

**Universidad de Chile**

Facultad de Artes

Escuela de Post-grado

# **UN PROCESO DE MUSICOTERAPIA GRUPAL EN PSIQUIATRIA.**

Monografía para optar al título de Especialización en Terapias de Arte Mención Musicoterapia

**Paola Lorena Coral Pérez.**

**Licenciada en Música Universidad de Nariño - Colombia**

Profesor Guía: Dra. Susanne Bauer

**Santiago – Chile. 2005**



<b>INTRODUCCION .</b>	<b>1</b>
<b>I. MARCO TEORICO .</b>	<b>3</b>
<b>1. Esquizofrenia . .</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Un poco de historia .</b>	<b>4</b>
<b>1.2. Manifestaciones y características clínicas. .</b>	<b>4</b>
<b>1.3. Tipos de esquizofrenia: .</b>	<b>6</b>
<b>1.4. Tratamiento y rehabilitación. . .</b>	<b>7</b>
<b>2. El Síndrome Asperger .</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Intervención .</b>	<b>9</b>
<b>3. El Retraso Mental .</b>	<b>10</b>
<b>3.1. Retraso mental leve .</b>	<b>10</b>
<b>3.2. Tratamiento . .</b>	<b>10</b>
<b>4. Teorías Psicológicas Relacionadas con la Musicoterapia. . .</b>	<b>11</b>
<b>4.1. Funciones Psicológicas de las Artes. . .</b>	<b>11</b>
<b>4.2. Psicología Humanista Existencial. .</b>	<b>12</b>
<b>5. Modelos y Técnicas en Musicoterapia .</b>	<b>13</b>
<b>5.1. La Musicoterapia .</b>	<b>13</b>
<b>5.2. La Musicoterapia Creativa. .</b>	<b>14</b>
<b>5.3. Musicoterapia y Psicodrama . .</b>	<b>16</b>
<b>II EL PROCESO . .</b>	<b>19</b>
<b>1. Objetivos de la Terapia . .</b>	<b>20</b>
<b>1.1. Objetivos generales: .</b>	<b>20</b>
<b>2. Desarrollo Primera Fase: Establecer un vínculo .</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Reflexiones Primera Fase .</b>	<b>23</b>
<b>3. Desarrollo Segunda Fase . .</b>	<b>23</b>
<b>3.1. Reflexiones Segunda Fase .</b>	<b>25</b>
<b>4. Desarrollo Tercera Fase . .</b>	<b>27</b>

4.1. Reflexiones Tercera Fase .	28
III CONCLUSIONES . .	31
IV BIBLIOGRAFIA . .	35
ANEXOS .	37
Anexo 1, tabla de criterios para el diagnostico de la EQZ. . .	37
Anexo 2. Canciones .	38

# INTRODUCCION

Condensar en pocas páginas toda una vivencia humana es un gran reto... se requiere de una amplia reflexión de lo acontecido durante los cuatro meses de la práctica, su ingerencia directa en el área personal y profesional, además de cierta destreza narrativa que logre que el lector se acerque y comparta éste proceso, el que sin lugar a dudas deja a su paso un gran crecimiento. Faltarán palabras y faltará papel, hay muchas situaciones que solamente quedarán en el recuerdo y en la conciencia de quienes fueron participes y protagonistas porque no existirán frases suficientes que logren dimensionar lo que sucedió, gran misterio del que nos queda la música y la experiencia como prueba fehaciente de su realización.

El desafío estaba planteado, llevar a cabo la práctica, es mucho más que la investigación de las características y técnicas para enfrentarla puesto que son vidas humanas las que se ponen en nuestras manos, personas que con nosotros comparten su tiempo y cifran sus esperanzas de mejora en el espacio musicoterapeutico que les brindamos; se ven entonces comprometidos la ética, el respeto, la responsabilidad, la honestidad; valores esenciales en la vida del hombre y parte fundamental de toda terapia.

Este trabajo describe un proceso musicoterapeutico realizado con los usuarios del centro RUHUE, adscrito al Hospital Clínico José Horwitz B., grupo de 6 pacientes con diversos diagnósticos: EQZ (3), Síndrome de Asperger (1) y Retardo Mental (2), en las siguientes páginas se hace una descripción de las patologías, así como aspectos del tratamiento y rehabilitación, intervención musicoterapeutica, orientaciones teóricas para realizar el procedimiento, objetivos, actividades reflexiones y conclusiones.

La música se convierte en el camino, lenguaje que nos permite ir y venir a través de los sentimientos, pensamientos, emociones, las que hacen parte del mundo interior el cuál se exterioriza a través del sonido y se hace visible, audible, palpable.

# I. MARCO TEORICO

## 1. Esquizofrenia

Considerada como “la reina de la psicopatología”<sup>1</sup>, puesto que en ella se integran un alto número de los síntomas propios de las enfermedades mentales, además integra el grupo de las denominadas psicosis. Al hablar de esquizofrenia hablamos de un conjunto de enfermedades que generalmente se presenta en personas jóvenes y que sigue un curso deteriorante.

La esquizofrenia produce alteraciones cognitivas y emocionales; incapacidades psíquicas, familiares, sociales y laborales. Esta enfermedad se caracteriza por la aparición de brotes o ataques intermitentes a lo largo del tiempo después de los cuales no existe una completa *restitutio ad integrum*. La aparición de la EQZ es igual en hombres y en mujeres, sin embargo, las características de la enfermedad son diferentes en ambos géneros. El comienzo de la enfermedad en los hombres está entre los 15 y los 25 años de edad, mientras que en las mujeres entre los 25 y 35 años.

Aún cuando no se ha podido establecer la causa, no cabe duda que existe una sumatoria de factores biológicos y ambientales que facilitan la aparición de los síntomas.

---

<sup>1</sup> Psiquiatría, autores varios, ed. Mediterráneo pag 82

<sup>2</sup> Lapredisposición genética es un factor determinante para la aparición del cuadro. Actualmente se postula un compromiso de las vías dopaminérgicas, con una hiperactividad en el sistema límbico y una hipoactividad en la corteza frontal. También existen hipótesis sobre trastornos en el neurodesarrollo apoyadas en estudios determinando que se ha encontrado reducción del volumen cerebral en pacientes con EQZ, además de otras anomalías; se cree que los virus también tienen una acción en la vida uterina en especial la influenza, el estrés en ciertas situaciones puede llevar a exacerbar y desencadenar algunos síntomas.

### 1.1. Un poco de historia

---

*Emil Kraepelin*, llamó *demencia precoz* a una enfermedad que afecta principalmente a personas jóvenes, incluyendo dentro del concepto cuadros clínicos que hasta entonces habían sido considerados independientes, estas manifestaciones terminaban en un empobrecimiento afectivo y una perturbación de los procesos cognitivos que se asemejan a las demencias de la edad avanzada, por eso el nombre; Kraepelin hizo énfasis en el curso evolutivo de la enfermedad.

Hacia principios del siglo XX *Eugen Bleuler*, introduce el término esquizofrenia el cual significa “mente escindida, dividida”<sup>3</sup>. Bleuler postuló que el pronóstico no siempre es desfavorable con lo que abrió las posibilidades de la *recuperabilidad*, lo cual se traduce en el desarrollo de la investigación, el tratamiento farmacológico y terapéutico con el que hoy se cuenta. Igualmente distingue subgrupos de esquizofrenia: Catatónica, paranoide, hebefrénica y simple.

Karl Jaspers definió la esquizofrenia como un “proceso psíquico”, el cual es incomprendible, tiene un elemento de irreversibilidad, caracterizado por el defecto esquizofrénico. Dentro de este proceso psíquico, la personalidad del sujeto se altera, surgiendo “algo nuevo”, existiendo una diferencia entre lo que el sujeto era antes y después de aparecer la enfermedad.

En 1980 el inglés Timothy Crow propone con base en criterios clínicos, bioquímicos, farmacológicos y evolutivos, distinguir entre dos tipos de esquizofrenia, EQZ tipo I que incluye síntomas positivos, y EQZ II, con síntomas negativos, los cuales corresponden diferencialmente a los tratamientos antipsicóticos.

### 1.2. Manifestaciones y características clínicas.

---

El C.I.E 10 y el DSM IV<sup>4</sup> plantean criterios muy similares para el diagnóstico de la EQZ. Una de las diferencias está en que el CIE 10 solo exige duración de los síntomas de un mes y no requiere que se afecte la actividad del individuo, mientras que el DSM IV pide

<sup>2</sup> Psiquiatría, autores varios, ed. Mediterráneo, pag 86

<sup>3</sup> Psiquiatría autores varios, ed. Mediterráneo, pag 83

<sup>4</sup> Ver anexo

manifestación de signos continuos al menos durante seis meses, incluyendo un mes de la presencia de delirio, alucinaciones, catatonía y lenguaje desorganizado, más síntomas negativos. Se debe hacer el diagnóstico diferencial excluyendo los trastornos esquizoafectivo y del ánimo, síntomas originados por el consumo de sustancias o relación con un trastorno del desarrollo.

Debido a que las manifestaciones clínicas de la enfermedad son muy variadas es pertinente tener en cuenta la totalidad del cuadro y la historia del paciente al momento de realizar el diagnóstico. Varios autores han agrupado los síntomas de la siguiente manera:

a. Síntomas Positivos:

1. Alucinaciones auditivas (percepción sin objeto real, sin el estímulo externo correspondiente y con juicio de realidad<sup>5</sup>), las cuales son percibidas como voces que provienen del exterior que pueden ser amenazantes, acusatorias, insultantes, de carácter neutro o benévolo. Si las alucinaciones provienen del espacio corporal interno o de la propia mente se habla de pseudoalucinaciones. Las alucinaciones cenestésicas también son muy frecuentes, estas consisten en extrañas sensaciones corporales como desplazamiento, desaparición de órganos, etc.

