



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

T E S I S

LA MUSICOTERAPIA
COMO TÉCNICA DE CONTROL
DE ANSIEDAD EN PACIENTES
CON PSICOSIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA

LUIS DARÍO VILLELA SOTO

DIRECTOR: LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

REVISOR: MTRA. INDA GUADALUPE SÁENZ ROMERO



MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo se estructura e inicia en la Facultad de Psicología CU de la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo la dirección del Profesor Jorge Álvarez Martínez.

La investigación tuvo lugar en la Comunidad Terapéutica Casa Azul A. C. bajo la supervisión clínica de la Musicoterapeuta Graciana Kleizer.

Agradecimientos:

Elena: Tu amor, tu belleza, tu apoyo, tu entereza, tus ideas...tu cabello...tus ojos....gracias por elegirme. Eres la Única en mi corazón. TE AMO

Chendo (hijito): Todo lo haré por ti, te amo dulce príncipe.

Mamá Luchita: Nada hubiera pasado sin ti, gracias por la vida, por el amor, por las lecciones y sobre todo por El Fénix.

OTHONCITO (m'ijo): Todo lo hice por ti hermanito (donde quiera que estés)

Mana: La fuerza para ser amoroso, honesto y valeroso la adquiriré al seguir tus pasos. Gracias

David: Por enseñarme como debe entregarse un hombre a su familia para vivir feliz.

Sebastián, Esteban, Diego: Gracias por dejarme ser un niño a su lado.

Papá Othón: Gracias por enseñarme con tu ejemplo y amor que la condición para celebrar un logro es que al día siguiente te pongas a trabajar en el que sigue.

PAPÁ CHENDO: Por darme con todo tu amor mi formación de vida

MAMÁ TINA: Por ser la única persona que siempre creyó en mí.

Packi, Vicki, Leyvert, Etor, Bobby, Lores, Leti, Abi,

ALBERTO, ISRAEL: Gracias por acompañarme en todas mis ideas, las buenas, las extrañas y las malas, a pesar de la presencia de nuestra ausencia seguimos unidos.

“En esa época (finales de los 60, principios de los 70) había dos rocks en México, el bueno, el del Batiz, Briseño y esos güeyes y el rosita baboso de la tele que me cagaba... pero te confieso que algunas rolitas miserables, pero miserables de la Mayte Gaos, del Laboriel y esos.... ahora me traen muy buenos recuerdos” (1999)

**Maestro Enrique González Philips (1951-2008)
Violinista de la Orquesta del Teatro de Bellas Artes**

INDICE

Introducción.....	1
Resumen.....	4
CAPITULO I MUSICOTERAPIA	
1.1 Influencia de la música en el ser humano.....	8
1.2 Elementos de la música.....	10
1.3 Antecedentes de la musicoterapia.....	12
1.4 Enfoques que respaldan la corriente de la musicoterapia.....	13
1.5 Relación psicoterapéutica con las técnicas psicológicas enfocadas al arte.....	17
1.6 Aplicación de la musicoterapia en los países en que más se ha desarrollado este enfoque terapéutico.....	19
1.7 Aplicaciones de la musicoterapia en México.....	28
1.8 Técnicas en musicoterapia.....	31
1.9 Papel de la musicoterapia en el tratamiento de la psicosis.....	37
CAPITULO II TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	
2.1 El trastorno mental.....	38
2.2 La psicosis.....	40
2.3 El trastorno esquizofrénico.....	40
CAPITULO III ANSIEDAD	
3.1 Conceptualizaciones de ansiedad.....	44
3.2 Componentes de la ansiedad.....	47
3.3 Causas de la ansiedad.....	48
3.4 Teorías de la ansiedad.....	49
3.5 Trastornos de la ansiedad.....	53
3.6 Técnicas para el manejo de la ansiedad.....	53

CAPITULO IV METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento del problema.....	57
4.2 Objetivo general.....	57
4.3 Hipótesis.....	57
4.4 Variables.....	57
4.5 Población.....	58
4.6 Diseño de investigación.....	58
4.7 Tipo de investigación.....	58
4.8 Técnica.....	59
4.9 Equipo clínico.....	59

CAPITULO V APLICACIÓN

5.1 Carta descriptiva.....	61
5.2 Instrumento	65
5.3 Justificación del uso del instrumento.....	66

CAPITULO VI RESULTADOS

6.1 Resultados de la aplicación del instrumento.....	68
6.2 Interpretación de resultados.....	78
6.3 Discusión y conclusiones.....	83
6.4 Alcances y limitaciones.....	88
6.5 Sugerencias.....	89

ANEXO.....	91
-------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	97
---------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

El motivo que me impulsa a desarrollar como tema de tesis “La musicoterapia como técnica de control de ansiedad en pacientes con psicosis”, surge a raíz de una inquietud por saber cuáles son las bases psicológicas que sustentan tal alternativa terapéutica y de esta manera entender porqué se conceptualiza la musicoterapia como el uso hábil de la música y elementos musicales para una terapia acreditable en promover, conservar y devolver salud mental, física, emocional y espiritual.

Hasta hoy considero que la participación en México en el desarrollo de la musicoterapia ha sido limitada, ya que en países como Estados Unidos, Canadá y Argentina, entre otros han logrado desarrollar muchas y muy variadas técnicas bien definidas para abordar diversos aspectos de la salud en el ámbito emocional y físico, desafortunadamente existe poco apoyo para la investigación en México e inclusive, en los países mencionados.

Hablando específicamente de la Musicoterapia, a lo largo del tiempo y de variadas lecturas, he podido percatarme que existe gran variedad de puntos de vista con respecto a esta, por lo que considero necesario englobar estas ideas. En un gran número de estudios se ha evidenciado que la educación musical opera efectivamente en el fortalecimiento de habilidades cognoscitivas, comunicativas, sociales y afectivas, a la vez el acercamiento a cualquier experiencia estética o artística desarrolla sensibilidad, imaginación y creatividad.

También se ha demostrado que la música es un recurso importante en el proceso psicoterapéutico porque es un medio de expresión, factor de sociabilización y un efectivo instrumento de desarrollo de las estructuras del pensamiento y esta logra su intención formativa y estética cuando se considera el proceso evolutivo.

Después de lo antes expuesto se entenderá que escoger un modelo musicoterapéutico es una situación difícil, por lo que decidí recurrir a mi experiencia.

Como maestro de música conozco las bondades y alcances de la música así como sus posibilidades en los ámbitos de los problemas de aprendizaje y otras aplicaciones psicopedagógicas.

Sin embargo la aplicación de la música como posibilidad en el tratamiento de la psicosis llamaron mi atención por un elemento que conozco bien en cuanto a su manejo pedagógico pero no tenía una visión clara de su manejo clínico, y este es: la música como un vínculo no verbal.

Es decir, en el caso de la psicosis donde el uso de la palabra (desde el punto de vista psicodinámico) está desestructurado, me pregunté si sería posible trabajar entonces el lazo social por medio de un elemento no verbal sino afectivo, o sea la melodía.

Cierto es que las canciones tienen letra y este es un elemento verbal, pero al visualizar la musicoterapia desde una óptica que incluye el elemento psicopedagógico surge la posibilidad de que los pacientes centren su atención en el proceso afectivo del manejo adecuado del sonido y no en el proceso racional de la verbalización.

En esta lógica se basó el diseño del modelo que se aplicó, el cual se compone de técnicas combinadas.

Para los aspectos cuantitativos se diseñó también un instrumento basado en la visión pedagógica de que en el proceso del quehacer musical se obtiene un adecuado manejo de la ansiedad y de este manejo se desprenden conductas que se pueden medir.

Cabe aclarar que el hecho de usar una forma de interpretar los resultados tanto cualitativa como cuantitativa se debe a que según la propuesta

de Vera y Villalón, (2005) al aplicar una triangulación de ambos métodos de investigación podemos acercarnos a una explicación más certera del porqué de los hechos, ya que la explicación cualitativa nos ayuda a entender desde algún encuadre teórico los procesos internos que en el individuo desencadenan cambios ante ciertos estímulos, pero nos deja con algunos problemas siendo el más complejo de superar la carga teórica de la evidencia, es por esto que el utilizar también una forma cuantitativa de presentar los resultados es importante ya que así se pueden contrastar resultados con otros tipos de modelo de manera más o menos objetiva.

RESUMEN

En el capítulo I, se aborda todo lo relacionado a los antecedentes de la musicoterapia, así como los conceptos fundamentales relacionados con la música, los orígenes de la musicoterapia y los enfoques que respaldan a esta corriente terapéutica, incluyendo el neurológico dirigido a la música.

Se hace mención de los enfoques psicológicos que tienen una relación estrecha de manera psicoterapéutica con la Musicoterapia, tales como el psicodrama y la expresión corporal.

Son enunciadas las principales aplicaciones que se han llevado a cabo con la musicoterapia en aspectos relacionados con trastornos físicos y emocionales del ser humano, así como los principios de la musicoterapia, sus aplicaciones de esta en otros países y en México, las principales escuelas, niveles de práctica y experiencias obtenidas, también las técnicas a nivel internacional, haciendo mención de las limitaciones que tienen esta alternativa.

En el capítulo II, se describen los conceptos de salud y enfermedad, así como la normalidad y anormalidad, las manifestaciones clínicas de los trastornos mentales específicamente psicosis.

En el capítulo III, se mencionan las causas, los componentes, las diferentes teorías y las técnicas de reducción de la ansiedad.

En el capítulo IV se expone la metodología que se usó en el diseño, aplicación y medición del modelo, así como los objetivos y la hipótesis de trabajo.

En el capítulo V se explica el modelo a través de una carta descriptiva, se justifica el uso del instrumento y se muestran los resultados de este.

Finalmente el capítulo VI se refiere a la interpretación de los resultados y las conclusiones a las que llegue por medio de estos, se incluyen alcances y

limitantes del modelo así como propuestas que consideró de importancia para el desarrollo del modelo en particular y de la musicoterapia en general.

El resultado concreto de esta investigación fue:

El diseño y aplicación de un modelo psicoterapéutico eficaz (basado en el manejo clínico de la música) que permite proponerlo como una alternativa en el tratamiento de los estados ansiosos en la psicosis.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The reason that impels me to develop the theme “The Music-Therapy as technique of control of anxiety in patient with psychosis”, as a thesis topic, arises on the worry to know which are the psychological bases that sustain such a therapeutic alternative and in this way to understand why the Music-Therapy is conceptualized as the music's skilled use and musical elements as a validity therapy in promoting, to conserve and to return mental health, physics, emotional and spiritual.

Until today I consider that the Mexico's participation into the development of “The Music-Therapy” has been limited, since in other countries like United States, Canada and Argentina, among others they have been able to develop many and very varied technical very well defined to approach diverse aspects of the health in the emotional and physical environment, unfortunately little support exists for the investigation in Mexico and inclusive, in the aforementioned countries.

Speaking specifically of the Music -Therapy, along the time and of varied readings, I have been able to notice that great variety of points of view exists with regard to this, for this reason I consider necessary to include these ideas. In various studies it has been evidenced that the musical education operates indeed at the same time in the invigoration of cognitive, talkative, social and affective abilities the approach to any aesthetic or artistic experience it develops sensibility, imagination and creativity.

It has also been demonstrated that the Music is an important resource in the psychotherapy process because it is a means of expression, socialization factor, an effective instrument for the development of the structures of the thought and it achieves its formative intention and aesthetics when the evolutionary process is considered.

After the before exposed it will be understandable that to choose a Music-Therapy model is a difficult situation, that is why I decided appeal to my experience.

As music teacher I know the kindness and reaches of the music as well as their possibilities in the environments of the learning problems and other psycho pedagogic applications.

However the music's application like possibility in the treatment of the psychosis got my attention for an element that I know well as for their pedagogic handling but I didn't have a clear vision of their clinical handling, and this is: the music as a non verbal link.

This means, in the case of the psychosis where the use of the word (from the point of view psycho dynamic), it is structured, I wondered if it would be possible to work the social link then by means of a non verbal element but affective, that is to say the melody.

Certain it is that the songs have letter and this it is a verbal element, but when visualizing the Music Therapy from an optics that includes the psycho pedagogic element it arises the possibility that the patients center their attention in the affective process of the appropriate handling of the sound and not in the rational process of the verbalization.

In this logic the design of the pattern was based that was applied, which is composed of combined techniques.

For the quantitative aspects it also was designed an instrument based on the pedagogic vision that in the musical chore process an appropriate handling of the anxiety is obtained and of this handling they come off behaviors that can be measured.

It is necessary to clarify that the fact of using a form of interpreting the results such as qualitative as quantitative is because from Vera and Villalón point of view, the way that we can come closer to a better explanation of the reason of the facts, since the qualitative explanation helps us to understand from some theoretical alignment the internal processes that unchain changes before certain stimulus into the individual, but they leaves us with some problems being the but complex of overcoming the theoretical load of the evidence, it is for this reason that also using a quantitative form of presenting the results is important since results can be contrasted in this way with other kind of models with an objective way.

SUMMARY

Into the chapter I, is approached all related to the records of the Music-Therapy, as well as the fundamental concepts related with the music, the origins of the Music-Therapy and the focuses that support to this therapeutic current, including the neurological one managed to the music.

Main psychological focuses, intrinsically related with the psychotherapeutics, such the psychodrama and the corporal expression are mentioned.

They are enunciated the main applications that have been carried out with the Music –Therapy related with physical and emotional dysfunctions of the human being, as well as the principles of the Music-Therapy, the applications in Mexico and other countries, the main schools, practice levels and obtained experiences, also the techniques at international level, mention of the limitations that have this alternative.

Into the Chapter II, the concepts of health and illness are described, as well as the normality and abnormality, the clinical manifestations of the mental disturbances specifically psychosis.

Into the chapter III, it is mentioned causes of anxiety and the components, the different theories of the anxiety and the techniques of reduction of anxiety.

Into the chapter IV it is exposed the methodology that was used in the design, application and measurement of the pattern, as well as the objectives and the working hypothesis.

Into the chapter V it is shown the instrument (methodology) and is justification that was used as well as a corresponding charts of the results.

Finally the chapter VI exposed an interpretation of the results and indicates the conclusions that were obtained through the Music –Therapy workshop; there are included restrictions of the model and proposals that I consider particularly important for the development of the model and to the Music –Therapy concept in general.

The concrete results of this investigation were:

The design and application of a model that allows settling down to the Music Therapy like an alternative to the treatment of the anxious states into the psychosis.

CAPITULO I. MUSICOTERAPIA

1.1 Influencia de la música en el ser humano

La música expresa especialmente sentimientos, emociones y estados de ánimo. Al escuchar una pieza de música, la primera sensación que se experimenta es que corresponde a una expresión de alegría, tristeza, movimiento, grandiosidad, quietud, inquietud, etc.. esto demuestra que la música es ante todo expresión (González 2008).

