

ALGO SOBRE MUSICOTERAPIA

Joana Lara

A través de los años, he ido observando que la sensibilidad particular hacia la música, la tendencia musical, es una constante en algunas personas. La mayoría de músicos se comunican con la música y a través de ésta, dando la impresión de que cuando cantan o tocan algún instrumento conjuntamente, comparten algo más que música, comparten experiencias, sensaciones, impresiones... Es una característica que en ocasiones se extiende a toda una familia aficionada a la ejecución musical o al canto. Todos hemos visto a familias enteras sumergidas en esta experiencia cuando participan en la interpretación o audición de algunas melodías. Se comparte sensibilidad, emoción, sentimiento; la gente cuando canta se comunica con la mirada, con la expresión emocional, se llora incluso... Y es algo transversal, ocurre en las tribus primitivas, en Einstein con su violín, o Schweitzer con su órgano, en el pueblo gitano, etc. Aunque no puede considerarse un fenómeno universal, porque hay quien no tiene este tipo de sensibilidad, algo ocurre dentro de las personas con la música.

Pero no siempre se estimulan estas vivencias. Por ejemplo, las escuelas de música de nuestro país, sobre todo las oficiales, se interesan prioritariamente en la buena ejecución de la música cantada o tocada. Al inicio es pura mecánica porque la motivación y la creatividad se dejan para más tarde, cuando la técnica adquirida se considera académicamente adecuada. Por otro lado, hay escuelas como la *Associated Board of the Royal Schools of Music* en la que los alumnos, generalmente niños pequeños, empiezan a leer partituras desde el principio, sin solfear, pero sí identificando las notas y su posición en el pentagrama con un sonido y una posición en el instrumento y en su voz. Esos niños leen música como el que lee un texto escrito. Es más, piensan que todas las personas saben leer música, igual que leen un libro.

Por otro lado, hay personas que no escuchan música, o no sienten nada especial

cuando la oyen, incluso hay personas que la aborrecen. En pacientes con duelos no elaborados y con aspectos melancólicos, la música puede actuar como vehículo de descompensación. Otras personas aprecian solo las letras. También se observa que hay personas aficionadas a la música, pero como fenómeno cultural y *snob*, entonces pueden mostrarse circunspectos, haciendo comentarios cultos y estudiados sobre la música, razonamientos que los que poseen esa sensibilidad especial no suelen hacer, pues no lo necesitan para pensar en una determinada música, para llevarla consigo, ni para recordarla o repetirla. Es una especie de filia, de llamada, lo que la música ejerce en algunos individuos. Por ejemplo, en una época se puso de moda ir a ver flamenco, y los intelectuales llenaban espacios donde gitanos o cantaores y sus familias actuaban. Pero los del escenario vivían esa música y esos ritmos de manera diferente a como la vivían muchos desde el patio de butacas, aunque desde ahí, desde el patio de butacas, algunos, no gitanos y no grandes conocedores de esa música, podían empatizar con ella. Es a esa filia a la que me refiero, unos la tienen y otros, ¿la pueden adquirir?

Hay momentos vitales, como en la etapa de la adolescencia, en que la sensación se puede generalizar. Los grupos de rock, la música celta, el jazz, el blues, los cantautores, tienen melodías que hacen vibrar de forma similar a algunos grupos o a determinadas tribus urbanas, más allá de las letras. Esa manera de vibrar se puede percibir nuevamente en la vida adulta, a veces asistiendo a conciertos: hay ocasiones, momentos, en que se nota en el ambiente, se oyen el silencio y la música a la vez, la música de los que la ejecutan y el silencio de quienes la escuchan. En salas de conciertos en las que puede haber incluso dos mil personas, hay momentos en que no se oye más que la música, ni siquiera la respiración. Músicos y auditorio compartiendo un estado emocional, psicológico y sensorial. Esto no se explica solo como un fenómeno grupal de empatía, ni tampoco por la admiración que pueden despertar las dotes de ejecución instrumental, pues se puede tener una voz extraordinaria, pero “sin alma”, o se puede tocar un instrumento como un malabarista de la digitación, pero “sin sentimiento”. Lo que se experimenta es una sensación de respeto hacia el sentimiento y la percepción de todos y de cada uno de los presentes al sentir esa determinada música.

Por otro lado, los que nos dedicamos a la salud mental estamos familiarizados con

determinados fenómenos que observamos en algunos pacientes en nuestra consulta, por ejemplo, pacientes que presentan aspectos autistas o trastorno de Asperger. Son personas que solamente escuchan cuando se les habla con música, a veces se tiene la sensación de que solo escuchan la melodía, pero la realidad es que captan el sentido de las frases. El tono agudo los vuelve irascibles y es mejor utilizar tonos graves. También es conocido que ciertos autistas son especialmente hábiles en la expresión musical y los instrumentos. En su libro *El autista y su voz* (2011), Jean Claude Maleval hace una gran revisión del tema del autismo en relación a la palabra, la melodía y la voz como objeto pulsional.

