

00849

**LA MUSICOTERAPIA EN LA CONSULTA ODONTOLOGICA SEGÚN LA
CLASIFICACION DEL COMPORTAMIENTO PSICOLOGICO**

GINA MERICY ANDRADE CACHAYA
CAROLINA LOPEZ TORRES
CLARA ELENA MONTOYA VALENCIA
CARMEN MELISSA RAMOS CERQUERA
GRISelda ESTHER SERNA CASTAÑEDA
CAROLINA DEL PILAR VANEGAS RESTREPO



**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
2000**

**LA MUSICOTERAPIA EN LA CONSULTA ODONTOLOGICA SEGÚN LA
CLASIFICACION DEL COMPORTAMIENTO PSICOLOGICO**

**GINA MERICY ANDRADE CACHAYA
CAROLINA LOPEZ TORRES
CLARA ELENA MONTOYA VALENCIA
CARMEN MELISSA RAMOS CERQUERA
GRISELDA ESTHER SERNA CASTAÑEDA
CAROLINA DEL PILAR VANEGAS RESTREPO**

**Director
ANNE MARIE ROSTROM
Musicologa**

**Asesor Metodológico
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.
Odontóloga Magister en administración de salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA D.C.**

2000

iii

**LA MUSICOTERAPIA EN LA CONSULTA ODONTOLOGICA SEGÚN LA
CLASIFICACION DEL COMPORTAMIENTO PSICOLOGICO**

**GINA MERICY ANDRADE CACHAYA
CAROLINA LOPEZ TORRES
CLARA ELENA MONTOYA VALENCIA
CARMEN MELISSA RAMOS CERQUERA
GRISelda ESTHER SERNA CASTAÑEDA
CAROLINA DEL PILAR VANEGAS RESTREPO**

**El trabajo de grado presentado como requisito parcial para obtener el título
de odontólogo**

**Director
ANNE MARIE ROSTROM
Musicologa**

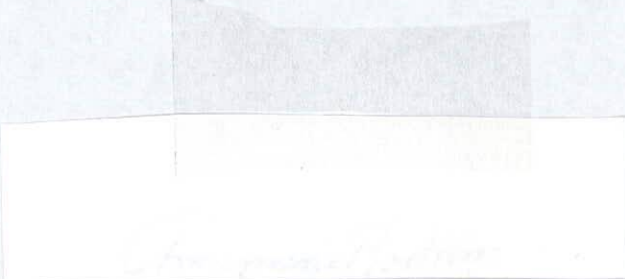
**Asesor Metodológico
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.
Odontóloga Magister en administración de salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA D.C.**

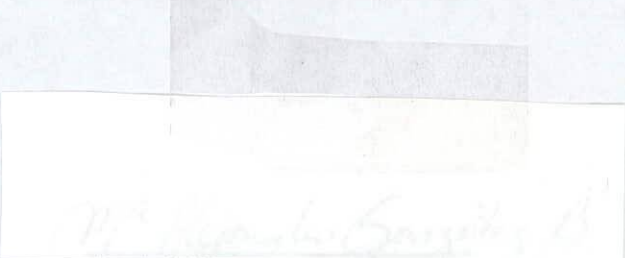
2000

iv

El trabajo de grado LA MUSICOTERAPIA EN LA CONSULTA ODONTOLOGICA SEGÚN LA CLASIFICACION DEL COMPORTAMIENTO PSICOLOGICO elaborado por GINA MERICY ANDRADE CACHAYA, CAROLINA LOPEZ TORRES, CLARA ELENA MONTOYA VALENCIA, CARMEN MELISSA RAMOS CERQUERA, GRISELDA ESTHER SERNA CASTAÑEDA, CAROLINA DEL PILAR VANEGAS RESTREPO. Ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de odontólogo.



Director de la investigación



Asesor Metodológico

Director del departamento de
Investigación y Salud Pública

Santafé de Bogotá, D.C. Octubre de 2000

CONTENIDO

Pág

INTRODUCCION

1.	CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	2
1.1.	PROBLEMA	2
1.2.	JUSTIFICACION	3
1.3.	PROPOSITO	3
1.4.	MARCO TEORICO	3
1.4.1.	Generalidades de música	4
1.4.2.	Efectos de la música en el ser humano	6
1.4.3.	Musicoterapia	10
1.4.4.	Usos de la Musicoterapia	16
1.4.5.	La musicoterapia en odontología	19
1.4.6.	Elaboración de un disco compacto	21
1.5	OBJETIVOS	22
1.5.1.	Objetivo general	22
1.5.2.	Objetivos específicos	22
2.	METODO	23
2.1.	TIPO DE ESTUDIO	23
2.2.	OBJETO DE ESTUDIO	23
2.3.	VARIABLES	23
2.4.	FUENTES DE INFORMACION	23
2.5.	PROCEDIMIENTO	24
3.	RESULTADOS	25
3.1.	Clasificación de pacientes según el comportamiento psicológico	25
3.2.	El material musicoterapeutico para odontólogos seleccionado según la clasificación del comportamiento psicológico de los pacientes	43
4.	CONCLUSIONES	47
5.	RECOMENDACIONES	48
6.	AGRADECIMENTOS	49

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El hombre primitivo sabia muy pocas cosas acerca del mundo exterior, pero creía muchas cosas sobre el mundo interior y el otro mundo, es así como utilizaban palabras o sonidos entonados durante los ritos de sanación, a fin de comunicarse y estar en contacto con dioses, espíritus y fuerzas sobrenaturales, de esta forma a la música, se la atribuyeron efectos terapéuticos, basándose en que esta hace estremecer los miembros y mitiga el dolor.

La música a través del tiempo se ha usado como terapia relajante en el ser humano es a partir de los años 50 cuando se utiliza el término musicoterapia, esta ha sido estudiada en las diferentes ramas de la medicina obteniendo grandes resultados, pero en la odontología no ha sido analizada; existiendo en ella un gran campo de acción; no siendo ningún secreto que al momento de asistir a la consulta odontológica se genera estrés, ansiedad, temor, angustia, en los pacientes y al mismo tiempo el odontólogo no desempeña sus labores satisfactoriamente.

Por esto es de gran importancia valorar y conocer la clasificación psicológica de los pacientes y por medio de diferentes ayudas encontrar un estado de relajación emocional para este y para el profesional.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 PROBLEMA

Durante mucho tiempo asistir a la cita odontológica a generado para muchos pacientes temor, ansiedad, angustia y estrés. La música ha sido utilizada desde épocas remotas como medio terapéutico para aliviar dolencias. Muchos lo veían como ayuda para la tranquilidad y evasión, es decir le atribuían un efecto relajante. Es a partir de los años 50 cuando se utiliza él termino musicoterapia. Un grupo de profesionales de los Estados Unidos, después de ver los resultados positivos que la música producía en los excombatientes de guerra, entienden el valor y la necesidad de crear un tipo de organización específica para hacer de la música un instrumento de terapia.

En Colombia dentro del área de la salud, se han realizado muchos estudios pero específicamente en odontología no hay literatura publicada sobre musicoterapia, por esta razón cabe preguntarse, ¿Es posible utilizar la musicoterapia en odontología como medio terapéutico para pacientes con comportamientos psicológicos alterados?

1.2 JUSTIFICACION

Es de gran importancia e interés, para el odontólogo observar los diferentes efectos e influencias favorables generados con la musicoterapia en odontología y plantear de esta forma una nueva alternativa para reducir todos aquellos problemas de carácter psicológico que se puedan presentar antes, durante y después de la cita odontológica, tales problemas se originan por diversos factores: entre otros la falta de educación, el temor a los procedimientos, el estrés que producen los ruidos propios que genera la manipulación del instrumental y aparatos, ausencia de conciencia de la importancia de la higiene oral.

El profesional debe utilizar esta herramienta individualmente en cada tipo de paciente con el fin de crear un ambiente de tranquilidad, originando un manejo estratégico de la musicoterapia. Se debe observar el comportamiento de estos, ante el estímulo que producen las diferentes melodías.

1.3 PROPOSITO

En la presente investigación se pretende dotar al odontólogo de información científica que explique el funcionamiento de la musicoterapia, aplicándola en las diferentes etapas de la consulta por medio de herramientas musicales, logrando un satisfactorio resultado en el paciente y mejor desempeño del profesional.

1.4 MARCO TEORICO

1.4.1 GENERALIDADES DE LA MUSICA

El arte es toda actividad que sirviéndose de la palabra, el sonido y de medios plásticos, gráficos o del espectáculo, se propone realizar una idea concebible en la fantasía. Es una reinterpretación de la realidad. (Rogla. V. 1965).

Específicamente la música es el arte de utilizar el material sonoro audible como medio de expresión humana. (Rubio, R 1999). También se define como una actividad consciente y deliberada ejercida con el concurso de elementos sonoros y dirigida a la expresión y el goce anímico. Dicho de otra manera la existencia de la música implica la existencia de sonidos, su producción y percepción consciente con la voluntad de atribuirle una significación estética en la que se complace. (Torres. J 1976).