La idea, generalmente aceptada, de que hay una relación entre la magia y la música, es muy antigua y, probablemente está en el origen de la propia música.

El lenguaje conserva este origen común de la fórmula mágica y del canto: de cantar viene encantar y encantamiento que al principio sólo significaban cosas de magia.

De acuerdo a lo anterior, las modificaciones que la música origina en nuestra vida interior, como las provocadas por cualquier impresión externa que actúa sobre las profundidades de nuestro ser, significan otros tantos enriquecimientos, diferenciaciones y profundizaciones dentro de nuestra sustancia íntima: más aún, puede decirse que son, la causa del despertar de nuestras facultades.

El hombre y la música manifiestan en su esencia las mismas leyes que sigue la naturaleza. Trata de encontrar por tanto, la unión entre el hombre, la música y el cosmos. Esto quiere decir, por tanto, que la música es significativa para los individuos porque tiene la capacidad de suscitar emociones profundas y de enriquecer la vida humana; la música constituye una forma de conocimiento insustituible y una experiencia única. La música relacionada con actividades educativas y otras áreas, especialmente en la educación preescolar y la enseñanza primaria; puede estar asociada con la realización de actividades musicales a otras formas de expresión y, en especial, al movimiento, la expresión corporal, la expresión verbal.

Por ello fue interesante investigar los efectos de la música como elemento para los enfermos mentales, facilitador del desarrollo, ya que los

momentos destinados a la música no deben tomarse como una recreación, sino como una experiencia capaz de producir en el enfermo vivencias significativas.

Aunque son diversas las propuestas para definir qué es la música, se puede apreciar que lo más importante de esta es el manejo de su elemento primordial: el sonido, a continuación se presentan algunas mencionadas en Maneveau, (1992):

El arte de combinar los sonidos de manera agradable al oído (Danhausser, s.f.)

La música es un lenguaje sonoro (Larousse, s. f.)

Ciencia o empleo de los sonidos llamados racionales, es decir, que entran en una escala llamada "gama". La música es una arquitectura sonora (Littré, s. f.).

Arte de combinar los sonidos musicales, de organizar una duración con elementos sonoros (Robert, s. f.).

La música es una reunión de sonidos que debe ser percibida como algo que no es resultado del azar (A. Moles, s. f.).

Es la ciencia que trata de los sonidos armónicos y también el arte de componerlos de modo que suenen agradablemente al oído. (Toro y Gisbert, 1970).

Es el arte de expresar sensaciones a través de los sonidos modulados. (Lexicon, 1987).

La música es el arte de combinar sonidos y de sujetarlos a la medida del tiempo. (Beschamps, 1990).

La música es un medio de expresión cuyo elemento esencial de producción es el sonido. También contribuyen a su producción el silencio y el tiempo. (Wuytack, 1996)

Como podemos observar en las definiciones, al paso de los años hay varios elementos en común con lo cual siguen vigentes y seguirán ya que la música seguirá existiendo como parte fundamental del ser humano.

1.2 Elementos de la Música

De acuerdo con la *Guía de actividades musicales a nivel preescolar* de la Secretaría de Educación Pública (SEP) (1988), la música tiene dos elementos fundamentales que son: el sonido y el ritmo. El sonido tiene tres cualidades que son: Timbre, Intensidad y Altura.

Si el sonido, como parte constitutiva primordial de la música alcanza ya, la sensibilidad afectiva del ser humano; el elemento melódico es el que provocará las reacciones afectivas más diversas, las más sutiles pero también las menos definibles.

El timbre es la cualidad del sonido que nos permite distinguir una voz humana de otra, un instrumentos musical de otro; es decir que por medio del timbre se distingue si el sonido escuchado lo produce un clarinete o un piano, una voz de soprano, una voz de tenor, etcétera (SEP, 1988).

La intensidad es la mayor o menor fuerza con que un sonido es producido. Esta cualidad depende de la amplitud de las vibraciones, que dan como resultado sonidos fuertes o débiles. La intensidad de los sonidos se puede graduar de débil a fuerte o viceversa, esto es lo que se conoce como matiz dinámico.

La altura es la cualidad que tiene los sonidos de ser agudos (altos) a graves (bajos). Esta depende del número de vibraciones producidas por segundo (frecuencia).

El ritmo tiene tres características: velocidad, Intensidad y Duración.

La velocidad es una de las características del ritmo, ella marca en la música los tiempos vivaces o acelerados y los tiempos lentos. La velocidad se puede graduar de rápido a lento o viceversa, eso es lo que se conocer como matiz agógico.

La intensidad como característica del ritmo es la fuerza que se aplica o se percibe en forma periódica y constante, dando un acento que delimite el compás.

La duración es la característica del ritmo que se refiere a la relación existente entre los sonidos largos y cortos. También los silencios o pausas tienen una duración y forman parte del ritmo.

El timbre introduce al niño al mundo sonoro a través de la investigación, el desarrollo de la audición y el reconocimiento de las características del sonido al producirlo.

La velocidad permite al niño que adecue su ritmo personal a otros tiempos, rápido-lento. El ritmo natural del niño es acelerado, por lo que se sugiere llevarlo de los tiempos vivaces y acelerados a la vivencia de los tiempos lentos.

En la duración, al incrementar en el niño los conceptos largo-corto y practicarlos corporalmente a través de las sílabas rítmicas, lo llevan a la práctica de los valores musicales que conforman el ritmo, una de las partes de la estructura música.

En la intensidad, al experimentar la fuerza corporal el niño vivencia el contraste fuerte-débil y sus combinaciones; descubriendo así el acento en el lenguaje cotidiano que traslada el acento en la estructura musical.

En la altura, al identificar los conceptos agudo-graves se introduce al niño hacia puntos de referencia tonal que conformarán series (escalas) hasta llegar a la entonación musical: el canto.

Estos elementos fundamentales de la música permiten al niño llegar a los elementos estructurales de la forma musical: melodía, armonía y ritmo musical.

La melodía es una sucesión de sonidos de distintas alturas.

La armonía es una organización de sonidos simultáneos de diferentes alturas, puede ser vocal y/o instrumental.

El ritmo musical es una sucesión de sonidos y silencios de distinta duración organizados en el tiempo, dicha organización se basa en tres aspectos intrínsecos del ritmo: pulso, acento y compás. (SEP, 1988).

1.3 Antecedentes de la musicoterapia

La musicoterapia es un lenguaje, facultad que se desarrolla con el tiempo y tiene un valor mágico terapéutico desde los pueblos primitivos; las castas de brujos – médicos – músicos que la historia de todas las grandes civilizaciones vio florecer, los científicos mesopotámicos o egipcios, aquellas figuras de las grandes filosofías de la antigua Grecia.

Álvarez (1997) menciona que se conoce una antigua anécdota que tiene por protagonista a Pitágoras de Samos, en donde se cuenta que el Maestro una noche encontrando una banda de jóvenes (calaveras=vagos) borrachos, que molestaban a una gentil mujer gritando bajo sus ventanas logro hacerlos desistir de sus intentos viles y los calmó, haciendo tocar a un músico que se encontraba en el lugar una determinada melodía.

Lo anterior nos muestra como el uso de la música como agente para combatir enfermedades es casi tan antiguo como la música misma.

Álvarez afirma también que la música ha constituido un medio para educar, para jugar con las emociones y con los sentimientos de los hombres, para transmitir enseñanzas en forma más o menos explícitas, y para producir simbólicamente Leyes Universales. Como un ejemplo más: su uso para excitar, ordenar e incitar a los soldados en las batallas; los ejércitos del pasado al atacar, venían acompañados por los sonidos de las trompetas.

Nos dice esta autor que la música estimula una asociación extra musical y relaja con efectos individuales diferentes, teniendo influencia directa en procesos psicológicos. Es por esto que aunque puede llegar a ser nociva en algunas situaciones de tratamiento ya que es variable en su aplicación terapéutica, en general puede ser útil en el cuidado y prevención de la salud.

Aristóteles hablaba del verdadero valor médico de la música ante las emociones incontrolables y atribuía su efecto benéfico para la catarsis emocional. A su vez, Platón recetaba música, danzas para los terrores y angustias fóbicas. En los griegos, se usó la música sin implicaciones mágicas ni religiosas, sino exclusivamente ateniéndose a la situación clínica y la observación.

Platón y Aristóteles bien podrían ser los precursores de los musicoterapeutas...

En el siglo XX hay testimonios formales del uso de la música como tratamiento alternativo, incluyendo su uso con efectos positivos en enfermos y heridos, especialmente en pacientes psiquiátricos.

Con lo anterior comenzaré a afirmar que la misión del terapeuta que trabaja con música es “organizar”, con interés de ayuda, donde la música y sus elementos permiten promover, conservar, lograr salud mental, física y emocional.

En donde la música es un instrumento capaz de modificar y evocar diferentes estados de ánimo y por ello es necesario conceptualizarla en un contexto clínico, solo así toma sentido la idea de musicoterapia

Benenzon (1985), clasifica a esta desde dos diferentes enfoques: científico y terapéutico. Desde el punto de vista científico: “Es una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido música o no, tendiente a buscar los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos del mismo”. Desde el punto de vista terapéutico: “Es la disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación, con el objetivo de emprender a través de ellos el proceso de entrenamientos y recuperación del paciente para la sociedad”

1.4 Enfoques que respaldan la corriente de la musicoterapia

Psicoanálisis

Sigmund Freud afirma en *La interpretación de los sueños* (1900) que la mente se rige por el principio del placer, el cual define como “el conjunto de la actividad psíquica que tiene por finalidad evitar el displacer y procurar el placer”, sin embargo en una etapa más tardía en *Más allá del principio del placer* (1920), menciona una serie de experiencias que se oponen al principio en cuestión y que en una primera mirada pareciera que producen displacer,

pero que en una observación más profunda se evidencia “una ganancia de placer de otra índole”.

El placer que ofrece la escucha de la música parece ser extraño, ya que proporciona un placer evidente en un plano superficial, pero también actúa en ocasiones como una compulsión de repetición lo cual produce aparente displacer, sin embargo esto afirma el dicho de Freud en cuanto a su apreciación tardía del placer.

Uno de los conceptos básicos del psicoanálisis son el Consciente y el Inconsciente, según Kleizer (2008) cuando un músico compone una pieza musical puede poner en juego alguna de estas estructuras, y le da a estas composiciones características musicales que, pueden resonar en la misma estructura en otra persona. Pero también pueden resonar en la contraria o en ambas, eso en realidad no es lo importante, lo importante del papel de la música es su poder de evocación y es labor del terapeuta reconocer en que estructura resuena cierta música en el paciente siempre en interés del tratamiento de este.

Humanismo

Se denomina psicología humanista a una corriente dentro de la psicología, que nace como parte de un movimiento cultural más general surgido en Estados Unidos en la década de los sesenta del siglo XX y que involucra planteamientos en ámbitos como la política, las artes y el movimiento social denominado Contracultura.

La psicología humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar nuestro pleno potencial humano.

Surgió como reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos pero que predominaban en ese momento. Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables, o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas.

Uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, Abraham Maslow, denominó a este movimiento *La Tercera Fuerza* para mostrar lo que se proponía con esta corriente: integrar las formas (aparentemente opuestas) en que se expresaba el quehacer psicológico de la época (conductismo y psicoanálisis).

Maslow y la pirámide de necesidades

Este teórico establece que las necesidades del ser humano se pueden dividir en básicas y meta necesidades. Las básicas corresponden a las de supervivencia como alimentación, bebida, alojamiento, vestido, sexualidad, sueño y oxígeno. Las meta necesidades son de crecimiento.

Cuando la persona ha resuelto el primer paso surgen las necesidades psicológicas de supervivencia, como afiliación, amistad y cariño. Al cubrir sus necesidades buscará el crecimiento y de este modo la estima y el reconocimiento de los otros. Cuando se logra esto, surge las necesidades de refinamientos o de desarrollo personal.

Cuando toda la escala es cubierta surge la necesidad de autorrealización que es más alta meta de la vida, la alegría de la superación.

Para Maslow, la persona auto realizada o sana, es alegre y feliz, creativa, flexible, espontánea, humana, madura, busca el crecimiento.

Betés del Toro (1990) menciona que desde el enfoque de Maslow, a través de la musicoterapia se logra recuperar las necesidades básicas de desarrollo humano y las metas necesidades como valores trascendentales del ser, de la persona en su plenitud humana. La frustración de las necesidades será creadora de ruido y vibraciones inadecuadas; atonal, arrítmica, inarmónica, fuera de tiempo, con un volumen disminuido o exagerado.

Psicología de la gestalt

La psicología Gestalt tiene sus orígenes en Alemania con Kofka, Kholer y Wetheimer.

Según Wertheimer (1912, mencionado en Oviedo, 2004) la percepción no es una actividad pasiva como se creía antes, en donde la mente es una hoja

en blanco donde se escribe la experiencia, por el contrario, este autor afirma que la percepción no es el resultado de de la recepción y acumulación de impresiones por el mundo circundante, sino aquello que denomina como un proceso de organización psíquica.

Esto es claro en el caso de la musicoterapia donde la apreciación de la música debe entenderse desde la percepción global del paciente y no de los elementos aislados de la música, solo así el tratamiento cobra sentido.

La música en la neurofisiología

Dice García Albea (mencionado en Betés de Toro, 2000), que “en el momento actual no existe un esquema definitivo sobre la localización cerebral de la música, las amusias receptivas parecen indicar una situación de la identificación auditiva musical en el área temporal anterior del hemisferio dominante en las personas con alto nivel educativo musical y posiblemente en el hemisferio menor en las personas poco cultivadas.

Por otro lado, las lesiones en la segunda circunvolución frontal derecha o izquierda pueden generar amusia expresiva y sugieren un centro frontal de la apraxia musical. .

Menciona también que algunos estudios mediante PET (Tomografía por emisión de positrones) han arrojado alguna evidencia de que percepciones musicales como la familiaridad de la composición y el ritmo se registran en el hemisferio izquierdo, mientras que la discriminación de calidades tímbricas y las escalas tonales se registran en el hemisferio derecho.

Desde este enfoque la musicoterapia trata de recuperar funciones cerebrales perdidas por lesiones a través de la práctica musical

Enfoque centrado en la persona de Carl Rogers.

Carl Rogers, crea una técnica llamada “Terapia Centrada en el Cliente” donde sugiere que la fuerza directiva más importante debe ser el cliente y no el terapeuta. En este modelo hace énfasis en la comunicación y el acercamiento, así como en la congruencia y el interés por el otro en lo que él llama empatía.