Personalmente han sido tres los pacientes que me despertaron la curiosidad hacia la musicoterapia. El primero de ellos, un adolescente agresivo que había sido expulsado de varias escuelas y que pasaba el día escuchando música. Sugerí que lo llevaran a una escuela de música y así lo hicieron sus padres; el chico se entusiasmó, empezó a tocar los teclados y pidió que le compraran uno. Los padres no se lo compraron, pero el chico construyó un teclado en papel, de cinco octavas, y tocaba en su teclado sin música pero con su melodía interna, de manera que llegaba a las clases con nuevas melodías ejecutables en el teclado de verdad; la profesora quedó sorprendida, y la familia también.

En otra ocasión la madre de un paciente autista me preguntó por la música en relación a su hijo. Le dije que posiblemente le gustaría ejecutarla; me respondió que tenía un teclado, pero que el muchacho siempre desmontaba todo lo que caía en sus manos, y que por eso no se lo había ofrecido nunca. Finalmente se lo dejó –“total, para estar en el armario...”–. Ante su asombro, su hijo empezó a hacer música, de forma habitual y satisfactoria.

El tercer caso fue con una paciente con trastorno esquizofrénico, madre de una niña de ocho años por la que me habían consultado. Haciendo la anamnesis pregunté por el parto de la niña. La madre respondió que había ido muy bien porque se lo había pasado cantando. Comprendí que era la única manera de no escuchar las persistentes voces alucinatorias. Años más tarde se publicaba en diversos medios el poder del canto para frenar las alucinaciones auditivas.

Eran observaciones de cuyo significado no estaba segura, ni lo estoy todavía. Pero creo que más allá de la voz afinada, del oído musicalmente educado o de la capacidad de

ejecutar una pieza musical, es decir, de una potente aptitud hacia la música, existe algo muy especial: la emoción, la sensación, sumadas a una filia particular.

Esa sensación parece tener unos efectos importantes. La expresión de la gente hace pensar que puede ser balsámica, ansiolítica, evocadora, motivadora, divertida, relajante o activadora. Puede ayudar a reflexionar, a evadirse, a dormir, a concentrarse o a distraerse; puede molestar, conmover, resultar terapéutica; etc. Es algo tan esencial y básico para algunos, que constituye una necesidad vital.

Para mi esa relación especial con la música, resultaba una especie de “supuesto básico”, algo sobre lo que no hay discusión, no se explica, algo que es evidente. A algunos les pasa, va a gustos, es cuestión de sensibilidad particular, igual que gusta o no gusta la fotografía, la pintura, el cine, el teatro, la arquitectura. Es una expresión artística y por lo tanto está en la esfera de lo espiritual; existe, es, no hay preguntas. Se observa, se contempla, se puede compartir. Pero ¿se puede transmitir si el otro no posee una sensibilidad simétrica?

El mito de Orfeo puede explicar el poder de la música, algo percibido desde los orígenes de nuestra civilización. Orfeo, en un acto de amor, crea las melodías y las letras más maravillosas para rescatar a su amada del Averno, consiguiendo conmover a los mismos dioses que le conceden devolverla a la vida. Parece, pues, que las civilizaciones antiguas ya contaban con la música como ingrediente en su *vademécum* terapéutico. Se consideraba que la música resucita y revitaliza.

Con la musicoterapia aparece la posibilidad de que la acción de la música sobre el sistema psicológico humano pueda ser considerada como objeto de estudio. Ese descubrimiento fue lo que me llevó a iniciarme en este universo. Era el poder adentrarme en el mundo de otras personas en relación a su percepción musical y a interaccionar con ellas. La intención era hacerlo, pero respetando su estructura y sin alterar su estado. No estaba exento de dificultad, pero lo que pretendía era no alterar lo que parece infame y trascendente.

Hay fenómenos que trascienden lo individual. De pronto un ser humano se descubre pintando, o construyendo un refugio para él y su familia y se da cuenta de que lo ha realizado, es consciente de ello. Ser consciente de la capacidad para pintar, construir o

emitir sonidos significativos y reconocibles para el entorno es trascendente, y queda fuera de la voluntad del individuo. No es el individuo por sí mismo y solo quien decide: “voy a pintar” y el resultado supongamos que sea, por citar un ejemplo, Altamira. ¿Implica ese acto que la persona que pinta se da cuenta, en algún lugar de su ser, de que no es el único que pinta y de que hay algo que va más allá de él mismo y que le permite pintar? ¿Será la herencia de algunos miles de años evolucionando? ¿Construimos y pintamos un templo religioso? ¿Se crea la música para realizar rituales? En su origen, más bien parece que la pintura, la música y la expresión artística en general, deja asombrado al propio ser humano, que no puede hacer más que divinizar el acontecimiento que le trasciende y por el que se siente poseído.