Es una arte abstracto que requiere de un tiempo específico para su realización y es similar a otras formas artísticas como la danza, el teatro, ya que todas ellas requieren de cierta duración dentro de la memoria. (Hogenson 1994).

Es un factor importante en la formación de la personalidad humana, no solo porque crea un clima particularmente favorable para despertar las capacidades creativas, sino también puede estimular la mayor parte de las facultades del individuo y favorecer el desarrollo. (Willems, E 1995).

Evidentemente el material de que se sirve la música es el sonido, que se define como una frecuencia fundamental que estimula el órgano del oído, generada por

el movimiento vibratorio de los cuerpos. Presenta cuatro propiedades físicas específicas: la frecuencia es la altura con que se propaga el sonido (Cristancho.M 1999), indica la altura o gravedad con la cual es percibido. Físicamente es el número de vibraciones por segundo (V.P.S), Hertz (H.Z) o ciclos por segundo.

Musicalmente la frecuencia de una onda sonora se denomina altura. El oído humano percibe una gama de frecuencias audibles que van desde 16 hasta 25 mil (V.P.S) mientras que otras están por fuera de su percepción. La intensidad es el volumen del sonido y se refiere a cuan fuerte o suave es percibido. Esto depende de la distancia que existe entre la cresta de la onda y el punto de reposo. Este concepto está relacionado con la cantidad de energía que se requiere para producir el mismo y se mide físicamente en decibeles (DB).

Dentro de una composición, los cambios de intensidad constituyen la dinámica musical que puede ser elaborada por medio de contrastes inesperados y súbitos o logrando gradual y progresivamente momentos suaves y fuertes de la obra. El timbre es una cualidad que permite diferenciar un sonido de otro. (Cristancho.M 1999). Influyen varios factores en la configuración del timbre de un instrumento, como el material del cual está construido (madera, metal, o fuentes electroacústicas), la manera de producción del sonido, (frotando, percutiendo, soplando, pulsando), el número de armónicos que produce el instrumento y el ambiente acústico. Finalmente la duración es la prolongación del sonido en el tiempo, organizándose musicalmente de varias maneras con los componentes

rítmicos (redonda, blanca, negra, corchea), organizaciones métricas de compás, frases y periodos musicales.

1.4.2 EFECTOS DE LA MUSICA EN EL SER HUMANO

Los efectos de la música en el ser humano dependen de la manera como se escucha, es decir, de los diferentes planos que se pueden apreciar dentro de una composición.

Según Coplant. A 1994, la música se percibe en tres planos objetivos, teniendo en cuenta las condiciones anímicas subjetivas. El plano sensual, es la manera más sencilla de apreciarla, relacionada con el puro placer de escucharla, se refiere a la sensación física de agrado o desagrado que produce la misma y puede modificar condiciones físicas en el individuo. El plano expresivo, habla de las emociones que manifiesta la música e influyen en el oyente. Siendo esta un lenguaje abstracto y psicológico en su mayoría.. Tales emociones se perciben pero no se pueden describir con precisión. Los compositores del período barroco desarrollaron la idea del “afecto” como una emoción que caracterizaba determinada composición generando ambientes tranquilos, tristes, melancólicos o alegres.

Por último encontramos el plano intelectual, que se refiere al análisis de la organización racional de la música que se percibe consciente o inconscientemente.

Estos planos de percepción musical pueden afectar positiva o negativamente al individuo, en su comportamiento psicológico y su apreciación racional de la realidad.

Las propiedades puras del sonido, frecuencia, intensidad, timbre y duración afectan directamente al individuo. Para Marie Loise Ancher 1995, en su libro "L. Homme sonore" el hombre es un emisor- receptor sensible a las vibraciones sonoras desde la cabeza hasta los pies, la percepción de los sonidos provocan en el ser humano un tipo de resonancia por simpatía, según una escala de tonos que se encuentra entre las cuatro octavas que puede alcanzar la voz humana. Las diferentes gamas de intensidad sonora también modifican estados anímicos de la persona, y pueden existir timbres que se perciben agradable o desagradablemente, el ritmo esta relacionado con la duración sonora es un elemento básico, dinámico y potente de la música, es el estímulo orientador de procesos psicomotores que promueven la ejecución de movimientos controlados, tomando conciencia del espacio, vivenciado, a través del propio cuerpo. Se sabe que el ritmo de algunas melodías puede conseguir alteraciones de los estados de ánimo como la sensación de exaltación que se experimenta al escuchar un "Allegro de Vivaldi" o la placidez que invade el "Adagio" en sol menor de Albinoni, (Londoño A. 1964).

Contrario al sonido, cuya característica física es la existencia de armónicos inherentes a la altura original, el ruido, esta producido por la superposición de

vibraciones diversas, que no son armónicas las unas de las otras, este último afecta de manera perjudicial al organismo.

“El ruido es para el oído como el mal olor es para el olfato” (Londoño A.1964). La influencia psíquica y psicológica del ruido no depende únicamente de su intensidad sino de su significado mental ya que los ruidos más molestos suelen ser insignificantes. Estos pueden tener sobre el sujeto consecuencias de las que él mismo no es consciente, provocan el aumento de la presión arterial, acelerando el ritmo respiratorio e incluso produciendo espasmos digestivos. También pueden modificar funcionamientos humorales y sanguíneos generando perturbaciones neurovegetativas como la disminución de azúcar, potasio, proteínas de la sangre, aumentando índices de coagulación, aumento del metabolismo basal y en general alteraciones del cuadro hemático. En casos extremos pueden modificar las corrientes electrostáticas del organismo a nivel cutáneo y cerebral. Estos trastornos provocan una situación de alerta continua denominada por los fisiólogos “estrés” cuyas características son: el aumento del tono simpático y el ritmo del funcionamiento de la glándula corticosuprarenal llegando en casos extremos a ser mortal; según (Londoño A. 1964). Existen dos principios derivados de los estudios de los efectos del ruido en el organismo. En primer lugar, estas reacciones negativas del ruido se desarrollan en el cerebro vegetativo sin la intervención del cerebro consciente y en segundo lugar que no es posible la adaptación al ruido ya que los pacientes con perturbaciones psicológicas y personas con comportamiento normal presentan los mismos síntomas patológicos, la auténtica música del nuevo tiempo se basa en la armonía y evita la

disonancia. Se considera impreciso este concepto ya que ésta, ha existido siempre en la historia de la música y por el contrario ha sido un recurso importante y básico dentro del arte musical. Es más real hablar de una confrontación entre consonancia y disonancia lo cual produce una relación de equilibrio. "La auténtica música busca el equilibrio entre disonancia y consonancia". Tradicionalmente ha ocurrido que los momentos de disonancia se preparaban con intervalos consonantes, suavizando el efecto estridente de una disonancia inesperada. Se pregunta de qué manera estos elementos influyen en el individuo. Es seguro que a través de la música la persona desarrolla la conciencia que existen, momentos de relajación y tensión. Esta teoría parece menos fantasiosa y más realista, funciona como la vida con momentos agradables y difíciles pero en la medida que se preparen para vivirlos unos serán más satisfactorios y los otros serán más llevaderos.

En 1930 una clínica privada de New York, cuyos resultados son altamente satisfactorios, quedó demostrado que la acción de la música es una terapia eficaz que obra a través del sistema nervioso y los estados emotivos los cuales aumentan o disminuyen las secreciones ganglionares activando o disminuyendo la circulación de la sangre y por consiguiente "activando o disminuyendo la tensión arterial". (Torquemada. F 2000).

La literatura científica que habla sobre los efectos de la musicoterapia es abundante en enumeraciones casuísticas, pero no explica la mecánica fisiológica de la misma en el organismo. En la mayoría de los casos la música afecta el

cerebro a través del oído produciendo modificaciones ordenadas en la psiquis, en el sistema nervioso, respiratorio, cardiovascular, ganglionar y muscular e incluso en los estados anímicos e intelectuales del individuo.

1.4.3 MUSICOTERAPIA

En medicina el termino terapia es la transcripción literal de la palabra griega que significa tratamiento o asistencia, e indica la puesta en marcha de todos aquellos medios para curar a un enfermo afectado por un estado patológico, representando el punto máximo de la medicina.

Tradicionalmente la terapia se clasifica como médica o quirúrgica. La terapia médica puede obrar de tres maneras dependiendo del mecanismo de acción, del lugar de actuación y según la naturaleza del agente terapéutico. De acuerdo al mecanismo de acción la terapia puede ser etiológica (dirigida hacia la causa de la enfermedad, para que desaparezca automáticamente), o sintomática (cuando se limita a combatir las manifestaciones de la enfermedad). Según el lugar de actuación puede ser de acción general (utilizando fármacos que afecten a todo el organismo), o tópica (obrando sobre sitios específicos).

Finalmente de acuerdo a la naturaleza del agente terapéutico puede ser físico, biológico o psíquico. Por otro lado la terapia quirúrgica recurre a las intervenciones realizadas en el organismo.

Para realizar la terapia es necesario que el médico formule un diagnóstico exacto de la enfermedad que intenta curar y posea además nociones de física, química, biología y farmacología. El aspecto psicológico es importante para comprender el comportamiento del paciente y elevar su moral.

