

**UNIVERSIDAD DE CHILE,**  
FACULTAD DE ARTES,  
ESCUELA DE POSTGRADO.

# **MUSICOTERAPIA EN UN CASO DE TRASTORNO DEL ÁNIMO: DEPRESIÓN, NEUROSIS SEVERA.**

Proyecto Final Para Optar al Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte, Mención En  
Musicoterapia.

Alumna:

**Rocío Del Pilar Sarmiento R.**

Profesor Guía: Susanne Bauer.

**Santiago de Chile, 2005.**



<b>INTRODUCCIÓN. . .</b>	<b>1</b>
<b>I. MARCO TEÓRICO. . .</b>	<b>3</b>
<b>1. Trastornos del Estado del Animo. . .</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Clasificaciones Internacionales. . .</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Depresión Mayor. . .</b>	<b>7</b>
<b>1.3. Trastorno Distímico. . .</b>	<b>9</b>
<b>1.4. Depresión de Tipo Melancólico. . .</b>	<b>10</b>
<b>2. Identidad y Trastorno del Animo. . .</b>	<b>11</b>
<b>II. METODO. . .</b>	<b>13</b>
<b>1. El Caso Clínico. . .</b>	<b>13</b>
<b>2. Estructurando la Terapia: El Primer Encuentro. . .</b>	<b>14</b>
<b>3. Objetivos Generales de La Terapia . . .</b>	<b>15</b>
<b>4. Objetivos de La Musicoterapia en el Caso Clínico . . .</b>	<b>15</b>
<b>5. Organización de las Sesiones. . .</b>	<b>16</b>
<b>6. El Enfoque Musicoterapéutico. . .</b>	<b>17</b>
<b>7. Modalidades y Medios. . .</b>	<b>18</b>
<b>8. Procedimientos y Técnicas. . .</b>	<b>18</b>
<b>8.1 El procedimiento. . .</b>	<b>18</b>
<b>8.2 Las técnicas. . .</b>	<b>19</b>
<b>9. Fases de la Terapia. . .</b>	<b>20</b>
<b>9.1 Establecer Una relación: . . .</b>	<b>21</b>
<b>9.2. Trabajar En El Centro Del Ser: . . .</b>	<b>21</b>
<b>9.3. Separar: . . .</b>	<b>22</b>
<b>III. CONCLUSIONES. . .</b>	<b>25</b>
<b>IV. BIBLIOGRAFÍA. . .</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO. . .</b>	<b>31</b>
<b>CONTENIDOS DE LAS SESIONES. . .</b>	<b>31</b>

PRIMERA FASE: ESTABLECIENDO UNA RELACIÓN. . .	31
SEGUNDA FASE . .	34

# INTRODUCCIÓN.

Exponer brevemente en éstas páginas la experiencia de un micro proceso terapéutico, ha supuesto un compromiso personal en leer, investigar y reflexionar sobre la Música Terapia, su historia, diversas teorías, modelos, técnicas, procedimientos y resultados, en directa asociación al desarrollo de la práctica clínica del postítulo.

Ha permitido, primero, una mirada amplia al particular lenguaje de la música, y un estudio de sus relaciones y significantes sonoros dentro de un contexto terapéutico, proceso constituido primordialmente por la relación vincular entre paciente y terapeuta; segundo, participar de a dos de un lenguaje distinto al de la palabra y de un espacio en el cual lo sonoro puede ser descrito y analizado verbalmente o simplemente intuido como una fuerza impulsora y generadora de cambios.

Un breve momento en el cual el paciente ha sido participe activo de su propio proceso de tratamiento, que apunta a la recuperación y mantenimiento de sus remanentes de salud.

La música es el medio de comunicación; los instrumentos, el sonido, las canciones, las composiciones y el terapeuta han contribuido al proceso de tratamiento, siendo facilitadores de la expresión de emociones, sentimientos e ideas. “ *A partir de una experiencia musical, la persona vuelve o empieza por vez primera a confiar en su propia capacidad sanadora*”.<sup>1</sup>

La práctica, ha hecho posible, de forma personal, experimentar y concordar con el

---

<sup>1</sup> Bauer, S. Terapias Complementarias, Música Terapia Morfológica y Salud Mental.

postulado que afirma <sup>2</sup> que la Música Terapia estaría sostenida por un trípode fundamental alrededor del cual se organizan otros trípodes que la sostienen.

El primero sería la teoría, el lenguaje y la ética; el segundo, el paciente, el músico terapeuta y un hacer significativo basado en la música y el sonido; y un tercero conformado por una teoría del sujeto, un marco teórico músico terapéutico y lógicas y niveles de intervención acordes a los otros componentes.

Durante el proceso, se pondría de manifiesto que uno no existe sin los otros, y que principalmente es la dupla paciente - terapeuta y en el caso particular que nos ocupa la relación terapéutico afectiva, el eje fundamental del proceso encaminado al mejoramiento de la salud.

---

<sup>2</sup> Shapira,D. Musicoterapia, Facetas De Lo Inefable, Introducción. Enelivros 2002.

# I. MARCO TEÓRICO.

Se entiende la Música Terapia como “Un proceso dirigido hacia un objetivo en el que el terapeuta ayuda al cliente a mejorar, mantener o restaurar **un estado de bienestar**, utilizando las experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan por medio de ellas, como fuerzas dinámicas de cambio”<sup>3</sup>

Tratándose entonces de un proceso terapéutico, la Música Terapia atiende a las necesidades de una amplia población de pacientes, incluye *“autistas y niños emocionalmente perturbados, adultos con alteraciones y patologías psiquiátricas, niños y adultos retrasados mentales, individuos con impedimentos visuales, de audición, de habla, discapacitados en el lenguaje, niños con problemas de comportamiento, presos, adictos, niños y adultos enfermos terminales y adultos neuróticos”*<sup>4</sup>

En el marco de la práctica clínica, se han orientado sus objetivos hacia el área psiquiátrica, teniendo en cuenta las características personales y el diagnóstico del paciente, así como los objetivos clínicos del **Centro Diurno del Instituto Psiquiátrico, Doctor José Horwitz Barak**, lugar de realización de la misma.

El paciente designado para la práctica cuenta con un diagnóstico clínico de *Síndrome depresivo, con algunos brotes psicóticos durante el último intento de suicidio, referente a oír voces; neurosis severa y trastorno de personalidad de conductas infantiles subyacente*

<sup>3</sup> Bruscia K, Definiendo Musicoterapia, pág. 139.

<sup>4</sup> Bruscia K, Definiendo Musicoterapia, Pág 16.

*a una disfunción familiar; retardo mental leve.* Actualmente no hay síntomas depresivos, pero mantiene labilidad afectiva. El paciente ha tenido tratamiento con medicamentos y psicoterapia, tiene buena capacidad de verbalización y disposición para trabajo con Música Terapia.

El proceso de terapia llevado a cabo durante la práctica, contó con un marco teórico músico terapéutico amplio, empleando principalmente los postulados, métodos, técnicas y procedimientos del modelo de **Música Terapia Analítica de Mary Priestley**, por considerarlo el más adecuado para el caso clínico que nos ocupa, en un marco de terapia individual con paciente adulto, así como algunas de las técnicas propuestas en el modelo de **Música Terapia de Libre Improvisación de Juliette Alvin**, el cual comparte - junto a la primera - fundamentos teóricos del psicoanálisis y terapias psicodinámicas.

La Música Terapia Analítica es un enfoque de improvisación musical, creado y desarrollado a principios de 1970 por Mary Priestley y dos colaboradores, Peter Wright y Marjorie Wardle.

Se define como el uso de palabras y música de manera simbólica para explorar la vida psíquica o interna del paciente y facilitar su desarrollo.

Sus postulados tienen bases en el pensamiento psicoanalítico de Freud, Jung, Adler, Klein y Lowel, pero a diferencia del psicoanálisis, el hacer del trabajo de terapia se realiza **activamente** entre dos, en un nivel de improvisación musical y de diálogo verbal.

La música es el puente entre el mundo interno y externo del paciente. La improvisación viene cargada o es estimulada por sentimientos, ideas, imágenes, fantasías, memorias, acontecimientos o situaciones que se identifican como tema de la terapia o de la sesión.

Por lo general son sucesos de la infancia temprana del paciente, que han dejado huella en el inconsciente y que condicionan la vida actual. Priestley llama a estos contenidos "*Innerchild*".

La Música Terapia Analítica fue originalmente desarrollada para su aplicación en pacientes adultos y su uso clínico abarca principalmente los siguientes casos:

- Adultos Institucionalizados en Hospitales Psiquiátricos con las siguientes patologías:
- Depresión Maniaca
- Histeria
- Esquizofrenia Catatónica
- Personalidades Limítrofes
- Neurosis Obsesiva
- Desordenes Psicósomáticos
- Alteraciones Sexuales.
- Fobias
  
- Adultos Normales.

- Problemas en Pareja.
- Niños Sin Patologías (Normales).

Basándose en los fundamentos teóricos psicoanalíticos del modelo, el tipo de paciente a quien va dirigido éste debe tener gran capacidad asociativa, capacidad de simbolización y capacidad de *insight* o reflexión, además de facilidad en la expresión verbal. No sería un modelo adecuado de aplicación en pacientes psicóticos, borderline o con algún tipo de retardo mental.