La expresión artística, sea pintura, arquitectura, escultura, cine, teatro, poesía, literatura, etc., se plasma en algo tangible, real y palpable que perdura. La Gioconda es una, y nadie, replicándola, será mejor que Leonardo. La Segunda sinfonía de Rachmaninoff para piano es también única, pero se puede reeditar; de hecho, cada año se reedita en múltiples auditorios y hay músicos que la hacen increíblemente maravillosa. Se puede grabar, aunque no hay nada como escucharla en el momento de la ejecución, repetida concierto tras concierto, nunca idéntica a sí misma, diferente, aunque se sepa de memoria; sinfonía que el director, la orquesta y los solistas ejecutan para ellos y para quien desee compartirla.

La vida son ritmos, sonidos, movimientos, vibraciones. Todos hemos sido concebidos y hemos nacido inmersos en ruidos, ritmos, músicas, vibraciones propias. Eso hace de la música una experiencia universal y primordial, anterior a cualquier otra manifestación artística. Una experiencia universal a la vez que íntima y personal.

Al empezar a estudiar sobre musicoterapia, dudaba que la música se pudiese aplicar realmente como terapia, que pudiera ser eficaz y, además, no tenía previsto hacer un uso directo de mis futuros conocimientos más allá del placer de haber investigado. Fue una amable experiencia compartida que me dio recursos, elementos y vocabulario para transmitir lo que observaba y experimentaba. Además, fue una experiencia que me permitió descubrir que son bastantes las personas que tienen ese tipo de sensibilidad que yo había observado hacia la música.

Cuando hablamos de musicoterapia nos referimos a una aplicación de la música, sobre un sujeto, con una finalidad terapéutica. En este caso un sujeto supuestamente enfermo y diagnosticado de un trastorno mental. Pero como decía el Dr. Demetrio Barcia: “Qué cosa sean la salud y la enfermedad, son conceptos culturalmente seleccionados, pero decimos que en psiquiatría esa dependencia es mucho más importante y, de hecho, la locura es un concepto absolutamente cultural”. Así que vamos a dejar al margen la suposición de que un sujeto supuestamente loco tenga que ser sustancialmente diferente de un sujeto supuestamente sano, y aún más en el caso de la sensibilidad musical.

Siguiendo a Bion (1997), en caso de sujetos diagnosticados de trastorno mental hemos de considerar lo que se observa en la práctica y es que “el paciente demuestra con evidente sinceridad una incapacidad para comprender su propio estado anímico, aun cuando le es señalado”. “Si la intolerancia a la frustración no es demasiado intensa, la modificación (de la realidad externa) se convierte en el fin dominante (...) de la actividad mental del individuo” (Bion, 1996). Deducimos que cualquier terapia deberá dirigirse a aumentar la capacidad del individuo de comprender el propio estado psíquico, lo cual le procurará una mayor tolerancia a la frustración a la vez que le ayudará a adecuar la realidad y adecuarse a ella. Hasta la persona más sana puede beneficiarse de esas terapias. Se trata de conocernos y saber nuestras posibilidades reales de interaccionar con los otros y la realidad, y así adecuarnos y adecuarla de manera que la realidad interna y externa nos proporcione capacidad de realización personal, de interacción social, de creatividad, y satisfacción y placer de vivir. ¿Podremos utilizar la música para esos objetivos?

En otro orden de cosas y para señalar la importancia de nuestro psiquismo, quizá vale la pena recordar las palabras de Barcia (2000): “En un humano de 70 Kg el genoma que se expresa utiliza el 85% de su información para codificar las proteínas estructurales y enzimáticas del sistema nervioso central (SNC), que pesa 1,400 kg y, el 15% restante para hacer lo mismo con las proteínas restantes del organismo, 68,600 kg. Lo que nos da idea de la elaborada organización del SNC”. Y continúa: “Por lo tanto, lo más adecuado y lo que representa la práctica psiquiátrica actual, es el abordaje multifactorial, que considera la enfermedad mental como un proceso.” Se puede interpretar a Barcia diciendo que el organismo entero está influyendo en el psiquismo e interacciona con él. Las emociones se

notan en todo el cuerpo, y todo el cuerpo participa de ellas.

Como decía Darwin (1875): “Debemos suponer que el ritmo y la cadencia del lenguaje oratorio deben derivarse de las fuerzas musicales hasta aquí desarrolladas. De ese modo, podemos entender de donde viene que la música, la danza, el canto y la poesía sean artes tan antiguas. Podemos incluso ir más lejos y suponer que el sonido musical ofrece uno de los basamentos para el desarrollo del lenguaje”.

Sabemos que la música se procesa en los dos hemisferios cerebrales: el izquierdo, que registra el ritmo, el lenguaje, el tiempo, los símbolos; y el derecho, que registra la melodía, lo intuitivo, la armonía y el espacio. Es interesante deducir que pone en comunicación los dos hemisferios, mecanismo por el que integra experiencias. Recordemos la fase de *movimientos oculares rápidos*, etapa REM o MOR del sueño, cuando mayor actividad neuronal y onírica se registra, y en la que se integran las experiencias del día anterior. Hace unos años se realizó una investigación en Alemania en la que se demostraba que el cuerpo caloso, que pone en comunicación ambos hemisferios cerebrales –como sabemos– es más grande y está más desarrollado en los niños que tocan algún instrumento musical que en los que no practican música. Es por ello que los pone en comunicación e integra experiencias.