2. Delirio: dentro del delirio esquizofrénico la percepción delirante primaria es la más frecuente, se atribuye un significado absurdo a cualquier hecho u objeto ("en la calle me miran para decirme que soy gorda"<sup>6</sup>). Lo más frecuente son las ideas delirantes auto referentes, también pueden abarcar temas como persecuciones, grandeza, religiosos, somáticos, sexuales, entre otros. Los contenidos de las ideas delirantes dependen del contexto, la cultura y de los acontecimientos a lo largo del tiempo.

3. Estado catatónico: hace referencia a un conjunto de perturbaciones de la conducta motriz y de la actividad general del individuo, que surgen clínicamente como secundarios a fenómenos psíquicos primariamente alterados en el orden de los impulsos y la voluntad.<sup>7</sup>

Bleuler señala dos variantes: la constelación hipocinética conocida como acinesia, que incluye la falta de movimientos espontáneos, sin embargo se encuentra respuesta motriz a estímulos, estupor tenso (incapacidad de expresión y ausencia de movimientos), mutismo, interceptaciones motrices, ambitendencia, pseudo flexibilidad cérea (los pacientes tienden a mantener las posturas movilizadas por parte del examinador por algún periodo de tiempo); y la constelación hipercinética en la que están presentes la estereotipia (continua repetición de movimientos, actitudes, posiciones, conducta), amaneramiento, muecas, actos impulsivos, obediencia automática, ecolalia (el paciente repite en forma automática lo que escucha), ecopraxia ( el paciente imita movimientos).

4. Trastornos del pensamiento: serie de perturbaciones que afectan el curso del pensar independiente del contenido de las ideas, puede enlentecerse, aparecer

---

<sup>5</sup> Psicopatología y Semiología Psiquiátrica, pag 72

<sup>6</sup> Psiquiatría autores varios, ed. Mediterráneo, pag 84

<sup>7</sup> Psicopatología y semiología psiquiátrica, pag 295

interceptación o bloqueo (fenómeno de la mente en blanco), robo del pensamiento, imposición de ideas.

b. Síntomas negativos:

1. Aplanamiento afectivo: escasa o ausente expresividad gestual, el paciente descuida su aspecto personal, presentación, aseo, etc.

2. Alogia: pobreza en el contenido del habla, el paciente entrega poca información la cual puede ser repetitiva o estereotipada.

3. Abulia: falta de energía física.

4. Anhedonia: incapacidad de disfrutar o sentir placer, reducción del interés sexual y de las relaciones interpersonales.

C. Síntomas cognoscitivos:

1. Alteración de la memoria inmediata, de constancia en la realización de tareas de mediana y larga duración, trastornos del procesamiento del lenguaje.

2. Alteración del “funcionamiento ejecutivo”, consistente en la falta de voluntad, planificación y propósitos.

Las alteraciones cognoscitivas son las responsables del mayor déficit funcional en sociedad de los pacientes esquizofrénicos.

D. Síntomas afectivos:

1. Se presentan con frecuencia síntomas de depresión o tristeza. Los neurolepticos pueden causar o agravar sintomatología depresiva la cual es una reacción comprensible ante las limitaciones de la enfermedad.

### 1.3. Tipos de esquizofrenia:

---

1.3.1. Esquizofrenia Paranoide: se caracteriza por ideas delirantes y alucinaciones. El delirio puede ser de persecución, referencia, de tener una misión especial entre otros, las alucinaciones auditivas pueden ser voces nítidas o murmullos.

1.3.2. Esquizofrenia Hebefrénica: es el tipo de EQZ de peor pronóstico, se caracteriza porque el paciente manifiesta conductas bizarras (payaseo permanente), tienen tendencia a la pseudo-filosofía lo que les da una apariencia metafísica. Paulatinamente se van agregando los síntomas positivos<sup>8</sup>.

1.3.3. Esquizofrenia catatónica: se ven comprometido principalmente el nivel de la psicomotricidad, oscila entre el mutismo y estupor hasta la franca agitación y agresividad, son frecuentes las esterotipias, la mantención de posturas, la ambitendencia, la obediencia automática y la flexibilidad cérica.

1.3.4. Esquizofrenia simple: forma crónica, insidiosa con paulatino empobrecimiento en que no destaca ninguna de las características antes mencionadas, lo central es el autismo, el desgano, la apropositividad vital (falta de perseverancia y repercusión afectiva

---

<sup>8</sup> Psiquiatría autores varios, ed. Mediterráneo pag 85.

---

de un proyecto de vida) y la desconcentración primaria (imposibilidad de reconocer el significado de una palabra).

## 1.4. Tratamiento y rehabilitación.

---

El tratamiento de una enfermedad tan complicada como la EQZ, requiere de un conjunto de estrategias terapéuticas, tres pilares básicos son el tratamiento con psicofármacos, psicoterapia y la intervención de otros profesionales terapeutas y la familia.

El tratamiento farmacológico se centra principalmente en el uso de antipsicóticos los cuales, inducen a la tranquilidad pero a su vez agravan los síntomas negativos y cognoscitivos. En los últimos años se emplean los llamados antipsicóticos atípicos como la olanzapina, risperidona, quetiapina y siprazidona, los que son mejor tolerados y actúan sobre todo el conjunto de síntomas. En casos con importantes síntomas afectivos se emplean antidepresivos como el litio; haloperidol y lorazepam se usan para disminuir la agresividad.

La hospitalización es indicada para control de la sintomatología más disruptiva como agresividad, intento de suicidio y trastornos conductuales severos. Como elemento clave para la rehabilitación está la actividad que pueda desarrollar el paciente, es ideal insertarlos en instituciones o centros diurnos en los que puedan tener acceso a talleres, terapias complementarias como la terapia ocupacional, arteterapia, musicoterapia entre otras, con el objeto de lograr una adecuada remisión social y laboral. Las terapias deben estar orientadas a mejorar las capacidades y déficit de los pacientes, extinguir conductas desadaptativas y el entrenamiento de habilidades sociales. La terapia familiar es aconsejable y tiene como eje central su educación, mejorar el modo de actuar, tratar y reaccionar ante diversas situaciones además de facilitar la reinserción del enfermo; la familia es el principal eje de ayuda para la recuperación de estos pacientes.

La psicoterapia ayuda a minar el aislamiento social y está orientada a fortalecer el criterio de realidad también contribuye al desarrollo o recuperación de las mencionadas habilidades sociales. Se ha demostrado que los pacientes que reciben simultáneamente psicoterapia obtienen mejores resultados que los que solo reciben fármacos.<sup>9</sup> Existen diversas orientaciones, modelos y técnicas para el tratamiento de la EQZ, entre ellas a saber. Teoría educativa, psicodinámica e interpersonal, las cuales se describen a continuación.

1.4.1. Teoría Educativa: Esta orientación se focaliza en los aspectos biológicos de la EQZ. Las metas principales son ayudar al paciente a aprender estrategias para manejar los síntomas y consecuencias de su enfermedad, esto a través de lecturas, consejos del terapeuta, resolución de problemas, ejercicios grupales, rol play y tareas asignadas en las sesiones, un líder elige los temas para la discusión. Se hace énfasis en el tiempo presente relacionado especialmente con las manifestaciones y secuelas de la enfermedad. Los logros en el grupo se manifiestan en la autonomía del paciente; el trabajo en grupo constituye un sistema de apoyo y fortalece la alianza terapéutica, en

---

<sup>9</sup> Psiquiatría, autores varios, ed. Mediterráneo, pag 87

esta orientación el terapeuta es quién ayuda a los pacientes a comprender su enfermedad, la EQZ es considerada como “atmósfera didáctica” y los temas son introducidos como tipo seminario.

1.4.2. Teoría Psicodinámica: Su eje central es el conflicto psicológico; déficit funcional del yo y conductas mal adaptativas. Las metas incluyen ayudar a los pacientes a tomar conciencia de cómo las conductas desadaptativas y el déficit funcional del yo interfieren en sus vidas, mejorar las funciones del ego a través de la experiencia emocional correctiva que resulta de participar en el grupo. Las técnicas usadas incluyen discusiones abiertas que son generadas en el grupo. El enfoque del tiempo se centra en el pasado con el fin de que el terapeuta pueda ayudar al paciente a entender los antecedentes psicológicos de su enfermedad, el medio ambiente debe ser sano, acogedor y brindar un espacio de soporte y contención; mientras más cohesionado esté el grupo, y mejor ambiente exista los integrantes se sentirán más seguros de exponer sus ideas y sentimientos; para crear este ambiente el terapeuta debe ser activo y directivo en ayudar los pacientes a interactuar y apoyarse unos a otros.

***“Como un director de orquesta, el terapeuta debe guiar la corriente del grupo, debe tener la iniciativa para enfrentar la discusión e incluso introducir un tema”.***

<sup>10</sup>

1.4.3. Teoría Interpersonal: Esta orientación hace énfasis en fortalecer y restaurar conductas de adaptación, promueva así aspectos sociales a través de discusiones de los problemas interpersonales, y las posibles soluciones. El tiempo se centra en el presente, los cambios ocurren de la retroalimentación interpersonal que está dada dentro del aquí y el ahora del grupo. El proceso de la terapia depende de la interacción de los miembros del grupo, las técnicas empleadas constituyen ejercicios interpersonales estructurados. Dentro de esta orientación se plantea que el concepto de realidad se estructura mejor en grupo que individualmente, el trabajo en grupo disminuye la ansiedad, los terapeutas deben ser activos, abiertos, motivadores, ellos deben ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades sociales que les permitirán llegar a entablar relaciones fuera del grupo.

## 2. El Síndrome Asperger

El Síndrome de Asperger AS, es un tipo relativamente nuevo del trastorno del desarrollo. El pediatra inglés Hans Asperger fue el primero hacia los años 40 en describir los rasgos clínicos de esta enfermedad. El AS es el término utilizado para describir la parte más moderada y con mayor grado de funcionamiento de lo que se conoce como el espectro autista. Al igual que en el autismo se cree que el origen del trastorno es de orden neurológico y de causa desconocida, en el cual existen desviaciones o anomalías en tres amplios aspectos del desarrollo:

- a. Conexiones y habilidades sociales.
- b. El uso del lenguaje con fines comunicativos.

