora en calidad en cuanto a su situación física, socio-emocional y psicológica.

En la Unidad del dolor, que es la que a nosotros nos compete y sobre la que hemos hecho el estudio, los objetivos a perseguir irían también en esa dirección y se especificarían y concretarían del siguiente modo:

Nivel Físico: minimizar la sensación de dolor/ distracción del dolor.

Es importante que los pacientes encuentren caminos y opciones diferentes a las de estar continuamente en contacto con su dolor. Más importante aún es el hecho de que “ conecten con otros aspectos positivos de ellos mismos” a los que tienen abandonados y con los que es importantísimo reconectar (como su fortaleza, su sentido del humor, su generosidad, su capacidad de compasión, de crear etc...), pues es ahí donde van a encontrar la fuerza para seguir en el proceso, la confianza en que son mucho más que el dolor con el que se identifican y la serenidad para afrontar su enfermedad o su dolor con otra actitud más activa y positiva.

Otra manera de minimizar la percepción del dolor es “conectando con ese dolor”, no negándolo, al contrario, dándole forma, poniéndole nombre y encontrando la manera de canalizarlo en la música que ellos mismos crean (Loewy, 2007).

Nivel Emocional: aprender a conectar con sus emociones y a expresarlas (tanto verbal como musicalmente).

Este tipo de pacientes vive intensamente emociones como la rabia, la frustración (“por qué me ha tenido que pasar a mí esto “), el miedo (¿ Y si no salgo de esta situación y voy a peor?), la tristeza, etc... Es importante no obviarlas, si no expresarlas, aceptarlas, reconciliarse con ellas, “aprovecharlas” y transformarlas. Esto está íntimamente ligado a la convicción básica del proyecto: la represión de

emociones debilita el sistema inmunológico.

Además, es fundamental conectar con otro tipo de sentimientos que también tienen y que les generan otras sensaciones muy distintas, mucho más satisfactorias y placenteras, como planteaban Lupiani et al en la introducción de este capítulo.

Social: Mejorar las relaciones en el entorno familiar así como con el personal sanitario.

A menudo las relaciones familiares se dificultan mucho debido a las imposibilidades físicas que la enfermedad conlleva y que no permite al paciente cumplir con las responsabilidades que, hasta el momento, llevaba a cabo en el contexto familiar y profesional.

La familia, por no añadir más presión al paciente, tampoco sabe cómo gestionar estas situaciones y se crea mucha incomunicación entre ambos, lo que genera en el paciente una mayor sensación de soledad, incompreensión, culpabilidad y nulidad.

Toda esta “carga o contaminación emocional” suele recaer en la figura del sanitario, que poco puede hacer al respecto por falta de tiempo y de competencias para paliar dichas situaciones.

Cognitivo: aumentar la consciencia sobre sus actos y decisiones cotidianas y reflexionar sobre cómo inciden en su vida y en su enfermedad.

En numerosas ocasiones esto les llevará a tener que tomar decisiones difíciles para ellos o a adoptar cambios significativos en su manera de actuar y de relacionarse, pero es imprescindible para que puedan afrontar su situación de una manera más saludable.

3. Tratamiento con Musicoterapia:

En Octubre del 2006 presentamos un proyecto de Musicoterapia para pacientes con dolor crónico en La Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Tengo que decir que hubo mucha apertura tanto por parte de la psicóloga de la Unidad, Ana Balbás, con la que trabajé en equipo para este proyecto, como con los demás profesionales de la Unidad.

Convenimos que lo mejor era dar una charla explicativa a los pacientes que la psicóloga recibía mensualmente, para ayudarles a entender en qué consistiría este proyecto de Musicoterapia, cómo y dónde se llevaría a cabo, etc...

Si bien es verdad que, en primera instancia, los pacientes sienten curiosidad y atracción por esta palabra(musicoterapia), también es cierto que se hacen una idea equivocada de la intervención al pensar que tienen que saber música o, al menos, cantar bien.