Rogers (1993 mencionado en Prada, 1995) finalmente menciona el elemento más importante para este modelo es la empatía, la cual se entiende como la capacidad de vivir el mundo del otro “como si” fuera el nuestro, sin dejar de tener contacto con nuestra propia existencia. Es entonces cuando se requiere de una comprensión empática, es decir, cuando se perciben los sentimientos y significados personales que las personas experimentan en cada momento y se es capaz de comunicar eso como una manera de esa comprensión, es aquí donde la musicoterapia toma su papel, al facilitar los procesos empáticos sin necesidad de que medie la palabra.

1.5 Relación psicoterapéutica con las técnicas psicológicas enfocadas al arte

Desde 1950 se ha usado la musicoterapia en diversas modalidades y ha evolucionado, con esto se ha dado origen a una gran diversidad en las técnicas de musicoterapia.

A continuación describo algunas de las técnicas terapéuticas artísticas que tienen que ver directamente con la musicoterapia y que servirán para entender la relación que existe entre ellas y la música, y principalmente para saber cómo poder acercarnos más hacia el ser sano.

Psicodrama

El psicodrama, es una de las técnicas más utilizadas por los profesionales del área de la salud y aquellos que se dedican a la creación (arte) de medios para poder comunicar y expresar aquellos sentimientos y emociones contenidos en el organismo y que no son tan fáciles de sacar por medio de la comunicación tradicional como lo es el lenguaje.

Moreno (1969 mencionado en Paz y Pimentel, 1998) principal representante de esta técnica, dice que el Psicodrama es “la sociedad humana en miniatura, el ambiente posible para un estudio metodológico de su estructura psicológica”

Este autor utiliza música improvisada para apoyar a decretar varias de las etapas del proceso Psicodrama: calentamiento, (música y verbalización),

identificación de protagonistas, creación de escenas dramáticas, definición de reglas y discusión.

Los procedimientos de esta técnica pueden ser abiertos o cerrados; es decir, cuando se trata de un procedimiento abierto se trabaja con una escena de la vida actual de una persona y este problema es compartido con otros sujetos que parecen estar en la misma situación o semejante. Procedimiento cerrado será cuando no haya lugar para otros espectadores, más que el protagonista.

Existen teorías que apoyan esta técnica y hacen posible el mejor manejo de los conflictos como: teoría de los roles, es evidente que toda escena de la vida cotidiana está llena de roles, es decir, el papel de cada quien toma en su camino por la vida. Solo que en el caso del psicodrama éste es un papel, experiencia interpersonal y es necesario que existan estos papeles para que se pueda poner en escena la obra creada.

Danzaterapia

Fux (2004), afirma que no es posible comprender la música, sin la expresión de movilizar el cuerpo. Por medio de la danza se puede educar o enseñar el autoconocimiento. A medida que se descubre que el cuerpo puede convertirse en el “instrumento sensible para manifestar la interrelación entre el mundo interior o exterior”.

La autora utiliza la música de acuerdo a la percepción que emane el grupo al inicio de las sesiones, es decir, si el grupo está agitado, introduce una música tranquila, sedante, que vaya desacelerándolo, hasta encontrar un nivel rítmico estable, para la comprensión de lo que pretende realizar. Y hace lo contrario cuando se trata de un grupo de bajo tono, tonifica los ritmos de tal manera que ayuda a levantar el nivel.

Expresión corporal

Es el arte de alcanzar a través de un trabajo centrado en el cuerpo la expresión. El trabajo expresivo corporal, unido a la música, se vive como una totalidad.

Fux (2004), afirma haber tenido diversas experiencias reveladoras de la veracidad de la combinación de la música y la expresión como una forma terapéutica que produce cambios evidentes en los grupos de oyentes. Esta autora propone ir de lo particular a lo general. De lo particular a los mas particular y volver a lo general. “El conocimiento adquirido musicalmente por el cuerpo, lleva a una unión interactiva y el movimientos se realiza, de acuerdo a cada grupo, que puede ser más o menos musical; pero el movimiento ha sido comprendido musicalmente”.

1.6 Aplicación de la Musicoterapia en los países donde más se ha desarrollado este enfoque terapéutico.

Estados unidos

Según González (2008) en este país la musicoterapia tuvo sus orígenes desde hace más de 43 años, considerándose el país más antiguo con esta profesión.

La aplicación de la musicoterapia se realizó en un principio en pacientes psiquiátricos, discapacitados mentales y pacientes con incapacidades en el desarrollo, esto en los años 70's, en instituciones públicas.

Para los años 80's los servicios se emplearon con pacientes geriátricos en práctica privada, aumentando las poblaciones médicas: personas con empeoramientos clínicos, discapacitados en el desarrollo, personas de edad avanzada, niños en edad escolar, personas con discapacidades múltiples, con problemas médicos, disturbios neurológicos, discapacidades para el aprendizaje, personas físicamente discapacitadas, autistas, drogadictos, personas con desordenes alimenticios, con empeoramientos auditivos y visuales, Sida y pacientes de Alzheimer.

Los profesionales de esta área principalmente eran psiquiatras, con influencias psicoanalíticas, Conductistas, de la Gestalt y Biopsicosociales, con conocimientos en música y particularmente de piezas musicales de la cultura.

En Estados Unidos la American Music Therapy Association (AMTA) da categorías a los diferentes usos de la musicoterapia:

1. Diagnóstico de la Musicoterapia: como una herramienta de evaluación para problemas clínicos.

2. Musicoterapia educacional y de desarrollo: Usado principalmente con niños con necesidades especiales, para mejorar el aprendizaje y/o el desarrollo.

3. Instrucción privada de Musicoterapia: Para probar técnicas musicales que puedan ser educacionales o terapéuticas.

4. Musicoterapia conductual: Para disminuir, aumentar, modificar o formar comportamientos designados. La música es utilizada como un reforzamiento positivo/negativo, como una contingencia de grupo o como un facilitador de otras técnicas conductuales.

5. Terapia en actividad musical: La música puede servir para enseñar al cliente habilidades de ocio, para proporcionar diversión o para mejorar la actitud del paciente hacia otras formas de tratamiento.

6. Prácticas de arte combinadas, como: el psicodrama, danza, poesía, etc.

7. Musicoterapia y curación: Para lograr el balance y la integración de todas las partes del individuo.

8. La musicoterapia y la medicina con el arte de la música: Usada en el tratamiento, rehabilitación y prevención relacionados a problemas en la ejecución de un instrumento de arte.

9. Musicoterapia en el entrenamiento clínico y académico: Como método de instrucción y/o supervisión y/o para mejorar el crecimiento personal de los estudiantes de la profesión.

10. Para mejorar el crecimiento personal de los estudiantes de musicoterapia: Para asistir a personas lesionadas o discapacitadas en la adquisición o readquisición de comunicación y habilidades cognitivas, sociales, y motoras.

11. Musicoterapia: Todo tipo de problemas psicológicos, desórdenes del pensamiento, relaciones y patrones alterados del comportamiento.

En diferentes perspectivas:

1) Psicodinámica: Para producir material inconsciente.
2) Conductual: En el tratamiento o modificación de conductas asociadas con dificultades emocionales o interpersonales.

3) Gestalt: Cubrir necesidades del "aquí y ahora".

4) Humanista-existencial: Relacionados a la experiencia musical.

5) Cognitiva: En un intento por identificar y corregir patrones irracionales de pensamiento.

6) Combinada: El uso de varias teorías y la experiencia musical.

12. Musicoterapia biopsicosocial: Basada en la interrelación de los aspectos biomédicos y psicosociales del individuo. La música es utilizada como medio de prevención y tratamiento para problemas psicológicos y médicos.
13. Musicoterapia paliativa: En proceso de muerte.
14. Preventiva: En problemas de naturaleza psicosocial, física, social, cognitiva o espiritual.

Los niveles de práctica usados son: 1) De apoyo, 2) Específico y 3) Comprensivo. De acuerdo con el plan general de la AMTA de tratamiento del cliente y las metas terapéuticas establecidas.

Los métodos son clasificados de acuerdo al tipo de experiencia musical en el que se esté involucrado, puede ser: receptiva o auditiva, recreativa, composicional o improvisadora. Dentro de cualquiera, la imaginación puede ser parte de estas experiencias como punto de partida de la experiencia.

La discusión verbal, la forma de arte como el dibujo, la pintura, el movimiento, el juego, pueden ser también utilizadas como medio dependiendo de las necesidades del cliente.

Entre algunas de las técnicas más usadas aprobadas por la AMTA están: Mnemónica musical, la cual consiste en hacer uso de materiales musicales como ayuda interna y externas para la memoria, el entrenamiento para adquirir memoria y el recuerdo.

Método de Bonny de Música e imaginación guiada (GIM), centrada en la música para estimular y sustentar un desarrollo dinámico de experiencias internas en apoyo de la integridad física, psicológica y espiritual.

La vida a través de la música es otra de las técnicas usada por los musicoterapeutas estadounidenses, esta se usa principalmente con pacientes de edad avanzada o terminales, solicitándoles escriban una crónica de su vida guiándoles a través de la música.

Argentina

En Argentina (González, 2008) el inicio de la musicoterapia clínica y su reconocimiento formal como disciplina surgió en 1948, con la Profesora María

Laura Nardelli. En 1949, imparte el primer curso de entrenamiento para educadores de música para personas con discapacidad.

El Dr. Rolando Benenzon, observó que se obtenían resultados positivos inmediatamente, sobre todo en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas serias. Por ejemplo que personas con enfermedades crónicas eran capaces de recuperar su vida en la sociedad, entonces comienza a trabajar con niños autistas y psicóticos.

El Dr. Julio Bernaldo de Quiróz, funda una nueva especialidad: la “atoneurofoniatría”, esto es, enfocado al aprendizaje del lenguaje y su relación con el conocimiento corporal y postural

Han llegado a la conclusión de que el tipo de musicoterapia utilizada en Argentina varía según el problema clínico a tratar.

Teóricamente se basan en el psicoanálisis, la semántica del lenguaje musical, la antropología, la etnomusicología, la psicología social, la teoría de sistemas, el análisis transaccional, el existencialismo y la psicología humanista y ciertas filosofías orientales. Apoyándose en técnicas como la expresión corporal, la danzaterapia, y otras terapias que utilizan movimiento.

Benenzon (1985), desarrolla el concepto del ISO, basadas en las dinámicas del ego, el superego y el inconsciente, preconscious y consciente, descubiertas a través de pacientes tales como autistas, psicóticos, y pacientes terminales o en coma. Los procesos son observados como punto de partida para la comprensión de la complejidad de estos, involucrados en la percepción y expresión de los humanos con los instrumentos musicales.

Los musicoterapeutas tienden a relacionar la capacidad musical del paciente con la de cambiar, recombinar y reorganizar la información que él recibe de acuerdo a sus estructuras mentales innatas.

En 1969, la musicoterapia fue aplicada en niños autistas, y se comenzó a aplicar más en el área de la psiquiatría infantil.

En 1980, se publicó una teoría del uso de la musicoterapia con afásicos.

En 1992, se implementa para servicios de rehabilitación para la afasia y los neurólogos y musicoterapeutas realizan programas de entrenamiento.

Una aportación importante es la creencia de que la originalidad de la musicoterapia no está en el grado de conocimiento musical que posee el terapeuta, ni en su conocimiento de la medicina y la psicología, la principal característica de musicoterapeuta está en las relaciones que se puedan crear a través de la música dentro de las posibilidades que tiene esta para crear relaciones.

Canadá

De acuerdo a González, el desarrollo de la Musicoterapia se inicia alrededor de los 50's, con Fran Herman, Therese Pageau y Norma Sharpe.

Las teorías en las que se basan principalmente son: el modelo holístico en donde se busca el reconocimiento de un centro de salud en cada persona, la terapia Gestalt, donde ven que la relación terapeuta-cliente este unida de tal manera que se reúnen para aprender a desarrollar y crear juntos.

Las poblaciones clínicas que reciben tratamiento con musicoterapia incluyen: pacientes terminales enfermos, niños y adultos con disturbios psiquiátricos, senectud, los intelectualmente alterados, los visualmente empeorados y los autistas y una novedad de aplicación es en pacientes con Sida.

El manejo del dolor, la aceptación de un órgano trasplantado, en el fortalecimiento del sistema inmune, la relajación, la reducción del estrés y cambio de conductas es una parte importante de la musicoterapia en este país.

En Canadá al igual que Estados Unidos, uno de los procedimientos utilizados es el GIM.

Imágenes musicales es otro de los procedimientos en donde la generación de imágenes musicales facilita un elevado autoconocimiento o trata de llegar a metas físicas o de relajación. Este es utilizado en forma privada en la atención paliativa en diálisis de riñones, maternidad, psiquiatría y con poblaciones geriátricas con alto funcionamiento.

También usan procedimientos de improvisación donde el terapeuta puede ser como testigo de la improvisación del paciente o puede participar musicalmente para reflejar o resaltar los elementos de la improvisación que se relaciona de manera más clara con el problema identificado.

Algunos terapeutas elaboran sus propias herramientas de evaluación con respecto a sus orientaciones específicas y comprensión de una población particular de clientes. Pero frecuentemente los intereses, tendencias y confianza de los clientes son observadas de manera cuidadosa en las áreas más necesitadas y empeoradas de cada uno de los clientes.

En Canadá, no existe en este momento un nivel de entrenamiento a nivel de posgrado, y los educadores están aislados dentro de sus departamentos musicales y lejos de los requerimientos básicos de investigación. Lo que se ha podido realizar dentro de la investigación incluye temas sobre: Música en relación a patrones de sueño, respuestas rítmicas en pacientes de Alzheimer, enfermos de Parkinson, desarrollo del lenguaje en pacientes con el Síndrome de Down y música en el tratamiento de clientes violados.

Brasil

La investigación en Brasil ha sido vasta (González). De 1982 a 1983 la Dra. Martha Negreiros S., realizó un estudio con pacientes esquizofrénicos (20-40 años), con la propuesta de determinar si la musicoterapia podía aumentar la capacidad de comunicación, la iniciativa y el interés del paciente en comparación al grupo control. La principal dificultad encontrada en este estudio fue la formación y el seguimiento de los dos grupos debido a la corta duración de la estadía del paciente.

En segunda etapa, de 1983-1984, llamada "Musicoterapia y pacientes externos y esquizofrénicos", los problemas nuevamente fueron la dificultad de los pacientes para asistir a las sesiones, la falta de apoyo de la familia y la falta de fondos para la transportación de los sujetos.

El Dr. Di Pancaro desarrolló un trabajo de investigación titulado: "Una investigación en la respuesta de pacientes psiquiátricos adultos a estímulos musicales repetidos", utilizando métodos experimentales: con sujetos pacientes psiquiátricos institucionalizados.

La investigación se originó de la teoría y fue realizada para probar un instrumento de trabajo para la musicoterapia, como el uso de música variada y repetida para modificar el comportamiento. El procedimiento consistió en la selección de 20 piezas de música, una de ellas repetida en 20 sesiones

individuales con 30 sujetos. Lo significativo fue que encontraron que la repetición no modifica el sabor musical.