Sin embargo, Bruscia<sup>5</sup> nos dice que éste tipo de pacientes (*el caso de la práctica tiene un retardo mental leve sin escolarización*) puede beneficiarse de una versión del Modelo de Música Terapia Analítica más simple y descriptiva, que no se basa exclusivamente en la improvisación de un tema simbólico o arquetípico, y permite la inclusión de otros procedimientos, como por ejemplo el movimiento, la relajación, la escucha y otras técnicas como la pintura o el dibujo, cuando no es posible la verbalización o la abstracción simbólica a un nivel superior.

El encuadre de terapia para Bruscia también permite flexibilización; Priestley propone un encuadre sin variabilidad, en el cual el terapeuta improvisa siempre al piano, mientras el paciente lo hace con un grupo de instrumentos dispuestos de la misma forma y en algunos casos sin inclusión o exclusión de otros instrumentos. Sin embargo, para los casos arriba mencionados, permite la libertad al terapeuta de utilizar o compartir otros instrumentos con el paciente, con el objeto de acompañarlo y apoyarlo durante la improvisación, incluir o retirar instrumentos del setting, y, no es necesario el uso de metáforas o simbolismos para dar un título o encuadre a la improvisación. Se permite la libertad de hacer música sin un tema definido, ya que de igual forma en ella se reflejará lo que ocurre en el ámbito interno del paciente.

En este punto la teoría se acerca más a la importancia que Juliette Alvin da a la improvisación, donde ésta puede no ser referencial y puede o no tener un título. En ésta, el grado de libertad del paciente es total, puede improvisar sin ningún consejo o directiva y el terapeuta le apoya y le sigue.

Mirada así, la improvisación libre no se evalúa en criterios estrictamente musicales, como la emplean algunos modelos, sino que los resultados se aceptan como auto proyecciones sin imponer modelos musicales de ejecución.

Es importante aclarar que para hacer uso del Modelo de Música Terapia Analítica, el terapeuta debe conocer a profundidad los fundamentos del psicoanálisis y terapias psicodinámicas, además de haber experimentado en él mismo un proceso de terapia y auto análisis que Priestley llama "*intertherapy*".

Para el caso particular que nos ocupa, se emplearon algunas de sus técnicas y procedimientos más sencillos, así como la estructura básica de la sesión. No se toman en cuenta los conceptos Freudianos de la psique, el modelo topográfico y estructural del mismo, así como el modelo psico sexual del desarrollo; los cuales son de vital importancia para la estructuración de las tres fases de terapia que propone Mary

---

<sup>5</sup> Bruscia, K, Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Pág 117.

Priestley; si no que los cambios en la improvisación y en la conducta del paciente van estructurando estas tres etapas que se analizarán detenidamente más adelante.

## 1. Trastornos del Estado del Animo.

La palabra ánimo es muy antigua y se relaciona con el término “*ánima*” que en griego significa “*alma*”. Se asocian a ella otros términos que se tornan similares, como: emoción, humor, afecto, sentimiento, para reflejar una forma o condición de “estar”.

El estado de ánimo se refiere a una emoción de duración prolongada que afecta a la totalidad de la vida psíquica; es una forma de estar o de encontrarse frente a la vida, al mundo y a sí mismo. El estado de ánimo no es un momento estático que no presenta variaciones, por el contrario, oscila normalmente alrededor de un equilibrio basal que afecta a todas las funciones superiores.

La psiquiatría moderna ha intentado bajo el término de Trastorno del estado de ánimo, agrupar aquellas alteraciones de la vida afectiva, caracterizadas por extralimitaciones prolongadas del estado de ánimo, que influyen sobre las conductas y funciones superiores del individuo.

Los trastornos del estado de ánimo se definen por siete características estables:<sup>6</sup>

- Son alteraciones primarias del estado afectivo.
- Presentan una psicopatología estable y prolongada.
- Tienen una representación cerebral.
- Tienen una naturaleza periódica.
- Se asocian a una probable vulnerabilidad genética.
- Se relacionan con rasgos de personalidad.
- Permiten una restitución bio-psicosocial integral.

### 1.1 Clasificaciones Internacionales.

---

A partir de la década del 70, la psiquiatría realiza notables esfuerzos por separar, diferenciar y delimitar los trastornos del estado del ánimo, y su origen, ya sea endógeno o psicógeno.

#### Criterios del D.S.M.IV.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (D.S.M), en su cuarta versión, establece diferencias entre el Trastorno Depresivo Mayor, los Trastornos Bipolares y las formas depresivas más moderadas y de curso más prolongado, denominadas actualmente como Trastorno Distímico.

<sup>6</sup> Heerlein A, Psiquiatría Clínica, Capítulo 12, pág 315

Este último se entiende como separado de la depresión mayor, con sintomatología menos intensa, más prolongada y con una evolución crónica o fluctuante durante la vida. El D.S.M IV, reconoce otros subtipos dentro del marco de las depresiones como son:

- La depresión Reactiva.
- Depresión Enmascarada.
- Trastorno Afectivo estacional.
- Depresión Doble Breve recurrente.

La clasificación norteamericana divide en tres categorías los trastornos del estado de ánimo:

- Trastornos Depresivos: Depresión Mayor y Trastorno Distímico.
- Trastornos Bipolares:
  - Trastornos Bipolares I y II, Trastorno
  - Ciclotímico, Trastorno Bipolar no
  - Clasificado.
- Trastornos Del Animo: Por condición Médica, Por Sustancias.

#### C.I.E. 10.

La Organización Mundial De La Salud, propone una clasificación de los desórdenes afectivos, separando episodios únicos y múltiples otorgando importancia a la severidad del cuadro como a su duración.

- Episodio Maniaco: Hipomanía; Manía.
- Desorden Afectivo Bipolar.
- Episodio Depresivo: Leve; Moderado; Severo.
- Desorden Depresivo Recurrente.
- Desorden Depresivo Persistente: Ciclotimia; Distimia; Depresiones Resistentes

Se revisará el concepto de Depresión Mayor o Única, Trastorno Distímico y Depresión de Tipo Melancólico por corresponder al diagnóstico clínico de M\*.

## **1.2 Depresión Mayor.**

---

El episodio depresivo mayor se caracteriza por la aparición de ánimo depresivo, por un periodo mínimo de dos semanas y con previa existencia de ánimo normal.

El estado de ánimo depresivo se mantiene por mayor parte del día y puede ir acompañado de otros síntomas como inhibición del pensar, manifestado en disminución de la atención, de la concentración, la memorización y generación de ideas pobres;

inhibición psicomotora manifestada en disminución de la capacidad de decidir o actuar, disminución en la capacidad de reacción o respuesta a estímulos, gran dificultad para realizar las tareas cotidianas; trastorno de la vitalidad, como sensaciones corporales u orgánicas extrañas, molestias generalizadas, dolores localizados, parestesias o hipoacusias; cuando estos síntomas prevalecen se habla de depresión enmascarada; trastorno vegetativo y delirio depresivo habitualmente asociados a angustia, pesimismo, desesperanza. Pueden presentarse trastornos en el sueño y disminución de la libido.

El ánimo depresivo tiene una continuidad entre un ligero abatimiento, hasta una profunda sensación de desaliento y desesperanza. La expresión facial puede ser rígida, sufriente, postura corporal decaída, lenguaje monocorde lento y poco moderado.

Epidemiología: Es una patología frecuente con mayor prevalencia en las mujeres, en un porcentaje de 2:3. La edad promedio de aparición del trastorno es hacia los 40 años, aunque en la actualidad se presentan casos en prepúberes y adolescentes.

Etiopatología: Se dice que no se ha logrado establecer una causa directa que desencadene un trastorno depresivo, pero prevalecen las causas de orden genético, hereditario, aspectos anatomofuncionales, neuroquímicos, neuroendocrinológicos, cronobiológicos, psicofisiológicos, estacionales, de personalidad e identidad y psicosociales.

<b>CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL D.S.M.IV, PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b>	
A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer.	
Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.	
Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día, según el propio sujeto o lo observado por los demás.	1
Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.	1
insomnio o hipersomnia casi cada día.	1
agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día, observable por los demás; no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido.	1
fatiga o pérdida de energía casi cada día.	1
Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no auto reproches).	1
Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, casi cada día ( ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).	1
pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.	1
B. Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto.	
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	
D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga, un medicamento) o una enfermedad médica.	
E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten por más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.	

### 1.3. Trastorno Distímico.

El trastorno distímico se entiende como una forma menor, severa pero crónica, de la depresión no endógena y sin sintomatología psicógena, y se conoce antiguamente como depresión neurótica. Algunos autores la ven como una forma independiente de la depresión mayor, fluctuante, de comienzo en la juventud, de mayor duración y de menor severidad. Se diferencia de la depresión mayor en cuanto a la duración y la intensidad de

la sintomatología.

El trastorno distímico presenta comorbilidad significativa con trastornos de ansiedad y personalidad. Se caracteriza por ánimo depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, por un periodo no inferior a dos años.