<sup>10</sup> *American Psychiatric Press, pag 38*

c. Ciertas características de comportamiento repetitivo o perseverantes así como también una limitada pero intensa gama de intereses.

Los nuevos criterios del DSM IV para el diagnóstico del AS, que contienen un vocabulario muy similar al de los criterios de los diagnósticos del autismo, incluyen:

a. Deficiencias cualitativas en la interacción social:

- Uso deficiente de comportamientos no verbales para regular la interacción social.
- Fracaso en el desarrollo de las relaciones apropiadas con personas de su edad.
- Falta de interés espontáneo en compartir experiencias con los demás.
- Falta de reciprocidad social o emocional.

b. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, los cuales han de ser de suficiente intensidad para inferir de modo significativo con áreas de funcionamiento sociales u otras áreas, además no debe existir un retraso asociado significativo en cualquier función cognitiva general, habilidades de autonomía y adaptación, interés por el medio y desarrollo global del lenguaje.

La característica más distintiva del SA son las “áreas de especial interés”, en contraste con el autismo típico en donde los intereses se centran con mayor probabilidad en objetos, en el AS los intereses se centran más a menudo en áreas intelectuales específicas. Otra de las características principales es la falta de socialización, el problema principal radica en la falta de efectividad para establecer interacciones, dificultades para “conectarse socialmente”, llamado también “trastorno de empatía” es decir, la falta de habilidad para responder de manera apropiada a las necesidades y perspectivas de los demás.

## 2.1. Intervención

---

Todos los tratamientos y programas de intervención empiezan con una extensa evaluación de las deficiencias y habilidades del niño, dentro de una evaluación multidisciplinar que contenga valoración de la historia comportamental o psiquiátrica, funcionamiento neuropsicológico, patrones de lenguaje y funcionamiento adaptativo.

Los aspectos en la intervención a tener en cuenta incluyen enfoques y practicas de enseñanza al niño y la familia, técnicas de manejo de conducta, estrategias de apoyo emocional y actividades dirigidas a fortalecer la capacidad social y comunicativa, cultivar la conciencia social, fomentar la auto-evaluación además del desarrollo de habilidades adaptativas que fomenten la autonomía. El tratamiento farmacológico a seguir es probablemente el que se usa para el autismo, el cual se realizará teniendo en cuenta síntomas depresivos, compulsiones, obsesiones severas o trastorno mental, las medicinas se prescriben para tratar síntomas específicos pero no para tratar el síndrome en su conjunto.

### 3. El Retraso Mental

Abarca un gran número de pacientes cuyas limitaciones en la personalidad se deben esencialmente a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente para hacer frente a las necesidades del ambiente y poder así establecer una existencia social independiente. Fundamentalmente es un compromiso con el desarrollo del cerebro, de una enfermedad o un lesión que se produce en la gestación, durante o inmediatamente después del nacimiento, o es la consecuencia de un déficit en la maduración debido a que los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares han sido insuficientes para estimularla. Se muestra como una incapacidad o limitación psíquica como social.

#### 3.1. Retraso mental leve

---

Llamado también debilidad mental, considera un cociente intelectual CI de 50 a 69 puntos. Son pacientes que adquieren tarde el lenguaje, aunque son capaces de mantener una conversación, por lo tanto de expresarse en la vida cotidiana. Gran parte de ellos logran tener cierta independencia en el cuidado personal, las mayores dificultades se presentan en actividades escolares, si el retraso mental va acompañado de falta de madurez emocional o social, puede presentarse problemas al momento de enfrentarse a conflictos y surgir entonces conductas desadaptativas. El diagnóstico debe realizarse con mucho cuidado por los daños irreversibles que un mal diagnóstico puede causar, se tiene en cuenta:

- a. Historia clínica: anamnesis individual y familiar, historia del embarazo y parto, consanguinidad de los padres, presencia de trastornos hereditarios en la familia.
- b. Examen físico
- c. Examen neurológico
- d. Pruebas de laboratorio
- e. Examen psiquiátrico

#### 3.2. Tratamiento

---

No existen medicinas que curen el retraso, el éxito terapéutico reside en el diagnóstico precoz de la enfermedad, se debe prevenir y diseñar un programa integral que trate de frenar los diversos factores que en cada caso están involucrados. La terapia psicológica apunta a desarrollar técnicas conductuales individuales como grupales, se hace necesario también que el paciente tenga acceso a terapias complementarias como arte-terapia, ocupacional, musicoterapia; deportes, formación, técnica, talleres protegidos; es importante educar a la familia y a la sociedad, en resumen el abordaje terapéutico debe ser multidimensional. La prevención radica en:

- Información: incompatibilidades sanguíneas.
- Prevención de infecciones e intoxicaciones durante la gestación; rubéola, sífilis; como también no consumir alcohol y drogas.
- Reducción de contaminación ambiental, plomo y radiaciones.
- Alimentación adecuada.

## **4. Teorías Psicológicas Relacionadas con la Musicoterapia.**

### **4.1. Funciones Psicológicas de las Artes.**

---

Para nadie es desconocido que el arte tiene la capacidad de integrar y potencializar una gama de funciones en el ser humano no solo en el área física sino también mental, cognitiva y afectiva, por lo tanto desliga de aquí su ingerencia dentro de los procesos formativos y terapéuticos, su aplicación dependerá de los objetivos, contexto y del grupo humano al que va dirigido. Las artes favorecen la individualidad y/o estimulan la socialización, la música en especial facilita la interacción grupal esta, es un arte dinámico en que cada uno de sus elementos puede despertar respuestas kinestésicas que se relacionan con la emoción, lo cual está directamente ligado a su cualidad expresiva, los cambios en la estructura musical como tensión y relajación son semejantes a la estructura emocional <sup>11</sup> .

Mimi Marinovic plantea que el proceso del arte concurre a la experiencia cualitativa de las personas y puede satisfacer muchas de sus necesidades, convirtiéndose así el arte en un “facilitador de la humanidad” el cual contribuye a la construcción del bienestar individual y social; Marinovic afirma que para lograr estos objetivos es indispensable articular el arte producido espontáneamente por cualquier sujeto en cualquier edad y territorio con otras dimensiones vitales, disciplina y enfoques y favorecer acciones orientadas a ello.

Hoy en día existe una concepción más amplia de lo que en realidad es el arte, lo cual ha contribuido a entenderlo como una característica necesaria y universal de los seres humanos, el arte está presente como una constante en su vida influyendo directamente en su ser lo que motivará su comportamiento. Varios autores han mencionado diferentes aspectos parciales de la conducta y experiencias en ciertos roles y modalidades del arte, se hará referencia de las principales funciones clasificándolas en cognitivas y afectivas.

#### **4.1.1. Funciones cognitivas <sup>12</sup> :**

---

<sup>11</sup> Tomado documento Las Funciones Psicológicas de las Artes, Mimí Marinovic.

a. Implican un lenguaje simbólico el cual actúa como medio de expresión y comunicación no verbal por lo tanto, el mundo interior y la intención del artista se ve reflejado en un “medio concreto” lo que comunica esta experiencia humana de una manera mas universal, resultando así el poder comunicativo del arte.

b. Enriquece la capacidad perceptiva:

- Activa la exploración, discriminación, interrelación y organización perceptiva.
- Relaciona diversos sentidos entre sí.
- Intensifica la experiencia sensorial.
- Desarrolla y extiende la conciencia de la realidad externa e interna.

c. Estimula la imaginación y el potencial creativo:

- Contribuye a una adaptación más activa.
- Permite recrear lo pasado, darse cuenta del presente, anticipar lo futuro y lo probable y ensayar nuevos roles.

d. Promueve orden armonía y equilibrio.

e. Permite desarrollar habilidades y destrezas

### **4.1.2. Funciones afectivas <sup>13</sup> :**

a. Implica interacción dinámica afecto-cognitiva, promueve la participación emocional.

b. Puede satisfacer simultáneamente deseos insatisfechos y las defensas a través de las cuales ellos se controlan.

c. Pueden reforzar la auto-confianza y mejorar la autoestima.

d. Produce catarsis y favorece la clarificación emocional.

e. Favorece la tendencia de auto-realización y el desenvolvimiento de potencialidades humanas (Teoría Humanista Existencial).

f. Satisface la auto-expresión, creación, comunicación, identidad, trascendencia, interiorización y exteriorización de valores espirituales y estéticos.

En nuestro contexto la musicoterapia brinda una gama de posibilidades de intervención individual o grupal a pacientes con EQZ, los métodos están planteados desde diversas orientaciones como la analítica, la humanista existencial, entre otras; este proceso se ve orientado a partir de la segunda.

## **4.2. Psicología Humanista Existencial.**

---

<sup>12</sup> Tomado documento, Las Funciones Psicológicas de las Artes, Mimi Marinovic.

<sup>13</sup> Tomado documento, Las Funciones Psicológicas de las Artes, Mimi Marinovic

Durante las últimas décadas, se ha desarrollado una nueva tendencia en psicología llamada Humanista Existencial, también conocida como de la “tercera fuerza”. Esta, según sus exponentes se preocupa de fenómenos humanos que han sido descuidados por otros enfoques en psicología. Según los estatutos sociales de la Asociación Norteamericana de Psicología Humanista, se define de la siguiente manera: “La psicología humanista es primordialmente una orientación hacia la totalidad de la psicología. Adhiere el respeto por el valor de las personas, diferencia de otros enfoques por la amplitud de miras en cuanto a métodos aceptables de interés en la exploración de nuevos aspectos del comportamiento humano; se preocupa de temas como: amor, creatividad, el yo, crecimiento, organismo, gratificación básica de necesidades, auto-realización, valores mas elevados, el ser, llegar a ser, espontaneidad, juego, humor, afecto, naturalidad, calidez, trascendencia del yo, objetividad, autonomía, responsabilidad, significado, juego limpio, experiencia trascendental, vivencia máxima, valor y conceptos relacionados.”<sup>14</sup> Los postulados básicos de la Psicología Humanista, fueron planteados por Bugental (1963) y son a saber:

- El hombre, como hombre, suplanta la suma de sus partes.
- El hombre tiene su existencia en un contexto humano.
- El hombre es conciente.
- El hombre tiene capacidad de elección.
- El hombre es intencional.