Brasil basa la teoría de la musicoterapia, como los demás países revisados hasta el momento, en las siguientes corrientes: filosofía humanística-existencial, psicoanálisis, Jung, la Gestalt y el Conductismo; apoyándose en técnicas como las psicomotoras, terapias artísticas y terapias corporales.

La población que recibe musicoterapia es variada, desde bebés hasta ancianos. El tipo de tratamiento puede ser individual o grupal, dependiendo de factores como la patología, el tipo de institución y las metas establecidas. También se está trabajando con las familias de los pacientes.

Las principales técnicas utilizadas son de Recreación, Improvisación, Escucha musical, Composición y Musicoverbal.

El proceso terapéutico comienza con una evaluación musical del paciente, para verificar las reacciones a los diferentes aspectos de la música y determinar así la relación que tienen con la música.

La evaluación de la eficacia es hecha a través del concepto mejoría. Involucra la comparación del estado del paciente cuando el tratamiento comienza con el estado en el momento de la evaluación.

Consideran importante tener interacciones terapeuta-cliente, que faciliten comprometerse en un diálogo. Poner límites también como el tiempo, duración de las sesiones, integridad de cada uno de los miembros del grupo incluyendo al terapeuta, así como el respeto a los instrumentos musicales y el equipo del musicoterapeuta.

También en Brasil existe poco apoyo para la investigación, y publicación de lo realizado en ese país y en otros, así como la escasez de fondos para la publicación y traducción de nuevos textos.

Francia

En Francia durante los años 70's y 80's hubo un gran interés por la visión psicoanalítica bajo la influencia de autores del campo de la fenomenología como Merleau-Ponty o psiquiatras como Henry Ey, según González.

Dentro de este movimiento, una rama ha estado influenciada por el estructuralismo y la lingüística (Lacan). Según Lecourt (1993) se pueden establecer 3 corrientes metodológicas: la pedagógica (de JM Guiraud-

Caladou), la conductista (de J. Jost) y la psicoanalítica (de E. Lecourt) varios centros universitarios imparten formación en musicoterapia a nivel de diplomado, destacando las universidades de Paris, Montpellier y Burdeos.

En este país se han dividido las prácticas de la musicoterapia en dos definiciones de trabajo cada una con aplicación diferente.

La primera es llamada “Técnica psicomusical”, usada para propósitos como el aprendizaje de la música estética (relajamiento y música de fondo).

La segunda es la “Musicoterapia”, que se refiere más al uso del sonido y la música con relación terapeuta-cliente, en donde se da un proceso psicoterapéutico o reeducativo.

Esta distinción es necesaria en ese país ya que no reconoce o permite alguna práctica clínica “terapia” por profesionales no-médicos.

La tendencia ha sido introducir elementos no verbales y físicos de la relación terapéutica.

Pierre Henri, en la primera mitad de este siglo, creó el concepto de “música concreta”, en donde introduce ruidos familiares y naturales y sonidos como elementos nuevos de composición y con esto provoca que se reconsidere la forma de la música y cómo es definida.

La principal aplicación de la musicoterapia se da en la psiquiatría para niños y adultos, con métodos receptivos y auditivos.

España

González menciona que en el país Catalán (Barcelona, Cataluña), la influencia más sobresaliente respecto a las perspectivas teóricas es la psiquiátrica biológica, psiquiatría social, terapia familiar y terapia del comportamiento. Con teorías específicas como la psicoterapia de grupo, socioterapia, psicodrama, psicoanálisis psicodinámico, metodología humanista, etc.

Los métodos usados para adultos en musicoterapia son receptivos, improvisacionales y verbales.

Los métodos receptivos tienen como objetivo facilitar el conocimiento de las emociones como técnica proyectiva para propósitos de diagnóstico. Sugerir imágenes y fantasías, sacar recuerdos, cambios emocionales de sentimientos,

cambios de humor, facilitar la expresión verbal de los sentimientos, la proyección de los deseos, frustraciones, etc.

Los métodos improvisacionales se usan con música a través de diálogos, con objeto de incrementar la libertad interna del paciente, respeto por las preferencias de otros y habilidad para relacionarse con otros.

Hacen uso de verbalizaciones, escritura, poesía, dibujo o tocar música para provocar imágenes y fantasías. Por medio de la fantasía guiada, la cual emplea las cualidades de la música para logro de este objetivo.

El "Viaje musical" es otra técnica usada desde 1978 por el Dr. Cid, en la actualidad la usan con niños. Consiste en invitar al paciente a visitar un país o ciudad particular, donde la música se usa para facilitar el proceso imaginativo.

Las terapias de baile como el biorritmo, principalmente con pacientes deprimidos y mayores de edad; así como la expresión libre y el baile social son algunas de la terapia utilizadas por los psicólogos musicales para fomentar el desarrollo.

Los métodos verbales, como terapia de apoyo, discusión de grupo, técnicas de remotivación e instrucción son usados también para enseñar a los pacientes como usar la música, canciones, bailes, etc., de una manera terapéutica.

Para los niños existe una gran variedad de técnicas utilizadas para ellos en donde el principal objetivo es enseñarles a establecer relaciones, desarrollo de la creatividad, el afecto, la imaginación, la memoria, atención, el conocimiento de su propio cuerpo etc.

La evaluación de las terapias musicales es realizada continuamente por medio de "Diario clínico". Existen unas evaluaciones periódicas y al término del tratamiento, que incluye; información estadística (personal y clínica), actitudes del paciente ante la sesión, terapeuta y grupo, objetivos alcanzados, (personales, generales, observaciones), otros objetivos propuestos o eliminados, adecuación de métodos y propuestas generales.

Con respecto a la investigación realizada en Barcelona, el Dr. Poch durante 1970-75, realizó investigación relacionada con el uso de musicoterapia en niños mutilados, niños con disturbios emocionales y pacientes psiquiátricos (esquizofrenia, autismo) sin embargo no dicen más sobre los resultados que se han obtenido en estas investigaciones.

En España las teorías más relevantes son psiquiátricas, terapia familiar y educación especial (Del comportamiento, Cognición, Psicoanalítica, Humanista, Gestalt).

Con una influencia de la Psicología Holística y Transpersonal y Pedagogía terapéutica; Patxi del Campo en colaboración con terapeutas como Claudio Naranjo, Silvia Nakach y Fidel Delgado, realizaron modelos de musicoterapia basados en esas propuestas.

Los métodos son semejantes en Barcelona, con una combinación de técnicas como el psicodrama, los tratamientos no son reduccionistas, pero buscan el comportamiento en todos los aspectos de la persona simultáneamente. El conocimiento, la integración y el balance de todos los aspectos de la persona que son vistos como un objetivo en su tratamiento y recuperación.

En España, no hay musicoterapia estandarizada o una valoración de terapia musical o procedimientos de evaluación que se usen para todos los grupos. Al igual que los otros países esta se usa de acuerdo a las características y necesidades de cada individuo.

1.7 Aplicaciones de la Musicoterapia en México

De acuerdo a González el inicio de la musicoterapia en México se dio alrededor de 1950, esta ha sido utilizada en modalidades diferentes y ha ido evolucionando, dando origen a diversa ramas de aplicación. México está en pañales, intentando formar un modelo de acuerdo a los arquetipos sonoros de estas tierras con una fundamentación en la filosofía humanista.

El resultado ha sido la fusión de conocimientos aprendidos de diferentes escuelas: la Americana, la Argentina, la Escuela Europea: Española y Francesa básicamente y se ha intentado fusionar estos conocimientos con la raíz Mexicana y Latina, con los arquetipos sonoros mexicanos.

Todas estas son fusiones llevadas en conjunto con la rama de la Musicoterapia pasiva, que son algunos ejercicios donde se trabajan emociones a través de diferente música pregrabada, sonidos regresivos genéticos, sonidos que llevan a diversos estados energéticos.

La perspectiva clínica básica de la musicoterapia en México es el modelo humanístico existencial, enfatizando el desarrollo del potencial humano, la búsqueda de la armonía individual, el equilibrio y el restablecimiento de la relación interpersonal para aumentar la autoestima.

Las bases teóricas son desde un contexto humanista, es decir, Rogers, Maslow, Fromm, Frank, Rollo May, Reich, Perrakos; con los núcleos energéticos: la máscara, el yo inferior (área oscura) y yo superior o centro, la creatividad contenida. Además de apoyarse en las teorías como el psicodrama, la Terapia Transpersonal y las ideas de Yoga y Meditación.

Las actitudes con las cuales trabajan son basadas en la teoría de Rogers:

1. Respeto hacia la persona
2. Aceptación de la persona
3. Empatía
4. Congruencia

La musicoterapia es utilizada como un medio para promover el desarrollo humano en donde la persona investiga por sí misma su propio potencial, con la música se facilitó el proceso.

En los años 80's el Dr. Polit (Dir. del Instituto Mexicano de Musicoterapia Humanista) trabaja principalmente con el área emocional y energético espiritual, pues considera que son las áreas donde menos está conectado el ser humano, generalmente se está conectado con la mente, con su ego, pero poco conectado con sus sentimientos y su energía espiritual.

Los procedimientos utilizados consisten en pedirles a las personas que se recueste, se sienten o adquieran una postura cómoda y a partir de esta actitud que comiencen a escuchar la música, no solo con los oídos, sino con todos los segmentos del cuerpo; de los pies a la cabeza y que abran cada uno de los poros de la piel, es decir, que se sensibilicen, ante estos pequeños receptores sonoros por donde la música también se filtra.

Se trabaja homeopáticamente con la música, para después atender la necesidades de las persona. Dicho de otro modo, se invita a las personas a que tomen conciencia de sus emociones, que las vivan que se abran a su experiencia, tomando conciencia de sí mismas, valorando sus necesidades

para aprender a superar sus conflictos y para aprender a manejar sus emociones.

En ocasiones la música atonal, permite integrar las partes enajenadas de la persona para que se vuelva más sana y toquen posteriormente la armonía.

Básicamente, se han desarrollado talleres vivenciales en donde los participantes pueden vivir diferentes tipos de aplicación de la musicoterapia con dos vertientes de aplicación: una que es exclusivamente vivencial de crecimiento personal y la otra donde se extiende para proporcionar un aprendizaje. Posteriormente sobreviene la aplicación; es decir que las personas que toman los talleres, puedan aplicar la musicoterapia en ellas y hasta en otras personas.

En estos talleres se busca que cada persona identifique los elementos de apoyo para su madurez, auto regulando y auto responsabilizándose de sí mismo.

Se ha dado el caso que con las mismas investigaciones y con los mismos métodos, el sonido en la terapia, la forma de estudio de los casos, la interpretación de los resultados y el objetivo de la terapia son totalmente diferentes de un país a otro. “La curación, el restablecimiento por medio de una energía, música que renueve nuestras manifestaciones y se adentre hasta lo más profundo de nuestro ser”, es el objetivo principal de la musicoterapia.

Otra corriente de musicoterapia se aplicó a los niños que asistían a las escuelas de educación especial, cuya finalidad era ayudar a los niños en el aprendizaje de conductas psicomotrices que les facilitarán la comunicación no verbal. En el caso de los autistas, o la expresión de sentimiento y emociones en niños con síndrome de Down, o en la utilización de algunas figuras rítmicas y melódicas que auxiliarán el aprendizaje de conceptos geométricos como círculo, cuadrado y triángulo para que niños con retardo en el desarrollo o desordenes espacio temporales, o con daño cerebral leve, se iniciaran en la lectoescritura.

Desarrollando actividades como movimiento, el lenguaje, la voz y la percusión corporal junto con instrumentos musicales, la improvisación juega un papel muy importante y los pacientes hacen música y se expresan con sus cuerpos. Todo esto con metas a desarrollar las habilidades de comunicación de

los niños y sus relaciones con el medio utilizando una forma alternada de expresión.

La evaluación es realizada junto con los padres y de ser posible se mantiene comunicación con otros especialistas.

Finalmente, parece ser que en México la musicoterapia en lugar de ser un método utilizado en la medicina o la psicoterapia, es vista como una técnica de intervención y apoyo a los paciente. Por lo tanto, es una disciplina muy especializada dentro del modelo terapéutico general, requiriendo un entrenamiento especial para su práctica profesional.

1.8 Técnicas en la musicoterapia

GIM. Guía imaginaria de la música

Es una técnica propuesta por Helen Bonny a mediados de los 70's, en la que el acto de escuchar música clásica se combina con un estado mental y corporal relajado a fin de evocar imágenes y aspectos de la personalidad. Usada por el paciente con la ayuda del terapeuta. El GIM no está destinado a tratar o curar síntomas, es más bien un auxiliar para encontrar estados de conciencia. Hay la creencia de que cada uno puede comprender sus propios problemas y que tiene la capacidad de superarlos dentro de unas posibilidades de acuerdo a su estructura de personalidad, así pues GIM está influenciado por la terapia humanística influida por Maslow y Jung.

Musicoterapia espontanea

El modelo de la musicoterapia espontanea es usado por Nordff-Robbins, de la Clínica Orff. La idea básica de la musicoterapia espontánea es tomar las respuestas del paciente desde cada nivel (físico, emocional, mental)

Desarrolla contacto con el paciente dentro del contexto de la experiencia musical. El papel del musicoterapeuta en este modelo es crear el entorno musical emocional que acepta y mejora las respuestas del paciente. Este método provee experiencias para la estratificación, comunicación, la expresión de sentimientos y emociones entre el grupo de participantes. Los instrumentos

más comunes para este método son instrumentos de ritmo e instrumentos Orff. El musicoterapeuta puede integrar también movimientos, pláticas y dramas.

Cantos y Discusiones

Es la modalidad de la musicoterapia comúnmente usada en población adolescente y sobre todo por las personas de edad avanzada. La música estimula las respuestas de los pacientes a las partes cantadas. A veces la música misma fomenta la expresión de pensamientos, los cuales se asocian con las canciones.

Kleizer (2008), distingue cuatro tipos de escuchas las cuales no son excluyentes:

- 1) Intersubjetiva: cuando la música causa experiencias de tipo sensorial, emotivas y conativas (movimiento).
- 2) Asociativa: tendera a responder con ideas, imágenes o asociaciones.
- 3) Objetiva: con actitud crítica analítica
- 4) Característica: identifica a la música clasificándola de acuerdo a cualidades anímicas: alegre, mística, triste, etc.

En pacientes con algún impedimento psicofisiológico o con problemas de conducta, la forma de hacer musicoterapia varía en la modalidad activa, esto es, con instrumentos como tambores, panderos, claves, armónicas, flautas tocados por terapeutas y paciente y/o usando su propia voz y generalmente siguiendo un programa predeterminado.

Después de varias canciones se conduce una discusión relativa a los temas de las mismas. Una vez que cada paciente expresa y discute sus emociones, el terapeuta improvisa una canción con los sentimientos expresados por los pacientes. Esta puede ser una conclusión muy positiva de la sesión; de hecho el terapeuta hace una canción en la que cada paciente podría recrear sus sentimientos y emociones.