Los pacientes con Distimia expresan fácilmente sus emociones, como agresividad, neurotismo o irritabilidad.

<b>CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL D.S.M.IV PARA UN TRASTORNO DISTÍMICO.</b>	
A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.	
B. Presencia, mientras está depresivo, de dos o más de los siguientes síntomas:	
pérdida o aumento de apetito.	1
Insomnia o hipersomnia.	1
Falta de energía o fatiga.	1
Baja autoestima.	1
Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.	1
Sentimientos de desesperanza.	1
C. Durante el periodo de dos años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 años seguidos.	
D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años da la alteración (1 un año en niños y adolescentes); la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.	
E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido esquizofrenia o el trastorno delirante los criterios para el trastorno ciclotímico	
F. La alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante G. Los síntomas n son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga o n medicamento) o a enfermedad médica.	
H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo	

#### 1.4. Depresión de Tipo Melancólico.

Esta íntimamente relacionada con estructuras de la personalidad tipo melancólico. Asociada íntimamente a los pacientes depresivos unipolares con melancolía cuyos rasgos de personalidad característicos son: meticulosidad, pulcritud, afán de limpieza, orden y puntualidad.

Las depresiones con melancolía se presentan con sensaciones de ausencia de sentimientos, rigidez emocional e incapacidad de relacionarse. Se presenta con mayor intensidad en la mañana y disminuye en la tarde.

## 2. Identidad y Trastorno del Animo.

Las investigaciones relacionan los trastornos del ánimo con problemas de identidad pre-morbida. Se define el concepto de identidad como la percepción del individuo de sí mismo; es el saber o sentir acerca de su propia existencia; es la certeza de la propiedad de las propias vivencias y es la conciencia del individuo acerca de su posición frente o en la comunidad.

Los individuos con depresión endógena presentan como característica pre-morbida, la incapacidad para expresar afectos o percibir emociones (tipo melancólico), asociadas por lo general a un tipo de despersonalización que afecta la vivencia del yo. El paciente presenta carencia de vivencias y percepciones del mundo emocional, hipertrofia del rol laboral, intolerancia al cambio, falta de fantasía configurando una identidad frágil y vulnerable.

Algunas expresiones comunes en pacientes deprimidos son “dejo de ser”, “no siento nada”, “siento que no existo” y ejemplifican la falta o ausencia de percepción de sí mismo.

Los intentos de suicidio son comunes, ya que suelen tener un efecto euforizante, que los contacta con sus emociones básicas alcanzando a percibir su propia identidad, alejándolos de la “nada”.

Se puede concluir que desde una perspectiva antropológico – existencial los trastornos del ánimo son en esencia alteraciones en la interacción entre la personalidad, la identidad y el estado afectivo.

En el caso de M\*, el síndrome depresivo se manifiesta con un desorden distímico, constituyéndose en una forma de depresión menor sin psicotización recurrente, salvo en el último intento de suicidio, donde se manifiesta como oír voces.

“Son frecuentes los rasgos de dependencia, intolerancia al cambio, adhesividad en las relaciones interpersonales e intolerancia a las rupturas y pérdidas <sup>7</sup>”. El estado depresivo se asocia por lo general con historias de vida de temprana pérdida de uno o ambos padres, quiebres familiares y hogares destruidos.

La personalidad depresiva se caracteriza por ser pasiva, poco asertiva, pesimista, incapacidad de disfrutar, alta autocrítica, incapacidad para adaptarse, constantes fracasos.

En lo referente al tratamiento del desorden distímico subafectivo o depresión menor, se observa buena respuesta del paciente a los timolépticos, al litio y la psicoterapia.

---

<sup>7</sup> R, Caponni; Sicompatología y Semiología Psiquiátrica, Editorial Universitaria, pág 292.



## II. METODO.

### 1. El Caso Clínico.

M\* es un paciente de 42 años de edad; penúltimo entre 8 hermanos, de los cuales cinco son mujeres y tres son hombres; de padre alcohólico y carácter fuertemente dominante, notoriamente más agresivo durante los últimos años debido a su edad (83 años) y su creciente sordera; madre encargada del hogar, de carácter sumiso y dependiente (68 años). Vive actualmente sólo con ellos.

Durante su infancia, M\* relata haber sufrido constantes golpes e insultos por parte de sus hermanos y padre, como consecuencia de una cojera congénita en su pierna izquierda, motivo de constantes burlas, y un diagnóstico de retardo mental leve, que al no ser tratado debidamente en una escuela especial, le permite cursar con gran dificultad sólo el primer año básico, convirtiéndose éste en un motivo más de vergüenza para el padre por no haber tenido un hijo normal y un fuerte sentimiento de minusvalía y frustración para el paciente.

En el periodo de su adolescencia y actualmente en la adultez, las relaciones con sus padres y hermanos son cada vez más difíciles, al punto de no identificar momentos felices de su vida. M\* adopta actitudes juveniles como negación al paso del tiempo y al envejecimiento, viste y se comporta como adolescente exagerando modismos, no quiere

que su vida transcurra desperdiciando la oportunidad de encontrar una pareja, un trabajo y una vida independiente de sus padres.

Su particular forma de vestir y comportarse aumenta aún más las burlas del padre, se incrementa según sus propias palabras, “un odio feroz” hacia éste, quien le prohíbe desde hace diez años compartir el comedor en las cenas familiares, transitar libremente por los pasillos, y escuchar música - su pasatiempo favorito- mientras él se encuentre en la casa.

M\* come solo en la cocina y permanece encerrado en su habitación la mayor parte del tiempo, con un sentimiento ambivalente de amor y odio hacia la madre, quien se compadece y lo cuida cuando el padre se ausenta, pero calla y es humillada cuando él está presente.

En estos años M\* intenta en tres ocasiones quitarse la vida, primero ingiere una botella de cloro, luego intenta ahorcarse y por último se arroja a una micro en la calle.

Todo esto es motivo suficiente para ser llevado por su hermana mayor al hospital psiquiátrico Juan José Aguirre diagnosticándose: *Retardo mental leve, síndrome depresivo con psicotización, referente a oír voces en algunas ocasiones durante el último episodio de intento de suicidio, neurosis severa y trastorno de personalidad con conductas infantiles, subyacente a una disfunción familiar*. Actualmente no hay síntomas depresivos y refiere no haber vuelto a escuchar voces, pero mantiene labilidad afectiva.

M\*, es seleccionado por la directora del centro y la supervisora de la practica, por ser un paciente que actualmente no se encuentra participando de las actividades que se programan, e igualmente desde hace un año no cuenta con apoyo de terapia ocupacional; sin embargo, en contadas ocasiones manifiesta su deseo de participar en el grupo de Música Terapia, asistiendo a algunas sesiones, en las cuales se observa que su carácter impulsivo y autoritario causa molestias en los demás pacientes, decidiéndose comenzar por un proceso individual tendiente a prepararlo para su inclusión en el grupo.

## 2. Estructurando la Terapia: El Primer Encuentro.

M\* asiste a una primera entrevista el 4 de septiembre de 2003. Entra en la sala evidentemente ansioso y sin tener - según él - referente alguno de por qué se encuentra allí.

Su aspecto impacta a primera vista, de estatura mediana y contextura delgada, saluda con voz suave y demasiado aguda, lleva puesto un gorro deportivo que disimula sus cabellos canos con mechones rubios recién teñidos; tres pares de aros adornan sus orejas así como algunas pulseras de cuero y semillas en sus muñecas; Una camisa a rayas de colores sobresale de su jeans ancho y con muchos bolsillos al estilo “skeater” y zapatillas sueltas.

Su juvenil aspecto contrasta vivamente con su rostro surcado de arrugas, e impresiona el constante gesto de tristeza que se acentúa cuando espontáneamente y con

---

angustia rompe a hablar de su familia, el odio al padre, los motivos por los cuales está en el centro, sus intentos suicidas, sus equivocadas parejas, la frustración por no haber podido estudiar, la angustia por no poder ubicarse en el calendario, no saber leer la fecha y la hora. Cambia constantemente de un tema a otro, le preocupa el no poder conformar una familia, y el miedo a envejecer sin haber disfrutado de su juventud, sin *“haber sido feliz”*.

Le pide insistentemente a la terapeuta que le enseñe a leer la hora y el calendario. Ante la invitación a hacer música su respuesta es negativa, no hay contacto musical, ya que expresa no querer tocar por ahora pues no sabe como hacerlo, pero quiere aprender a tocar la batería y el piano.

El diagnóstico clínico, la entrevista y las primeras sesiones ayudan a trazar los objetivos músico terapéuticos.

### 3. Objetivos Generales de La Terapia

Teniendo en cuenta el diagnóstico clínico, la entrevista y las primeras sesiones de Músico Terapia, se trazan los objetivos según las necesidades más relevantes del paciente, observadas en estos primeros encuentros, dando prioridad a aquellas susceptibles de pequeños cambios en el corto periodo de trabajo - doce sesiones -, destacándose aquellas de índole afectivo familiar y social.