No puedo olvidar a uno de mis pacientes diagnosticado hacía años de autismo y cuyos informes decían que no había hallazgos radiológicos cerebrales importantes que hubieran interferido en su desarrollo. Solo un cuerpo caloso poco desarrollado y sin significación clínica. Por suerte para nosotros la ciencia evoluciona, lo que antes era un dogma ahora es simplemente caduco. Hace unos años no existía el concepto de plasticidad neuronal, hoy en día tenemos claro que mediante el sistema de AMP cíclico –que, por cierto, conocemos desde hace más de cinco décadas– podemos influir hasta en la transmisión genética de nuestras posibilidades de aprendizaje (Ansermet, 2004).

Uno de los primeros teóricos de la disciplina, Kennet Bruscia (1999), dijo: “La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención en el cual el terapeuta ayuda al cliente a fomentar su salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de éstas como fuerzas dinámicas del cambio”. La musicoterapia es un recurso antiguo, ya los chamanes y los brujos primitivos se servían de ritmos, sonajas y

otros instrumentos para curar.

En 1737 el Castratto Farinelli llegó a Madrid donde Felipe V sufría de melancolía. La reina le pidió que eligiera algunas canciones patéticas y expresivas. Parece ser que fueron más de 10 años los que Farinelli estuvo cantando de forma repetida y todas las noches las mismas melodías. Una de ellas *Pallidoilsole* de la ópera *Artaxerxes* de Arné. Según nos dice J. Alvin (1997): “Hay que encontrar la música que representa el estado emocional del paciente en cada momento, para poder conectar con él, ya que solo así se puede ejercer una acción terapéutica. De esta forma se toma conciencia del estado emocional interno”. Esto es lo que se denomina el principio ISO: la música ha de conectar. Ese es parte del arte del músico terapeuta.

Entre los efectos de la música encontramos:

- Los bioquímicos, cuando comprobamos que las moléculas de algunos elementos líquidos, como el agua, se orientan dependiendo de la vibración, porque la música es vibración.
- Los efectos fisiológicos: comprobados con recién nacidos en incubadora, la música en vivo y la voz de la madre puede restaurar constantes vitales.
- Los psico-emocionales, ya que es una fuente de placer, mueve emociones, provoca imágenes, ayuda a captar sentimientos.
- Los cognitivo-intelectuales, ya que puede ayudar a desarrollar la capacidad de atención sostenida, el sentido del orden, el análisis, puede ayudar a mantener la memoria.
- Estimula la imaginación y la capacidad creadora por el poder evocativo que la caracteriza.
- Todos conocemos el efecto socializador de la música, que facilita las relaciones y el sentimiento de pertenencia; los himnos, las marchas que mueven y unen multitudes.
- Y, como no, siempre se ha relacionado lo sublime, la religión y las manifestaciones espirituales con la música.

En terapia, la música se puede utilizar de diversas formas y con diversos fines. Todo

depende de la orientación y la escuela de pertenencia del músico terapeuta. Pero sea cual sea su orientación, mediante la música podemos conocer las proyecciones del paciente, y nos puede servir para conocer estados de ánimo y orígenes de la enfermedad. Elegir una música de *rock* melódico no es lo mismo que elegirla de *heavy metal*.

La misma música puede promover un cambio de estado de ánimo, nos puede traer recuerdos del pasado, buenos o malos y puede ayudar a movilizaciones corporales en individuos que necesitan esa movilización inducida. Con la música podemos proponer la re-socialización de algunos sujetos, y quizá lo más importante: con ella podemos estimular respuestas afectivas, ya que ayuda a identificar y expresar emociones y sentimientos. Además, la música puede ser un buen medio de evasión, defensa, creación y placer.

Hay diversas técnicas y “modos de uso” de la música en psiquiatría y psicología. Solo nombraré los más significativos y más utilizados en la práctica habitual con pacientes.

Se puede realizar una simple audición activa o enfocada a la relajación. Se ejecutan o emiten audiciones que selecciona el terapeuta o los pacientes. Durante la sesión el paciente piensa, escribe, dibuja, imagina, comenta, acompaña con instrumentos. También puede bailar, aunque esta forma es más habitual cuando se realiza en grupo.

Durante las sesiones se puede realizar una improvisación con la voz y el canto: de esta forma el paciente toma conciencia de la propia voz, de su respiración, puede identificarse con la letra de la canción, las puede inventar. Las letras les permiten escuchar una hipótesis de lo que puede estar sintiendo. Si el canto se realiza en grupo tiene una gran fuerza socializadora. De la misma manera, se puede realizar una improvisación musical con instrumentos cuando los pacientes elijen un instrumento melódico o de percusión: alguien da un ritmo central y los demás acompañan improvisando. Se pueden comentar, grabar o analizar en grupo.