Clínica Orff de Schulwerk (COS)

Este enfoque utiliza el método de educación musical desarrollado por Carl Orff para alemanes. Ha sido adaptado particularmente para niños con retraso en el desarrollo y autista en los Estados Unidos. La COS ofrece un efectivo plan a estos niños a causa de su predisposición hacia los ritmos que implican orden y repetición, El proceso implica involucrarse en el uso del movimiento, ritmos y sonidos, el uso del lenguaje y la expresión musical en experiencia grupal, esta experiencia es provista por cantos, rondas, poemas palabras sin sentido, ritmos obstinados, las rondas se usan en forma extensiva y todo lo anterior permite algunas respuestas de creatividad individual.

Existen instrumentos de percusión especialmente diseñados que permiten la participación de sujetos severamente discapacitados o perturbados y es a través de aproximaciones sucesivas que estos aprenden tareas específicas, a través de un moldeamiento (imitación) y formando una cadena conductual, reforzando todo lo anterior por técnicas conductuales.

Aplicación de niveles y técnicas musicoterapéuticas

La musicoterapia se aplica en diferentes niveles, el tipo de tratamiento puede ser directo o indirecto y la autonomía del terapeuta respecto a un tratamiento integral puede variar. (Benenzon 1981)

En el cuadro 1.8.1 se explica cuales son los diferentes niveles, tipos de tratamiento y tipo de autonomía del terapeuta.

Cuadro 1.8.1

		Descripción
Nivel	De apoyo	Para suplementar o respaldar otros tipos de tratamientos.
	Específico	Utilización de la música para tratar uno o varios problemas del cliente de manera directa o para Apoyar y sustentar otras áreas de tratamiento; establecer metas junto con otros profesionales y poder tratar ocasionalmente con cambios profundos en una o varias áreas problemáticas.
	Comprensivo	El terapeuta establece las metas del tratamiento independiente y directamente; trata todos los aspectos de manera simultánea para lograr cambios penetrantes difíciles de alcanzar en la

Tratamiento		salud del cliente.
	Directo	Utilizado para tratar directamente los problemas del cliente.
	Indirecto	Para apoyar otras modalidades de tratamiento.
Autonomía del Terapeuta	Independiente	Referente a las capacidades en la valoración del cliente
	Dependiente	En el desarrollo de un plan de tratamiento y en la implementación de tratamiento, con otros profesionales o en forma autónoma.

La experiencia que el paciente vive en la aplicación de un encuadre musicoterapéutico permite dividir las diferentes técnicas de esta en 6 diferentes tipos: receptivas, creativas, composicionales, improvisadoras, de actividad y combinadas, en el cuadro 1.8.2 se describen los diferentes tipos de experiencias (Bruscia ,1998).

La técnica que se elija dependerá del tipo de experiencia que el terapeuta considere la más indicada debe experimentar el paciente en su tratamiento. En el anexo se muestra un cuadro completo de las técnicas usadas en musicoterapia.

Aplicación de técnicas combinadas

Las técnicas usadas de manera simultánea, alternada o interactivamente con otras modalidades son de gran efecto terapéutico ya que de esta manera la experiencia vivida por el paciente no se limita a un solo tipo de acercamiento teórico

Algunas de las combinaciones más usadas según la AMTA son:

1. Actividad combinada e improvisación
2. Artes combinadas e imaginación
3. Técnicas combinadas de diagnóstico

4. Eurítmicas
5. Artes musicales y expresivas
6. Música
7. Música y tocar un instrumento
8. Juegos musicales
9. Música interactiva y movimiento
10. Música y estimulación multisensorial
11. 11.Escucha integral de música con baile/movimiento (libreestructurado)
12. Escucha integral de música con improvisación
13. Escucha e interpretación de música
14. Marchas y danzas de Wheelchair

Cuadro 1.8.2

Tipo	Música	Descripción	Alternativa de uso o apoyos
Receptivas	En vivo o pregrabada	El paciente escucha música y se observa su respuesta	Imaginación Asociación libre Relajamiento o activación Discusión de las letras Recordación Creación de historias
Recreativas		El paciente recrea la música ya compuesta	Imitación de melodías o ritmos Aprendizaje de canciones de memoria Uso de la notación musical Participación de canciones Toma de lecciones musicales Interpretación musical de una composición Intervención de un show o drama
Composicionales		El paciente crea música y esta se registra	
Improvisadoras		El paciente crea música de manera libre	
De actividad		El paciente participa en una experiencia estructurada o semiestructurada diseñada producir o evitar alguna conducta	Contar historias Juegos musicales
Combinadas		Las técnicas se combinan de acuerdo a los objetivos terapéuticos y/o a las capacidades del paciente	Arte danza Drama Poesía Terapia de juego

1.9 Papel de la musicoterapia en el tratamiento de la psicosis

De acuerdo a la clasificación anterior, la musicoterapia puede actuar a nivel emocional, tomando en cuenta la historia personal de cada individuo, aunque la misma música y el sonido mismo tienen propiedades independientes del individuo; tomando en cuenta estas dos partes: las propiedades de la música y la historia del individuo tenemos (según Kleizer, 2008) que en nuestra cultura generalmente ciertas armonías menores provocan estados de melancolía, de tristeza, de nostalgia. En cambio las armonías mayores provocan estados de alegría, de optimismo, de euforia. En cuanto al ritmo, algunos de repetición frecuente provocan estados de fuerza, de vitalidad, de vida. En cambio ritmos más suaves provocan estados de paz, o también de depresión. Aunque esto puede variar de persona a persona.

Un ejemplo, la “Novena sinfonía de Beethoven” en su 2º. movimiento está en armonía mayor y con un ritmo más frecuente y generalmente nos lleva a estados de alegría pero si el individuo tiene condicionadas a este tipo de música emociones y sentimientos distintos, va a imperar la historia musical del individuo y no las propiedades de la música.

Según González (2008) el diccionario médico de Stedman (2010) define la psicosis como “un desorden mental severo, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno de la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal”.

Tomando en cuenta estas ideas Kleizer opina que el papel principal de la musicoterapia es ayudar al paciente psicótico a crear una escena estructurada donde puede expresar sus emociones a través de la música, sin importar si estas se corresponden o no con los elementos formales de la música, ya que lo importante es lo que en el interior del individuo evocan y es esta forma estructurada de relacionarse con su entorno lo que falta en los pacientes con psicosis.

CAPITULO II TRASTRONOS PSIQUIATRICOS

Los conceptos de salud y enfermedad, así como de normalidad y anormalidad, son conceptos difíciles de precisar con exactitud, ya que en realidad presentan puntos (muchas veces arbitrarios) a lo largo de un continuo.

La enfermedad ha sido definida como cualquier condición asociada a malestar, dolor, incapacidad, muerte y mayor propensión a estos estados. Esta definición es válida también para el caso de trastorno psiquiátrico son el resultado de la interrelación humana, aun cuando existan factores biológicos involucrados en este proceso según los autores Kaplan y Sandock (1995).

Ambos autores mencionan también que las manifestaciones clínicas del trastorno psiquiátrico son el resultado de la interrelación de fuerzas complejas: biológicas, socioculturales y Psicológicas. Estas manifestaciones expresan una crisis en el proceso adaptativo, entendiendo a la “Adaptación” como aquella serie de cambios que ocurren en el interior de una persona, como resultado de los cuales satisface sus deseos y necesidades en relación a sus intereses personales y a las realidades del ambiente. Las alteraciones de estos procesos se manifiestan como anomalías del pensamiento, de los sentimientos y de la conducta.

2.1 El trastorno mental

En la actualidad, no existe una definición satisfactoria que especifique límites precisos del concepto de “trastorno mental”, ocurriendo lo mismo con los conceptos de “trastorno somático”, “salud física” y “salud mental” (DSM-IV-TR, 2002).

De acuerdo con el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (conocido como distress) o con un deterioro en una o más de las aéreas principales de actividad; esto es, que origina una incapacidad. Además, este síndrome o patrón no es solamente una respuesta esperable a un acontecimiento particular; por ejemplo, la muerte de un ser querido. Cualquiera que sea la etiología, este trastorno es considerado como una disfunción

psicológica, conductual o biología. La conducta socialmente desviada, sea política, religiosa o sexual, o los conflictos del sujeto con la sociedad no son trastornos mentales, a menos que la desviación sea síntoma perteneciente a una disfunción del tipo citado.

Cuando existe una incapacidad personal para poder alcanzar un autocontrol y una adaptación social adecuada se dice que hay una predisposición a la perturbación mental y emocional. Puede darse una adaptación si la vida ha sido tranquila y libre de estímulos que puedan causar tensión. Las experiencias frustrantes o los conflictos pueden ser motivo de derrumbes emocionales y mentales.

Kleizer (2008) menciona que las causas más comunes que pueden dar motivo a enfermedades mentales son:

- I. Prejuicios fijos por parte de los progenitores, experimentados durante la infancia como negociaciones o shocks.
- II. Incapacidad para dar gusto a una necesidad exigida a nivel social
- III. Fatiga anormal, preocupación ansiedad o aburrimiento
- IV. Épocas de cambios anormales de la edad (pubertad o menopausia)
- V. Presiones económicas, políticas y sociales
- VI. Condiciones climáticas extremas causantes de agotamiento y toxemia
- VII. Enfermedades, particularmente el Sida
- VIII. Trauma y/o lesiones de la cabeza o espina dorsal
- IX. Infecciones tóxicas producidas por el alcohol o narcóticos y venenos
- X. Conmoción emocional provocada por terror o muerte súbita de un ser amado.

Según la American Psychiatric Association los trastornos psiquiátricos pueden ser clasificados de la siguiente manera:

- 1) Grupo 1: Trastornos provocados por alteraciones o asociaciones en la función del tejido cerebral.
- 2) Grupo 2: Defecto mental, de origen familiar o con origen en el nacimiento.
- 3) Grupo 3: Trastornos que no tienen una relación clara con el factor físico, sino que tienen un origen psicógeno, como las psiconeurosis, las reacciones psicóticas, psicósomáticas y de la personalidad.

2.2 Las psicosis

Los trastornos mentales conocidos con el nombre de “Psicosis” están constituidos por un amplio grupo de trastornos funcionales u orgánicos del sistema nervioso, que generan cambios profundos en la personalidad. Los trastornos psicóticos se caracterizan básicamente por la ausencia de juicio de realidad y de conciencia de enfermedad; por una pérdida del nivel de adaptación y de sus logros (como resultado del no juicio de realidad); por una amplia gama de trastornos en el pensamiento (delirios), en la sensopercepción (alucinaciones), en las funciones intelectuales (memoria, lenguaje y otras) y en la conducta motora; además de alteraciones en el efecto en el sentido del ser y en la voluntad (DSM-IV-TR, 2002).

La irrupción de un estado psicótico generalmente se acompaña de una sensación de profunda desesperación. La persona afectada sufre por lo que le está ocurriendo, se siente extrañado de sí, pierde el control sobre sí mismo, la angustia lo inunda y el dolor mental le resulta intolerable.

2.3 El trastorno esquizofrénico

El trastorno esquizofrénico, que inicia habitualmente durante la adolescencia o inicio de la edad adulta, generalmente implica un deterioro en el nivel previo de actividad del individuo. Este deterioro se manifiesta en todas las áreas, como son la familia, el área laboral, la higiene y el cuidado personal y, sobre todo en el área de las relaciones sociales.

Las alteraciones propias de los trastornos esquizofrénicos, de acuerdo con el DSM-IV-TR (2002), ocurren en los siguientes rubros:

a. **Contenido del pensamiento:**

Ideas delirantes que son a menudo múltiples, fragmentadas o extrañas (por ejemplo, incluyendo fenómenos completamente inverosímiles para cualquier Individuo de su medio cultural, como la difusión del pensamiento, o estar controlado por una persona muerta). Las **ideas** delirantes pueden ser de varios tipos:

- 1) Ideas delirantes de tipo persecutorio, las cuales habitualmente implican creencias de espionaje, difusión de falsos rumores, o planes de perjuicio hacia el propio sujeto;
- 2) Ideas autorreferenciales, en donde las personas, objetos o acontecimientos adquieren un significado peculiar o insólito, generalmente de naturaleza peyorativa o negativa (por ejemplo, la persona puede estar convencida de que los comentarios de la televisión son burlas hacia él);
- 3) Difusión del pensamiento, que es la creencia o experiencia de que los propios pensamientos, tal y como se presentan, son difundidos hacia el mundo exterior desde su propia cabeza, de tal forma que los demás pueden oírlos;
- 4) Inserción del pensamiento, que consiste en creer que los pensamientos no son propios sino que han sido introducidos en la propia mente;
- 5) Robo del pensamiento, en donde se cree que los pensamientos han sido robados de la propia cabeza del sujeto;
- 6) Ideas delirantes de creerse controlado, que implican la creencia de que los propios sentimientos, impulsos, pensamientos o acciones no son los propios, sino que han sido impuestos por fuerzas externas;
- 7) Ideas delirantes de tipo somático, de grandeza, religiosas, sobrevaloradas y nihilistas, que son observadas con menor frecuencia a las anteriores.

b. Curso del Pensamiento:

Las alteraciones aquí se manifiestan por la pérdida de la capacidad asociativa, por la cual las ideas cambian de un tema a otro sin relación o quizá con una relación indirecta, sin que el que habla parezca ser consciente o tener conocimiento de que los temas están desconectados.

Pueden exponerse manifestaciones con falta de significado en sus relaciones o cambiar de una estructura de referencia a otra de forma idiosincrásica. Cuando la pérdida de la capacidad asociativa es grave, puede presentarse incoherencia y el lenguaje puede llegar a ser incomprensible. El lenguaje puede tener un contenido pobre, adecuado en

cuanto a cantidad, pero de poca información debido al exceso de abstracción o repetición. Puede haber neologismos, perseverancia, asonancia y bloqueos.

c. **Sensopercepción:**

Alteraciones que se manifiestan a través de diversos tipos de alucinaciones, sobre todo las de tipo auditivo, que comprenden voces y sonidos que la persona percibe como si procedieran del exterior. Las voces pueden ser familiares y a menudo sus comentarios son insultantes, pudiendo haber una sola voz o varias voces a la vez. Es característico el hecho que estas voces se dirijan directamente al sujeto, comentando su forma de actuar. Las órdenes procedentes de las alucinaciones pueden ser obedecidas por el sujeto, lo cual puede resultar peligroso para él o para los demás.