Desde el punto de vista terapéutico, la musicoterapia es un tratamiento de tipo etiológico, paleativo, físico y psicológico.

La utilización de la música como medio terapéutico es antiquísima. Los primitivos utilizaban palabras o sonidos entonados de cierta manera durante los ritos de sanación entre los cuales no podía faltar la danza, el movimiento del cuerpo, que completaba la comunicación que se quería entablar con los dioses, los espíritus o las fuerzas superiores.

Dentro del pensamiento del hombre primitivo no existía relación causa-efecto por lo tanto los fenómenos naturales y los aspectos de la vida en general tenían origen en el poder de los espíritus.

Así la música se utilizaba como elemento de comunicación con estas fuerzas sobrenaturales y buscaba dominarlas a través de ritos. También se usaba la voz cantada, entonado palabras que tenían por objetivo persuadir y en otros momentos amenazar; alternando fragmentos de melodías graves y luego agudas, a veces cambiando de velocidad. (Zorrillo. A. 1995).

En las antiguas escrituras es frecuente leer relatos que hoy día corroboran el uso de melodías capaces de mejorar estados de ánimo perturbados. Por ejemplo: “El espíritu de Jehová se apartó de Saúl, y le atormentaba un espíritu malo de parte de Jehová”. “ Y cuando el espíritu malo de parte de Dios venía sobre Saúl, David tomaba el arpa y tocaba con su mano; y Saúl tenía alivio y estaba mejor, y el espíritu malo se apartaba de él”. (1 Samuel 16-14,23).

En el mundo Griego, Platón no desarrolla el concepto de la Paideia como un conjunto de disciplinas fundamentales para la formación del individuo. Dentro de estas, la música es fundamental para la estructuración social idealizada en La República. (Gómez V. 1971).

Otros pensadores griegos como Asclepiades (110 A.C.) y Philistion de Locris (370 A.C.), le atribuyen a la música efectos terapéuticos sobre el dolor de ciática, basándose en que la música hace estremecer los miembros y mitiga los dolores. A los árabes pueblo refinado y sutil, no podía escapárseles las virtudes de la música. Por ejemplo en el Canon de Avicena, un medico de Bagdad, hace interesantes consideraciones sobre el valor curativo, sedante y analgésico de la música. Se relata que en el siglo XIII en el hospital Mansur del Cairo se tocaban melodías suaves para adormecer a quienes sufrían de insomnio. (Londoño. A 1964).

En el año 1500 numerosos médicos europeos se interesaron por los efectos curativos de la música. Como ejemplo sobresaliente en la ciudad de Tarento,

Italia durante la estación de verano se relata que la curación efectiva para la picadura de la tarántula, consistía en una música (vocal e instrumental) y el baile denominado “tarantella”. Se relata que al no conseguir esta música, las personas podían morir. Los médicos de la época ensayaron cauterizaciones, antídotos con resultados desalentadores, terminando por admitir que la única cura era la música de Apulia: la “tarantella”. Surgieron gran cantidad de teorías sobre este mal, sugiriéndose que el tarantismo no era en rigor una enfermedad física sino un trastorno de orden emocional, psíquico, una melancolía o demencia. En resumen se consideraba un desorden nervioso, una extraña psicosis. (Acosta. A 1964).

En el siglo XX y particularmente durante la segunda mitad, comenzaron a utilizarse “técnicas terapéuticas en medicina”, pero incluso durante la segunda Guerra Mundial se consideraba como un tratamiento general, como algo edificante y bueno para el alma. El musicoterapeuta, exigido por la situación hospitalaria, cuestionado por los psiquiatras y dudando a veces de sus propias creencias examina con profundidad el uso de la terapia, esforzándose por elaborar sus resultados. Era necesario replantear los principios de esta ciencia, transformando unas ideas mágicas e irracionales en principios científicos y precisos. El tratamiento activo comenzó cuando se dispuso de un número suficiente de personal entrenado para atender las necesidades físicas e intelectuales de los veteranos de guerra, iniciándose una etapa de formalización de la actividad musicoterapeuta. En 1944 la Michigan State University, crea el primer plan de estudios para la formación de terapeutas musicales. En 1946 se dicta el primer

curso académico de teoría y prácticas en la Universidad de Kansas, extendiéndose a otras entidades del país. En 1950 se fundó la Asociación Musical de Musicoterapia que hizo posible una mayor unidad de los criterios de esta nueva ciencia. Los cambios terapéuticos en psiquiatría durante los años cincuenta eliminó el uso de algunas terapias drásticas, dando paso a la terapia musical, entre otras. (Gaston. Th. 1968).

La musicoterapia ha sido desarrollada en países como Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Austria, Suiza, Francia y en Latinoamérica: México y Argentina son pioneros.

En Colombia varios profesionales en psicología y música, han venido realizando trabajos e investigaciones, considerando la música como un medio más de alternativa terapéutica.

La Unión Nacional de las Asociaciones de las terapias del arte en Italia, citado por Zorrillo. A en 1995 en el libro juego musical y aprendizaje afirma que: la musicoterapia es el uso de la música como instrumento terapéutico creativo para mejorar y mantener las capacidades de comunicación, de socialización, de desarrollo y funcionalidad motriz, de trabajo sensorial y en las áreas cognoscitivas y afectivas.

La musicoterapia es una especialidad muy joven que une la psicología del ser humano, la música y el cuerpo. (Sánchez. J 1989).

La musicoterapia es la rama de la medicina recuperativa que produce efectos fisiológicos, afectivos y mentales de la música, contribuyendo a un equilibrio psicofísico de las personas. (Rodríguez. A 1991).

Para la asociación nacional de musicoterapia en 1995: “la musicoterapia es el uso estructurado de la música como proceso creativo para desarrollar y mantener el máximo potencial humano”.

Rolando Benenzon en el año de 1995, la define desde dos puntos de vista; uno científico y otro terapéutico. El científico dice que “la musicoterapia es un ramo de la ciencia que se ocupa del estudio de la investigación del conjunto sonido – hombre, sea el sonido musical o no, para descubrir los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos inherentes a este”.

Desde el punto de vista terapéutico: “la musicoterapia es una disciplina terapéutica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos regresivos y para abrir canales de comunicación que nos ponen en grado de iniciar el proceso de reparación y recuperación del paciente para la sociedad”.

La musicoterapia es el uso de la música o de las actividades musicales como estímulo para promover nuevos comportamientos y para explorar predeterminados objetivos individuales o de grupo al interior de una situación de grupo, teniendo así, cuatro ventajas de usar la música, son su capacidad de suscitar sentimientos,

dar un instrumento expresivo, estimular la verbalización y disponer un punto de partida común. (Plach. R 1995).

La musicoterapia es una ciencia del comportamiento y una experiencia estética que utiliza la música como instrumento para aportar cambios positivos en el comportamiento humano, estos cambios comprenden los educativos, como también aquellos rehabilitativos sociales y emotivos. (M.Paul 1995).

Se argumenta que la definición de musicoterapia se puede adecuar según el enfoque que se le dé en cada caso, dada la naturaleza del que hacer musical se coincide en que no solo se le encara como una función artístico - científica, sino que la música y la ciencia se unen para facilitar la liberación de las trabas que impiden que el ser humano se realice plenamente. (Rodríguez. A 1996).

1.4.4 USOS DE LA MUSICOTERAPIA

Hay música que desestabiliza el funcionamiento del ser humano, y música que ayuda a armonizar sus funciones. La musicoterapia es la primera técnica de acercamiento al ser humano y considerada como disciplina de lo sensible, se dirige a todas partes del individuo: su cuerpo, su psiquis, su emotividad y su pensamiento.

Se utiliza para tratar enfermedades de muy diverso orden como parálisis cerebral, respiratorias, incapacitados físicos, síndrome de Down, autistas, sordos,

esquizoides, problemas de conducta, también tiene aplicaciones clínicas en psicoterapia, fisioterapia y socioterapia, usándose así mismo en medicina curativa y preventiva. (González. M 1999).

Se aconseja su utilización en toda enfermedad psicógena, sobre todo en pacientes psicóticos con problemas de relación interpersonal. También se recurre a ella con éxito en drogadictos, alcohólicos y desequilibrados nerviosos influyendo positivamente en el corazón y pulmones. (Torquemada. F. 1999).

La musicoterapia actúa como motivación para el desarrollo de la autoestima, con técnicas que provocan en el individuo sentimientos de autorealización, autoconfianza, autosatisfacción y mucho seguridad en sí mismo.

Como se decía, hay ciertos tipos de música que desarmonizan al ser humano, que alteran el ritmo cerebral, induciendo a conductas aberrantes y manifestaciones somáticas como enfermedades y alteraciones graves. El rock y el heavy metal por ejemplo, son ritmos considerados peligrosos por los estudiosos de la teoría musical, debido a que crean patrones alterados de comportamiento e inducen directamente en la conducta de quienes lo escuchan. Y por otro lado la música producida por instrumentos como el chelo, el arpa, el piano, la guitarra, se utiliza específicamente para tratar ciertas enfermedades con mucho éxito.