Las sesiones pueden estar orientadas a realizar trabajo corporal y psicomotricidad, ya que con la música es mucho más fácil moverse y a veces la música induce al movimiento de forma inconsciente. Es utilizada cuando el paciente presenta disfunciones motoras y para ayudarle a controlar sus movimientos. Está muy extendida su utilización para *parkinsonismos*.

Se podría decir que hay multitud de estilos y métodos en musicoterapia, algunos

reconocidos desde hace años a nivel internacional. De entre todos ellos, nos vamos a centrar en los que tienen que ver con la improvisación y la asociación libre, ya que comparten el mismo modelo de concepción y aproximación a la mente que el psicoanálisis.

Modelo Benenzon

La actual definición de musicoterapia (MT) según el modelo Benenzon es: “La musicoterapia es una psicoterapia no verbal que utiliza las expresiones corpóreo, sonoro, no verbales, para desarrollar un vínculo relacional entre el músico terapeuta y otras personas necesitadas de ayuda, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, rehabilitarlas y recuperarlas para la sociedad; así como para producir cambios socioculturales y educativos en el ecosistema, y actuar en la prevención primaria de la salud comunitaria”.

Rolando Benenzon es psiquiatra con formación psicoanalítica, psicodramatista, escultor, músico y compositor. Profundizó en los fenómenos de aislamiento dentro del campo del autismo. Empezó a diseñar su método en 1969, partiendo de un substrato teórico basado en Freud, Jung, Winnicott, Dalcroze, Kodaly, entre otros, método que fue nombrado como uno de los cinco modelos más importantes de MT durante el Congreso Mundial de MT de 1999, que tuvo lugar en Washington.

Con este método se trata de recuperar y poner de manifiesto la identidad primaria, que es preverbal. Esta identidad se ancla en la memoria no verbal, en las relaciones primarias del feto con la madre a través de un *sistema unitario de percepción*, formado antes de la diferenciación de los cinco sentidos, constituido por la piel y los sistemas de percepción gravitacional, térmico, kinestésico y cenestésico. Según este modelo, la memoria no verbal actúa de contenedor físico-químico de las experiencias no verbales. Se basa fundamentalmente en la improvisación. En palabras de Benenzon: “Dentro del vínculo terapéutico no verbal, donde el musicoterapeuta interactúa con el paciente, se activan y utilizan un espacio creador, unos códigos no verbales, los códigos sonoro-musicales, el ISO, el tiempo, el objeto intermediario (transicional), los fenómenos de regresión, las repeticiones, los rituales, la transferencia, la contratransferencia, el *holding*

de la institución sobre la relación terapéutica, el *holding* de la supervisión sobre la relación terapéutica”.

Modelo Priestley

Priestley define la MT analítica como: “La utilización simbólica, analítica, de la improvisación musical por parte del musicoterapeuta y del paciente para explorar la vida interior de éste y para un mayor conocimiento y crecimiento”.

Surgido en los años 70, este modelo fue creado por Mary Priestley, violinista, y por un grupo de músicos que estaban realizando su psicoanálisis personal *kleiniano* y/o *jungiano* que decidieron experimentar con sus propias vivencias, adquiridas durante sus respectivos procesos psicoanalíticos. Las bases teóricas y técnicas se ciñen a las psicoanalíticas, pero introduce la música instrumental, la música cantada, incluso la grabada, como medio de expresión de conflictos, emociones y vivencias.

El método empezó a utilizarse con adultos que presentaban trastornos mentales con diferentes diagnósticos. Contempla tanto estructuras neuróticas como psicóticas y actualmente se aplica también a niños. Puede utilizar el propio cuerpo, la sonoridad, el movimiento o el baile. La diferencia fundamental con un tratamiento de orientación psicoanalítica es la reciprocidad, la falta de neutralidad entre paciente y terapeuta. Además, el terapeuta puede proponer temas y maneras de interactuar. Las sesiones empiezan generalmente identificando un tema de trabajo, pero también pueden ser improvisaciones. Divide el trabajo en técnicas para explorar el material consciente e inconsciente y para fortalecer el yo. “La expresión de un sujeto en MT no es ni musical, ni psíquica, ni mental, ni corporal, es, justamente, el territorio de enlace entre estas áreas” –sostiene Priestley–.

Para poder practicar su método se exige tratamiento psicoanalítico personal y conocimientos de música e instrumento. La música y la palabra son los principales medios de expresión, pero no son los únicos, puesto que en las sesiones se pueden utilizar otros recursos de expresión no verbales como el dibujo, la pintura, el baile, la dramatización, etc.

Asimismo, siempre ha considerado la necesidad de supervisión de las sesiones de MT.