Las alucinaciones pueden ser táctiles, somáticas, visuales, olfativas y gustativas; otras anomalías perceptivas incluyen sensaciones de cambio corporal; hipersensibilidad a los sonidos, a las imágenes visuales y a los olores; ilusiones ópticas y cinestésias.

d. **Conducta Psicomotora:**

Alteraciones en la psicomotricidad, como la disminución de la reactividad al entorno, con una reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad en general. El sujeto puede ignorar el entorno; puede mantener posturas rígidas oponiendo resistencia a los movimientos; puede hacer movimientos estereotipados, sin propósito fijo, y presentar una excitación motora no influida por estímulos externos; puede mantener actitudes inapropiadas o extrañas; o bien, resistir o ignorar las instrucciones para cambiar de posición.

e. **Afectividad:**

La afectividad puede ser no apropiada (es claramente discordante con el contenido y de la ideación del individuo, hay una grave reducción de la expresión de la afectividad) o aplanada (no hay signos de expresión afectiva, y con frecuencia la voz es monótona y la cara inmóvil). Puede haber cambios súbitos e impredecibles de la afectividad, que se acompañan de inexplicables ataques de furia.

f. **Sentido del Yo:**

El sentido de si mismo que da a una persona normal un sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección, esta con frecuencia alterado. Esto se manifiesta por una pérdida del Yo y se expresa por una perplejidad extrema acerca de la propia identidad y del significado de la propia existencia, o por algunas ideas delirantes al respecto.

g. **Voluntad:**

Alteración de la actividad dirigida hacia metas concretas, lo que deteriora visiblemente la actividad laboral o cualquier tipo de actividad. Hay una incapacidad para seguir el curso normal de una acción hasta llegar a concluirla de forma lógica, y esto es debido a falta de interés o de motivación adecuada. La ambivalencia influye en las alternativas de la acción, dando lugar a la imposibilidad de continuar la acción hasta la meta propuesta.

CAPITULO III. ANSIEDAD

3.1 Conceptualizaciones de la ansiedad

En gran parte de la literatura, angustia y ansiedad aparecen como términos sinónimos, y en algunas lenguas, como la alemana, solo existe un vocablo que agrupa indistintamente a las dos. La palabra ansiedad viene del latín *anxius* que es usado desde el año 1525, y sugiere una condición de agitación y distrés; el prefijo *anx* proviene de la palabra latina *angere* que significa estrangular. La palabra *anxious* se refiere a la sensación de estrangulamiento que es experimentada por los individuos ansiosos (Kleizer, 2008).

Freud refiere que la angustia es un estado displacentero particular, con acciones de descargas que siguen determinadas vías; en la base de la angustia existe un incremento de excitación que da lugar al carácter displacentero y por otra parte es aligerada mediante descargas que siguen diferentes caminos. La angustia es una reacción inherente a todos los organismos porque llena una función indispensable desde el punto de vista biológico, como una reacción frente al estado de peligro. En lo sucesivo se producirá cuando un estado semejante vuelva a presentarse. La angustia es considerada como una señal deliberada del Yo hecha con el propósito de influir sobre la instancia placer- displacer. Esta angustia es un estado afectivo que sólo puede ser registrada por el Yo pues es una organización. Freud hizo una distinción entre tres tipos de ansiedad: la ansiedad real se refiere a un peligro real en el mundo externo; la ansiedad neurótica se refiere al temor que los impulsos internos no puedan ser controlados y la ansiedad moral es un temor a los castigos de la propia consciencia. Todas tienen su base en la ansiedad real. A fin de que un individuo afronte la ansiedad, el Yo (consciente o inconsciente) desarrolla mecanismos de defensa, que son procedimientos que previenen la ansiedad e impiden la percepción consciente de ésta. El mecanismo de defensa comparten dos características: ocurren en un nivel inconsciente y niegan o distorsionan la realidad para hacerse menos amenazadores. Los mecanismos de defensa son los siguientes:

- Represión: es un acto involuntario, lo cual impide que se percaten muchos de los conflictos productores de ansiedad o que se recuerden ciertos acontecimientos emocionales traumáticos del pasado.

- Negación: supone rehusarse a creer en una realidad o hecho de la vida.
- Proyección: se refiere a la atribución inconsciente de un impulso, actitud o conducta a alguien, o a algo más en el ambiente: esta defensa reduce la ansiedad colocando su fuente en el mundo externo, lo cual la hace parecer más fácil de manejar.
- Formación reactiva: expresa un impulso por su opuesto y con frecuencia la sustitución es exagerada.
- Regresión: la persona retrocede en el tiempo a una etapa en la que fue menos ansiosa y tenía pocas responsabilidades.
- Racionalización: implica tratar una emoción o un impulso de manera analítica e intelectual para evitar sentirla; es un razonamiento defectuoso ya que el problema permanece sin resolverse en el nivel emocional.
- Identificación: reduce la ansiedad modelando la conducta a semejanza con la de alguien más.
- Desplazamiento: si no se encuentra disponible un objeto que satisfaga un impulso del *Ello*, se puede cambiar el impulso hacia otro objeto y conduce a una concentración de la tensión no descargada.
- Sublimación: recanaliza un impulso inaceptable hacia una salida más aceptable para la sociedad; es una forma de desplazamiento que redirige al impulso mismo en lugar de al objeto.

Los mecanismos de defensa pueden bloquear la maduración personal y social, protegen de la ansiedad excesiva aunque con frecuencia representan soluciones creativas a los problemas.

Por su parte Horney, (1993) hace referencia a este tema, menciona que las fuerzas sociales fomentan la ansiedad y conducen a la neurosis. A diferencia de Freud, Horney no consideraba a la ansiedad como una parte inevitable de la condición humana.

La ansiedad básica, un sentimiento insidioso, creciente y que todo lo impregna, de estar solo y desamparado en un mundo hostil, resulta de sentimientos de inseguridad de estas relaciones. De acuerdo con el concepto de Horney sobre la ansiedad básica, el ambiente como un todo es temido debido a que es observado como irreal, peligroso, desagradable e injusto. Una

variedad de condiciones negativas en el ambiente pueden producir la falta de seguridad implicada en la ansiedad básica, dominación, aislamiento, sobreprotección, hostilidad, indiferencia, conducta inconsistente, menosprecio, discordia paterna, falta de respeto y guía o la carencia de aliento y afecto.

Frente a la ansiedad básica se elaboran estrategias que se utilizan para enfrentar o minimizar los sentimientos de ansiedad y ayudan a las relaciones eficaces con los demás. Cuando se vuelven exageradas o inapropiadas, estas luchas pueden ser consideradas como necesidades o tendencias neuróticas que son resultado de experiencias formativas que crean ansiedad básica.

Rollo May, (1968, 1983, mencionado en Vallejo y Gasto 1999) cree que la tendencia en que algunos psicólogos tienden a utilizar el término estrés en lugar de ansiedad, es desafortunado e impreciso ya que el estrés puede ser definido con facilidad y medido con precisión y no describe de forma adecuada la aprehensión a la que se hace referencia de manera ordinaria como la ansiedad. La ansiedad está vinculada en forma distintiva con la conciencia y la subjetividad. Rollo define a la ansiedad como la aprensión caracterizada por una amenaza a algún valor que el individuo considere esencial para su existencia como persona. La ansiedad es una característica inevitable del ser humano, algo determinado; no tiene objeto debido a que ataca a esa base de la estructura psicológica en la que ocurre la percepción de uno mismo como distinto del mundo de los objetos. El potencial para la ansiedad es innato, aunque los acontecimientos particulares que pueden volverse amenazadores son aprendidos; el temor es la expresión de la ansiedad en una forma objetivada específica. May propone que la ansiedad es otro síntoma de un problema más profundo, y que los grandes esfuerzos por disipar la ansiedad en realidad terminan incrementándola.

Spielberger, (1984 mencionado en Sierra, Ortega y Zubeidat) menciona que el estado de ansiedad es una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo.

Spielberger distingue dos tipos de ansiedad. La ansiedad patológica (o ansiedad clínica), se caracteriza en principio por presentar ciertas diferencias cuantitativas respecto a la ansiedad normal (esto es, un nivel más elevado de ocurrencia, intensidad y duración). La distinción entre ansiedad patológica (o ansiedad clínica) y no clínica, generalmente se establece en razón a la demanda de tratamiento por la propia persona, demanda que puede estar

determinada por múltiples factores (características de personalidad, creencias personales de enfermedad, presiones familiares, etc.), aparte de los propios problemas de ansiedad.

Beck, (1985 mencionado en Vallejo y Gastó 1999) afirma que la ansiedad puede ser distinguida del miedo ya que es un proceso emocional, mientras que el miedo es un proceso cognitivo; este último encierra el desencadenamiento intelectual del estímulo amenazante, mientras que la ansiedad, lo hace con la respuesta emocional.

El miedo es activado cuando una persona está expuesta, física o psicológicamente, a la situación estímulo que él considera amenazante. Cuando el miedo empieza a ser activado, se experimenta la ansiedad. El miedo entonces, es el desencadenamiento del peligro, y la ansiedad es el estado del sentimiento displacentero que se evoca cuando el miedo es estimulado. En relación a la ansiedad, una variedad de síntomas referibles al sistema nervioso autónomo y somático, puede ser provocada concurrentemente.

Kaplan y Sandock (1995) mencionan que ansiedad es el estado emocional desagradable en que hay sensaciones de peligro amenazador, caracterizadas por malestar, tensión o aprehensión, que va acompañada por un patrón característico de descarga del sistema nervioso autónomo implicando una tasa respiratoria alterada, un aumento del ritmo respiratorio, palidez, sequedad de boca, aumento de sudor, trastornos músculo-esqueléticos, temblores y sensación de debilidad.

3.2 Componentes de la ansiedad

La ansiedad implica al menos tres componentes, modos o sistemas de respuesta. Lang (1968 mencionado en Sierra, Ortega y Zubeidat) lo denominan Triple Sistema de Respuesta, el cual se integra por un componente subjetivo (o cognitivo), uno fisiológico (o somático) y por último el motor (o conductual), los cuales se describen a continuación:

1. **Subjetivo- cognitivo.** Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia existencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Así por ejemplo, a esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos, etc.

2. **Fisiológico-somático.** Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardiaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.), algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.) y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, vómitos, temblor, etc.).

3. **Motor-conductual.** Corresponde a los componentes observables de conducta que aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación.

3.3 Causas de la ansiedad

Según Kaplan y Sadock (1995 mencionados en Vallejo y Gastó 1999), los factores que influyen en el desarrollo de los trastornos de ansiedad en una determinada persona son los siguientes:

Genéticos: Los pacientes con trastorno de ansiedad tienen una patología cerebral funcional demostrable y esta tiene una relación causal con los síntomas de ansiedad. Los estudios genéticos han aportado datos sólidos de que al menos un componente genético contribuye al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Casi la mitad de los pacientes con trastorno de ansiedad tienen al menos un pariente afectado. Otros trastornos de ansiedad indican una frecuencia más alta de la enfermedad en parientes de primer grado de pacientes afectados que en los parientes de personas no afectadas. Los trastornos de ansiedad están al menos en parte, determinados genéticamente.

Biológicos: Los factores biológicos postulan que la estimulación del sistema nervioso autónomo, en algunos casos de ansiedad, causan ciertos síntomas cardiovasculares, musculares, gastrointestinales y respiratorios. La ansiedad del sistema nervioso central precede a las manifestaciones periféricas de ansiedad, excepto cuando existe una causa específica periférica. Se muestra también un incremento en el tono simpático, se adapta lentamente a la estimulación continuada y responde excesivamente a la estimulación

moderada. Los tres neurotransmisores más importantes asociados a la ansiedad son la noradrenalina, la serotonina y el ácido y minobutírico (GABA).

Algunos estudios de imagen cerebral como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, han mostrado incrementos ocasionales en los ventrículos cerebrales de pacientes con ansiedad. En otro estudio se descubrió un defecto específico en el lóbulo temporal derecho; se han presentado hallazgos anómalos en el hemisferio derecho pero no en el izquierdo, esto sugiere que algún tipo de asimetría cerebral puede ser relevante en el desarrollo de síntomas de ansiedad en determinados pacientes.

Psicosociales: Existen diversas teorías que manejan estos factores, una de ellas es la conductual que propone que la ansiedad es una respuesta aprendida bien por la conducta de imitación hacia los padres o a través del proceso del condicionamiento clásico: también se postula la relación entre las sensaciones de síntomas somáticos y la génesis de una crisis de ansiedad.

Cabe señalar que en estudios realizados se ha encontrado que las mujeres tienen una probabilidad dos o tres veces mayor que los hombres de ser afectadas por trastornos de ansiedad. El único factor social identificado que contribuye al desarrollo de algún trastorno es una historia reciente de divorcio o separación. Los trastornos de ansiedad suelen desarrollarse en los adultos jóvenes, aunque, pueden presentarse en otra edad.

3.4 Teorías de la ansiedad

Teoría psicoanalítica

En la obra de Sigmund Freud se pueden distinguir tres periodos en las concepciones sobre la angustia:

1. 1893 a 1895 alrededor de la neurosis de angustia y de sus relaciones con la vida sexual.
2. 1909 a 1917 relación entre angustia y la libido reprimida.
3. 1926 relación de la angustia con el aparato psíquico.

Primer periodo:

Freud plantea inicialmente que toda neurosis posee una etiología sexual. Él explica que la ansiedad, por las frustraciones de la libido y por las prohibiciones del *Superyó*, es una señal de peligro dirigida del Yo, es decir a la

personalidad consciente e inconsciente la cual advertida de esta forma, puede responder con medidas adecuadas o movilizándolo sus mecanismos de defensa. La causa principal de la formación de angustia, reside según Freud, en el hecho de que el afecto sexual no puede ser formado y la tensión física no puede ligarse psíquicamente. La angustia aparecería como un sustituto de la representación faltante, sustituto somático, como lo indican la fenomenología y la sintomatología de la angustia.

Segundo periodo:

Se produce aquí una inversión de las relaciones que existen en estado normal del coito, mientras que en este último caso, la vía principal de descarga es psicosexual y la vía secundaria es somática (disnea, aceleración cardíaca, etc.), en la angustia la vía secundaria de descarga se transforma en la principal.

Está claro que todos los mecanismos tendientes a la acumulación cuantitativa agravan la situación; pero el trastorno esencial reside en la imposibilidad de la excitación somática de ser elaborada psíquicamente. La excitación es desviada hacia otras vías psíquicas.

La angustia patológica se manifiesta esencialmente bajo dos formas: una angustia flotante (donde el peligro se encuentra por todos lados) y otra, la angustia circunscrita (donde el peligro está localizado). Esta comparación permite encontrar dos estados de angustia: la angustia donde toda maniobra es evidentemente impotente por el hecho de la carga del Yo por el afecto y la angustia gobernada en una cierta medida por la evitación de la situación angustiosa, mecanismo de defensa puesto en marcha por el Yo.

Tercer periodo:

Freud sostiene en esa época una serie de proposiciones.