Así, se propone:

- Mejorar la idea de valor sobre sí mismo
- Desarrollar conciencia de sí mismo; en cuanto a gustos, ideas, sensaciones, estados anímicos y reacciones.
- Lograr un estado de bienestar consigo mismo más sostenido en el tiempo.
- Mejorar la actitud negativa por una postura positiva ante la vida.
- Manejar conscientemente los estados emotivos dentro y fuera del centro.
- Ofrecer algunos recursos para mejorar su estado anímico en el hogar.
- Mejorar las relaciones interpersonales en el centro y su familia.

### 4. Objetivos de La Musicoterapia en el Caso Clínico

- Generar un vínculo positivo paciente - terapeuta en lo sonoro y lo verbal.
- Reconocer aspectos positivos y negativos de su vida, en la producción sonora e integrarlos a su personalidad.

- Utilizar la música como medio de comunicación no verbal.
- Emplear la música como fuente generadora de sentimientos de bienestar.
- Desarrollar el auto conocimiento a través de lo sonoro y la relación con los instrumentos.
- Mejorar la autoestima, confianza y seguridad a través del proceso de improvisación
- Modificar en lo posible los pensamientos negativos hacia los padres.
- Generar nuevas formas de reacción para enfrentar situaciones conflictivas.

## **5. Organización de las Sesiones.**

Como se explicó anteriormente el marco de la terapia es exclusivamente individual, ya que uno de los objetivos es lograr que M\* pueda manejar las diversas demandas que necesita para su integración en el grupo de música terapia del centro.

La duración de las sesiones fue de una hora cronológica (14 a 15 horas) los días jueves, llevando a cabo un total de doce sesiones, que comenzaron el 25 de septiembre y finalizaron el 18 de diciembre de 2003.

Las sesiones se planearon estructurando en su totalidad las tres primeras, para dar un marco de confianza y solidez al paciente, permitir que se familiarizara con el espacio, con la terapeuta, con el clima de la sesión, y que conociera los instrumentos que conformaban el setting.

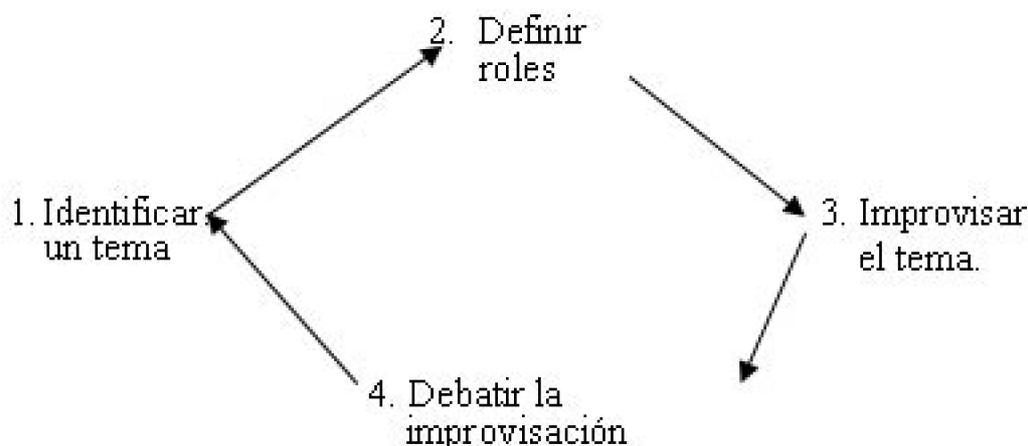
Posteriormente se liberó la estructura y se permitió que la sesión llevara su propio curso y que el paciente escogiera la manera de llevar a cabo las consignas planteadas.

Cada sesión se planeó siguiendo el curso del objetivo primordial, que en este caso es lograr un estado de bienestar, comodidad y agrado consigo mismo y con los demás. Los temas que fueron exponiéndose brotaron espontáneamente del paciente y ayudaron a estructurar la dirección de cada siguiente encuentro.

Durante cada sesión se esperó el surgimiento de un tema, ya fuera de un comentario nuevo que hiciera el paciente durante los primeros minutos, referente a como transcurrió la semana, o, algún tema que hubiera quedado pendiente de la sesión anterior, relacionado con estados anímicos o reacciones emotivas dentro y fuera del centro, procurando dar continuidad de una sesión a otra.

Prestley propone cuatro fases dentro de una sesión, que pueden repetirse varias veces una vez concluido cada ciclo.

Se identifica un tema, cada uno de estos se relaciona o simboliza con una palabra o una frase, y una vez analizado en conjunto con el paciente se definen los roles para luego improvisar musicalmente y finalmente verbalizar las emociones o sensaciones experimentadas durante el proceso.



En nuestro caso se llevan a cabo las cuatro etapas sin que necesariamente se llegue a proponer un título o una metáfora para la identificación del tema. Debe recordarse que M\* tiene un retardo mental leve sin escolarización, que hace difícil la comprensión y la capacidad de simbolización o abstracción, siendo su pensamiento muy concreto. Por tanto los temas se identifican con emociones o situaciones claras como por ejemplo: la rabia, la ira, la alegría, la tristeza, el miedo, la madre o el padre. Sobre este "título" se realiza la improvisación, que es grabada para su escucha y comentario verbal.

Generalmente se hizo frecuente empezar con una improvisación libre para centrar el clima de terapia, posteriormente se recordaba la sesión anterior y los temas que habían surgido, se improvisaba, verbalizaba y podía repetirse el mismo ciclo.

## 6. El Enfoque Musicoterapéutico.

Para lograr los objetivos propuestos y siguiendo los lineamientos del postgrado, se emplearon en la práctica procedimientos, medios y técnicas de diversos modelos de Música Terapia de improvisación.

En este caso particular la utilización de la improvisación como eje central de las sesiones, tenía objetivos terapéuticos claros: ayudar al paciente a su autoconocimiento, mejorar su estado anímico, prolongar estados de goce y bienestar, reconocer sentimientos e ideas sobre sí mismo y los demás, obtener algunos cambios en el ámbito de personalidad. Por lo tanto la improvisación sirve como una forma de valoración, de tratamiento y de evaluación, es decir, es la **técnica principal** dentro de un método amplio.

Aquí la música es empleada como agente de cambio, es el puente entre el paciente y el terapeuta. De acuerdo con Bruscia " *cuando se usa más de una modalidad para estimular el cambio terapéutico, el énfasis se pone en el paciente quien trabaja con su problema dentro de la modalidad más adecuada a cada momento, ya sea, música, arte, danza, drama o discurso verbal*"<sup>8</sup>

## 7. Modalidades y Medios.

La Música Terapia de Improvisación admite el empleo de diversas modalidades; para la práctica se emplean como modalidades: la música, y la verbalización. Los medios de la música son: los instrumentos, y el cuerpo; los medios de la verbalización son las historias, cuentos, exposición oral de lo acontecido en la sesión.

## 8. Procedimientos y Técnicas.

### 8.1 El procedimiento.

---

“ Un procedimiento es una estrategia o un método que utiliza el terapeuta para involucrar al paciente en un aspecto específico del proceso de terapia”<sup>9</sup> El procedimiento requiere de un tiempo considerable para su ejecución y puede involucrar diversas técnicas.

En el curso que se expone la improvisación es el procedimiento más empleado, usando variadas técnicas de ejecución en las sesiones, entre ellas:

#### Técnicas de Improvisación Activa:

- Individual por turno
- Diádica.
- El paciente escucha e improvisa el terapeuta.

Otras técnicas fueron:

#### La escucha activa:

- Audición de música con sonidos de la naturaleza
- Audición de música new age.
- Audición de música clásica.

La improvisación es empleada en un comienzo con consideraciones adaptativas tanto al espacio como al terapeuta, es decir, es estrictamente no referencial. Posteriormente, con el surgimiento de temas, la improvisación se hace referencial con consignas verbales previas a la ejecución, tanto directivas como semidirectivas.

<sup>8</sup> . Bruscia, K, Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Página 11

<sup>9</sup> K, Bruscia; Modelos De Improvisación En Musicoterapia, pág 18

## 8.2 Las técnicas.

Priestley define técnica como *“un enfoque particular para la investigación musical, por medio de la música que utiliza el terapeuta con un paciente”*<sup>10</sup> Para el caso clínico, el enfoque particular de las sesiones de la práctica esta dado en tres etapas que propone Mary Priestley en su modelo.

Estas técnicas se utilizan de acuerdo a tres objetivos metodológicos acordes a un sustento teórico psicoanalítico, estos son:

### Objetivos Metodológicos.

- Explorar Material Consciente.
- Acceder al Material Inconsciente.
- Fortalecer el Dominio del Yo.

Cada técnica puede aparecer en un momento distinto de la terapia y no obedecen a un estricto orden consecutivo.

En el proceso de M\*, se emplearon algunas técnicas para la exploración del material consciente y fortalecimiento del dominio del yo; sólo se mencionarán aquellas que fueron usadas en el transcurso de la misma.

Aquellas que se usan para la exploración del material inconsciente, no son utilizadas en el caso, ya que requieren de un mayor dominio del modelo por parte del terapeuta, conocer a profundidad el trabajo con metáforas, simbolismos, así como la conformación y estructuración de la psiquis, por lo tanto no se emplean en la práctica.