Es un modelo muy completo. Se puede utilizar en cualquier tipo de trastorno –igual que se pueden aplicar los principios psicoanalíticos para entender e interactuar– pero incorporando la música para acceder a estados mentales primarios.

El sustrato teórico es el psicoanálisis y los principios, los *kleinianos*. Priestley analiza las sesiones considerando las disociaciones, las defensas esquizoparanoideas y depresivas, la identificación proyectiva, la noción de culpa y reparación, las nociones de envidia y gratitud, etc., según la teoría de Melanie Klein.

Priestley considera que “la primera improvisación es muy importante para el paciente. A través de ésta el paciente debe descubrir instantáneamente que la improvisación puede ser un canal de comunicación no verbal, un medio seguro para expresar sentimientos sin inhibición y un puente entre dos mundos interno y externo”. Y añade que “la introducción del paciente a la expresión sonora es un negocio delicado. Es esencial que el paciente se preocupe solamente de expresar sus sentimientos y nunca de tratar de complacer al terapeuta o de “hacerlo bien”. A parte de romper los instrumentos, no existe de hecho un bien y un mal, solo la validez o invalidez de expresión”.

Modelo Nordoff-Robins (llamado también de “musicoterapia creativa”)

Paul Nordoff era un músico de fama internacional y fue invitado a dar un concierto para niños discapacitados en una institución llamada Sunfiel. Las enfermeras se sorprendieron por la atención que observaron en los niños durante la ejecución del piano, y nació así la idea de repetir el concierto para comenzar a investigar y ponerse a trabajar con niños/as en forma individual o en pequeños grupos. Nordoff interrumpió lo que había hecho siempre hasta el momento para usar su talento y su energía en el descubrimiento de cómo ayudar a niños enfermos con la música, logrando que éstos se integraran a pesar de su discapacidad. Junto con Clive Robbins, educador diferencial, desarrollaron en pocos meses juegos musicales y otras canciones aptas para el trabajo grupal. Trabajaron juntos desde 1959 hasta el fallecimiento de Nordoff en 1976, pero el equipo de Robbins, junto a su esposa

Carol, ha seguido desarrollando el método a través de colaboradores y asociaciones ubicadas en diferentes partes del mundo.

Consideran que “la melodía existe en el alma del hombre, el cuerpo es un instrumento musical en el que el ego resuena y el alma produce su melodía”. El sustrato teórico-psicológico proviene de la teoría de Abraham Maslow, de orientación humanística, que introduce conceptos como las “experiencias cumbres”, el aprendizaje intrínseco, o la autorrealización, que se dan en los procesos de crecimiento naturales y normalizados. También utilizaron las nociones de Rudolf Steiner del significado universal de los intervalos musicales y su *teoría del proceso de crecimiento humano*.

Modelo Bonny

No es un modelo basado en la improvisación, al contrario, los clientes realizan una escucha previamente preparada por el terapeuta. Sin embargo, resulta muy evocador y por eso lo incluyo.

Helen Bonny (1921-2010) fue una musicoterapeuta y violinista que vivió una relación sensitiva y espiritual con la música. Como intérprete tuvo vivencias espirituales intensas mientras tocaba con su orquesta, y por otra parte colaboró en investigaciones sobre *estados de conciencia alterados* (ENOC), proponiendo piezas musicales clásicas que acompañaran a este, entonces novedoso, proceso de exploración. Con este bagaje experiencial, Bonny ideó una serie de programas musicales, compuestos por varias piezas clásicas, que acompañan, estimulan o guían la experiencia de auto-generación de imágenes mientras la persona escucha la música en un estado relajado. Bonny (2002) señala: “La música puede crear un ambiente en el que es posible que uno libere emociones intensas, se retrotraiga a estados del proceso primario, exprese su creatividad e imaginación, y contribuya a una experiencia máxima o cumbre”.

La filosofía de este método de *imagen guiada y música* (GIM) se basa en considerar: 1) a las personas con potencial para la auto-realización; 2) la sabiduría interna de dirigirse hacia el crecimiento; 3) el poder de la música para facilitar este crecimiento; y

4) la capacidad de la imaginación humana para proporcionar una puerta a esta sabiduría interna a través de mensajes simbólicos o metafóricos. Tiene sus raíces en la psicología humanista y se fundamenta en los modelos de psicoterapia *junguiana* y en la psicología transpersonal. El método Bonny de *imagen guiada y música* (BMGIM) es un modelo terapéutico de musicoterapia y un potente método de intervención psicoterapéutica.