Existe por otro lado la música de la Nueva Era, movimiento que plantea el poder curativo de las ondas sonoras, por medio de la llamada bio – música,

(combinación del ritmo y la armonía con los sonidos de la naturaleza), y la música curativa creada con propósitos terapéuticos especialmente en el campo de la hipnosis. (Acosta. J. 1995).

La musicoterapia ejerce una actividad terapéutica a los diferentes pacientes proporcionando la posibilidad de estímulos sensoriales, favoreciendo la vida social como también constituyendo un medio de expresión pero también de comunicación.

El insomnio, un uso muy conocido de la musicoterapia en la vida cotidiana, es la canción de cuna original compuesta por los latidos del corazón de la madre y que el feto percibe como un fenómeno vital y esencial que le suministra seguridad. Experiencias realizadas en los hospitales maternos y en las guarderías, demuestran que el uso de una grabación de los latidos del corazón, calman los llantos de los recién nacidos y se duermen con facilidad.

Desde el sexto mes de vida intrauterina el órgano del oído esta totalmente desarrollado y el feto escucha los sonidos transmitidos hasta él liquido amniótico, reconociendo a su madre con solo escuchar por un momento su voz.

Estos dos factores, la dulce voz de la madre y el ritmo regular del latido del corazón, son los que se encuentran en la canción de cuna. El ser humano queda marcado durante toda su vida por este recuerdo relajante, que buscara

inconscientemente en el momento de dormir; la música bien adaptada a estos criterios sería lo más efectivo en caso de insomnio.

Para el insomnio primario (para quedarse dormido plácidamente) se recomienda la canción de cuna Opus (Op) 57, de J. Brahms, para el insomnio de la segunda mitad de la noche se recomienda los Nocturnos (Op. 9- Nº 3, Op 15- Nº22, Op 32- Nº1, Op 62- Nº1) de F. Chopin. Para la ansiedad que es otra área en la que podemos emplear la musicoterapia con resultados muy efectivos se recomienda la Sinfonía Linz, K425 de W.A. Mozart, el primer movimiento de la sinfonía Nº 5 de F. Schubert , el concierto de Aranjuez de J. Rodrigo y las cuatro estaciones de A. Vivaldi. Para la depresión, pacientes negativos y melancólicos se recomienda el Concierto para Violín en Re mayor de L. Beethoven, la música Acuática de G. F. Haendel, y el concierto para piano Nº2 de S. Rachmaninov. Para la relajación se recomienda el Claro de Luna de C. Debussy, Canon en Re de Pachelbel y de Harp of the Healing Waters de E. Berglund. Para energizar a la persona mejorando su estado anímico se recomienda la Suite Karalia de J. Sibelius, la Serenata de Cuerdas (Op 48) de P. Tschaikowsky, y la Obertura de Guillermo Tell de G. Rosini. Para la buena digestión se recomienda el Concierto de Oboe de A. Vivaldi, la Música para la Mesa de Teleman y el Concierto para Flauta y Orquesta de W.A. Mozart.

1.4.5 LA MUSICOTERAPIA EN ODONTOLOGIA

Una excelente noticia para los pacientes nerviosos en general que reclaman una odontología más tranquila y agradable. Se está utilizando una técnica que sin

ser nueva, si lo es en el ámbito de la odontología. Se trata de la musicoterapia. La teoría musical es una extensa rama del conocimiento que ha profundizado a través del tiempo en lo concerniente a como puede afectar, los diferentes tipos de música con sus variados ritmos y armonía. En el universo todo se traduce en vibraciones, en ondas de energía que componen cada cuerpo y objeto.

En odontología se tiene un campo de acción fabuloso para utilizar la musicoterapia, con resultados siempre sorprendentes. Hoy día aplicada en el transcurso de los diferentes tratamientos odontológicos, con el objetivo de lograr cierta relajación en el paciente teniendo como resultado un tratamiento más satisfactorio. Cuando se le colocan los audífonos al paciente dejándole escuchar música relajante, efectivamente se reduce el estrés en un altísimo porcentaje, la persona regulariza su ritmo cardíaco y respiratorio; y en estas condiciones utilizar la anestesia, usar la pieza de alta o hacer una cirugía resulta más tranquilo y tolerable.

Durante un tratamiento odontológico tradicional, el paciente percibe auditivamente “ruidos” que provienen de la manipulación del equipo e instrumental odontológico a través del oído medio (tímpano y huesecillos: martillo, yunque y estribo), y oído interno sirviendo este como receptor de las ondas acústicas. También se transmiten estos estímulos por medio de los huesos de la cara, que generan en el paciente sensaciones desagradables.

La musicoterapia busca neutralizar en el paciente de manera consciente, estas molestias por medio de sonidos agradables al oído y organizados estéticamente. Aunque coexistan el ruido y la música en el momento del tratamiento, es necesario orientar la concentración del paciente hacia esta, tratando de que ignore el ruido, sin olvidar que no debe perderse la comunicación odontólogo paciente.

La musicoterapia es entonces una poderosa herramienta que ayuda en el mejoramiento de la salud, sin ser algo nuevo se presenta como un aliado fabuloso en el trabajo odontológico.

Demostrándose así las enormes posibilidades de la interacción entre los diferentes campos de la ciencia y el arte del ser humano.

1.4.6 ELABORACION DE UN DISCO COMPACTO

Actualmente existen dos maneras de reproducción de sonido. El sistema análogo reproduce el sonido por el contacto de los cabezotes de un grabador, con la cinta magnetofónica generando ciertos niveles de ruido por la fricción. El sistema digital en cambio, traduce toda la información del sonido original (timbre, intensidad, duración y frecuencia) a números que se imprimen en la cinta por medio del láser. Al carecer de contacto físico con la cinta o disco, no se producen ruidos ajenos a la información original.

Un disco compacto se elabora por medio de un dispositivo de lectura y otro de lectoescritura denominado quemador. El primer dispositivo transforma la información sonora en numérica y el segundo la imprime en el disco. El tiempo de reproducción equivale al doble del tiempo original. Requiere de un programa computarizado que organiza las dos fases del proceso. Para la carátula de un disco compacto se requiere un programa de fotografía y una impresora a color. El valor aproximado del equipo es de dos millones de pesos (\$2.000.0000,00) y el costo de cada CD es de diez mil (\$10.000,00) aproximadamente.(Rubio R. 2000).

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL.

Diseñar material musicoterapéutico para utilizar en la consulta odontológica.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Clasificar los pacientes según el comportamiento psicológico.
- Realizar un material musicoterapéutico para odontólogos, según la clasificación del comportamiento psicológico de los pacientes.

2.METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo del tipo exploratorio

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Material aplicado a la Odontología según la clasificación psicológica de los pacientes.

2.3 VARIABLES

2.3.1 Clasificación de pacientes según el comportamiento psicológico.

2.3.2 Material musicoterapéutico para pacientes según la clasificación del comportamiento psicológico.

2.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para efectos de este estudio se consultaron las siguientes bibliotecas: biblioteca conservatorio de la Universidad Nacional, biblioteca Pontificia Universidad

Javeriana, biblioteca Luís Angel Arango, biblioteca del centro de orientación musical Francisco Cristancho, biblioteca de la Universidad Pedagógica de Colombia, biblioteca Nacional y biblioteca de la Fundación Santafé.

2.5 PROCEDIMIENTO.

Para la grabación de un disco compacto se utilizan dos técnicas: por inyección y quemado. La primera es una forma digital, siendo un método altamente fiel y exacto. Inicialmente se graba un master (original), el cual es una plancha negativa donde queda plasmada la información, una vez cumplido este procedimiento se forra con una solución fotosensible permitiendo que todo lo que esta incluido en el molde quede en ella. La segunda técnica se lleva a cabo mediante programas como: hardware y software que son los quemadores, posteriormente se introduce el disco compacto en el computador el cual lo lee gracias a que posee un rayo más fuerte, permitiendo hacer una lectura fiel del original, logrando así poseer la copia.

3.RESULTADOS

3.1 Clasificación de pacientes según el comportamiento psicológico.

Para comenzar estas reflexiones sobre la personalidad humana, se encontró que genio y temperamento son términos en buena medida equivalentes.

Por **temperamento o genio**, se entiende normalmente en psicología el conjunto de disposiciones afectivas que predominan tiñen las reacciones habituales de un sujeto y, muy especialmente, sus relaciones interpersonales. La rapidez o intensidad de las reacciones psíquicas, su brusquedad o dulzura, su lentitud, etc., son las características en que la gente se funda para decir que alguien tiene el genio fuerte un temperamento colérico un carácter agradable.

La palabra **carácter** hace referencia a aquellos hábitos de comportamiento que uno a adquirido a lo largo de la vida y de los que, en consecuencia, se es más ameno y responsable. La naturaleza moral de un individuo se halla, pues, íntimamente vinculada a su carácter psicológico.

Muchos psicólogos anglosajones llaman simplemente **personalidad** al conjunto integrado de los rasgos temperamentales y caracteríales del sujeto; es el modo habitual de comportarse propio de cada persona.

En realidad este modo habitual de comportarse que distingue a unas personas de otras es único e irrepetible en cada sujeto. Sin duda todas las cosas son únicas, y el hombre, si se quiere es todavía más único, lo es en un sentido superior.