### **8.2.1. Técnicas Empleadas Para La Exploración Del Material Consciente**

#### **8.2.1.1 Técnica De sujeción:**

La sujeción es un rol que desempeña el terapeuta y consiste en el apoyo sonoro y musical que se da al paciente para permitir que experimente una emoción en particular, en toda su intensidad, o que aclare y obtenga mayor información sobre sentimientos o situaciones que ya conoce.

El rol del terapeuta consiste en sostener y acompañar la improvisación brindando una base sonora firme controlada e interesada, que sostenga pero que no sofoque o sobre salga sobre la música del paciente.

La técnica de sujeción también permite explorar emociones que son vistas como “no aceptables” o liberar y explorar impulsos o sentimientos temidos o percibidos como amenazantes.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Brscia K, Modelos de Improvisación en Música terapia, pág 131.

<sup>11</sup> Ejemplo de ésta técnica en sesión número 8.

### **8.2.1.2 Técnica De División:**

Permite explorar los polos opuestos de una idea, emoción, experiencia o situación que implique un conflicto. Se basa en la idea de Melanie Klein, de que un niño divide la experiencia de la madre en partes buenas y malas.

Esta técnica admite la improvisación por turnos entre paciente y músico terapeuta para representar cada parte del conflicto o bien el músico terapeuta actúa como sostén sonoro mientras el paciente se turna en la improvisación de los dos polos.<sup>12</sup>

### **8.2.2. Técnicas Empleadas Para Fortalecer El Yo**

#### **8.2.2.1 Técnica De Afirmación y Celebración:**

La afirmación consiste en la recreación o afirmación de un sentimiento o acontecimiento feliz o pacífico de la vida del paciente a través de la improvisación. Permite reafirmar que no todo en la vida es oscuridad y que hay situaciones en la memoria que permiten volver a experimentar alegría esperanza o fé en la vida.

Se usa ésta técnica durante la terapia en varias ocasiones cuando M\* llega a la terapia con ánimo deprimido y actitud negativa hacia la vida,<sup>13</sup> realizando primero una relajación a través del control respiratorio, luego evocando acontecimientos recientes o de la infancia donde el sentimiento de alegría estuviese presente, y luego se improvisa musicalmente.

#### **8.2.2.2 Técnica De Regresión Programada:**

Esta técnica sirve para descubrir o explorar momentos importantes en la vida del paciente y determinar cuando aparece un sentimiento relevante. En la Terapia, se emplea junto a la relajación y escucha de música grabada para identificar en qué momento M\* empieza a ser consciente del odio hacia el padre.<sup>14</sup>

## **9. Fases de la Terapia.**

Aunque Priestley no las definió, Bruscia identifica tres fases por donde transcurre el proceso de terapia:<sup>15</sup>

<sup>12</sup> Ejemplo de esta técnica en sesión número 3 y 8.

<sup>13</sup> Ejemplo de ésta técnica en sesión número 2 y número 11.

<sup>14</sup> Ejemplo de ésta técnica en sesión número 6.

<sup>15</sup> Bruscia K, Modelos de Improvisación en Música terapia, pág 158.

- Establecer Una Relación.
- Trabajar En El Centro Del Ser.
- Separar.

### **9.1 Establecer Una relación:**

---

En esta etapa el terapeuta se instala como un sostenedor o contenedor de los sentimientos o ideas más internas del paciente. Es la etapa del conocimiento y establecimiento de una relación tanto verbal como musical.

Se busca un clima de empatía para que el paciente exprese momentos de su vida, e ir introduciendo cambios musicales que evolucionen hacia la fase dos del trabajo.

En la terapia abarca cuatro sesiones aproximadamente. M\* se expresa en esta etapa de forma más verbal que musical, se nota una resistencia a tocar, hablando rápida e ininterrumpidamente, pasando continuamente de un tema a otro, cuenta con gran detalle su acontecer diario.

Es la etapa de conocimiento y experimentación con los instrumentos, aprende sus nombres, reconoce los timbres, empieza a decidir que instrumento le gusta más y cual no.

En la improvisación la música es de corta duración, su sonido instrumental es tímido y sumiso sin gran sonoridad, dependiente totalmente del sonido y de la música del terapeuta. El ritmo es casi siempre el mismo, sin gran variación, podría decirse que casi obsesivo, rápido y monótono, no hay intentos propios de cambio de velocidad o dinámica.

### **9.2. Trabajar En El Centro Del Ser:**

---

Es el tiempo en que paciente y terapeuta enfrentan la vida y realidad circundante. El paciente se compromete a hacer cambios en su vida diaria basados en los temas emergentes.

Es el momento más fuerte y de mayor trabajo para ambas partes durante el proceso; en esta fase se manifiestan las fuerzas intrapsíquicas que afectan la realidad externa e interna del paciente; la dirección del trabajo y el resultado musical se ve relacionado con el estado mental de éste; es el momento en el que con más fuerza se manifiestan las resistencias y sentimientos transferenciales del paciente, así como las contratransferenciales del terapeuta.

Para M\* los temas de trabajo personal tienen relación con sus relaciones familiares, es el momento de enfrentar los rencores y temores hacia el padre, tomar decisiones acerca de su vida futura una vez que los padres fallezcan, el control de los impulsos, las relaciones con terapeutas y compañeros del centro, aclarar y entender el concepto de pareja y amor, lo que debe y no debe permitir de los otros. Se proponen pequeñas tareas entre cada encuentro, que consisten en modificar algunas conductas que dificulten el entendimiento con sus pares, utilizar el tiempo libre en forma creativa, modificar algunas

conductas en el hogar dando preferencia al proceso de ganar poco a poco para sí un espacio significativo.

Su estado de ánimo es variable, fluctúa entre la tristeza, la anhedonia y la alegría; se suma a esto el cambio de sede del centro de rehabilitación, situación que genera temor y rechazo a lo nuevo.

La improvisación musical es variada en ritmos que propone el mismo, hay una clara intención de propuesta melódica, su sonoridad es más agresiva y explora los instrumentos en otras formas de tocarlos. Propone roles y formas nuevas de llevar a cabo las consignas, empieza a declarar preferencias por algunos instrumentos como el bongó y el piano.

Sin embargo aún el resultado musical es aún caótico, no se nota el equilibrio entre su sonoridad y la del musicoterapeuta; las improvisaciones son extensas en duración y M\* pierde constantemente el contacto con el musicoterapeuta, concentrándose únicamente en su música sin reparar en los cambios propuestos, ya sean imitaciones exactas de lo que hace o temas completamente contrastantes en ritmo y métrica.

En la verbalización, por lo general se hace evidente que M\* ha perdido el objetivo dado en la consigna, ya sea improvisar una emoción predominante o un recuerdo o situación conflictiva y ha tocado sin relacionar esa emoción o conflicto con lo musical. En sus propias palabras *“ he tocado sin pensar en nada”*.

Durante éste proceso se hace difícil para la musicoterapeuta manejar las resistencias de M\* a improvisar musicalmente las emociones que ha verbalizado sobre el padre, así como obtener una respuesta clara sobre lo que ha querido significar en su música, ya que las respuestas de M\* varían según como se planteen las preguntas que haga la musicoterapeuta, dificultando la identificación de emociones o ideas.

### 9.3. Separar:

---

En la tercera fase el terapeuta y el paciente concentran el trabajo en encontrar el equilibrio de las fuerzas intrapsíquicas del éste, puestas en marcha en la fase dos.

El paciente empieza a relacionar y equilibrar el mundo externo e interno, domina la relación sujeto- objeto, la música en la improvisación es fluida, se aceptan, incluyen y modifican las ideas o sentimientos propios o ajenos de forma creativa.

Es posible mantener un diálogo, escuchar al otro como a sí mismo, experimentar y explorar con temas de fuerte incidencia en la vida del paciente, con la diferencia de que ya no es vulnerable, ahora puede analizar, decidir la respuesta, sentirse cómodo con el tema y encontrar equilibrios.

En esta etapa el paciente está preparado para terminar con la terapia; la resistencia positiva y negativa desaparecen, se establece una relación de “adultos” entre paciente y terapeuta. Separar no es lo mismo que cerrar, ya que el paciente de forma individual seguirá trabajando con los conflictos y obstáculos que se le presentan, pero ahora sin ayuda del terapeuta.

En el caso clínico, esta fase no se da, ya que en el proceso M\* comienza a trabajar la

---

fase dos; aún está aclarando y controlando sus emociones, se encuentra realizando pequeños cambios en las respuestas emocionales dentro y fuera del centro, aún está reconociéndose así mismo, quien es, que siente, que le gusta y que no, que acepta y que le disgusta, como son sus emociones y que idea tiene de ellas, cómo es su música, como suena él, que instrumento lo identifica; está estructurándose y reconociéndose separado del terapeuta sonora y musicalmente.



## III. CONCLUSIONES.

El síndrome depresivo se manifiesta como una enfermedad sostenida en el tiempo, con una amplia variedad de sintomatología que hace difícil poder definir con exactitud el curso de la misma y cuyo tratamiento además de los fármacos hace necesaria la intervención con psicoterapia verbal.