## 5. Modelos y Técnicas en Musicoterapia

### 5.1. La Musicoterapia

---

Se tomará el concepto de Bruscia para ilustrar e introducir este proceso. Bruscia define la Musicoterapia como un proceso constructivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener y restaurar en estado de bienestar utilizando como fuerza dinámica de cambio experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de estas<sup>15</sup>.

En musicoterapia encontramos técnicas activas y receptoras. Las técnicas activas se caracterizan porque paciente y terapeuta participan en el “hacer música”, dentro de esta forma de procedimiento también hay espacio para escuchar la música sea esta grabada o hecha en vivo; mientras que las técnicas receptoras se caracterizan porque el paciente solamente la escucha. Para desarrollar estos procedimientos la técnica empleada será la improvisación musical y la verbalización en algunos casos, el improvisar en musicoterapia

<sup>14</sup> Los caminos de la Musicoterapia, Even Ruud, pag 94

<sup>15</sup> Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Bruscia pag. 7

será el arte de crear música de manera espontánea mientras se toca; la musicoterapia de improvisación es practicada en diferentes ámbitos clínicos, hospitales psiquiátricos, centros diurnos, instituciones de educación especial, etc.; se utiliza de forma individual o grupal en pacientes con desórdenes psiquiátricos, con problemas de aprendizaje, ajuste social o comportamiento, pacientes neurológicos etc. El modelo y objetivos a aplicarse se describen de acuerdo al marco clínico y particular del paciente o grupo.

Otra forma de trabajo dentro del que hacer musicoterapéutico está relacionado con el papel que cumplen Terapeuta y Co-terapeuta, según Rolando Benenzon, el musicoterapeuta comienza a entender su papel dentro del contexto no verbal a través de la auto-experiencia con esto, promueve un espacio de comunicación en donde el paciente puede expresarse libremente, recreando un sistema vincular <sup>16</sup>. El musicoterapeuta debe escuchar, observar y percibir a su paciente dentro de sus procesos transferenciales, a partir de lo cual elabora la contratransferencia, parte importante es la reflexión posterior dentro y fuera del encuadre musicoterapéutico, el manejo de la frustración y las movilizaciones internas propias o proyecciones; el terapeuta es el responsable de mantener el hilo de la sesión, que esta entre la tensión y la distensión.

El rol del co-terapeuta puede ser asumido por otro musicoterapeuta u otro profesional, sus funciones van mucho más allá de supervisar lo correspondiente a asuntos técnicos dentro de una sesión como verificar la radio, organizar el setting, etc. Su deber es apoyar y acompañar al musicoterapeuta en beneficio de la sesión, está en el derecho y obligación de intervenir cuando lo crea necesario con el fin de contener un “acting out”; el co-terapeuta favorece, refuerza o abre canales de comunicación.

Benenzon aconseja trabajar en pareja; ésta se convierte en una proyección de los padres de los pacientes, disfuncional en muchos casos, por lo cual la presencia de los dos es de gran importancia puesto que se elabora un espacio de contención. En resumen:

- a. El trabajo en pareja evita el acting out.
- b. Permite un encuentro reflexivo entre ambos posterior a las sesiones.
- c. Se complementa la información para los protocolos.
- d. Es un marco de contención fuerte y seguro para el paciente.
- e. La pareja es un pantalla proyectiva para distintos aspectos transferenciales de los pacientes.
- f. Ayuda a cicatrizar rápidamente las ideas narcisistas de ambos.

## 5.2. La Musicoterapia Creativa.

---

Varios modelos en Musicoterapia están influenciados por la psicología Humanista Existencial, entre ellos la Musicoterapia Creativa de Nordoff y Robbins. Se hará mención este resaltando su *orientación teórica* en la cual se ve orientado parte del proceso que se llevo a cabo.

<sup>16</sup> Manual de Musicoterapia, Benenzon, pag. 24

La musicoterapia creativa es un modelo planteado por Nordoff y Robbins, enfoque de improvisación que se da en terapia individual como grupal, se desarrolló inicialmente para niños con deficiencias mentales, sin embargo, en países como Australia, Gran Bretaña, Estados Unidos entre otros, se está aplicando el modelo en adultos hospitalizados con problemas médicos.

Los autores toman varios postulados de autores como Axline y Maslow, además consideran que la música de improvisación puede establecer comunicación, desarrollar relaciones humanas, iniciar o extender el habla, desvanecer patrones de comportamiento patológicos y construir personalidades más fuertes y ricas <sup>17</sup> así, el crecimiento en el proceso terapéutico se ve manifestado por logros en la libertad de expresión, creatividad, comunicación, auto-confianza e independencia, estas a su vez se reflejan en las relaciones del paciente con la música, y en su relación con el terapeuta. Los objetivos terapéuticos están dentro de los musicales, la libertad personal se consigue dentro de la libertad musical, la comunicación interpersonal se consigue mediante la respuesta musical mutua y la auto-confianza por medio de la creatividad independiente. <sup>18</sup>

Los principios de Axline que son empleados en la musicoterapia creativa son:

- a. Relación cálida y amistosa entre paciente y terapeuta.
- b. Aceptación del paciente tal y como es.
- c. Una relación permisiva que anima a expresar los sentimientos, vigilancia para conocer y reflejar los sentimientos del paciente.
- d. Respeto por la habilidad del paciente de tomar decisiones y resolver problemas.

Los objetivos terapéuticos para la maduración personal se encuentran relacionados con los conceptos humanístico de Abraham Maslow:

- a. La terapia debe estar motivada en el crecimiento más que en la deficiencia.
- b. El crecimiento es auto-gratificante.
- c. La terapia inspira a una auto-realización la cual concierne diferentes habilidades como toma de decisiones, expresión auto-responsabilidad, honestidad, valoración de las propias convicciones, apreciación por el proceso de realización tanto como por el producto, auto-descubrimiento de capacidades y limitaciones.
- d. Aprendizaje intrínseco el cual aspira al desarrollo de la creatividad auto-realizadora <sup>19</sup>.

La Musicoterapia creativa plantea cinco fases o “cinco pasos de crecimiento terapéutico”, los cuales se adoptaron en nuestro trabajo:

- a. Despertar musical al establecer una relación.

---

<sup>17</sup> Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Bruscia pag 27

<sup>18</sup> Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Bruscia pag 27

<sup>19</sup> Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Bruscia pag 107

- b. Capacidad de respuesta musical en una relación de actividad.
- c. Participación musical e interpersonal.
- d. Independencia musical e interpersonal.
- e. Asimilación y cierre.

Además de las orientaciones teóricas de la Musicoterapia Creativa también se tuvieron en cuenta algunas técnicas del psicodrama las cuales enriquecieron este proceso terapéutico.

### 5.3. Musicoterapia y Psicodrama

---

La Musicoterapia y el Psicodrama comparten muchas afinidades y juntas enriquecen un proceso terapéutico. El psicodrama, método creado por J.L. Moreno ha sido definido como: “método mediante el cual las personas pueden ser ayudadas a explorar las dimensiones psicológicas de sus problemas gracias a la representación de sus situaciones conflictivas más que hablando de las mismas”<sup>20</sup>

De esta forma, la representación dramática es parte esencial de la expresión psicodramática. El psicodrama brinda un soporte sobre el cual se genera una acción protegida de la realidad, lo que hace que los problemas puedan ser explorados. Musicoterapia y Psicodrama son métodos de acción en los cuales los pacientes son participantes activos de su propio tratamiento. En la primera el paciente se expresa a través de la improvisación musical, en el psicodrama el paciente asume roles e interactúa con los “yo-auxiliares”. En el psicodrama musical, la música sirve de soporte y espejo a la interacción verbal. Música y drama tienen una amplia participación a través de la historia en los procesos de sanación, la musicoterapia y el psicodrama constituyen una valiosa ayuda para el desarrollo de la espontaneidad y la desinhibición de la expresión de los sentimientos. Cuando están integrados música y psicodrama, permiten realizar nuevas y extraordinarias posibilidades terapéuticas.<sup>21</sup> Para efectos de este proceso fueron tomadas las siguientes técnicas:

a. Cambio de rol: fundamental en psicodrama, este es un medio valioso para ayudar al paciente (protagonista), a ir más allá de los límites de su papel y así desarrollar diferentes puntos de vista y comprender la posición y necesidades del yo-auxiliar. El cambio de rol musical tiene muchos beneficios; la improvisación musical tiende a requerir una proyección más clara que la expresión verbal, facilita un canal de comunicación y hace que el paciente se sienta menos inhibido al utilizar un lenguaje simbólico.

b. El diálogo musical: herramienta inherente al proceso de cambio de rol musical, la expresión musical con instrumentos tiende a iluminar las interacciones demasiado intelectualizadas y animará al paciente a que comunique sus sentimientos de un modo más organizado<sup>22</sup>. La música puede ser uno de los mecanismos más eficaces para

<sup>20</sup> Activa tu Música Interior, Joseph J. Moreno, pag 22

<sup>21</sup> Activa tu Música Interior, Joseph J. Moreno, pag 25

---

dramatizar las contradicciones internas, es decir para representar las dinámicas de la personalidad “divida”<sup>23</sup>, causadas por diversas situaciones conflictivas que los pacientes son incapaces de resolver. El objetivo es crear música improvisada que apoye una variedad de emociones, tristeza, alegría, terror, nostalgia, etc, en una representación la música apoya una acción. La utilización de la improvisación en grupo dentro del psicodrama musical tiene múltiples ventajas ya que el grupo posee muchas posibilidades para crear una variedad sonora, tonal, armónica y rítmica que da mayor impacto colectivo.