Una vez que comprenden que este requisito no es importante y que “ toda persona”, sin excepción, puede participar porque es el musicoterapeuta el encargado de que la experiencia sonora sea gratificante sean cuales sean las aptitudes musicales de los pacientes, se relajan y se animan a incorporarse.

Aún así, en las primeras sesiones muestran obviamente mucha reticencia y vergüenza a coger instrumentos, a cantar, etc...hasta que, paulatinamente, van perdiendo ese miedo y ganando confianza en las intervenciones musicales que llevan a cabo.

Para que esto se dé de una manera fácil y progresiva es muy importante que el musicoterapeuta cree un clima de confianza y de respeto y que, por supuesto, el sentido del humor esté presente en todo momento para ayudar a trascender todas esas resistencias e inseguridades. “ El sentido del humor hace al ser humano más humano” (Severo Ochoa).

Características del grupo:

El grupo se inició con cuatro pacientes, todas ellas mujeres de mediana edad (entre 45 y 55 años).

Una dificultad para que más personas participaran en esta actividad fueron las propias características de este tipo de pacientes, que- muchas veces- no saben hasta el último momento si serán capaces de levantarse, moverse y trasladarse a otro lugar.

Otro obstáculo añadido es la propia localización del hospital. Es una institución bastante inaccesible (sin metro cerca, lo que conlleva el trastorno de tener que emplear dos medios de transporte. Tampoco tiene parking gratuito ni posibilidad de aparcar en un radio cercano a la entrada del hospital).

Los motivos del dolor eran diferentes en cada paciente: implantación de prótesis de cadera, esfuerzos repetitivos/enfermedades osteoarticulares relacionadas al trabajo, afecciones relacionadas con la columna vertebral y fibromialgia.

El paciente con fibromialgia es una persona que muestra hipervigilancia, depresión, desesperanza, ansiedad, falta de control externo, así como estrategias de afrontamiento pasivas y catastrofismo.

Como señala Monsalve, (2004) “ en la fibromialgia las creencias, los estilos cognitivos, las estrategias de afrontamiento, la estabilidad emocional, así como la respuesta del entorno familiar y social, van a tener una influencia relevante en el paciente.

Estas mismas características las he percibido también en el resto de los pacientes de esta Unidad, aunque su diagnosis no fuera fibromialgia.

Las sesiones tenían una duración de 90 minutos y una periodicidad semanal.

El proceso tuvo una duración de nueve meses, desde Octubre a Junio del siguiente año.

Técnicas y actividades:

Audición: con este grupo opté por emplear, en vez de música grabada, la audición de una improvisación vocal e instrumental interpretada por mí, en vivo y en directo e inspirada en cómo las percibía yo cada día, para iniciar las sesiones. Anteriormente a ello, habíamos dedicado a hablar unos 5 minutos, con la intención de que desconectasen de todo pensamiento y ruido mental y se pudieran conectar con la música para relajarse. A veces, la relajación era sólo instrumental para incorporar una visualización.

Canto: el canto lo empleamos en dos dimensiones diferentes:

1. Interpretación de canciones conocidas o relacionadas con los temas que planteaban en las sesiones.

2. Toning: esta técnica utiliza el poder vibratorio de la voz produciendo sonidos largos y sostenidos, sin el uso de la melodía, pulso o ritmo... usando una vocal, consonante o ambas sin emplear palabras o significados específicos (Gadner- Gordon, 1993, citado en Bruscia 2008). La idea es que el paciente encuentre y ejecute un sonido en un registro que le alivie la zona donde siente que el dolor está más localizado (Masaje por vibración).

Esta actividad la solíamos realizar cuando había varias ausencias en el grupo y, por tanto, se podía dedicar más tiempo a cada individuo para encontrar su sonido.