Dentro de éste contexto la musicoterapia se perfila como una gran alternativa de tratamiento, ya que a través de la producción sonora, lo musical y los instrumentos permite el acercamiento afectivo al mundo interno del paciente, afectando directamente las emociones y dejándolas fluir libremente tal cual se experimentan en el instante. Lo sonoro actuando como lenguaje no verbal pero cargado de sensibilidad y sentido ayuda al paciente a vincularse consigo mismo y con el mundo externo, volcando en el presente todo aquello que está en el inconsciente desde la infancia y que ha ido perfilando su sintomatología actual, encontrando en éste espacio el lugar apropiado y seguro en el cual realizar los ajustes y cambios necesarios para ensayar relaciones afectivas más apropiadas, así como experimentar estados de bienestar y agrado tan ajenos a su situación constante.

El modelo de las sesiones facilitó la expresión musical y enriqueció el mundo emotivo del paciente, permitiendo que también de forma verbal se expusieran las emociones y conflictos internos. En éste sentido el modelo de Musicoterapia Analítica de Priestley fue el adecuado, ya que se ajustó perfectamente al tipo de paciente, quien ya había tenido sesiones de psicoterapia con anterioridad y tenía facilidad de expresión verbal.

De éste modo el ciclo de cada improvisación finalizaba con una breve verbalización

que se utilizó como medio de evaluar y corroborar que lo expresado por la música estuviera de acuerdo a lo expresado verbalmente, y de igual forma se analizaran los aspectos más relevantes del proceso y el momento por el cual se estaba pasando

El trabajo realizado en el Centro Diurno del Hospital Psiquiátrico, planteó todo un desafío personal, además de una valiosa experiencia que puede evaluarse desde diversos puntos de vista, empezando por la postura personal y los recursos con los cuales se enfrentó al paciente, así como los temas trabajados y el desarrollo de los mismos durante las sesiones.

En lo personal debo admitir que recibí al paciente con algo de temor y aprensión en un comienzo, debido al amplio diagnóstico que presentaba y a la necesidad de concretar en doce sesiones un trabajo que fuera productivo y sencillo, y que abarcara tan solo unos aspectos de sus necesidades urgentes, manifestadas principalmente en sus cambiantes estados anímicos y sentimiento de tristeza y frustración.

El establecimiento del vínculo no fue difícil ya que M\* estaba dispuesto desde el comienzo para la terapia ; se estableció un agradable clima de confianza que permitió avanzada la misma abordar algunos temas complejos, como las relaciones conflictivas con el padre y el deseo constante de quitarse la vida..

Sobre éste aspecto considero de vital importancia que el alumno en practica tenga claras sus emociones y sentimientos; una situación afectiva acorde a una sensación de equilibrio y bienestar, de sentirse bien y conocerse bien, ya que el trabajo con un paciente depresivo está encaminado a distinguir y clarificar situaciones que lo angustien o lo entristezcan, y al cual brindar respuestas y acciones adecuadas para su análisis y modificación. Sobre éste aspecto el alumno debe haber cerrado o estar en tratamiento terapéutico, si existen situaciones afectivas que compliquen el desempeño en las sesiones.

En mi caso muchas veces me ví enfrentada a comentarios del paciente como: *“pero, para que seguir luchando si me siento tan cansado y mi situación no va a mejorar con ésta terapia?”* comentarios que muchas veces me he planteado cuando situaciones difíciles que me han hecho desfallecer y de las cuales ha sido complicado poder salir ; estados emocionales conflictivos por los que atravesaba en ese momento y a los cuales sabiéndolo aún no les buscaba solución. Instantes en los cuales mis palabras de consejo hacia el paciente brotaban sin tener en el fondo un gran sustento en mi persona. Esta situación encendió la alarma para que replanteara mi postura y buscara soluciones a los conflictos que me agobiaban.

Otro tema importante de tratar es lo relacionado con los sentimientos transferenciales y contratransferenciales que se producen entre paciente y terapeuta. Durante las primeras sesiones se estableció un clima de gran acogimiento y receptividad de parte mía hacia el paciente, situación que fue interpretada por éste como manifestación de un sentimiento amoroso en el cual él proyectó su carencia afectiva familiar y su ansiedad de encontrar pareja. Ante sus gestos corporales demasiado afectivos, o miradas sugerentes empezó a provocarse en mí un sentimiento de incomodidad y enojo que durante las primeras sesiones dificultó un accionar más libre y que hizo que observara desde otra perspectiva mi lenguaje corporal y gestual, por si en algún caso era yo quien enviaba

mensajes erróneos o ambiguos al paciente.

La supervisión orientó mis actitudes afectivas hacia brindar un clima de aceptación y entendimiento sin invadir al otro, separando y definiendo los roles.

Otro momento importante en el cual hubo sentimientos contratransferenciales se presentó a mediados de la práctica, cuando ante mis preguntas sobre el resultado de la improvisación M\* modificaba su respuesta con el ánimo de agradarme y no por que realmente estuviera seguro de su emoción en ese minuto. Dicha actitud me causó desanimo ya que pensé que llevaba un buen tiempo intentando guiar al paciente hacia el conocimiento de sí mismo, sus gustos y preferencias, pero con su variabilidad de respuestas pensé que no había avanzado nada y estábamos como al comienzo; mi actitud fue de molestia y enojo en un principio, pero el proceso que se estaba provocando en él era lento y pronto encontré de forma natural que su relación estrecha con el piano guió las improvisaciones hacia la libertad e independencia de mi sonoridad, y hacia la seguridad en sí mismo para atreverse a probar nuevas formas de tocar.

Concluyo en éste caso que los procesos no pueden apurarse y que es deber y cualidad del practicante y musicoterapeuta saber esperar y confiar en que el trabajo está dirigiendo cambios muy sutiles en el interior del paciente, y que encuentran el momento adecuado de expresarse cuando éste se encuentra preparado. Es muy difícil esperar grandes cambios cuando el tiempo para la práctica es tan sólo de doce sesiones de una hora de duración.

Es gratificante y me llena de emoción poder decir que uno de los objetivos de la práctica era lograr que M\* se preparara para asistir al grupo de musicoterapia del centro, lo cual se logró con muy buenos resultados. Sigue trabajando con el piano, instrumento con el que tiene empatía; sus aportes musicales son significativos, ha logrado controlar su impulsividad e impaciencia, respeta la opinión de sus compañeros, su asistencia es regular y su estado anímico parece estable.



## IV. BIBLIOGRAFÍA.

- BAUER, S. Terapias Complementarias, Musicoterapia Morfológica y Salud Mental en: Imágenes en Salud Mental II. Santiago 2001.
- BRUSCIA, K. 1er edición, Definiendo Musicoterapia, Salamanca, Amarú Ediciones, 1997.
- BRUSCIA, K. 1er edición, Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Salamanca, Agruparte, 1999.
- CAPPONI, R. 1c Afectividad, Capítulo 2; Diagnóstico Psicopatológico, Sindromático y Nosológico, Capítulo 4, en: Sicopatología Y Semiología Psiquiátrica, Chile, Editorial Universitaria, 1987.
- CARUSO, C. 1er Edición; Silbando en la Oscuridad: Música y Psicósomática; Buenos Aires, Topia, 1997.
- CARVAJAL, C. Trastornos del Humor o Afectivos, capítulo 8, en: Psiquiatría. Apuntes de Clase
- DEL CAMPO, P. Del Sonido y el Silencio Hacia la Comunicación. Capítulo 11, en: La Música Como Proceso Humano, Salamanca, Amarú, 1er edición, 1997.
- FREGTMAN, C. Cuerpo Música y Terapia; Buenos Aires, Búsquedas 1982.
- GABBATELLA, P. Un Estudio Bibliográfico Sobre la Metodología de Trabajo y Evaluación en Musicoterapia, en: Revista de Musicoterapia, *Música Terapia y Comunicación* (18). 1998.

HERLEIN; A. Trastornos del Animo, capítulo 12, en: Psiquiatría Clínica. Apuntes de Clase.

POCH, S; 1er Edición, Vol 1, Compendio de Musicoterapia; Herder, 1999.

ZEGGERS, O. Dimensiones de la Depresión, en: Apuntes de Medicina Clínica, (27).

# ANEXO.

## CONTENIDOS DE LAS SESIONES.

### PRIMERA FASE: ESTABLECIENDO UNA RELACIÓN.

---

**NÚMERO DE SESIÓN: 2**

**FECHA: 2 OCTUBRE.**

**OBJETIVO:**

- Explorar el setting, conocer e identificar los sonidos y nombres de los instrumentos.
- Establecer el primer contacto musical de improvisación.

M\* llega más relajado a la sesión, su semblante denota buen ánimo. Se le invita a ponerse cómodo y comentar como transcurrió la semana. Dice estar contento por que ha empezado a colaborar en la cocina del centro y sus compañeros le han dicho que lo hace bien.

Se recuerda lo conversado la sesión anterior, se observa nuevamente el setting y se le pide a M\* que divida los instrumentos en grupos, aquellos que conoce y los que no.