<sup>22</sup> Activa tu Música Interior, Joseph J. Moreno, pag 98

<sup>23</sup> Activa tu música interior, Joseph J. Moreno, pag 98



---

## II EL PROCESO

El proceso terapéutico que a continuación se describe, se desarrolló en el centro de rehabilitación RUHUE adscrito al hospital psiquiátrico José Horwitz B. Se contó con la participación de un grupo de seis personas con diagnósticos de:

Esquizofrenia EQZ: Ma\* , A\* y R\*

Retardo mental leve y conductas de desadaptación: E\*

Retardo mental leve, cuadros de psicosis transicional producidos por consumo de drogas y conductas de desadaptación: Ro\*

Síndrome de Asperger: M\*

Se realizaron 16 sesiones, una semanal de una hora, marzo a junio de 2005.

El setting de instrumentos consta de: Bombo de parche, bombo wankara, yembé, metalófonos, xilófono, panderos, pezuñas, maracas, cascabeles, triangulo, cajas chinas, raspadores, guitarra, platillo pequeño, caja chayera, armónica, flauta dulce contralto, claves, palos de lluvia.

Para definir los objetivos de la terapia se tuvo en cuenta algunos puntos convergentes de disfuncionalidad de las patologías, ellos son:

- Alteraciones cognitivas y emocionales; expresión y comunicación.
- Deficiencia en conexiones y habilidades sociales.
- Falta de voluntad, planificación y propósitos.

- Conductas desadaptativas, disfunción social.

## 1. Objetivos de la Terapia

### 1.1. Objetivos generales:

---

- a. Favorecer la autoestima y auto-confianza.
- b. Promover el trabajo en grupo.
- c. Conocer y vivenciar herramientas de expresión y dinámica musical como velocidad, color, volumen, timbre; las que permitirán desarrollar la comunicación, expresión y creatividad.

Las sesiones llevan un hilo conductor que permitió desarrollar y abordar diferentes temas, estos surgieron del grupo, siendo identificados previo análisis y reflexión por parte de la pareja terapéutica y el supervisor de las verbalizaciones y la música dada en las sesiones. En una sesión el tema es planteado por el terapeuta o los mismos pacientes, se asignan roles de acuerdo a la consigna dada, posteriormente se improvisa y se verbaliza recogiendo las impresiones y sentimientos acontecidos durante la improvisación. En varias oportunidades se escucharon las grabaciones de las diferentes improvisaciones, profundizando, corroborando o refutando conceptos, estas también sirvieron como apresto de una sesión desarrollando otros contenidos, los mecanismos empleados para identificar temas fueron los sueños, canciones, cuentos, situaciones cotidianas, reflexiones, entre otros; los pacientes fueron protagonistas en este aspecto.

Al momento de definir algunos puntos claves sobre los que se realizaría la práctica, se determinó estructurar la terapia en 3 fases de 4, 8, y 4 sesiones respectivamente, para cada fase se plantearon objetivos específicos.

**Fase 1. Estableciendo un vínculo :**En estas cuatro sesiones se realizan diferentes actividades con el fin de conocer al grupo, definir características individuales ( gustos, conflictos, temores, expectativas, comportamientos, tendencias, etc.) e ir descubriendo la identidad grupal. Ejemplo sesión No 1 y 4.

#### **Fase 2.**

**a. Estructuras:** Se plantean consignas que brindan a los pacientes herramientas de expresión y dinámica musical como velocidad, volumen, timbre, color. Las improvisaciones se ejecutan teniendo como base un concepto visual, cuentos, sueños, etc.; elementos que permiten desarrollar contrastes de una manera lúdica. Entre los temas utilizados están las estaciones, sensaciones corporales como el frío o el calor, los animales entre otros, se busca también la asociación simbólica con sucesos de su vida en particular. Ejemplo sesión No 5.

**b. Aprender a escucharse:**En esta parte del proceso se decidió profundizar en

temas de corte psicológico y afectivo como: la enfermedad, las adicciones (el cigarro), el amor, entre otros. Las verbalizaciones y la música apuntan a una exploración de los sentimientos y pensamientos de los pacientes y la expresión de los mismos en el grupo. Se enfatiza en el trabajo en equipo, en la restitución de hábitos como el respeto al turno, a las ideas y opiniones del otro. Ejemplo sesión No 9. "Aprender a escucharse" surge de la inquietud que tenemos como terapeutas con este tipo de contenidos, el cómo abordamos desde nuestro rol las situaciones emocionales o las preguntas que se pueden suscitar. También se hace énfasis al paciente que la sesión de musicoterapia es un espacio en el que puede expresarse libremente.

**Fase 3. Cierre:** En esta fase el objetivo se centra en trabajar el concepto de independencia. A través de la exposición de sus cualidades, talentos y habilidades se reforzará su auto-estima, así se busca que los pacientes se sientan motivados a desarrollar diferentes actividades artísticas como cantar, narrar, actuar, etc; lo que nos permite observar su autonomía y auto-confianza. Ejemplo sesión No 15

## 2. Desarrollo Primera Fase: Establecer un vínculo

### Sesión No 1

Fecha: 16 marzo 2005

MT: Paola Lorena Coral P.

CT: Pedro Durán

Sentimientos previos: Esta la primera sesión de nuestra practica, los sentimientos de ansiedad y nerviosismo se conjugan al igual que las expectativas a lo nuevo... ya tuvimos un primer contacto con el grupo, fue en diciembre, en la actividad de cierre del semestre, ahí tuvimos la oportunidad de cantar, fue un buen inicio, sin embargo hoy tenemos nuestra primera reunión. Acordamos con la supervisora realizar una sesión de "presentación" hablar un poco de quienes somos y que hacemos.

Invitamos a los pacientes a organizar la sala, disponemos las sillas en circulo. S (supervisora) nos presenta. Les planteamos lo que van a hacer, R\* toma la iniciativa y se presenta primero incluso antes que nosotros... nos da la bienvenida y así sucesivamente cada uno de los integrantes del grupo, muestran calidez ante nuestra presencia. Solo M\*. se muestra poco motivado. La invitación a tocar se enmarca recordando actividades que ellos ya han hecho... la consigna se arma entre todos.

Consigna: "Vamos a improvisar todos juntos pero uno resaltará en determinado momento"

Objetivo de la consigna: Buscar un primer acercamiento con los pacientes a través de la música.

Observaciones: Al parecer la consigna no quedo clara, improvisamos...sentí la música desordenada, no podíamos ponernos de acuerdo. Al terminar de tocar evaluamos lo sucedido concluyendo que no hicimos lo que se había propuesto. Replanteamos la

consigna, esta vez R\* dirigirá y enunciará el momento en el que algún compañero resalte con su instrumento. Después de R\* toma la batuta A\* y entonces la improvisación resulta como la planeamos. Durante la sesión siento tranquilidad, mi compañero me brinda seguridad. El ver y sentir al grupo motivado con nuestra presencia me alienta y me tranquiliza, hay puntos que afinar como el número de integrantes del grupo, objetivos y tareas a desarrollar. Me inquieta la forma de dirigirme a ellos, a veces parecen niños y no se como tratarlos, creo que es algo que se irá resolviendo con el tiempo, por otro lado, me sorprenden con sus preguntas, directivas y espontáneas.

Sesión No 4

Fecha: 6 de abril 2005

MT: Paola Lorena Coral P.

CT: Pedro Durán

Sentimientos previos: En esta sesión que cierra la primer fase de nuestra terapia se trabajará con la canción "Soy pan, soy pan, soy más", la cual el grupo ya nos ha escuchado interpretar, la misma que Ro\* ha pedido insistentemente y en la que se ha decidido hacer partícipe a todo el grupo. El saludo atento, repartimos la letra de la canción y antes de que podamos decir algo, R\* empieza a cantarla a lo cual todos reaccionamos con atención. Les invitamos entonces a cantarla con nosotros.

Consigna No 1: Reúnanse en grupo e identifiquen de cada una de las estrofas una frase, palabra o mensaje que les llame la atención.

La discusión entre ellos se torna muy interesante, mezcla de ideas concretas con metáforas en la cual cada uno aporta y valora la opinión del otro. De la primera estrofa destacan los valores y defectos; de la segunda, la madre; y de la tercera, un prado, un río, margaritas y flores.

Consigna No 2: Realizarán una improvisación por cada estrofa haciendo referencia a las frases, mensaje o palabras destacadas.

Objetivo de la consigna: Profundizar la integración y conexión del trabajo en grupo a través de la música. Motivar la expresión.

Observación: Para la primera estrofa R\* canta una canción de Silvio Rodríguez, sus compañeros lo acompañan, la música es muy ordenada y calmada dándole espacio a R\*. En la segunda relacionan inmediatamente la madre con la vida o la naturaleza y es E\* quién entona espontáneamente "Gracias a la Vida", al igual que la anterior existe un orden y un acompañamiento. La tercera improvisación es instrumental y muy emotiva, la armónica le da un toque mágico, es como desplazarse por un campo interviene sutilmente el palo de lluvia simulando el agua y poniéndole fin a la música. Al preguntarles si creen que representaron lo que habían propuesto surgen opiniones contradictorias, no todos sienten haber hecho bien las cosas, entonces les invitamos a escuchar las improvisaciones, después de escuchar la grabación las opiniones nuevamente son diversas, les preguntamos si desearían repetir la improvisación y mejorarla, a lo que ninguno dio respuesta afirmativa. R\* plantea improvisar por turnos y luego todos juntos, organicé nuevamente la consigna, tocamos, pero al hacerlo hubo una confusión, pienso que no di clara la consigna y nos enredamos.