Joanne Loewy (1999), utiliza la técnica vibration/ toning, donde ella anima al paciente a cantar o vocalizar un tono en la 3ª o 5ª de la nota básica- tónica- de un gong (u otro instrumento vibracional) para realzar la sensación de equilibrio y armonía en el paciente.

Tocar instrumentos musicales: la práctica y manejo de instrumentos tenía tres vertientes:

1. Instrumentación de canciones populares o de temas clásicos grabados.

2. Improvisaciones sobre su estado de ánimo, situaciones que vivían o personas que ejercían una influencia importante en ellas. A veces, improvisaciones grupales también.

3. Experimentar con sonoridades de los instrumentos sobre una base rítmica o armónica.

Danza Movimiento: debido a su delicada condición física no consideré conveniente esta actividad.

Song-writting: composición de temas o canciones.

Primeramente escribían la letra sobre algún tema, sobre su vivencia del hospital o de la enfermedad o sobre algún aspecto que les impactara de las compañeras.

Después, y con mi ayuda, iban decidiendo cómo querían el ritmo, la tonalidad, etc... hasta que el tema se acercaba bastante a lo que ellas querían expresar.

Esta fue una actividad altamente gratificante y significativa para todas ellas.

Tony Wigram (2005), expresa sobre esta técnica que su efecto terapéutico viene dado por la propia creación del tema por parte del paciente, su interpretación musical del mismo y/o su grabación. “ ...el rol del musicoterapeuta es el de facilitar que esto ocurra y asegurarse de que el paciente, por un lado, sienta la canción como propia y, por otro, que dicha canción exprese realmente sus sentimientos, pensamientos y necesidades”.

Visualizaciones: podían ser guiadas o libres.

Algunas veces se sugería un paisaje concreto, una idea o un recorrido específico. Otras, las imágenes las creaban los propios pacientes. La música podía ser tanto grabada como en vivo. Esta técnica (que no GIM), les ayudaba a verbalizar bastantes aspectos suyos que, de manera simbólica, habían vivenciado en la visualización. Las reflexiones que surgían de estas experiencias eran muy enriquecedoras y ayudaban al paciente a ir haciendo su elaboración y proceso personal sobre sus “temas pendientes”.

Respiración profunda:

Antes de empezar la relajación era importante dedicar unos minutos a respirar bien.

La mayoría de los pacientes no saben respirar de una manera diafragmática, que es la respiración que facilita la relajación muscular, emocional, etc...y la que consigue un mayor grado de oxigenación en la sangre (Burke, 1998).

Ejercicios de respiración en varios tiempos o bien de forma libre, al ritmo de cada uno eran realizados para así lograr un mayor manejo de la respiración por parte de los pacientes.

Proceso de grupo:

El grupo, como en cualquier proceso grupal, pasó por varias fases (al igual que cada uno de los pacientes individualmente).

Entre las sesiones 1 y 6, tenían necesidad de hablar bastante y les costaba animarse a tocar instrumentos (o lo hacían de una forma muy tímida y discreta). En lo que sí mostraron más facilidad fue en la ejecución de canciones conocidas para ellas.

Desde la 7ª sesión a la sesión 18 aproximadamente, se recrearon mucho en el descubrimiento de sonoridades en los instrumentos y en crear un repertorio de canciones de su agrado.

A partir de este momento y hasta la sesión 25, el grado de confianza que se iba creando en el grupo permitía que se involucraran más en todos los aspectos y también en lograr los objetivos de cada actividad. Así, conseguían cada vez relajarse más rápidamente y pasar a hablar, no tanto desde el intelecto, sino desde sus emociones y sentimientos; proponían ellas mismas situaciones musicales para poder expre-

sarse mejor e intercambiaban más sus experiencias para poder superar sus bloqueos y conflictos.

Desde la sesión 19 a la 30, se involucraron con mucho interés en la composición.