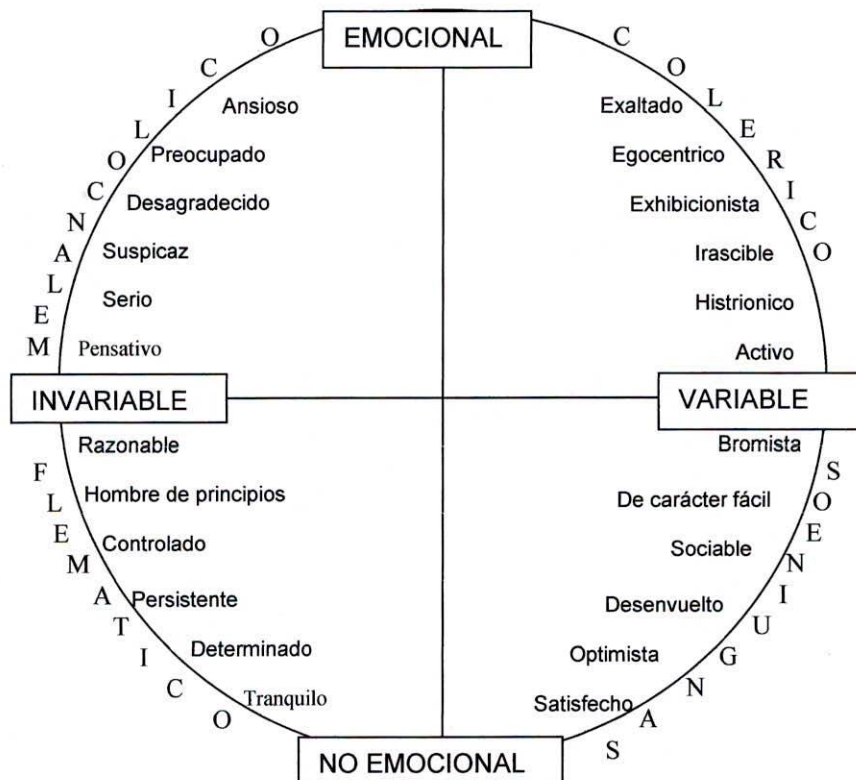
El profesor Eysenck, ha propuesto un modelo que refleja la estructura de la personalidad desde el punto de vista de sus principales componentes temperamentales.

En primer término, el análisis factorial ha detectado la existencia de unos rasgos temperamentales bastante definidos, análogos en su estructura a los factores primarios de la inteligencia. La persistencia, la timidez, la irritabilidad, pueden valer como ejemplos de semejantes rasgos.

Estos rasgos de primer orden no son, sin embargo, independientes; al igual que las aptitudes, guardan unas relaciones mutuas de interdependencia que permiten en factores de segundo orden o dimensiones básicas de la personalidad para Eysenck, la estabilidad- inestabilidad emocional y la extraversión-introversión representan, por lo que hace a la personalidad normal tales dimensiones básicas.

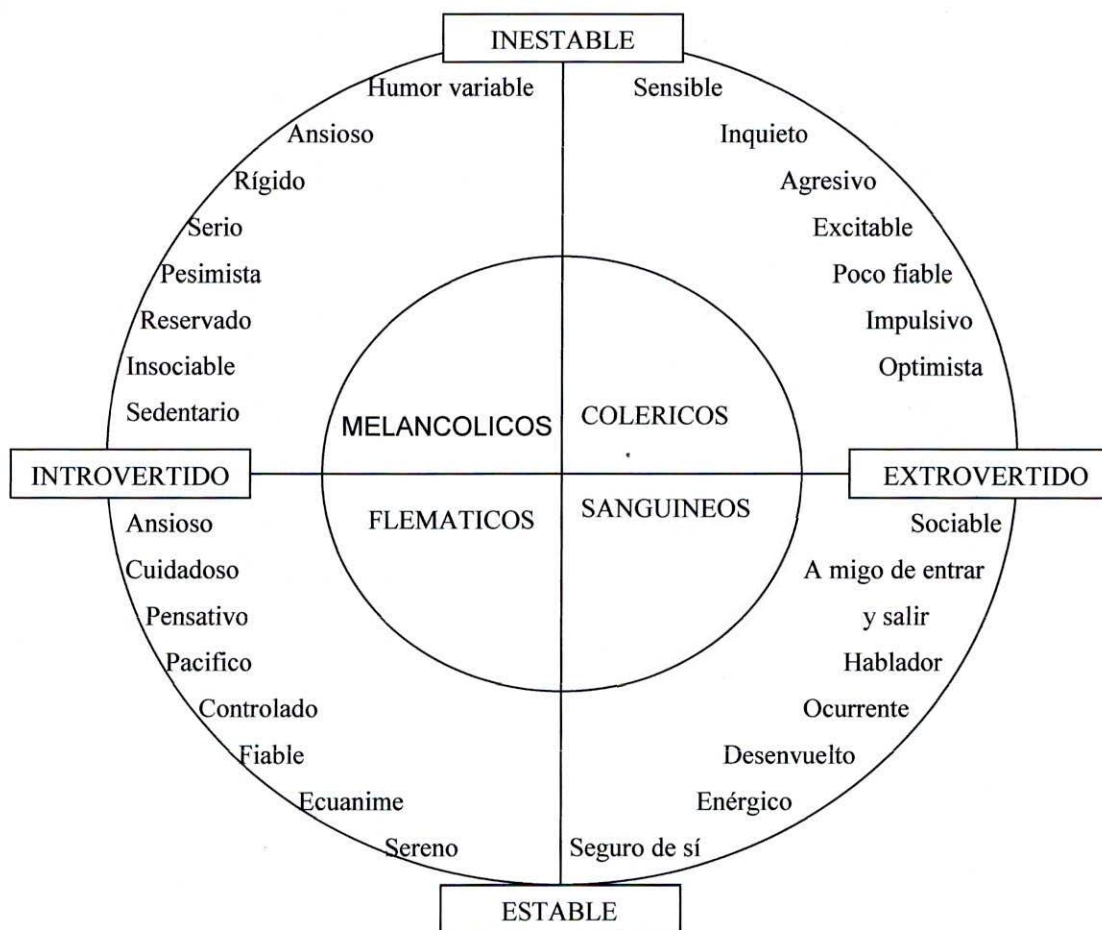
FIGURA 1: TEORIA TRADICIONAL DE LOS TEMPERAMENTOS, BASANDOSE EN

GALEANO, KANT Y WUNDT.



Fuente: La mente Humana, (José Luis Pinillos, 1970)

**FIGURA 2: RASGOS QUE DEFINEN CADA UNO DE LOS POLOS DE LAS
DIMENSIONES**



Fuente: La mente Humana (José Luis Pinillos, 1970)

Según se advierte en la figura correspondiente, cada uno de los polos de esas dimensiones está definido por unos cuantos rasgos característicos; así, típicos del extrovertido son: el optimismo, la impulsividad, la actividad, el ser sociable, la

afición a entrar y al salir, y el ser hablador. El introvertido por el contrario tiende a ser reservado, insociable, sedentario, pasivo, cuidadoso y pensativo lo característico del inestable es el humor cambiante, la sensibilidad, la inquietud, la ansiedad, la rigidez y la agresividad. El tipo estable propende, en cambio, a la calma, la capacidad de mando, la ecuanimidad, la seguridad en si mismo, la fiabilidad y la energía.

En otras palabras, tales rasgos primarios son tanto más puros o típicos de cada dimensión cuanto más próximos estén al eje que representa a está. Las características intermedias, como la seriedad, excitabilidad, capacidad de responder, carácter pacífico, etc; representan rasgos mixtos, esto es, rasgos en que se entremezclan cualidades pertenecientes a dos dimensiones distintas de la personalidad. Según esta teoría, la mezcla de inestabilidad y extraversión daría origen a lo que los antiguos llamaban coléricos y Eysenck llama hoy histéricos o psicópatas. Las personas inestables e introvertidas, serían, en cambio, las melancólicas o, en términos de Eysenck, los distímicos (angustiados obsesivos etc.)

Dicho de otra forma, la dimensión de inestabilidad constituye, para Eysenck, la dimensión de la neurosis; las neurosis de los introvertidos tienden a adoptar la forma de neurosis de ansiedad, caracterizadas por sentimientos de angustia de culpabilidad, obsesiones, escrúpulos, inferioridad, depresión, irritabilidad, etc., mientras la neurosis de los extrovertidos propende, en cambio, a tomar la forma

de histeria y psicopatías, con sus consiguientes problemas de conducta: mentiras, robos, agresiones, estafas, escenas etc.

El psicoticismo, la otra gran dimensión de la personalidad, representa la psicosis, estas son, las enfermedades mentales graves o locuras: esquizofrenias y desordenes maniaco- depresivo, principalmente. Las notas más definitorias de esta dimensión son las ideas de alucinaciones, confabulaciones, deterioro mental, perturbaciones motoras, retraimiento social, perdida del sentido de la realidad y, eventualmente las tendencias agresivas y suicidas en los paranoicos y depresivos respectivamente.