---

Finalmente para cerrar esta sesión y esta fase, los invitamos a tocar con nosotros nuevamente la canción. El resultado fue muy agradable, R\* tiene un gran talento y gusto musical, sus intervenciones con el palo de lluvia y con la armónica fueron precisas, Ma\* dirige los matices y velocidades de forma espontánea. Al final terminan contentos y satisfechos por el logro obtenido. Antes de despedirnos, les anunciamos que a partir de la siguiente sesión y por tres mas Pedro asumirá como terapeuta.

## 2.1. Reflexiones Primera Fase

---

A medida que pasan las sesiones es importante recalcar y mencionar el sin número de situaciones que van remarcando nuestro aprendizaje. En algunos casos salimos airosos, sin embargo, en otros tantos se hace necesario un análisis mas profundo de nuestro actuar como terapeutas, visto este como eje fundamental para nuestro crecimiento y el bienestar de nuestros pacientes. Entre las situaciones que podemos destacar:

Las preferencias: Es conveniente acceder a la petición particular de un paciente en temas como: grábame una canción? o, regálame algo tuyo?... hasta donde eso no irrumpe la armonía del grupo. En este caso se decidió transparentar la acción y hacer participe a todo el grupo de la posibilidad de grabarles música, hacer intercambio de discos y por último trabajar la canción con todos como parte de una sesión tomando con importancia la solicitud hecha.

Pedir al paciente que traiga algo para la siguiente sesión: que pasa con el terapeuta y el paciente si se ha dejado una "tarea" y este no cumple?. Sin duda, esta situación afectará emocionalmente a las dos partes, muchas veces se planifica un trabajo contando con ese elemento. Tendrá cabida el reproche o enojo en este espacio terapéutico?, es aconsejable dejar pasar la situación sin decir o hacer nada?, se plantea aquí la posibilidad de hablar con ellos reflexionando sobre la importancia del cumplimiento como parte de su proceso, algo que los beneficia a ellos y al grupo, tomar conciencia de esto, igualmente el trato debe ser de adulto a adulto así los pacientes sean regresivos. Para nuestro caso la "tarea" se cambio por propuestas para motivar y lograr con el grupo integración y conexión.

Que sucede cuando la consigan no fue dada claramente y la improvisación no resulta como la planeamos? Podemos preguntar al grupo ¿qué paso?, pero siempre siendo transparentes y honestos al momento de asumir la responsabilidad del error, se debe revisar y actuar con cautela.

## 3. Desarrollo Segunda Fase

Sesión No 5. Estructuras

Fecha: 13 abril 2005

MT: Pero Durán

CT: Paola Coral

Sentimientos previos: Es la primera sesión que le corresponde a Pedro asumir como terapeuta, el sentimiento de expectativa nuevamente se hace presente, ahora me corresponden otro tipo de funciones. Habrá que ver que sucede con esta nueva etapa, no solo nuestras propias reacciones sino también la de los pacientes.

La sesión empieza con un saludo y una bienvenida, se les pregunta si recuerdan lo que hicimos la semana pasada y poco a poco van recordándolo, los invitamos entonces a interpretar nuevamente la canción soy pan, soy paz, soy más. Después de interpretar la canción juntos, se hace una pequeña reflexión sobre la letra, tomamos el agua, el viento como palabras claves que derivarán en el objetivo de la sesión.

Consigna: Pensarán en cuatro elementos de la naturaleza, agua, tierra fuego y aire. Empezaremos por el agua, escogerán un instrumento que consideren que la representa, se improvisará sintiendo el agua como un pequeño riachuelo y luego como un gran mar volviendo al final al riachuelo". La consigna fue trabajada con los cuatro elementos y se mantuvo un solo instrumento para cada uno de ellos.

Objetivo de la consigna: Lograr desarrollar la dinámica de intensidad y velocidad brindando herramientas de expresión. Mantener un solo instrumento para cada improvisación con el fin de establecer una relación más estrecha y profunda con el mismo a través de la exploración.

Observaciones: Desde el rol de co-terapeuta tengo la opción de captar otras cosas de la música, la cual es algunas de las improvisaciones es bastante intensa, asumir el rol de co-terapeuta no resultó tan fácil, es necesario estar pendiente de varios detalles, además la necesidad de hablar en ciertos momentos es difícil de controlar, temo pasar por encima de Pedro.

Sesión No 9. Aprender a escucharse

Fecha: 11 mayo 2005

MT: Paola Coral

CT: Pedro Durán

Sentimientos previos: En esta parte empezamos a desarrollar temas que tienen que ver más con la emoción. Pretendemos que los pacientes compartan en la sesión sus emociones y sentimientos, existe gran expectativa por esto, además hoy asumo nuevamente como terapeuta. La sesión empieza con el saludo de bienvenida, se pregunta a los pacientes si ha ocurrido algo importante en su semana o simplemente se les pide que nos cuenten como están. A continuación escuchamos la grabación de la última improvisación de la sesión anterior a la que se le dio el título de "la libertad". Esta audición nos sirve de apresto para desarrollar el tema de esta semana: los pacientes y la relación con su enfermedad.

Se hacen comentarios referentes a la música pero haciendo énfasis en su título, se les pregunta a los pacientes si se sienten libres o cuando no ha sido así. Después de hablar por unos minutos Ro\* manifiesta que no se sintió libre cuando la internaron en el hospital, esta observación hace que los demás integrantes también hagan comentarios al

---

respecto y la conversación se torna muy interesante. Los pacientes empiezan a manifestarse frente al hecho, sus emociones y recuerdos afloran mostrando una cierta conciencia por parte de ellos de las consecuencias de su enfermedad, revelan sentimientos de rabia por el encierro, surgen preguntas de los pacientes como ¿cuál es la diferencia entre ellos que están enfermos y nosotros (terapeutas) que somos “normales?”. También muestran aceptación al hecho de estar internados sobre todo cuando creen que están más enfermos (con “brotes”). Afirman que a veces los pensamientos se les “cruzan” y que por eso se desesperan, que no saben como ordenarlos. Otra observación se centra en como es más enfermante la actitud de las personas que su propia enfermedad puesto que la gran mayoría los trata como niños y no como adultos, los margina o simplemente no los determina, no se les da la posibilidad de decidir. Pese a todo esto, los pacientes hablan de “pensar siempre en positivo”, de “echar para adelante” y olvidar lo malo. Se decide hacer una improvisación a la que se le da el nombre de “el brillo del sol”.

Objetivo de la consigna: Establecer un espacio en donde el paciente pueda canalizar los sentimientos surgidos en la verbalización y logre llegar a un momento de tranquilidad a través de la música.

Observaciones: la música es liviana, M\* toca el metalófono en medio de todos los instrumentos de parche y raspadores; hace una selección de siete notas, interpretando el instrumento de manera juguetona, se percibe un brillo en la música expresado por ese metalófono. Los pacientes dicen sentirse libres, sin miedo de hablar y manifestarse, creen que la música refleja ese brillo que a veces les hace falta, la música es una forma de verlo y sentirlo.

### 3.1. Reflexiones Segunda Fase

---

El rol de co-terapeuta demanda otras labores y también incluye otros beneficios, además a medida que pasan las sesiones empiezo a tomarle mas “cariño” y a darle mas importancia al papel del co-terapeuta, si bien en un inicio me sentía reprimida por no poder llevar del todo el control, he descubierto que desde esta perspectiva se pueden apreciar diferentes elementos que cumpliendo el rol de terapeuta no tenía, puedo observar con mas detenimiento, la música me llega un poco mas clara, tengo espacio para sentir mas y pensar menos, de esta forma en el momento de la reflexión y de la asesoría puedo dar diversas opciones de cómo continuar el desarrollo de la terapia.

El pensamiento del terapeuta debe ir a mil por hora... tratar de condensar toda la información y emociones que los pacientes nos dan es un proceso bastante complejo, que en el momento de la sesión debe realizarse rápidamente para poder darle un encuadre adecuado, planteando la consigna o diciendo lo preciso de tal manera que mueva el mundo interior del paciente.

Que nos pasa con el silencio?. El manejo del silencio es uno de los grandes temas dentro del espacio terapéutico, como reaccionar ante el, o el que decir son dilemas que nos hacen reflexionar constantemente, el silencio es comunicación pero el manejarlo es algo que tiene su complejidad. Puede darse después de un improvisación, o al inicio de la sesión, igualmente existen pacientes que ante una pregunta prefieren no hablar, en este

caso el silencio pone a prueba la capacidad de tolerancia a la frustración y el pensamiento rápido para contra restarlo de acuerdo a la circunstancia en la que se de.

Hay que buscar el espacio de equilibrio entre la palabra y el silencio, conjugados estos con los espacios de la música.

Que hacer cuando un paciente tiene una propuesta o idea y esta no es precisamente lo que teníamos planeado? Como juntamos las ideas de los pacientes con nuestras actividades? Podría lanzarse la idea al grupo, lo importante es no negar la posibilidad y pensar que lo planteado por el terapeuta es lo único, correcto y valedero. Siempre hay que brindarle el espacio al paciente para que participe, estimular la participación lo que refuerza la auto-estima.

Tocar o no con los pacientes? La relación con el instrumento tanto pacientes como terapeutas es de vital importancia para el proceso terapéutico, al ser parte de las improvisaciones la contratransferencia se vivencia de una manera bastante profunda. El tocar con los pacientes revela elementos distintos y valiosos, por otro lado, al tomar el mismo instrumento que el paciente que ocurre con él y con el terapeuta?, ésta es una conducta de refuerzo, fusión o identificación ante la cual pueden haber diferentes reacciones, por lo tanto se debe ser cauteloso ante esta situación.