- La angustia tiene su ubicación en el Yo. Solamente el Yo puede experimentar angustia. La fuente de esta angustia puede encontrarse en el mundo exterior, en el *Ello*, en el *Superyo*.
- No es la represión la que produce la angustia, sino la angustia la que produce la represión.
- La angustia es el llamado del Yo en función de una exigencia pulsional nueva o de una situación de peligro antigua.

- La señal de displacer suscita por parte del Yo una reacción pasiva o activa.
- La energía de la existencia pulsional puede seguir diversos destinos.
- El Yo en su relación de conjunción y de disyunción con el *Ello* está por una parte, bajo la dependencia de este, pero por otra parte se revela menos impotente de lo que parecería, puesto que está preparado para poner en marcha la represión por desencadenamiento de la señal de alarma.
- La angustia neurótica es causada por la aparición en el psiquismo de un estado de gran tensión sentida como displacer, en la cual la liberación por descarga es imposible.
- La evolución libidinal implica que el peligro corrido no es el mismo en las diferentes etapas del desarrollo.
- El peligro de abandono psíquico coincide con el despertar del Yo, el peligro de pérdida de objeto con la dependencia infantil, el peligro de castración con la fase fálica y el miedo al *Superyo* con el periodo de latencia.
- La angustia depende del doble dispositivo de la represión originaria y posterior.
- Los dos aspectos de la angustia, señal de alarma o expresión de una situación traumática responden al papel jugado por las instancias.

Teoría conductual

Según la teoría conductual la ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos. Los psicólogos conductistas proponen que la ansiedad es una conducta aprendida. Según la teoría del aprendizaje, la angustia constituiría la respuesta condicionada (aprendida) hacia aspectos del medio ambiente que se asocian con el peligro.

Dollard y Miller (1959 mencionado en Arosena, Cobo y Romero 1983) no le dan importancia a los factores hereditarios y constitucionales, sino a la historia de reforzamientos de los sujetos, hablando de la ansiedad como un miedo cuyo origen ha sido borrado por la inhibición. Aclaran que solo puede llamarse ansiedad cuando hay un cúmulo de inhibición que hace imposible que el individuo etiquete verbalmente el estímulo particular que ocasiona su miedo incondicionado.

Eysenck (s. f. mencionado en Arosena, Cobo y Romero 1983) define la ansiedad como un miedo condicionado. Y el que unas personas estén más ansiosas que otras, según este autor, se debe a factores hereditarios y constitucionales que determinan la sensibilidad de las personas.

Teoría cognitivo conductual

Epstein (1972, citado en Polaino 2003) propone que la ansiedad es un estado desagradable de excitación difusa que sigue a la percepción de la amenaza. Donde las tres condiciones básicas para la aparición de estados de ansiedad son: hiperestimulación primaria, incongruencia cognitiva y respuesta desajustada.

Teoría existencialista

Para esta corriente, la ansiedad se refiere al presente y al futuro en general, aparece ante las amenazas de la integridad existencial.

Para Rollo May (s. f. mencionado en Castro y García 1990), la ansiedad es la aprensión originada por la amenaza de algún valor que el individuo considera esencial para su existencia. Dice que una reacción de ansiedad se puede considerar normal cuando es proporcional al peligro objetivo y no implica represión u otros mecanismos de defensa: y la ansiedad neurótica surgida como respuesta a un miedo igualmente objetivo, solo que la reacción a éste sería de una magnitud desproporcionada.

Teoría factorialista

Cattell (1965, citado en Moreno 2005) realizó estudios donde emergieron dos tipos distintos de factor de ansiedad a los cuales denominaron rasgo de ansiedad (característica) y estado de ansiedad (la situacional).

Los factorialistas consideran entonces como Cattell, que la ansiedad siempre se considera como un rasgo y un estado.

Todos experimentamos estados más altos o bajos de ansiedad según las circunstancias, pero también existen pruebas de que ciertas personas varían alrededor de unos niveles que para ellos son típicamente diferentes de la tendencia central. Entonces hablamos de "ansiedad caracteriológica", es decir, un rasgo.

El análisis factorial dio un claro veredicto respecto a que existe un solo factor de ansiedad, pero diferente de la respuesta al estrés y de los impulsos bien conocidos.

Dentro de los tests objetivos y en el índice universal de factores de Cattell, la ansiedad corresponde al no. 24 identificándose 7 registros:

- Mayor tolerancia de imperfecciones comunes
- Mayor tendencia a estar de acuerdo
- Mayor susceptibilidad general al enfado
- Menor confianza en las propias actitudes ante tareas desconocidas
- Mayor gravedad crítica
- Mayor emotividad al comentario
- Menor presión en la escritura.

3.5 Trastornos de la ansiedad

Concepto

Un trastorno de ansiedad se define cuando una persona desencadena sus mecanismos de alerta sin ningún peligro real de importancia o sin que se encuentre un motivo que lo justifique; existe la presencia predominante de síntomas de ansiedad, siendo éstos irracionales y excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para una persona. Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse de diferentes constituyendo cuadros o síndromes más específicos.

3.6 Técnicas para el manejo de la ansiedad

Para el tratamiento de la ansiedad y de sus posibles trastornos, diferentes especialistas han creado diversas técnicas para la reducción y/o manejo adecuado de esta.

Terapias cognitivas

La psicoterapia cognitiva está fundada en la idea del papel causal de los pensamientos y creencias sobre las emociones y conductas. Tanto la percepción como la conducta parecen organizarse a través de la observación de las consecuencias de las acciones.

Las técnicas cognitivas intentan modificar los pensamientos automáticos, sistemas de creencias e ideas irracionales por medio de la comunicación verbal en la terapia. Existen varias aproximaciones terapéuticas que usan técnicas cognitivas. En general, se dividen en cognitivo conductuales y cognitivo psicodinámicas. Las primeras intentan modificar la conducta

cambiando los patrones de pensamiento. Se ayuda al paciente a identificar los pensamientos irracionales asociados con las situaciones ansiógenas, se discuten y se le ayuda a pensar en la situación de forma más racional. Las psicodinámicas ponen el énfasis en las cogniciones intrapsíquicas, en las relaciones entre pensamientos y emociones y en los orígenes de dichas relaciones. Para el terapeuta cognitivista en una situación provocadora de ansiedad, los factores importantes no son los hechos objetivos de la situación, sino la valoración que de ellos hace el individuo, o su estructura de creencias internas acerca de la situación que afronta.

Terapia racional- emotiva de Ellis (TRE)

Para Ellis (1958 mencionado en Vallejo y Gastó 1999), el trastorno de ansiedad es causado por un grupo específico de estructuras cognitivas que involucran ideas erróneas sobre la visión que tiene el sujeto de los demás y de las condiciones de vida en general. Esta terapia defiende una filosofía de vida que incluye un humanismo ateo, pensamiento científico, asunción de riesgos, aceptación de la incertidumbre, autodirección y tolerancia de uno mismo y de los otros. El terapeuta intenta facilitar al paciente la formación de nuevas estructuras cognitivas mediante discusiones. También se emplean técnicas como a imaginación, la relajación y la parada del pensamiento. Asimismo, la TRE reconoce la potencia de los cambios de conducta para producir cambios cognitivo.

Terapia cognitiva de Beck

Beck (1995) creía que una amplia variedad de creencias erróneas e ideas irracionales, se hallan en el trasfondo de los problemas emocionales. Su terapia consiste en la colaboración con el paciente para hacerle considerar la relevancia de sus creencias erróneas. Las técnicas están estandarizadas e intentan la identificación de los pensamientos automáticos disfuncionales, a través del diario de autoregistro y su discusión mediante hipótesis activas. Se incluyen deberes de exposición a las situaciones relevantes ansiógenas con aplicación de estrategias.

Terapia psicodinámica

Modelo psicodinámico de ansiedad de Freud y Bowlby

En 1924 Freud formula su teoría desde un punto de vista psicológico, ya que para él la ansiedad es la reacción mental a la anticipación del peligro. La

ansiedad se basa en fantasías inconscientes de peligros imaginarios de la infancia. Los miedos reales pueden ser exagerados y usados defensivamente para desplazar, simbolizar y racionalizar la ansiedad.

El modelo *psicoanalítico* tiene como principal representante a Freud, quien en la primera mitad del siglo XX señaló que el estado de ansiedad se acompaña por respuestas conductuales y fisiológicas, tales como cambios en la respiración y en la palpitación del corazón, sudoración y estremecimientos y distinguió entre "ansiedad objetiva" y "ansiedad neurótica", siendo la primera una reacción de miedo ante la percepción de peligro, y la segunda una aprensión general o "ansiedad libre flotante". Este modelo plantea que la ansiedad tiene como origen el miedo a que el mecanismo de defensa represivo falle en el control de demandas instintivas y éstas asomen intempestivamente.

Según Micheis y MacKinnon (1973, citado en Vallejo y Gasto 1999), la persona fóbica se enfrenta a la ansiedad y conflicto emocional tratando de reprimir sus pensamientos e impulsos inquietantes. Si esta represión falla, desplaza su conflicto a un lugar o a una situación del mundo exterior y trata de confinar su ansiedad a dicha situación. La fobia es, pues, la representación de su conflicto psicológico interior. Sólo evitando la situación puede reducirse la ansiedad.

Un ejemplo de tratamiento de la ansiedad (según el modelo cognitivo-conductual) es el siguiente (Kleizer 2008):

1. Necesidad de tranquilización. Los pacientes fóbicos tratan con frecuencia de provocar ansiedad en otros, sobre todo en sustitutos parentales, como el terapeuta. La forma como éste trate su propia ansiedad y su actitud hacia los pacientes servirán de modelo para éstos y será a veces tan importante como cualquier interpretación de la conducta del paciente.

2. Facilitar la comprensión de la ansiedad. Hay que indicarle al paciente que la ansiedad es una emoción normal y que a veces es apropiada, pero desproporcionada con respecto a los estímulos que la provocan. El terapeuta debe explorar los condicionantes inconscientes del miedo del paciente y ayudarlo a reconocer sus emociones hacia los demás como fuentes de su ansiedad, ya que los sentimientos son reemplazados por síntomas.

3. Interpretación. La primera acción es estimular al paciente para contar su historia, describir los detalles de sus síntomas, examinar su vida personal e inducirle a hablar de sus sentimientos sexuales, agresivos o

competitivos. La ansiedad y la evitación se examinan antes de la simbolización y el desplazamiento. El paciente ha de percatarse primero de que está ansioso y evitar la situación que provoca su ansiedad antes de poder explorar los conflictos subyacentes en ella.

Musicoterapia

La música se puede usar como apoyo o eje terapéutico, dependiendo del encuadre teórico, para ayudar al paciente en el manejo de la ansiedad.

Es decir, se puede aprovechar el valor clínico de la música y sus diferentes procesos independientemente del tipo de terapia con que se trabaje, de ahí que Bruscia (1991) dice: "La musicoterapia es un proceso interpersonal en el cual el terapeuta usa la música y todos sus aspectos: físico, emocional, mental, social, estético y espiritual, para ayudar a los clientes a mejora ser, restablecer o mantener la salud"... y en esto se incluye la ansiedad.

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1 Planteamiento del problema:

¿Disminuirá el nivel de ansiedad en pacientes con psicosis a través de un programa de musicoterapia en la Comunidad Psicoterapéutica Casa Azul?

4.2 Objetivo general

Determinar si disminuirá el nivel de ansiedad en pacientes con psicosis a través de un programa de musicoterapia en la Comunidad Psicoterapéutica Casa Azul

4.3 Hipótesis

Hipótesis conceptual

Según Wilems (1975) en su trabajo con pacientes esquizofrénicos, la musicoterapia parece ser la única arma eficaz para reestructurar la personalidad del esquizofrénico, esto por el uso del sonido y no la palabra como eje de la comunicación y como objeto de intercambio afectivo.

Hipótesis de trabajo

La aplicación de un programa de musicoterapia activa ayudará a disminuir la ansiedad en pacientes con psicosis.

4.4 Variables

4.4.1 Variable independiente: Técnicas musicoterapéuticas activas combinadas: recreativas y de actividad.

Las técnicas de musicoterapia activa utilizan el sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación al hacer que el paciente tenga un papel activo en el quehacer musical, las

técnicas recreativas proponen un papel importante del imaginario del paciente ya que es él quien propone que tipo de música será la que se cantará, en cuanto a las técnicas de actividad se puede afirmar su importancia ya que en ellas es el paciente quien produce la música y no solo la escucha, todo esto con el objetivo de emprender a través de ello el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad. (Benenzon 1985).

4.4.2 Variable dependiente: Ansiedad

Un trastorno de ansiedad se define cuando una persona desencadena sus mecanismos de alerta sin ningún peligro real de importancia o sin que se encuentre un motivo que lo justifique; existe la presencia predominante de síntomas de ansiedad, siendo éstos irracionales y excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para una persona. Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse de diferentes constituyendo cuadros o síndromes más específicos. (DSM-IV-TR, 2002)

4.5 Población

La población está conformada por 10 personas que son pacientes de la Comunidad Psicoterapéutica Casa Azul de entre 21y 65 años de edad, todos ellos diagnosticados con Esquizofrenia.

4.6 Diseño de investigación

Se realizó un diseño de investigación cuasi experimental intrasujeto de medidas repetidas lo que permite observar cómo se van comportando durante el periodo de aplicación del taller (tratamiento), no se cuenta con grupo control sin embargo si hay manipulación de la variable independiente por medio del taller. (Hernández Sampieri. 1997)

4.7 Tipo de investigación

Es un estudio observacional ya que se usaron técnicas observacionales para comprobar los efectos de una variable, en ambiente seleccionado ya que se realizó en el Centro de Día de la Comunidad Psicoterapéutica Casa Azul, las

observaciones a la población fueron según la conducta y se usó un protocolo de anotaciones como técnica de registro.

La investigación fue de tipo longitudinal ya que se recolectaron datos a través del tiempo en puntos o periodos, para hacer inferencia respecto al cambio de conducta en los pacientes, sus determinantes y consecuencias. (Hernández Sampieri. 1997)

4.8 Técnica

Se usó una técnica combinada, **recreativa** ya que los pacientes recibieron instrucción musical formal e interpretaron canciones tanto de manera individual como en coro, además de que las memorizaron y **de actividad** ya que se diseñó un ambiente estructurado seleccionado previamente para producir ciertas conductas.

4.9 Equipo clínico

El equipo clínico estuvo compuesto por mi persona como terapeuta que daba las instrucciones, hacía las peticiones y tocaba la guitarra, y tres colaboradores de servicio social quienes llevaban las anotaciones de los registros de conducta además de facilitar las copias de las canciones a los pacientes, todos supervisados por la musicoterapeuta Graciana Kleizer.

CAPITULO V APLICACIÓN

A continuación se presenta la carta descriptiva que se usó al principio del proyecto a la institución para que se conociera el programa que se pretendía aplicar a los pacientes, así como para que los asistentes terapéuticos tuvieran una guía clara sobre los cómo y porqués de las actividades.