4. Conclusiones:

Cada vez se reconoce más que la solución al problema del dolor no reside sólo en el desarrollo de nuevos fármacos, si no en una “organización eficiente” que permita emplear adecuadamente tanto estos fármacos como otras técnicas disponibles (Muñoz-Ramón, 2001).

El poder trabajar el tema del dolor desde un enfoque multidisciplinar es básico y fundamental.

En cuanto al empleo de la Musicoterapia propiamente dicha, es bastante aconsejable en este campo por su nivel de eficacia, como ha sido constatado con este tipo de pacientes:

La percepción del dolor se puede reducir con técnicas instrumentales (tambores, gongs, tonning y otras técnicas musicales).

Audiciones musicales, visualizaciones y relajaciones con música pueden alterar también dicha percepción dolorosa.

Improvisaciones vocales y/o instrumentales facilitan otras alternativas no verbales para algunas personas con dificultad de expresar.

El uso de la voz (como el toning), puede estimular la conexión entre el cuerpo, la respiración y el estado anímico.

Realizamos un análisis con la colaboración del departamento de bioestadística del hospital sobre el beneficio de la Musicoterapia con pacientes con dolor crónico utilizando una metodología cualitativa y realizando un grupo de discusión con los componentes del grupo terapéutico. En base a unas premisas a cerca de la terapia se plantearon una serie de preguntas abiertas con respecto al grado de satisfacción y/o beneficios del mismo. Los resultados fueron francamente positivos tanto a nivel físico, como psicológico, emocional y social. (P. Martí – Melisa Mercadal, 2010).

5. Bibliografía

Alonso- Cardaño, Hernáez- Martínez, Martí- Augé, P. (2008). “ Tratamiento multidisciplinar para el dolor lumbar crónico: Programa de Musicoterapia”. Revista de la Soc. Española del Dolor, vol. 15, nº 4.

Baker, J, Wigram, T. (2005). “ Songwriting: methods, techniques and clinical applications fot Music Therapy clinicians, educators and students”. Jesica Kingsler Publishers (pág.14)

Bruscia, Kenneth. (2008). “ Musicoterapia: métodos y prácticas”. (Mexico).

Cannon, Walter (1953). “ Los cambios orgánicos en el dolor, el hambre, el miedo y la rabia”.

Dileo, C. (1999).). “ Music Therapy and Medicine: theoretical and Clinical Aplicattions”. AMTA Press, Ed

Gadner- Gordon. (1993). “ The healing voice”. Crossing Press.

Loewy, J. (1997). Conferencia en las “ Jornadas sobre Cuidados Paliativos” en Cáceres-2007


Loewy, J. (1999). “ The use of Psychotherapy in the Treatment of Pediatric Pain” from “ Music Therapy and Medicine: Theoretical and Clinical Aplicattions”. C. Dileo.

Lupiani, M, F.J, Gala, A. Bernalte, S. Lupiani, J.Dávila, M.T Miret (2005). “ El humor, la alegría y la salud”. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Nº 75.

Martí Augé, P- Mercadal Brotons, M (2010): “ Musicoterapia en Medicina: Aplicaciones Prácticas”. Editorial Médica JIMS

Muñoz-Ramón, J.M^a y Memran, N. (2001). “ Tratamiento del dolor en el contexto de la sanidad francesa. La experiencia del Centre Hospitalier de Niza”. Rev. Esp. Del Dolor, vol.8.

Soucase. B, Monsalve.V. (2004). “Estrategias de afrontamiento del dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia”. Revista de la Sociedad Española del Dolor, Vol.11(pág. 353-359).