Debido a que los pacientes esquizofrénicos tienen el pensamiento concreto, el tocar dentro de las emociones se torna muy complicado, es mejor hacerlo a través de la metáfora, una emoción puede ser muy “densa” sería preferible tener una imagen que la represente, que focalice la atención del paciente hacia ella y describa sus características; los adjetivos calificativos como suave, brillante, duro, etc, están muy bien descritos en la música que producen los instrumentos. La percepción de las emociones de los pacientes es una de las tareas de los terapeutas, el detectar si son auténticas está relacionado con la contratransferencia, el identificarse con estas emociones determinaran si son reales o no. La conexión de los afectos con la forma manifestarlos es una situación que se presenta a menudo, los terapeutas pueden ayudar al paciente a ser más coherentes con ellas, como por ejemplo reflexionando dentro de una situación que parte es chistosa o alegre y cuales son las tristes o trágicas, etc.; darles palabras mas concordantes a situaciones propiciando un escenario menos delirante.

No podemos conocer a fondo el mundo de los pacientes psiquiátricos por lo tanto debemos estar preparados para posibles descompensaciones, en determinados momentos pueden aflorar partes de sus “locuras”, se debe estar atento, en el caso que el paciente este delirando la contratransferencia puede mostrar el camino para tomarlo y encausarlo nuevamente, en sí dar la contención necesaria la cual puede ser verbal o no verbal. Dentro de la dinámica interna de la sesión es importante pensar rápido el como el terapeuta puede pasear su idea dentro de todas las ideas o fragmentos de locura de los pacientes.

Cuando los pacientes hacen preguntas es aconsejable responder o no?. Hemos optado por una tendencia humanista, por lo cual se contesta directamente, se abre la pregunta al grupo o simplemente se la devuelve.

Se debe ser amigo de los pacientes?. La pregunta también puede ser si se quiere ser amigo de los pacientes, generalmente los terapeutas no son amigos de los pacientes

---

porque se desviarían los objetivos de la terapia y se perdería además la objetividad. Aquí juegan un papel fundamental las expectativas de los pacientes y es deber de los terapeutas ser conscientes de si podemos y queremos responder a ellas. Las preguntas también son signos de ciertas proyecciones de los pacientes, pueden contener intenciones que van más allá de la curiosidad, por eso hay que reflexionar las preguntas, buscar el porque surge en ese momento y circunstancia, las preguntas siempre se hacen por algo.

Es importante escuchar las grabaciones para hacer consciente lo que se está haciendo, “devolverles la conciencia”.

Siempre el terapeuta debe tener plena conciencia de lo que dice, medir posibles consecuencias y tener la salida a ellas.

Si en el grupo hay alguien con mucho conflicto puede ponerse en el centro y hacerle “cariño” sonoro. La improvisación libre es una poderosa herramienta que congrega y converge cuando hay una cantidad de temas y emociones que se tornan difíciles de sintetizar.

Redondear la sesión es muy saludable, “juntar las piezas” a través de los conceptos desarrollados durante la sesión, este cierre pueden hacerlo también los pacientes, dando una conclusión ellos mismos de lo acontecido.

Las personas psiquiátricas tienen un mundo individual y diferente y debemos valorarlo como tal, tratar de entenderlo y siempre tener en cuenta que son personas muy especiales.

## 4. Desarrollo Tercera Fase

Sesión No 15. Cierre

Fecha: 11 mayo 2005

MT: Paola Coral

CT: Pedro Durán

Sentimientos previos: Han pasado muchas situaciones en el grupo, experiencias que nos han hecho crecer como personas y como terapeutas, empezamos a despedirnos queda solamente una sesión más, los sentimientos son encontrados, por una parte la alegría del “deber cumplido” y por otro la nostalgia de la separación. El saludo y el preguntar como les fue en la semana se convirtió casi en un ritual del que todos éramos partícipes. Hoy trabajaremos el cambio de roles, ellos serán los terapeutas.

Consigna No 1: Hoy trabajaran por parejas, y asumirán el rol de terapeuta y co-terapeuta, piensen en las características de cada rol, tomando como referente lo que Paola y yo hacemos y lo que decimos.

Objetivo de la consigna: Brindarles un espacio que estimule la auto-confianza, la capacidad de reflexión, iniciativa y liderazgo.

Resultados: Primera pareja Ma\* (Terapeuta) y R\* Coterapeuta plantean una improvisación a la que titulan “bienvenida al invierno”. Piden escoger un instrumento libremente y tocar por turnos.

Observaciones: La música es muy llamativa, describe mucho agua gracias al efecto de los palos de lluvia, surge también un llamado de tambores, es como un “ritual de llegada”. Ma\* y R\* empiezan a hablar de sus emociones frente a la improvisación, después de un momento reaccionan tomando conciencia de su rol, entonces nos preguntan a los demás ¿qué nos pareció la música?. Después de esto le dan el pase a la segunda pareja. A\* (terapeuta) y M\* (co-terapeuta), plantean una improvisación libre porque no logran ponerse de acuerdo, M\* está muy callado y no quiere participar. La música vuelve a ser muy de “agua”, observación que es hecha por los propios pacientes, llamativa, rítmica, liviana.

Cada pareja tiene dos oportunidades de “conducir al grupo”, la segunda vez los roles de terapeuta y co-terapeuta son asumidos con más seguridad, se detienen a pensar un poco antes de dar la consigna, después de tocar surgen preguntas como ¿qué emociones percibiste con la música?, igualmente se establece un diálogo más profundo sobre el significado de la luz y la oscuridad, tema que surge de la improvisación. Para terminar la sesión se les pide a los pacientes hacer una reflexión de lo acontecido, responden con agrado, A\* manifiesta que le cuesta hilar y pensar rápido, M\* dice que el no sirve para dirigir sino para seguir instrucciones, Ma\* esta muy contento, piensa que debería ser monitor pero es conciente que le faltan estudios. R\* no quiere hablar y solo dice que le gusto.

### 4.1. Reflexiones Tercera Fase

---

En esta parte del trabajo se hará referencia en particular al proceso individual de cada integrante del grupo, cada uno de ellos puso su huella y fue protagonista activo en las sesiones:

Ro\* “la juguetona”; su gran creatividad, espontaneidad y capacidad histriónica fueron un aporte muy significativo, su relación con los instrumentos fue juguetona, su facilidad para contar cuentos nacidos de su imaginación le dio a la terapia y al grupo espacios de interacción y juego colectivos.

R\*. “el soñador”; posee un gusto estético muy especial, su aporte musical fue motivador y confortante, su capacidad de introducir melodías e instrumentos en el momento preciso y adecuado le dieron en muchas ocasiones a la música un toque sutil y mágico, además fue un gran experimentador con la voz, lo cual también motivo reacciones positivas en la música colectiva. Su capacidad histriónica, su canto y sus reflexiones fueron protagonistas.

Ma\*. “el capitán”; es el “sustento” rítmico del grupo, su particular apego por la percusión, que podría definirse incluso de obsesión, fue igual muy importante para el grupo y para la terapia. Ma\* se desenvuelve muy bien con los instrumentos de percusión, le daba a la música una dinámica muy interesante, cuidadoso y respetuoso cuando se trataba de acompañar, pero enérgico al momento de desarrollar una consigna, líder en

una sola palabra.

A\* “el mar”, el es como el mar sobre el que navegan los barcos, siempre tenía algo que decir, que contar y compartir, su música nunca fue un despliegue de versatilidad y dinámica pero siempre estaba presente, sus reflexiones y comentarios fueron de significativo aporte, su presencia infundía calidez.

E\*. “el terremoto”; nos puso a prueba muchas veces, en varias ocasiones no quería trabajar con el grupo y o participaba de la consigna, pero finalmente terminaba fusionada al grupo, expresiva y explosiva, su sola presencia manifiesta fuerza, pero basta hablar con ella para darse cuenta que es como un gran osito, que necesita cariño y que lo consientan, lastimosamente tuvo que abandonar el centro antes de finalizar la practica, pero recordamos su música, diálogos y juegos que hacían dinámicas las improvisaciones.

M\* “caja de pandora”; vaya que nos dio buenas y gratas sorpresas, en las primeras sesiones se mostraba muy callado, incluso llegaba a cerrar los ojos y si apenas tocaba algún instrumento, pero el cambio se fue dando, empezó a participar, su capacidad de reflexión al escoger los instrumentos y la forma de tocarlos mostrando en ellos una expresividad diferenciada fue realmente gratificante. M\* fue siempre muy serio, pero con el tiempo fue cediendo, una vez intento cantar, al momento de hablar tampoco hacía mención de aspectos de su vida personal y familiar, sin embargo, se logró que se exprese y cuente en la sesión de forma tranquila y espontánea lo que ocurría.

Después de haber compartido con ellos este espacio se puede observar que cada paciente apporto de manera positiva al grupo, este se siente cohesionado, entre ellos existen vínculos y afectos, la música grupal es dinámica y expresiva, con el tiempo se torno más organizada, creativa, explosiva, diferenciada, lograron combinar y hacer uso de varios elementos entre ellos la voz, cuentan ya con códigos musicales que les permite desarrollar sin mayores contratiempos una sesión de musicoterapia. La música fue la protagonista principal en todo este proceso, traigo a lugar entonces el pensamiento de Bruscia sobre la música en terapia y como terapia, diré al respecto que en la práctica se vivenciaron ambos aspectos, como ejemplo del primero tenemos las canciones, la gama de improvisaciones y los juegos musicales y la elaboración de las verbalizaciones a partir de ella; para el segundo fueron varios los momentos que se presentaron, M es un gran ejemplo de ello, su expresividad y diferenciación evidencian como la música fue la movilizadota de su interior suscitando cambios visibles en la forma de tocar, en la relación con los instrumentos del setting y por ende en la música que se producía.



## III CONCLUSIONES

Nuevamente y a través de este trabajo se puede demostrar la importancia de la musicoterapia en los procesos de sanación de las personas, ésta como generadora de bienestar y mejora.

Enfrentar la práctica, puso a prueba no solo los conocimientos teóricos aprendidos sino también la capacidad de reflexión y comunicación, la tolerancia, respeto y entrega; valores que son parte fundamental de la ética y el profesionalismo con los que se debe afrontar todo compromiso con la salud y con la vida de quienes depositan su confianza y expectativas en un contexto musicoterapéutico. Terapeuta y persona, un mismo ser; es muy complejo separar los dos componentes y los sentimientos se ven involucrados, es entonces en donde el auto-análisis y la auto-crítica juegan un papel importante, puesto que es deber encontrar un punto de equilibrio, una estrategia y un modo de actuar que beneficie la terapia y por sobre todo a los pacientes.