Según Murphy en 1976, la estructura del carácter de una persona es un producto de las actitudes, valores y reacciones habituales de esa persona ante las relaciones humanas.

Con frecuencia los fundamentos de dicha estructura se ponen en los primeros años de la vida y se extienden durante un largo periodo. Cuando esas maneras características de comportamiento se tornan tan exageradas que se vuelven inapropiadas quizá constituyan el desorden de la personalidad. Sin embargo, un desorden de la personalidad raramente genera angustia o zozobra en el individuo que lo padece y rara vez es considerado neurótico o sicótico.

Los desordenes de la personalidad no son fáciles de clasificar. En general, lo que se observa son personas dotadas de estilo peculiar y estereotipado de relacionarse con los demás. Puesto que los desordenes de la personalidad

abarcen patrones de reacción de viejos antecedentes, son difíciles de tratar mediante la terapia acostumbrada. A menudo la persona no se da cuenta de que padece un “problema”, frecuentemente experimenta poca motivación para cambiar y no obtiene retroalimentación inmediata para los cambios que intente.

Sostienen algunas teorías que los desordenes son innatos. Otras afirman que tales trastornos se derivan de inadecuadas relaciones entre padres e hijos en que los primeros implantan modelos deficientes de papeles o prácticas incoherentes en la formación de los segundos. Un punto de vista afín al anterior especifica que esos desordenes provienen de desordenes de refuerzo suministrado a conductas inapropiadas y de una falta de entrenamiento para interiorizar las normas y valores sociales que regulan las relaciones humanas.

Entre los tipos de desordenes de personalidad y carácter encontrados con mayor frecuencia se encuentran los siguientes: la personalidad inadecuada, la personalidad explosiva, la personalidad pasiva-agresiva, la personalidad obsesiva-compulsiva y la personalidad antisocial.

La **personalidad inadecuada**. Dentro de esta categoría se ubican las personas extremadamente ineficaces que no pueden mantenerse interesadas en el estudio, el trabajo o las relaciones sociales. Por lo general poseen un sentido de la responsabilidad mal desarrollado y tienden a nunca madurar psicológica o emocionalmente. Se dice que estas personas son “individuos sin rumbo fijo” o que son “volubles”, que colaboran poco con las demás personas.

La **personalidad explosiva**. En la mayoría de las circunstancias, el individuo de personalidad explosiva parecerá agradable y bien adaptado. Sin embargo, la menor frustración o demora y el mínimo indicio de rechazo encenderá la mecha de una reacción en cadena de rabia. Al principio quizá presente una hostilidad oralmente agresiva (crítica, refutación intimidación pero esa hostilidad puede convertirse al final en agresión física). El presentimiento de una ira potencialmente explosiva que permanece latente mientras todas las cosas marchan bien hace que los familiares y conocidos de estas personas les tengan miedo, respeto y condescendencia, para evitar que “se pongan como los mil demonios”.

La **personalidad pasiva-agresiva**. La pasividad puede ser una reacción contra los sentimientos personales de ira y hostilidad. El individuo adopta un papel pasivo porque teme que los otros se venguen de él si se expresa directamente esos sentimientos. Sin embargo esa hostilidad interpersonal no deja de expresarse en forma sutiles y desviadas. Comportándose desvalido y volviéndose dependiente, el individuo agresivo-pasivo limita la libertad de los demás ya que se convierte en una carga de la cual éstos son responsables. Otro tipo de personalidad pasiva ejerce el efecto de hostilidad indirecta oponiéndose a todo; comportándose negativamente, con testarudez, estorbando y mostrándose insociable, este tipo de personalidad puede conseguir que los demás no satisfagan sus necesidades o realicen sus planes.

La **personalidad obsesiva-compulsiva**. Estas personas revelan un sentido exagerado de control sobre uno de los elementos de su vida. Dicho control adopta la forma de ordenar cosas (escritorios, closet, cajones limpios y ordenados), o de

ordenar relaciones humanas insistiendo a los demás que hagan las cosas como este quiere. La necesidad de orden desemboca en un patrón conducta rígido, formal, inhibido y perfeccionista. La personalidad obsesiva-compulsiva se caracteriza por principios de deber, respeto por la autoridad, limpieza y obediencia. Es difícil que los demás se sientan a gusto alrededor de tales personas, porque estas nunca son espontáneas y abiertas sino que insisten en que los demás hagan lo que ellas quieren. Los freudianos piensan que este desorden de carácter emerge de una hostilidad reprimida hacia los padres quienes impusieron al niño, hoy adulto obsesivo-compulsivo, practicas severas para entrenarlos en los hábitos de limpieza. El individuo soporta la negación de todas las emociones fuertes ejerciendo un control sobre todos los demás aspectos de su vida. Así, cuando se enfrenta en una situación en la cual no puede ejercer el control acostumbrado sobre el medio ambiente externo, este individuo quizá reaccione con violencia, con repetición obsesiva de pensamientos y expresiones y con una conducta rígidamente estereotipada.

La **personalidad antisocial** recibe también el nombre de personalidad sociopática o psicopática. El manual de diagnóstico psiquiátrico define de este modo a las personalidades antisociales: "...individuos que en esencia no han sido socializados y cuyos patrones conductuales les acarrearán repetidos conflictos con la sociedad. Son incapaces de una lealtad significativa hacia las personas, grupos o valores sociales. Son muy egoístas, insensibles, irresponsables, impulsivos e incapaces de experimentar culpa o de aprender de la experiencia y el castigo.

Poco toleran la frustración. Tienden a ofrecer racionalizaciones plausibles de sus conductas y a culpar de los demás”.

Estas personas crean problemas a otras personas y a la sociedad ya desde pequeños trastornan la clase, suscitan peleas, huyen de la casa, tienen relaciones sexuales promiscuas; nunca conservan los trabajos y terminan violando la ley y encerrados en una prisión.

Algunos de ellos, dotados de modelos superficialmente encantadores, siendo fáciles de tratar y dueño de gran inteligencia llegan a ser timadores de gran “éxito”.

Según el doctor Alfredo Adler, se entiende por **carácter** la aparición de una cierta forma expresiva del alma en un ser humano que trata de adaptarse a las necesidades y obligaciones que la vida le impone. Este cita que el carácter no se debe a las fuerzas ni substratos innatos, sino que son, aunque muy tempranamente, adquiridos con el objeto de poder mantener una determinada conducta.

Una división de las formas expresivas del alma, antiquísima en la psicología, es la de los temperamentos. No es fácil de decir lo que se entiende por temperamento: la rapidez con la que uno piensa, habla u obra, la fuerza o el ritmo que en ello imprime etcétera. Estudiando las explicaciones que dan los psicólogos acerca del temperamento, se declara que la ciencia no ha pasado de la clasificación de

cuatro temperamentos en el alma humana desde la más remota antigüedad. La división en sanguíneos, coléricos, melancólicos y flemáticos procede de la antigua Grecia, fue escogida por Hipócrates, transmitida a los romanos y conservada en la psicología como respetabilísima reliquia.

Por **sanguínea** se entiende una persona que demuestra cierto placer de vivir; que no considera las cosas demasiado graves y difíciles; que no se deja encanecer con mucha facilidad; que procura hallar siempre el aspecto más bello y agradable de cualquier situación; que en ocasiones tristes se entristece, pero sin desfallecer, y que en las alegres goza, pero sin excederse. En una palabra: son las personas sanas por excelencia, y en las que menos influyen los fracasos y penalidades. Este tipo es difícil de encontrar en toda su pureza, casi siempre es mestizo, circunstancias que deprecia grandemente el valor de este temperamento.

El **colérico** está caracterizado en una poesía antigua como aquel que al hallar una piedra en su camino la arroja a otro sitio, inflamado de ira, mientras que el sanguíneo pasa tranquilamente por encima de ella. En el lenguaje de psicología individual, el colérico es aquel en cuyo afán de dominio está tan tenso que ha de realizar siempre grandes movimientos, proceder con cierta violencia y avasallar todo en forma rectilínea y agresiva. Este temperamento se ha relacionado antiguamente con la hiel. En realidad son personas con movimientos amplios, que no sólo poseen desde la infancia una sensación de fuerza, sino que quiere vivirla y demostrarla. Muy distinta es la impresión que conduce el **melancólico**. Este siente que le acosan todos sus pecados, deduce una serie de consecuencias tristes y se vuelve atrás. La psicología individual ve en este tipo al hombre vacilante que no confía en poder vencer las dificultades que se le presentan y

seguir adelante, sino que continua su camino con la mayor cautela, prefiriendo detenerse o retroceder antes de arriesgar algo. Es decir, una persona en la que la duda prepondera, generalmente propensa a pensar más en si misma que en los demás, siendo así poco apta para las grandes posibilidades de la vida. Este tipo se encuentra tan oprimido por sus propias preocupaciones, que dirige siempre su mirada hacia atrás o hacia adentro, procurando al mismo tiempo conmover a otro con la amargura de su destino.