La Asociación for Music and Imagery (AMI), entidad que aglutina y certifica a los terapeutas acreditados en este método (*AMI fellow*) define este tratamiento como "una terapia de transformación que utiliza la música específicamente programada para estimular, apoyar dinámicamente y desarrollar experiencias internas al servicio de la integración global de la persona, física, psicológica y espiritualmente" (Asociation for Music and Imagery, 1990). La singularidad de este método reside en la sincronía de la música con las imágenes que ésta ayuda a generar y con las emociones que se despiertan. Tanto la música, a modo de coterapeuta, como las intervenciones sencillas del terapeuta, favorecen la involucración y conexión de estas imágenes, que van evolucionando en el proceso terapéutico. La vivencia global de música e imagen se ve complementada con el diálogo compartido, tanto en el inicio –donde se recogen e integran las sesiones anteriores, además de aportar información sobre el estado de salud, la historia, los sentimientos o las percepciones actuales del cliente– como al terminar la experiencia con la música, donde terapeuta y cliente comentan las imágenes y las asociaciones de éste junto con los significados y puntos de vista que se le ofrecen en relación a su vida cotidiana y al tema que le preocupa, para que finalmente logre un cambio o transformación.

La música que se utiliza en GIM reúne características especiales, y es seleccionada por el terapeuta en el momento de la sesión, teniendo en cuenta el foco de exploración, el estado emocional del cliente y su estado energético actual, así como la evolución del proceso terapéutico, diferenciando entre programas de iniciación de aquellos destinados a un trabajo más profundo y/o avanzado. Se organiza en programas que han sido investigados por profesionales cualificados utilizando música de los grandes compositores, que supieron incorporar emociones y experiencias humanas (desde las más sutiles hasta las más intensas) y provocar experiencias trascendentes.

La fundadora del método, Helen Bonny (2002), describió el proceso GIM como un

método que “fomenta la creatividad, la propia comprensión, el desarrollo estético, la experiencia religiosa y transpersonal, la curación holística y el crecimiento personal. La combinación única de música, relajación y respuestas generadas por este estímulo, proporciona un soporte terapéutico que consigue estimular los recursos creativos y holísticos de la consciencia”.

En general, los procedimientos que utilizan los terapeutas GIM incluyen: 1) fomentar la vivencia de la persona; 2) ayudar a reducir la resistencia; 3) reforzar las respuestas sensitivas y emocionales; 4) acompañar el estado emocional del cliente; 5) prestar atención a las respuestas corporales; 6) facilitar la integración de la experiencia; y 7) reforzar la reflexión del cliente acerca del proceso. En este método se considera el principio sanador de la música, no tanto la relación entre paciente y terapeuta.

Su sustrato teórico es, en parte, el psicoanálisis, porque tiene en cuenta la estructura mental que éste postula. Además, mueve la experiencia en el espacio del juego, teniendo en cuenta la manifestación de defensas y ansiedades y el concepto de objeto interno. También utiliza como sustrato teórico los estados alterados de conciencia de la hipnosis *ericksoniana*. Asimismo, tiene en cuenta los *arquetipos* de Jung. Cuenta con *las experiencias cumbres* de las que habla Maslow, refiriéndose a momentos evolutivos del individuo adulto normal.

El guía-terapeuta acompaña al paciente-viajero en sus imaginaciones, describiendo e imprimiendo conciencia al material inconsciente. La música es siempre clásica, ya que es más neutral, y sin letra. Puede realizarse en grupo o individualmente.

El método se sirve de tablas y esquemas donde el paciente escribe y describe su experiencia que luego se pone en común. Podemos escuchar músicas que a todos nos evocan situaciones parecidas, lo que provoca un estado de identidad y reconocimiento social muy particular. Por ejemplo, la suite *Los planetas* de Gustav Holst, el primer movimiento, *Marte*, a una gran mayoría de personas les sugiere estados guerreros y de lucha, tal como pretendía el compositor. Del *Carnaval de los animales* de Saint Saëns, la gran mayoría identifica el movimiento del elefante. O el *Preludio a la siesta de un Fauno* de Claude Debussy, a la gran mayoría de personas les evoca un bosque y un reposo. Al final de la sesión se le da la posibilidad al paciente de dibujar un *Mandala* que no es

exactamente lo que se entiende por *Mandala indú* en cuanto a elaboración complicada, si no un *Mandala* como expresión de mundo interno. Es para que la imaginación se vuelva más material y concreta, para salir del mundo introspectivo.

Método de Diego Schapira (llamado también “musicoterapia de abordaje plurimodal”)

Este modelo trata de integrar diferentes teorías, modelos y métodos. El *abordaje plurimodal* se adhiere al principio de la analogía. Quiere eso decir que para Schapira la música no es una metáfora de un estado psíquico, sino el equivalente a un proceso psíquico. Aunque también utiliza el concepto de la música como metáfora en el sentido de que revela y oculta al mismo tiempo lo que el cliente manifiesta.

El *abordaje plurimodal* (APM) se desarrolla en 4 ejes: 1) la improvisación musical terapéutica; 2) el trabajo con canciones; 3) la técnica EISS (estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido); y 4) el uso selectivo de música editada.