Si bien los objetivos trazados fueron básicos en el sentido del crecimiento de todo ser humano siento que se cumplieron y se superaron, es importante anotar la transversalidad de estos y de las actividades planteadas ya que a partir de cada uno se pudieron enmarcar varios tópicos de trabajo. A través de las técnicas activas y receptivas el proceso musicoterapéutico desarrollado con este grupo de seis pacientes con diversas patologías dio interesantes y visibles resultados, los integrantes del grupo demostraron sentido de pertenencia y disposición al trabajo colectivo, la creatividad y respuestas positivas a estas actividades dejan ver el crecimiento del proceso grupal, se usaron varias herramientas de expresión y dinámica musical vistas y descritas en las músicas dadas en

las sesiones, cada paciente adoptó una forma de tocar que con el tiempo se fue enriqueciendo, la relación y compenetración individual con los instrumentos derivó en un fortalecimiento grupal, en donde no solo se manifestaron aspectos técnicos musicales sino también emocionales ya que la parte afectiva se vio tocada y comprometida para bien a partir de la musicalidad del grupo; la autoestima involucrada en todo el proceso se fortaleció, prueba de ello fue la capacidad de los pacientes de afrontar con decisión ciertos retos como la presentación en público con la que se dio por clausurada la práctica en donde algunos cantaron y tocaron como solistas y posteriormente el grupo hizo una muestra grupal de canciones utilizadas en las sesiones.

Durante estas 16 semanas se experimentaron diferentes estrategias que nos permitieron conducir al grupo, cabe destacar la presencia de la canción como una herramienta de gran ayuda varias de ellas nos visitaron en las sesiones: "Soy, pan, soy paz, soy más" (Piero), "El Cigarro" (Víctor Jara), "Cambia todo cambia" (Julio Numhauser -Mercedes Sosa), "Des la ausencia y de ti" (Silvio Rodríguez); además de las que surgieron espontáneamente de algunos pacientes; éstas, se convirtieron en facilitadoras de procesos y movimiento interno, melodía, palabra y ritmo hacia la emoción; metáforas y frases que motivan imaginación o traen recuerdos, asociaciones, proyecciones, elementos que fueron tomados en beneficio de la terapia.

Otro aspecto del que se debe hablar tiene que ver con la relación paciente-terapeuta, que se dio en términos de calidez y confianza, lo que sin lugar a dudas contribuyó enormemente al buen desarrollo de la práctica; esto se pudo apreciar en las verbalizaciones, en la comunicación musical, juegos y propuestas de los pacientes rítmicas y melódicas en las diversas improvisaciones o intervenciones en conjunto, los pacientes abrieron su mundo interior y nos permitieron acercarnos a él, la empatía desarrollada con los terapeutas y entre compañeros fue fundamental para darle buen curso al proceso.

Sin lugar a dudas el trabajo en equipo hizo más agradable y enriquecedora la práctica, debo reconocer la labor de mi compañero P.D, quién fue colaborador en este proceso, al igual la supervisión fue fuente de motivación y crecimiento, pilar para nuestro desarrollo como terapeutas reflejado en el buen funcionamiento del grupo y en los resultados obtenidos. El espacio musicoterapéutico se convirtió en un puente en donde los pacientes tuvieron muchas y positivas transformaciones.

Pienso que para poder desarrollar un mejor trabajo práctico es necesario mas tiempo, el que permita probar diferentes estrategias y abordar diversidad de temas, además la continuidad y profundización de algunos se hace necesaria lo que debido a la premura no se pudo hacer. Igualmente el pasar por los roles de terapeuta y co-terapeuta es imperante para "medir" las capacidades de quienes están a cargo de la terapia y afianzar formas de trabajo y respuesta a determinadas situaciones, la organización de las sesiones, de los protocolos y las actividades además de los materiales de trabajo, es decisiva para obtener buenos resultados, la contención a los pacientes no solo se manifiesta en las sesiones sino también en la puntualidad, constancia, participación y entrega de los terapeutas dentro de todo el encuadre terapéutico.

Para finalizar debo manifestar mi satisfacción frente al "deber cumplido", una gran

---

experiencia que me deja claro el camino a seguir, este que se guía por el sentido, el instinto, de la mano de la música y la profundización y búsqueda de conocimientos y elementos que me permitan cada día mejorar como terapeuta, como músico, como persona, camino bañado por el arte, por la música.



## IV BIBLIOGRAFIA

**Barb, Kirby.**Autismo, Página O.A.S.I.S, Documento en Internet.

**Bruscia, Kenneth.**Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Agruparte, Vitoria Gasteiz, 1999.

**Capponi, Ricardo.** Psicopatología y Semiología Psiquiátrica, Santiago 2002.

**Florenzano, R. Carvajal C; y otros.** Psiquiatría, Mediterráneo, Santiago 1999.

**Kanas, Nick.**American Psychiatric Press, Washington D.C. 1996

**Marinovic, M.**Documento Las funciones Psicológicas de las Artes.

**Moreno, J.J.**Activa tu Música Interior, Herder, Barcelona 2004.

**Ruud, Even.**Los caminos de la Musicoterapia, Buenos Aires 1996.



# ANEXOS

## **Anexo 1, tabla de criterios para el diagnostico de la EQZ.**

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia DSM IV	Criterio para el diagnóstico de Esquizofrenia CIE 10
<p>A. Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de un periodo de un mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ideas delirantes 1</li> <li>Alucinaciones 1</li> <li>Lenguaje desorganizado 1</li> <li>Comportamiento catatónico 1</li> <li>Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia) 1</li> </ul> <p>B. Disfunción social, laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración. C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses, periodo que debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A. D. Exclusión de los trastornos Esquizoafectivo y del Estado del ánimo. E. Exclusión del consumo de sustancias y de Enfermedad médica. F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.</p>	<p>Se pueden cumplir los síntomas de Schneider</p>

## Anexo 2. Canciones

**Soy pan, soy paz, soy más**

**Piero**

***Yo soy, yo soy, yo soy Soy agua, playa, cielo, casa blanca Soy mar Atlántico, viento y América Soy un montón de cosas santas Mezcladas con cosas humanas ¿Cómo te explico? cosas mundanas. Fui niño, cuna, teta, techo, manta Más miedo, cuco, grito, llanto, raza Después mezclaron las palabras O se escapaban las miradas Algo pasó, no entendí nada. Vamos, decíme, contáme Todo lo que a vos te está pasando ahora Porque si no, cuando está tu alma sola llora Hay que sacarlo todo afuera, como la primavera Nadie quiere que adentro algo se muera Hablar mirándose a los ojos Sacar lo que se pueda afuera Para que adentro nazcan cosas nuevas. Soy pan, soy paz, soy más Soy la que está por acá No quiero más de lo que puedas dar Hoy se te da, hoy se te quita Igual que con la margarita Igual al mar, igual la vida.***

**De la ausencia y de ti (o Velía)**

Silvio Rodríguez

*Ahora sólo me queda buscarme de amante la respiración. No mirar a los mapas, seguir en mí mismo, no andar ciertas calles, olvidar que fue mío una vez cierto libro. O hacer la canción. Y decirte que todo esta igual: la ciudad, los amigos y el mar, esperando por ti, esperando por ti. Sigo yendo a Teté semana por semana ¿te acuerdas de allá? Hoy hablo de fusiles despidiendo muertos. Yo sé que ella me ama, es por eso tal vez que te siento en su sala, aunque ahora no estás. Y se siente en la conversación, o será que tengo la impresión, de la ausencia y de ti, de la ausencia y de ti. No quisiera un fracaso en el sabio delito que es recordar. Ni en el inevitable defecto que es la nostalgia de cosas pequeñas y tontas como en el tumulto pisarte los pies. Y reír y reír y reír, madrugadas sin ir a dormir, sí, es distinto sin ti. Muy distinto sin ti. Las ideas son balas hoy día y no puedo usar flores por ti. Hoy quisiera ser viejo y muy sabio y poderte decir lo que aquí no he podido decirte, hablar como un árbol con mi sombra hacia ti. Como un libro salvado del mar, como un muerto que aprende a besar, para ti, para ti, para ti, para ti.*

Cambia, todo cambia

( Julio Numhauser )

*Cambia lo superficial Cambia también lo profundo Cambia el modo de pensar Cambia todo en este mundo Cambia el clima con los años Cambia el pastor su rebaño Y así como todo cambia Que yo cambie no es extraño Cambia el más fino brillante De mano en mano su brillo Cambia el nido el pajarillo Cambia el sentir un amante Cambia el rumbo el caminante Aunque esto le cause daño Y así como todo cambia Que yo cambie no es extraño Cambia, todo cambia Cambia, todo cambia Cambia el sol en su carrera Cuando la noche subsiste Cambia la planta y se viste De verde en la primavera Cambia el pelaje la fiera Cambia el cabello el anciano Y así como todo cambia Que yo cambie no es extraño Pero no cambia mi amor Por mas lejos que me encuentre Ni el recuerdo ni el dolor De mi tierra y de mi gente Y lo que cambió ayer Tendrá que cambiar mañana Así como cambio yo En esta tierra lejana.*

EL CIGARRO

Víctor Jara

*Voy hacerme un cigarrito Acaso tengo tabaco, Si no tengo de 'onde saco, Lo más cierto es que no pito. Ayayay me querís, ayayay me querís, ayayay. Voy hacerme un cigarrito con mi bolsa tabaquera, lo fumo, boto la cola y recójala el que quiera. Ayayay me querís, ayayay me querís, ayayay. Cuando amanezco con frío prendo un cigarro de a vara y me caliento la cara con el cigarro encendido. Ayayay me querís ayayay me querís, ayayay*