El **flemático** parece ser simplemente aquel que se siente completamente extraño a la vida, que recoge impresiones sin deducir consecuencias especiales, al que nada le produce sensación ni interesa en particular, vive sin ningún esfuerzo ni demostración de poder, carece en una palabra de puntos de contacto con la vida, por consiguiente es quizá el que más lejos se encuentra de ella.

Según el Doctor Richard A. Kalish define la personalidad humana como la organización dinámica de los atributos éticos que determinan la conducta y distinguen a un individuo de los demás, clasificando los tipos de personalidad en persona normal, rígida, conducta agresiva, retraída y conducta desorganizada.

La persona normal conoce la diferencia entre lo real y lo que no lo es, no utiliza en excesos mecanismos de defensa, su conducta no esta dominada por acciones excesivamente rígidas, irracionales o dañosas para ella misma. La persona rígida ve todo blanco o negro, puede preferir qué se les diga que hacer antes que decidir sus acciones por si mismos, estos individuos creen en las soluciones simples y netas, no aceptan la variedad y la incertidumbre, requieren reglas y orientaciones

definidas. La persona de conducta agresiva provocan sentimientos y expresiones de ira ante el estrés y en especial la frustración. La persona retraída se refugia en el silencio, es introvertida e insegura. Las drogas y el alcohol puede utilizarse como forma de retracción.

La persona con conducta desorganizada vacila una y otra vez entre una decisión y otra; comete errores tontos en tareas simples, olvida hacer cosas.

La neurosis son perturbaciones relativamente leves de la personalidad, caracterizadas principalmente por la angustia, esta siendo controlada por el individuo solo se expresa en forma indirecta a través de la conducta neurótica (American Psychiatric Association, 1968).

Esta se dividen en neurosis de angustia, histérica, fóbica, obsesivo-compulsiva, depresiva, neurasténica, despersonalizada e hipocondríaca.

La neurosis de angustia se caracteriza por un temor o algo vago, incierto e inexistente. A menudo estos sentimientos de angustia se ven acompañados por cambios somáticos tales como taquicardia y sudoración intensa.

La neurosis histérica es cuando el individuo sufre la pérdida de alguna capacidad motriz sensorial, de la memoria, la conciencia o la identidad. Hay dos formas: la de conversión (pérdida del funcionamiento sensorial o motor sin daño físico aparente), y la de disociación (acto de fingir algún tipo de problema médico).

La neurosis fóbica es la persona que muestra temor morboso, a ciertos objetos, personas o situaciones. Este tipo de miedo, se interpreta como sustituto simbólico de la causa real de temor ó angustia.

La neurosis obsesivo-compulsiva es cuando el pensamiento está dominado por un sentimiento, una imagen ó una idea.

La neurosis depresiva es aquella en que tiene la sensación de que nada va como debiera, de que la vida ofrece pocas posibilidades de satisfacción y placer.

La neurosis neurasténica es cuando la persona se siente constantemente fatigada y carente de energía.

La neurosis de despersonalización es aquella persona en la cual siente que el mundo no es real, no forma parte de su cuerpo, ni de su entorno.

La neurosis hipocondríaca es la persona preocupada por su salud, sus enfermedades reales o temidas y sus médicos o medicamentos.

La psicosis no utiliza defensas neuróticas sino que responde perdiendo el contacto con la realidad; estas se dividen en esquizofrenia, trastornos afectivos, estados paranoides.

La esquizofrenia es la persona que muestra pérdida de sus intereses, falta de ambición, indiferencia emocional y retraimiento con respecto a las relaciones sociales.

Los trastornos afectivos se aplica a ciertas perturbaciones graves de los estados de ánimo como depresión o elación, acompañado por delirios y alucinaciones.

Los estados paranoides desarrollan un sistema de delirio que es coherente, parece tener sentido y a menudo convence a los demás. El sistema delirante se centra en la persecución o en las grandezas.

Según Cediél en la práctica clínica diaria se observan diferentes tipos de pacientes con distintos comportamientos psicológicos durante la cita odontológica, para esto se tendrá en cuenta el llamado **lenguaje corporal** manifestado por la expresión corporal, las inflexiones de la voz, las actitudes asumidas.

El **paciente depresivo o deprimido** se mueve poco, no mantiene contacto visual con su interlocutor, él procura mantenerse cabizbajo, carece de espontaneidad en sus palabras y en sus gestos, fácilmente llora y suspira con frecuencia, este individuo tiene disminuida su autoestima esto se ve reflejado en su vestido e higiene oral; estas personas difícilmente se dejan ayudar, parece como si su plan fuera obstaculizar todos los esfuerzos que se hagan para aliviarles. Esta situación no debe confundirse con la astenia y el decaimiento de las enfermedades crónicas y de algunas endocrinopatías tales como: el hipotiroidismo y la insuficiencia suprarrenal.

El **paciente ansioso** estos se caracterizan por ser muy activos, es decir no se pueden quedar quietos, se muerden las uñas y se exaltan sin motivo real;

observan con recelo a diferentes sitios como si estuvieran buscando algo, esperando a alguien o preparándose para defenderse de alguna amenaza externa, mantienen apretadas entre si las manos o alrededor de cualquier cosa que en ellas porten , su hablar es atropellado, como si quisieran referir varias cosas a la vez, fuman un cigarrillo detrás de otro, no sonríen espontáneamente o a veces ríen con una sonrisa nerviosa, transpiran copiosamente, especialmente en las axilas y en las palmas de las manos, este último fenómeno es el que el médico nota desde el principio en el apretón de manos.

El **paciente enojado** es aquel que ante su enfermedad reacciona con enojo o rabia. Se mueven poco, miran fijamente y con dureza a su interlocutor, han perdido totalmente el sentido del humor, contestan con frases cortas, exigen explicación para todo e indagan sobre los títulos y experiencias del odontólogo. La relación con estos pacientes obviamente es difícil y muchas veces el profesional también resulta enojado lo cual es totalmente indeseable. Para evitar esto se debe tener en cuenta que la ira del paciente es global y no personal contra este, es inútil discutir con estos pacientes. La actitud correcta es indagar por los motivos de la ira y tener la mejor voluntad de solucionarle sus problemas; el enojo usualmente disminuye cuando el paciente puede ventilar sus problemas y es atendido por un médico que se desempeña con una actitud absolutamente profesional.

El **paciente seductor** no se refiere a la seducción con una connotación sexual (cosa que de vez en cuando ocurre), sino al paciente de cualquier sexo que

intenta llamar la atención y ganarse el afecto del profesional. Son personas que temen ser abandonadas o no recibir la suficiente atención, muchos de ellos son individuos inmaduros que en sus conversaciones usan frases aduladoras o que dan a entender que están totalmente en manos de el médico; Hacen preguntas o expresan opiniones sobre la maravillosa e interesante que es la vida personal del profesional. También con estos pacientes la relación se torna difícil, hay que darles la impresión de que no serán abandonados, pero manteniéndose a “distancia profesional”, evitando asumir responsabilidades de otra índole e induciendo al paciente a tomar sus propias decisiones y asumir sus responsabilidades. El profesional debe educar a estos pacientes para que no asuman un papel totalmente pasivo e informarlos adecuadamente sobre sus enfermedades, los riesgos que corren y los beneficios que esperan.

En la práctica clínica diaria se observan diferentes tipos de pacientes, los cuales presentan diversas actitudes psicológicas durante el tratamiento odontológico. Para tales efectos se analizo y se investigo la etiología y características de estos; teniendo en cuenta el llamado lenguaje corporal.

El hombre es en extremo receptivo ante cualquier estímulo de tipo sensorial, desencadenando comportamientos como ansiedad, dolor, angustia, estrés, temor. Tan pronto aparecen dichas respuestas comienza el proceso determinante en la definición de los rasgos del carácter y de la personalidad los cuales son individuales y modificables en cada caso, es decir para su desarrollo influyen

factores predisponentes como medio ambiente, deficiencias orgánicas, cultura, agentes hereditarios, educación, nivel económico.

Para efectos de este estudio se realizó una clasificación a nivel odontológico de la siguiente manera:

El paciente depresivo o melancólico se caracteriza por su poca actividad física, puede refugiarse en el silencio, deduce una serie de consecuencias tristes de la vida, no tiene confianza en sí mismo para poder vencer las dificultades que se le presentan, no es arriesgado ante lo desconocido, no es firme en la toma de decisiones, es introvertido, carece de fluidez verbal, llora con facilidad, su autoestima está disminuida lo cual se manifiesta en el descuido de su arreglo personal, es poco colaborador.

El paciente ansioso o sanguíneo se caracteriza por ser muy activo, está alerta para defenderse de alguna amenaza externa, demuestra cierto placer de vivir, es práctico, alegre, extrovertido, posee conducta desorganizada, es seguro, enérgico, hablador, sociable, bromista, optimista, amable, cálido, crea excusas con facilidad, son demasiados confianzudos.

El paciente enojado o colérico se caracteriza por ser voluntarioso, fuerte, independiente, porfiado, terco. En la toma de sus decisiones es firme, planifica a toda hora, es organizado con sus ideas, autosuficiente, le gusta tener el control de las cosas, responde agresivamente, no acepta equivocaciones, no simpatiza

fácilmente, es disciplinado, no demuestra lagrimas, se propone metas y las cumple.