MUSICOTERAPIA
Terapia de música y sonido
MARÍA SOLEDAD RODRIGO

Obra de gran interés por su contenido y posibilidades de aplicación en el campo de la prevención y la terapia infantil y del adulto

● NOCIONES TEÓRICAS ● ÁMBITO APLICADO: Trastornos neurológicos, Deficiencias sensoriales, Minusvalías físicas, Retraso mental, Autismo, Esquizofrenia, Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de ansiedad, Trastornos por uso de sustancias psicoactivas, Trastornos del lenguaje, Anorexia / Bulimia, Pacientes terminales, etc. ● PERFIL DEL MUSICOTERAPEUTA ● PROCESO Y METODOLOGÍA DE TRABAJO ● PSICOLOGÍA DE LA MÚSICA ● ORGANOLOGÍA ● PSICOACÚSTICA

Precio: 30 euros
Pedidos: Musicalis S. A., Apartado de Correos 46230, 28080 Madrid
Tel. 91 447 06 94 - Fax 91 594 25 06 <info@musicalis.es>

*** LIBROS - VIDEOS - REVISTAS ***
Revista

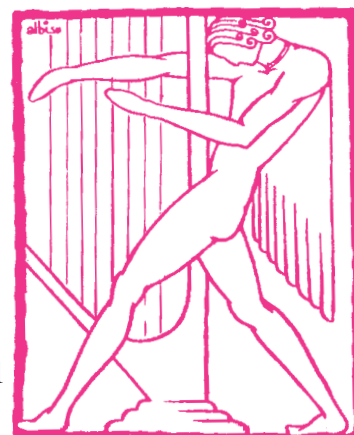
MUSICA, TERAPIA Y COMUNICACION

23 de regalo!!!

CD-ROM o PDF del Nº1 (1987) al Nº 20 (2000) 30 €

- Revistas nº 15 al 19 : 6€u. -papel
- Revistas nº 21,22, 24, 25 y 26: 9€u - papel
- Revistas nº 27,28 y 29 - solo formato PDF

⊙ Todos los nº por email 6€unidad



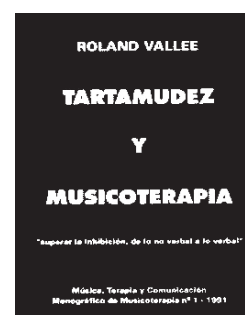
LA MUSICA COMO MEDIO CURATIVO DE LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

Dr. Candela ARDID - Ed. MI-CIM - 10€

Texto integral de la edición publicada en 1920 por el Dr. Candela Ardid incluyendo un Index de autores y un breve resumen histórico que nos puede dar una visión de conjunto de la obra en su época.

INHIBICION, TARTAMUDEZ Y MT., de lo no verbal a lo verbal.
Roland VALLÉE - Ed. MI-CIM - 6€ - Formato PDF

"Es esencialmente la vivencia, el sufrimiento de los niños o adolescentes con dificultades en su expresión verbal lo que nos ha conducido a la MT. Principalmente estos casos, los más dolorosos, con una sintomatología de bloqueo, de tensión, de inhibición verbal, y de empobrecimiento de las relaciones personales". Roland Vallée, expone de forma clara y




DVD MUSICOTERAPIA DIDÁCTICA, Modelo Benenzon

Jornadas y seminarios realizados en el CIM.

Dr. Rolando Benenzon

3 H. -30€

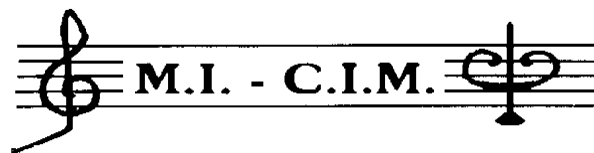
PUEDA REALIZAR SU PEDIDO POR:

 94 435 25 25
638 125 782

 musicoterapiamasterbilbao@gmail.com  a: MI-CIM



18 PROMOCIÓN MASTER DE MUSICOTERAPIA CIM-BILBAO



CENTRO DE INVESTIGACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA

Asociación inscrita en el registro del G.V. nº B/75/86

BILBAO

Miembro de **THE WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY**

MUSIKOTHERAPEUTIKA'KO IKERPENTEGIA