Se le pide que empiece por decir el nombre de los instrumentos que conoce y luego los haga sonar. M\* manifiesta un poco de temor al tocar sólo delante de la M.T. El sonido es muy pequeño, sin energía y dura tan sólo unos segundos. Luego hace lo mismo con los instrumentos que no conoce; la músico terapeuta le indica el nombre y la manera de tocarlos.

Posteriormente se le pide a M\* que escoja uno de los instrumentos que más le ha gustado; M\* escoge el metalófono. Se realiza una pequeña improvisación con M\* en el metalófono y la M.T en el pandero. Es una improvisación corta donde M\* permanece sujeto al ritmo, velocidad y pulso que impone la M.T, el sonido es apenas audible, y el resultado es monótono. M\* expresa que no le gustó el sonido del instrumento y decide cambiarlo por el bongó. Esta segunda improvisación es más rítmica aunque con muy poca variación, sigue siendo monótona; al finalizar M\* expresa que le gustó más y que el ritmo le “subió” el ánimo. Dice sentirse alegre.

### **NÚMERO DE SESIÓN: 3**

**FECHA: 9 OCTUBRE.**

### **OBJETIVO:**

- Continuar la exploración del setting, decidiendo que instrumento agrada más y cual no.
- Asociar el sonido del instrumento a una sensación o emoción.

M\* llega a la sesión con ánimo deprimido, el día anterior ha discutido con el padre por que éste no quiere encontrarlo caminando por la casa cuando llega. Igualmente ha tenido algunos disgustos con sus compañeros del centro, por asuntos de ocupar las áreas comunes. Se queja de dolores en el cuerpo y no quiere sentarse en el suelo frente a los instrumentos.

Expresa que no es feliz y que está cansado de que siempre se le trate mal, dice que durante toda su vida no ha tenido momentos alegres y que es por eso que no quiere vivir más. Lloro.

La M.T decide cambiar los objetivos planteados para la sesión y le propone a M\* realizar un ejercicio de relajación.

M\* se tiende en el suelo, de espaldas, con los ojos cerrados, mientras escucha música new age con sonidos de la naturaleza; se le pide que se concentre en el ritmo de la respiración y que lo haga más lento y profundo cada vez.

Logrado el control respiratorio, la M.T le pide que recuerde un momento feliz de su niñez; M\* relata un momento muy alegre donde está jugando con su hermana menor, construyendo en el patio una casa con mantas y preparando comida con barro; parece divertido pues sonríe mientras recuerda.

Se pide a M\* que describa por qué ese momento es tan alegre y significativo. Dice que siente acompañado y libre para hacer lo que él quiera. Se le pide que conserve la sensación de agrado y bienestar mientras termina la relajación.

La M.T propone escoger un instrumento que sirva para tocar la alegría de ese

---

momento e improvisar con música. M\* escoge la calimba, instrumento que no ha tocado antes; la improvisación es relajada, rítmica y melódicamente sin variación, sujeta al sonido de la M.T, se percibe un clima de tranquilidad. M\* dice sentirse más relajado y de mejor ánimo.

**NÚMERO DE SESIÓN: 5**

**FECHA: 23 OCTUBRE.**

**OBJETIVOS:**

- Explorar contrastes sonoros.
- Explorar contrastes emotivos.

M\* ha llegado a la sesión bastante molesto con una de las terapeutas del centro, por la forma como ella le ha hablado para llamarle la atención por sus brotes de ira. Dice no querer tocar y hacer nada. La M.T propone que descargue toda su enojo tocando en un instrumento lo más fuerte que pueda. Escoge el Tambor y la M.T le deja tocar sólo; golpea el instrumento con rabia en un ritmo monótono y sostenido que dura mucho tiempo.

Al término está cansado, la ira ha dado paso a la frustración, aunque se siente un poco mejor, la molestia no ha pasado.

La M.T aprovecha la ocasión para explorar la forma de improvisar emociones y propone a M\* un juego donde improvisen emociones contrarias. M\* decide improvisar nuevamente la rabia y luego la alegría. Para la primera escoge como instrumento el tambor y para la segunda la calimba, la M.T acompaña con el metalófono. Las dos improvisaciones han sido muy distintas, la ira ha durado mucho tiempo, ha sido de ritmo mantenido e invariable, la alegría a durado poco, a M\* le a costado tocar el instrumento, no puede sostenerlo en las manos y repite invariablemente notas descendentes (suena triste).

Finalizada la improvisación M\* dice no sentirse bien; ante la pregunta de cómo sonó la alegría parece no haber notado que fue triste, dice que no pensó en nada y sólo tocó.

La M.T, le hace notar la diferencia de tamaño de los instrumentos en asociación a la fuerza de sus emociones, la ira ha sido más fuerte y grande con respecto a la “alegría” que se ha tocado en un instrumento pequeño, poco sonoro y además con un tema triste. Se le hace notar que se está en un proceso de dominar las emociones y controlar los impulsos. M\* dice que le gusta hacer enojar al padre y que por eso viste y se adorna con ropa juvenil y llamativa; le cuesta controlar el mal genio y “explota” con facilidad ante cualquier reclamo, esta situación lo apena pues no le gusta “ser así”

Cómo ha hablado de características personales, la M.T propone que escoja un instrumento con el cual pueda tocar cualidades positivas como ser colaborador, hacer las cosas con gusto y otro para aquellas no positivas como la ira, el carácter impulsivo, la intolerancia.

La M.T propone empezar con las no positivas; M\* toca el cascabel de forma monótona y sin dejar de tocar expresa que el sonido de ese instrumento es “para las

persona que están extraviadas y con poca alegría”. Luego toca lo positivo con el metalófono, la improvisación es bien distinta, notas variadas y saltadas, volumen fuerte, ritmo variado, sin dejar de tocar expresa “ahí a la persona le sube más el ánimo, está mejor, más alegre”

En la verbalización M\* está de mejor ánimo, ha olvidado el disgusto que traía y es capaz de notar que los instrumentos le sirven para expresar emociones. Se propone modificar algunas respuestas agresivas canalizando el enojo en algo que lo calme, como escuchar música, salir a caminar, cocinar.

## **SEGUNDA FASE**

---

### **TRABAJANDO EN EL CENTRO DEL SER.**

**NÚMERO DE SESIÓN: 6.**

**FECHA: 30 OCTUBRE.**

#### **OBJEIVOS:**

- Explorar las emociones relevantes con relación a la familia y amigos.
- Trabajar los sentimientos ambivalentes de amor y rencor.
- Explorar sentimientos contrastantes a través de la música.

Durante esa semana M\* ha tenido conflicto con su padre, quien en ésta ocasión lo deja fuera de casa y no abre la puerta; M\* tiene que esperar hasta bien noche afuera hasta que llega su mamá. Ha discutido con él y se siente enojado y triste, situación que también lo ha llevado a ser agresivo con los compañeros del centro, con quienes ha discutido por que se siente pasado a llevar en las decisiones en común y en las tareas cotidianas.

Llega a la sesión con ánimo decaído, habla poco y expresa que no desea hacer nada. Lloro unos minutos y expresa que ha pensado en quitarse la vida por que no desea sufrir más.

Ante su angustia y abatimiento la M.T propone realizar una relajación y liberar sus sentimientos hacia el padre.

Con música envasada se dirige la primera parte logrando el control de la respiración y la relajación del cuerpo; se le pide a M\* que recuerde un momento en su niñez donde haya sentido rabia con el padre. M\* recuerda un momento de juego con sus hermanos que finaliza con una golpiza por que se ha ensuciado la ropa.

La musicoterapeuta le pide que imagine que está jugando pero que el final de ese día es otro, el padre se enoja pero M\* es capaz de hacerle frente sin temor contando por que se ha ensuciado, brindando posibilidad de explicación.

Concluida ésta etapa, se le pide a M\* que escoja dos instrumentos distintos, uno representando al padre y otro para él. Realizar la improvisación donde el instrumento del padre se destaque más en un primer momento y al final se logre un equilibrio de sonido donde ambos instrumentos tengan igual intensidad. M\* escoge el guiro para él mismo y el

xilófono para el padre. Pide a la M.T. que interprete al padre.

La improvisación se desarrolla sobre un ritmo claro de negra y dos corcheas que propone M\*, y se mantiene invariable a pesar de los cambios de ritmo, métrica e intensidad que propone la M.T. Finalizada la improvisación M\* dice que la música fue triste a pesar del ritmo rápido y las melodías improvisadas por la M.T. en tono mayor y de ritmo ágil. Ante la pregunta de si hubo diálogo en los instrumentos, o hubo momentos en que uno sobresaliera más que otro M\* dice no saber, simplemente *“toqué sin pensar en nada”*. La M.T. pregunta si la consigna se ha cumplido, si se ha logrado el equilibrio en ambos instrumentos; M\* responde literalmente *“tú empezaste con una y terminaste con otra canción distinta....pero todo igual”*

Es evidente que M\* pierde el sentido de la consigna una vez empieza a tocar, puede percibir los cambios que escucha en la música de la M.T. pero no los integra a su improvisación y sigue tocando solo, aún no puede apropiarse de ellos y en ocasiones califica a la música como desordenada y sin ritmo cuando ésta se sale de un parámetro establecido por él, y que en general siempre es binario.