Las sesiones no están estandarizadas, se trabaja con lo que el paciente aporta en cada sesión, y se analiza lo que ocurre *in situ* durante la sesión, lo que quiere decir que implica el análisis de la transferencia y contratransferencia. Dice Schapira: “En el APM trabajamos considerando la transferencia y la contratransferencia musicoterapéutica, y nos resulta evidente que ésta solo es posible si los musicoterapeutas conocemos cómo nos constituye la música y cómo opera en nosotros. El proceso de descubrimiento lo hacemos tanto en nuestro proceso psicoterapéutico, o musicoterapéutico personal, como en lo que denominamos experimentación musicoterapéutica. Lo que tenemos que indagar en función de nuestra efectividad profesional es nuestra historia en términos sonoro-musicales, partiendo de la idea de que nuestra historia también es una historia de sonidos, canciones, música y elementos musicales. Reconstruimos y reconocemos la música. De eso se trata cuando postulamos como condición básica reconocer primero nuestros *modos expresivo-receptivos* (ME-R), característicos del grupo socio lingüístico al que pertenecemos, e impregnados a la vez de nuestra singularidad. Solo así podemos reconocer los ME-R generales y particulares de nuestros pacientes”.

En esta modalidad, la improvisación musical seguiría los principios de Priestley y Benezon. La técnica de estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido, sería de inspiración del método Bonny. Lo propio de la modalidad serían el trabajo con canciones y el uso selectivo de música editada.

El *trabajo con canciones* adquiere diversas formas. Aquí solo las nombro, pero es muy interesante ver cómo se pueden desarrollar cada una de ellas: creación; canto conjunto; improvisación; inducción evocativa (en algún momento de la sesión el paciente puede evocar una canción de forma espontánea); exploración del material (se pide al paciente que busque canciones relacionadas con el material producido en una sesión para traerlas a la sesión siguiente); asociación libre cantada (colocar palabras a una música y música a unas palabras); cuestionario proyectivo de canciones (canción que recuerde la infancia, a los padres, que describa la personalidad, etc.); expansión de sentido (una canción que aporta el cliente, se canta y se indaga sobre el verdadero sentido de la canción en ese momento y para ese usuario; se propone cambiar la letra en parte, de manera que sea más proyectiva del propio paciente); confección de cancioneros; material viajero; dedicatoria; la canción personal (es muy típica con autistas que así mantienen elementos “constantes” dentro del proceso); trama de canciones (en terapia grupal, un componente empieza con una canción y sigue otro con una canción nueva pero relacionada con la anterior, y así sucesivamente).

Respecto al *uso selectivo de la música editada*, dice Schapira: “Las intervenciones que utilicen música editada estarán al servicio del emergente, desarrollándose *in situ* y en función de lo que el musicoterapeuta considere relevante a partir de lo que ocurre en sesión. En el trabajo grupal, además de considerar los temas que han surgido en los mismos, tanto de forma manifiesta como latente, se tiene en cuenta la situación de los individuos dentro del grupo. La utilización de música editada forma parte de una estrategia músico terapéutica que contempla los objetivos propuestos y las necesidades de cada proceso en particular”.

Hasta el momento han desarrollado siete modalidades distintas de aplicación: 1) exploración del material; 2) canto con música editada; 3) acompañamiento instrumental de la música editada; 4) audición de la música editada; 5) audición con movimiento; 6)

edición personalizada (grabar en un soporte, CD u otros); y 7) edición personalizada de improvisaciones o canciones creadas en sesión.

El modelo Schapira es el que más se acerca a la práctica habitual en el trabajo grupal en salud mental.

Referencias bibliográficas

Alvin, J. (1997), *Musicoterapia*, Paidós Ibérica, Barcelona.

Ansermet, F. y P. Magistretti (2004), *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*, Katz Editores, Buenos Aires.

Barcia, D. (2000), *Tratado de psiquiatría*, Aran ediciones, Madrid.

Bion, W.R. (1962), *Aprendiendo de la experiencia*, Paidós, Buenos Aires.

Bion, W.R. (1962), *Volviendo a pensar*, Lumen Hormé, Buenos Aires.

Bruscia, K. (1999), *Modelos de improvisación en musicoterapia*, Colección Música, arte y proceso, Agruparte Vitoria-Gasteiz.

Maleval, J.C. (2011), *El autista y su voz*, Editorial Gredos.

Schapira, D., K. Ferrari, V. Sánchez, y M. Hugo (2007), *Musicoterapia, abordaje multimodal*, ADIM Ediciones.

Resumen

Se presenta la justificación del uso de la música como terapia con pacientes de salud mental y se describen los modelos que consideran el mundo interno del paciente como eje fundamental del trabajo terapéutico.

Palabras clave: música, psicosis, autismo, terapia, musicoterapia.

Abstract

The justification for the use of music as therapy mental health patients is presented and the models that consider the patient's inner world as the linchpin of therapeutic work are described.

Key words: music, psychosis, autism, therapy, music therapy.

Joana Lara

Psiquiatra, psicoterapeuta psicoanalítica, musicoterapeuta.

CSMA Sants, Sant Pere Claver-Fundació Sanitària.