El paciente seductor o flemático se caracteriza por llamar la atención, teme ser abandonado, es inmaduro, histérico, se torna difícil la relación con estos pacientes, es pensativo, ecuánime, inseguro.

En esta clasificación se hace un estudio detallado de cada personalidad, y se encuentra una coincidencia de todos los tipos de conducta, teniendo en cuenta que cada autor la llama de forma distinta.

Se cree que en estos esquemas se encuentran reflejados los distintos tipos de personalidad. (figura 1 y figura 2).

3.2. El material musicoterapéutico para odontólogos seleccionado según la clasificación del comportamiento psicológico de los pacientes.

Las melodías escogidas para el paciente que tiene un comportamiento psicológico depresivo o melancólico son las siguientes:

- ♦ Franz Liszt: Valse impromptu ("Nocturne") en fa # Mayor.
- ♦ Ludwig Van Bethoven: Sinfonía N° 7 en La Mayor, 4º Movimiento, Allegro con brio.
- ♦ Camille Saint Sains: Concierto para piano y orquesta N° 2 en sol menor, Opus 22, 2º y 3º movimientos, Allegro scherzando y Presto.
- ♦ Ludwig van bethoven: Concierto para violin y orquesta, 3º movimiento.

- ◆ Antonio Vivaldi: Concierto para flauta y orquesta de cuerdas “Il cardellino”.
Todos los movimientos.
- ◆ Piotr Illige Tchaikovsky: Suite de danzas de “El lago de los cisnes”: Todos los movimientos.

Para los pacientes ansiosos o sanguíneos las melodías escogidas fueron:

- ◆ Wolfgang Amadeuz Mozart: Concierto para piano y orquesta N° 20 en re menor, K466, primer movimiento, Allegro.
- ◆ Maurice Ravel: Concierto para piano y orquesta en Sol Mayor, 2º movimiento, Adagio assai.
 - Daphnis y Chloé (Ballet), Primera parte.
- ◆ Witold Lutoslawsky: “Cantaflores y cantafábulas”, ciclo de melodias para soprano y orquesta (sobre poemas de Robert Desnos).
- ◆ Ludvig Van Beethoven: variaciones sobre un tema del oratorio “Judas Macabeo” de Haendel, en Sol Mayor, para cello y prano.
- ◆ Jean Francais: Concierto para piano y orquesta (concertino).

Para los pacientes enojados o coléricos se eligieron las siguientes melodías:

- ◆ Wolfgang Amadeuz Mozart: Concierto para piano y orquesta en re menor, K 466, 2º movimiento, Romanza.
 - Alleluia del “Exultate, Jubilate y para soprano y orquesta.
 - De la ópera “Don Giovanni” dueto para baritono y mezzo soprano “La cidarem la mano”.
 - Canzonetta (baritono) “deh, vieni alla finestra”.

- Del concierto para clarinete y orquesta en La Mayor, K622, 2º movimiento, Adagio.
- ♦ Johannes Brahms: Variaciones sobre un tema de Joseph Haydn para dos pianos, opus 56b.
- ♦ Johann Sebastian Bach: Coral final de la cantata Bwv 147.
- ♦ Claude Debussy: Música para piano:
 - Pagodas (Estampas).
 - Reflejos en el agua (Libro I de imágenes).
 - Campanas a través de las hojas (libro II de imágenes).
 - Claro de luna (Suite Bergamasque).
- ♦ Franz Schubert: Quinteto en La Mayor, D.677, "La trucha" 4º movimiento, tema con variaciones.
- ♦ Frederick Chopin; Balada Nº 3, opus 47 en La bemol Mayor.

Para el paciente seductor o flemático las melodías elegidas fueron:

- ♦ Francis Joseph Haydn: Concierto para oboe y orquesta en Do Mayor, primer movimiento, Allegro Spirituoso.
- ♦ Gioachino Rossini: Primera obertura de "La italiana en Argel".
 - "Largo al factotum" (aria para baritano).
 - "Una voce poco Fa" (aria para mezzo soprano).
- ♦ Bela Bartok: Música para cuerdas, percusión y celesta, Allegro.
- ♦ Frederick Chopin: Scherzo Nº 2, opus 31, en si bemol menor.
- ♦ Wolfgang Amadeus Mozart: Primera aria de papageno, acto 1.

- ♦ Ludwig van Beethoven: Sinfonia N° 9 en re menor, opus 125, "coral", 4º movimiento. "Presto".

4.CONCLUSIONES

- La musicoterapia es tratamiento eficaz para pacientes que asisten a la consulta odontológica.
- El estrés, la ansiedad, el temor, la angustia son impedimentos para realizar un tratamiento satisfactorio.
- Para aplicar la musicoterapia en la consulta odontológica es de gran importancia conocer los diferentes patrones de conducta de cada uno de los pacientes.
- El material musicoterapéutico realizado en esta investigación es una alternativa novedosa y de fácil acceso para los profesionales en odontología que deseen realizar un tratamiento más eficaz y más placentero para los pacientes.

5. RECOMENDACIONES

Se recomienda, realizar una prueba piloto para comprobar el grado de efectividad de la musicoterapia en los pacientes, teniendo en cuenta el comportamiento psicológico.

La aplicabilidad clínica de este estudio va dirigida a todos los odontólogos que en su práctica clínica diaria quiera realizar un tratamiento más satisfactorio.

6. AGRADECIMIENTOS

- ♦ Juan Mario Monroy.

Abogado Universidad de los Andes.

Estudios de guitarra clásica Universidad Nacional de Colombia.

Docente área técnica y practica de guitarra.

- ♦ Jaime Manzur

Empresario Artístico.

Director de opera y zarzuela.

- ♦ Mauricio Cristancho

Violinista.

Director centro de Orientación musical Francisco Cristancho.

- ♦ Rafael Rubio.

Docente centro de Orientación musical Francisco Cristancho.

- ♦ Jorge Sanmartin.

Abogado Universidad Externado de Colombia.

Baritono coro Santafé de Bogotá.

BIBLIOGRAFIA

ABOUT THE AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION E- MAIL:
[Info@musictherapy .org](mailto:Info@musictherapy.org), 1999.

ACOSTA, Julián. La música terapia en La Odontología [http:// Prevenir.
com/articulos /pctes/musicoterapia.html](http://Prevenir.com/articulos/pctes/musicoterapia.html), 1995.

ADAM, Antonie y ANES, Gonzalo. Gran Enciclopedia Larousse Barcelona:
Planeta. S. A: 1967. P 115 – 130.

BENENZONT. Rolando. Juego Musical y aprendizaje, magisterio, 1995.
P 22 – 125.

BLANCO LOPEZ, Sergio. Psiquiatría. E-mail: dctisergio@geocities.com 1998.

COPLAN, Aaron. Como escuchar la Música. México D.F: Bienvenidos. Fondo de
cultura económica, Segunda edición. 1994 P 147.

DE LA TORRE, Ignacio. Esquizofrenia: Concepto de "Psicosis" y Esquizofrenia,
E- mail: [Dctrsergio@geocities. com](mailto:Dctrsergio@geocities.com)

GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS ORGANICOS. E-Mail:
dctrsergio@geocities.com

HAMEL. Fred y Hurlimann. Martin. Enciclopedia de la música. Barcelona: Grijalbo S.A.;
Tomo I. 1997. P 125

HANSER. Suzanne y THOMPSON, Larry. Effects of music therapy Strategy on depressed
older adults, Journal of gerontology. Numero 6. Volumen 49. 1994 P 265-269

JUEGO MUSICAL Y APRENDIZAJE, Rolando Benenzont Magisterio, 1995. P 22-125

LONDOÑO ALVAREZ, Alberto. Relaciones psicomaticas entre la Música y la
enfermedad. COLOMBIA: Universidad de Caldas, 1964. P 96

MIREMOS A TRAVES DE LA MUSICOTERAPIA. [http://www.
Encolombia.com/musicoterapia.htm](http://www.Encolombia.com/musicoterapia.htm).

PINILLOS, José. La Mente Humana, Biblioteca Básica Salvat. 1970 P 145 - 152

RODRIGUEZ Aldo. A través de la Musicoterapia. Buenos Aires: Alianza, 1986. P 130

SEGATORE. Luigi. Diccionario Médico. Barcelona: Teide, 1960. P 150

THAYER. Gaston. Tratado de Musicoterapia. Buenos Aires Paidos, 1968. P 120.

TORQUEMADA, Francisco. La Musicoterapia. <http://www.biutnatur.com/story13htm>.

TORRES, J , GALLEGO, A Y Alvarez, Música y Sociedad. Madrid: Real Usical S.A;
1976. P 85

URGENCIAS PSIQUIATRICAS. E-Mail: dctrsergio@geocities.com. Universidad de
Valparaiso.

VALLS GONNA, Manuel. Para entender la música. Madrid: Alianza S.A., 1978 P. 117

WHAT IS MUSIC THERAPY. <http://www.altonweb.com/cs/downsyndrome/music.html>,
1999.

ZINN, Michel y HOGENSON, Robert. Basic of music opus i. New York: Second edition.
1994, P. 98