La M.T. propone una improvisación en donde se destaquen cambios musicales notorios, como la intensidad o la velocidad; M\* escoge empezar fuerte y terminar suave. La improvisación se realiza con los mismos instrumentos y en un primer momento parece cumplirse la consigna, hasta que el se “estanca” en un ritmo constante perdiendo el contacto con la M.T. la improvisación termina fuerte...la consigna y el juego con los contrastes no se ha cumplido.

#### **NÚMERO DE SESIÓN: 8.**

**FECHA: 20 DE NOVIEMBRE.**

#### **OBJETIVOS:**

- Explorar las emociones en relación concreta paciente – madre.
- Explorar las ideas de lo femenino, lo masculino; el equilibrio y la relación de éstos en todos los aspectos de la vida humana: La madre, el padre; la familia; la relación de pareja.

En la sesión anterior ha quedado expuesto el tema de las relaciones de pareja ya que M\* ha mencionado a C\*\*, con quien ha mantenido su única experiencia sentimental de éste tipo, y, en su relato se ha visto que no hay claridad en lo referente a los límites de la relación, lo que debe ser aceptado o no, cómo se construye ésta, qué es el amor y que lo diferencia de la relación sexual.

La M.T. ha observado que M\* expresa sus emociones hacia lo femenino con matices maternos indistintamente si se trata de la madre, la pareja o la musicoterapeuta.

Comienza la sesión escuchando fragmentos de las dos improvisaciones del encuentro anterior para recordar cómo se ha empleado el órgano en el uso de variados sonidos y cómo se ha improvisado música de diferente carácter.

M\* se encuentra de buen ánimo y recuerda con facilidad las dos improvisaciones contrastantes: una triste y otra alegre, y los sonidos que empleó.

Se conversa sobre el carácter suave, delicado, tierno, pausado y melódico de la primera improvisación y lo rítmico, rápido, fuerte y dominante de la segunda. Se hace una comparación entre ambas y se plantea el juego de compararlas con características de la mujer y el hombre.

A continuación la M.T. lee un cuento metafórico sobre la creación de la mujer y las cualidades maternas que Dios le ha otorgado. El ejercicio de escucha, concentración y discernimiento del contenido central del cuento se hace difícil para el paciente, situación que lo angustia. La M.T. decide ir enumerando ella las características relevantes del personaje del cuento y pedirle a M\* que observe el setting y separe los instrumentos que pueden representarlas.

Finalizado el relato M\* ha escogido instrumentos melódicos pequeños, aduciendo que la mujer es tierna, delicada, cariñosa, de habla suave. La M.T pide al paciente que identifique las cualidades de su mamá y hable un poco de su relación. M\* expresa que la quiere mucho y que ella se preocupa demasiado por él debido a su situación; en general la relación de los dos es muy buena y comparten tiempo juntos; en ocasiones M\* siente rabia cuando el padre la grita y ella sumisamente calla y acepta lo que se le impone. En estas circunstancias ella parece ignorarlo, acepta que a él se le intimide y se le prohíba compartir en familia; M\* no entiende cómo unas veces lo defiende y en otras permite el mal trato.

La M.T. propone al paciente escoger uno de los instrumentos “femeninos” que represente a la madre y realizar una improvisación. M\* se encuentra afectado por el tema y pide que la M.T represente a la madre y toque la flauta mientras el escucha.

Se improvisa una canción “de cuna”, con melodía clara y lenta. La música le ha hecho recordar un día en familia, donde ella ha cocinado su plato favorito; siente su ternura y dedicación; ella lo quiere mucho, pero el nunca ha podido decirle que siente lo mismo, ya que sus sentimientos hacia ella cambian con frecuencia ante la presencia del padre.

En una segunda improvisación se propone a M\* realizar un diálogo musical donde él exprese esa rabia contenida contra ella y donde ella tenga la oportunidad de hacerse escuchar y enfrentarse al padre.

M\* toca sólo en el xilófono, una melodía descendente, desordenada, cromática, sin gran volumen y de poca duración. Su actitud corporal denota enojo, el instrumento está apartado del cuerpo. La M.T. vuelve a tocar la flauta, esta vez con sonido fuerte, melodía ágil y ritmo variado. Termina la improvisación tocando juntos en “equilibrio” entre el enojo y el amor, donde madre e hijo suenan juntos en niveles iguales de importancia.

Termina la sesión con el relato de lo que se ha sentido, las sensaciones e ideas que tiene el paciente sobre la música y el significado de la misma en su realidad con la madre. Se propone como ejercicio, que M\* empiece a demostrar su afecto a la madre con gestos sencillos, como un beso al entrar o salir de casa, tomarla de la mano, compartir tareas del hogar juntos, cocinar algo especial para ella.

**NÚMERO DE SESIÓN: 11.**

**FECHA: 11 DE DICIEMBRE.**

---

**OBJETIVOS:**

- Preparar al paciente para el cierre de la terapia.
- Descubrir los cambios y avances logrados durante el proceso.
- Analizar con el paciente lo positivo y/o negativo de la terapia.

Una semana antes se le informa a M\* que el cierre del proceso está cerca; en un principio no pareció afectarle y tomarlo con mucha naturalidad, pero en la conversación inicial de ésta sesión se hace evidente que M\* está ansioso y lo manifiesta contando que en la semana ha vuelto a discutir con sus compañeros del centro; se ha sentido desanimado, sin ganas de colaborar en las actividades que le gustan, dice que llora frecuentemente y pensó en no asistir a la sesión, insiste en que no es feliz y quiere morir.

Su actitud corporal denota abatimiento, se sienta sin mirar a la M.T., suspira y sus ojos se llenan de lágrimas.

Se propone iniciar con una improvisación libre, pero M\* no quiere tocar, así que la M.T. decide realizar una relajación corporal dirigida para tranquilizarlo y evocar un momento particularmente feliz donde el paciente se haya sentido útil.

Con música clásica se dirige el control de la respiración, y la relajación de los músculos. Logrado esto la M.T. pide al paciente que recuerde un momento de su vida donde haya hecho algo por sí mismo o por alguien, en el cual se haya sentido muy feliz. M\* recuerda un día en el centro, donde se le ha pedido que haga el almuerzo para todos; sus compañeros lo han elogiado diciéndole que ha estado muy rico, y que él se destaca en ésta área donde otros no lo han hecho mejor. Se ha sentido útil y necesario para un grupo de personas con quien comparte actividades y convivencia.

La M.T. termina la relajación pidiéndole a M\* que conserve la sensación de felicidad y escoja un instrumento para improvisarla. M\* toma el bongó y la terapeuta la calimba. La música es pausada, tranquila, el bongó suena rítmico, constante y acoplado a la sonoridad de la calimba.

Terminada la improvisación M\* dice que está más tranquilo, la música lo ha relajado. En la conversación se concluye que la vida siempre presenta cambios al igual a los cambios que pueden hacerse en la música, pero está en cada uno tomarlos, hacerlos propios, e irlos modificando cada uno a conciencia aprovechando al máximo lo que ofrecen; ante la idea de la derrota y el abandono, se hace ver a M\* que nunca ha estado sólo, que hay personas alrededor que notan su presencia y que reconocen su importante aporte al buen funcionamiento del centro. Nadie cómo él para hacer un almuerzo, para hacer que otros tengan un momento agradable sentados a la mesa.

Se destaca como un triunfo el hecho de que ahora sus estados de tristeza son conscientes, puede hacer cosas para revertir esa emoción, como tocar música, oír su música predilecta, compartir conversaciones o actividades con los demás. Es un triunfo que sus arranques de ira explosiva se controlen un poco más, ahora es enojo y no rabia.

La M.T. le hace ver que es legítimo y normal sentir tristeza ante una despedida, pero que es hora de que él decida de que manera va a hacer los cambios necesarios para que esa tristeza no afecte el total de su vida.

**NÚMERO DE SESIÓN: 12.**

**FECHA: 18 DE DICIEMBRE.**

**SESIÓN DE CIERRE.**

**OBJETIVOS:**

- Finalizar el proceso de terapia.

Para ésta sesión la M.T. ha preparado despedirse realizando un baño sonoro para el paciente. M\* está tendido en el suelo con los ojos cerrados mientras la terapeuta toca diversos instrumentos recorriendo con el sonido el cuerpo del paciente. Su rostro refleja tranquilidad, paz; finalizada la actividad el paciente dice sentirse muy relajado y tranquilo, ha sentido que el sonido recorría cada parte del cuerpo y ha imaginado luces donde el sonido aparecía.

M\* propone realizar la misma actividad con la M.T. pues también quiere despedirse.

M\* toca suave cambiando de instrumento de vez en cuando; para la M.T. es una experiencia agradable y reconfortante. Se nota el interés del paciente por hacer sentir tranquilidad a la terapeuta.

Finalizada la actividad se conversa sobre las nuevas opciones que ofrece el centro para que M\* continúe con la terapia. Es posible que pueda integrar el grupo de musicoterapia y realice algunas actividades en la panadería.

M\* agradece todo lo que ha aprendido y dice sentirse con más tranquilidad en su vida.