5.1 Carta descriptiva

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	TIEMPO
Presentación	<p>El equipo clínico se presentará ante los integrantes del grupo de pacientes, y se describirá de manera breve cuales son las actividades que se llevarán a cabo, haciendo hincapié en que usaremos la música para relajarnos y divertirnos, que su participación es voluntaria y que pueden exponer cualquier duda y retirarse cuando lo deseen siempre y cuando sea en orden.</p>	<p>General: Estructurar a los pacientes como un grupo.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Establecer el saludo como una manera de iniciar la sesión. -Establecer este momento como un punto de referencia donde se explica el programa del día -Dejar en claro que las reglas del grupo no se aplican de manera particular, sino al grupo en general. 	<p>Cuando se trabaja con pacientes que no pueden manejar su ansiedad es necesario como primer paso “prestarles” una estructura dentro de la cual puedan funcionar, si bien esta estructura en un principio es impuesta, lo importante aquí es dejar en claro que dicha estructura tiene una lógica y que esta lógica no obedece a los caprichos del terapeuta, sino el buen funcionamiento del grupo.</p>	<p>Aleatorio (de 5 min a 20 min)</p>

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	TIEMPO
EJERCICIOS PREVIOS:	Relajación:	General:	Los ejercicios preparatorios tienen una base pedagógica en cuanto al canto, sirven como preparación física para la actividad de cantar.	Aleatorio
Relajación	-mover el cuello, cerrar los puños y abrirlos con los brazos extendidos - cruzar los pies y balancearlos unos segundos-mover la cabeza dejándola tensa por unos instantes en determinada posición-con las manos sobre los muslos y la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante escuchar música durante 1 minuto	Lograr que los pacientes se preparen para la acción del canto.		(de 5 a 20 min)
Respiración	Respiración:	Específicos:	En dicha actividad se ponen en juego varios grupos musculares (diafragma, cuerdas vocales, músculos faciales) que, como en toda actividad física, requieren de una preparación previa.	
Vocalización	-aspirar durante 5 segundos y soltar el aire inmediatamente (serie de 5 veces)-aspirar en tres movimientos y expirar también en tres movimientos (serie de 5 veces)-aspirar durante 5 segundos levantando los brazos y soltar el aire en un solo movimiento bajando los brazos-aspirar durante 5 segundos, sostener el aire otros 5 segundos y soltarlo lentamente	-Los pacientes seguirán instrucciones -Entenderán el objetivo de dichas instrucciones - Al ejecutar ejercicios formales de canto, se preparan para el canto en sí	En la situación clínica, no solo sirven para este propósito, sino que además su cualidad relajante ayuda al paciente a focalizar su atención en algo más que sus pensamientos obsesivos y las sensaciones físicas que a estos acompañan, el paciente puede ahora estar pendiente de sus sensaciones físicas pero estas ya no están supeditadas a sus pensamientos ansiosos.	
	Vocalización	-Lograran un estado relajado.		
	-escuchar un sonido e imitarlo -escuchar una serie de tres sonidos imitando cada uno de por separado -escuchar una serie de tres sonidos e imitar la serie -escuchar una serie de cuatro sonidos e imitarla -escuchar dos series de cuatro sonidos e imitarlas - escuchar una serie de ocho sonidos e imitarla (escala)			

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	TIEMPO Y RECURSOS
ELECCIÓN DE CANCIONES	<p>Pedir a los integrantes por turnos que elijan alguna canción que les agrade de los cancioneros que se les proporcionan, puede optar por elegir o no.</p> <p>Cuando elijan una canción, esta será interpretada en la guitarra por la terapeuta y/o algún asistente, no se presionara al paciente ni a ningún otro para que la cante, pero se observará si este o algún otro lo hacen de manera espontanea.</p>	<p>General:</p> <p>Los pacientes pondrán en juego su capacidad de elegir.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se observará si el paciente participa. -Se verá si lo hace como elemento de un grupo o de manera aislada. -Se observara si establece un patrón en cuanto al estilo o género musical. -Se conocerá cual es el estilo o género musical que el paciente prefiere. 	<p>En este punto se les “retira” la estructura que se les “presto” en un primer momento cuando la terapeuta tomó una postura directiva.</p> <p>Ahora es la voluntad del paciente lo que está en juego y de aquí se puede observar si retorna a su actitud ansiosa o si la maneja de manera adecuada en 2 momentos: al elegir una canción y cantarla y al cantar de manera espontanea una canción elegida por otro.</p>	<p>Aleatorio</p> <p>(de 20 a 40 min)</p> <p>Cancioneros de diversos géneros.</p>

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	TIEMPO Y RECURSOS
Canto en coro	<p>Invitar a los integrantes a que canten todos juntos una canción conocida por todos a manera de coro.</p> <p>Indicar que para que esto sea posible deben seguir las indicaciones de quien dirige.</p> <p>La canción a cantar debe ser acordada por el grupo.</p>	<p>General:</p> <p>Lograr la identificación de cada integrante como miembro de un grupo</p> <p>Específicos:</p> <p>-Cada paciente tomará conciencia de las canciones que de manera espontanea se han cantado entre varios.</p> <p>-Tomarán conciencia de la presencia y deseo de los otros.</p> <p>-Se insertarán en una estructura de grupo ordenada.</p>	<p>El canto en coro exige habilidades de concentración y atención que no son posibles si el individuo se encuentra en un estado ansioso, ya que se debe estar dispuesto a cumplir el deseo de un igual (al cantar una canción no elegida por uno mismo), darse cuenta de que otro puede acoplarse al deseo de un mismo (cuando otro canta lo elegido por uno mismo) y aceptar integrarse a un grupo dirigido por una figura superyoica, cuya finalidad no es la satisfacción de sus deseos sino los del grupo y esta satisfacción no es otra cosa sino la obtención de un sonido agradable, que de lograrse, sugiere un estado afectivo óptimo.</p>	<p>10 Min</p> <p>Copias de canciones</p>

5.2 INSTRUMENTO DE REGISTRO DE OBSERVACIONES

ACTITUDES							
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue las instrucciones (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontánea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.							
Irma M.							
Alfredo R.							
Daniela B.							
Marcela D.							
Diana S.							
Pamela R.							
Lourdes M.							
Frida C.							
Josefina P.							

5.3 Justificación del uso del instrumento de registro de observaciones

Existen diferentes actitudes que nos permiten suponer el grado de control que un individuo tiene sobre su ansiedad en situaciones dadas, estas van desde una situación de no control en absoluto que se refleja en actitudes disruptivas que nada o poco tiene que ver con la situación en que el individuo se encuentra, hasta una actitud de integración satisfactoria a la actividad en la que se encuentra el individuo, lo que nos hablaría de un manejo exitoso de la ansiedad.

A continuación se describen una serie de actitudes que se observaron en las sesiones de musicoterapia para registrar el grado de control con que los pacientes manejaron su ansiedad:

1.- Actitudes disruptivas: Se refiere a toda aquella actitud en que el paciente se muestra incapaz de desprenderse de sus ideas obsesivas (delirios o no), presenta un comportamiento en donde lo importante son estas ideas, ya sea manifestándolas con palabras o comportamientos y al hacerlo rompe totalmente con el contexto de la actividad que en ese momento se lleva a cabo no importando nada más a su alrededor.

2.- Permanencia en la sesión: Aquí se puede hablar de una actitud de controlar los deseos de fuga por parte del paciente, se da cuenta de donde está y de que sus ideas o comportamientos no son lo único importante en ese momento y ante esta situación (que le resulta intolerante) refrena su tendencia a salirse de la escena (fugarse).

3.- Sigue la instrucción: El paciente puede actuar solo si se toma con él una forma de trabajo directiva, logra insertarse a la situación aunque no necesariamente se incluye, ya no presenta actitudes disruptivas o de fuga, y es receptivo a las indicaciones

4.- Elige una canción: El paciente discrimina de entre una variedad aquellas que le agradan y/o conoce, implica que elija una canción de manera voluntaria. Nos habla de la forma en que el paciente se puede ir integrando a la actividad al presentarle una opción que depende de su voluntad.

5.- Canta la canción que eligió: Si un paciente canta la canción que elige se puede considerar que están entrando en juego procesos afectivos que sustituyen los pensamientos obsesivos que causan su ansiedad.

6.-Canta la canción elegida por otro de manera espontanea: Podemos inducir de esta actitud que el paciente se encuentra ya integrado al grupo ya que no solo es consciente de su proceso afectivo si no también es capaz de interesarse por el otro.

7.- Canta de manera integrada con el grupo: En esta situación en que el paciente está ya integrado y es capaz de seguir instrucciones y formar una unidad con los otros (e incluirse él mismo como si el grupo fuera uno solo) podemos inferir que el paciente está en un momento donde la ansiedad no se manifiesta, ya que todo su proceso afectivo está enfocado a una actividad común que lo hace percibirse como individuo y por ello ser capaz de integrarse a un grupo.

Aclaración: En todas las actitudes (excepto en la uno) se tiene una relación directa entre el número de ocurrencias y el manejo de la ansiedad, en el caso de las actitudes disruptivas es una relación inversa.

CAPITULO VI. RESULTADOS

6.1 Resultados del instrumento de registro

CAPITULO VI. RESULTADOS

6.1 Resultados del instrumento de registro

<i>SESIÓN 1</i>	ACTITUDES						
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue las instrucciones (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontanea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.	6	30	0	0	0	0	0
Irma M.	0	60	0	0	0	0	0
Alfredo R.	0	40	0	0	0	0	0
Daniela B.	7	15	0	1	0	0	0
Marcela D.	6	35	1	2	1	1	0
Diana S.	7	20	1	2	1	1	0
Pamela R.	0	60	3	0	0	0	0
Lourdes M.	0	40	3	2	2	2	0
Frida C.	0	60	0	0	0	0	0
Josefina P.	5	60	3	2	0	0	0

SESIÓN 2	ACTITUDES						
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue la instrucción (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontanea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.	7	45	1	0	0	0	0
Irma M.	0	60	0	0	0	0	0
Alfredo R.	0	40	0	0	0	0	0
Daniela B.	5	15	0	1	1	0	0
Marcela D.	3	40	1	2	2	1	0
Diana S.	6	20	2	1	1	1	0
Pamela R.	0	60	0	0	0	0	0
Lourdes M.	0	60	2	2	1	1	0
Frida C.	0	60	0	0	0	0	0
Josefina P.	5	60	2	1	1	1	0

SESIÓN 3	ACTITUDES						
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue la instrucción (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontanea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.	2	45	1	1	0	0	0
Irma M.	0	60	0	0	0	0	0
Alfredo R.	0	40	0	0	0	0	0
Daniela B.	3	25	1	2	1	1	0
Marcela D.	1	50	1	2	2	3	0
Diana S.	2	25	2	2	2	1	0
Pamela R.	0	60	0	0	0	0	0
Lourdes M.	0	60	2	2	2	2	0
Frida C.	0	60	0	0	0	0	0
Josefina P.	1	60	1	2	1	1	0

SESIÓN 4	ACTITUDES						
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue la instrucción (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontanea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.	3	60	1	1	1	0	0
Irma M.	0	60	0	0	0	0	0
Alfredo R.	0	50	1	1	0	0	0
Daniela B.	1	40	1	1	1	1	0
Marcela D.	1	50	2	2	2	3	0
Diana S.	1	40	2	2	2	2	0
Pamela R.	0	60	1	1	1	1	0
Lourdes M.	0	60	3	3	3	4	0
Frida C.	0	60	0	0	0	0	0
Josefina P.	0	60	3	3	3	5	0

SESIÓN 5	ACTITUDES						
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue la instrucción (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontanea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.	1	60	2	1	1	0	0
Irma M.	0	60	0	1	0	0	0
Alfredo R.	0	60	1	1	0	0	0
Daniela B.	1	40	2	3	3	1	0
Marcela D.	0	60	3	3	3	5	0
Diana S.	1	45	2	2	2	3	0
Pamela R.	0	60	1	2	2	1	0
Lourdes M.	0	60	2	3	3	5	0
Frida C.	0	60	1	0	0	0	0
Josefina P.	2	60	3	3	3	6	0

SESIÓN 6	ACTITUDES						
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue la instrucción (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontanea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.	0	60	2	2	2	0	1
Irma M.	0	60	1	1	0	0	0
Alfredo R.	0	60	2	2	0	0	0
Daniela B.	2	40	2	3	3	2	1
Marcela D.	0	60	3	3	3	5	1
Diana S.	1	60	3	3	3	6	1
Pamela R.	0	60	3	3	3	3	1
Lourdes M.	0	60	3	3	3	6	1
Frida C.	0	60	2	1	0	0	0
Josefina P.	0	60	3	3	3	12	1

SESIÓN 7	ACTITUDES						
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue la instrucción (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontanea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.	0	60	2	3	3	2	1
Irma M.	0	60	1	3	0	0	0
Alfredo R.	0	60	2	2	1	0	1
Daniela B.	1	40	3	3	3	4	1
Marcela D.	0	60	3	3	3	6	1
Diana S.	1	60	3	3	3	5	1
Pamela R.	0	60	3	3	3	7	1
Lourdes M.	0	60	3	3	3	5	1
Frida C.	0	60	2	1	1	0	0
Josefina P.	0	60	3	3	3	15	1

SESIÓN 8	ACTITUDES						
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue la instrucción (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontanea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.	0	60	3	3	3	2	2
Irma M.	0	60	1	3	0	0	0
Alfredo R.	0	60	2	3	3	0	1
Daniela B.	1	60	3	3	3	2	2
Marcela D.	0	60	3	3	3	8	2
Diana S.	0	60	3	3	3	2	2
Pamela R.	0	60	3	3	3	6	2
Lourdes M.	0	60	3	3	3	4	2
Frida C.	0	60	2	1	0	0	0
Josefina P.	0	60	3	3	3	13	2

SESIÓN 9	ACTITUDES						
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue la instrucción (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontanea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.	0	60	3	3	3	1	3
Irma M.	0	60	2	3	0	0	0
Alfredo R.	0	60	3	3	3	1	0
Daniela B.	0	60	3	3	3	4	3
Marcela D.	0	60	3	3	3	6	3
Diana S.	0	60	3	3	3	8	3
Pamela R.	0	60	3	3	3	6	3
Lourdes M.	0	60	3	3	3	5	3
Frida C.	0	60	2	3	1	0	1
Josefina P.	0	60	3	3	3	15	3

SESIÓN 10	ACTITUDES						
PACIENTE	Actitudes disruptivas (# de veces)	Permanencia en la sesión (minutos)	Sigue la instrucción (# de instrucciones: 3) (# de veces)	Elige una canción (# de veces) (máximo 3)	Canta la canción que elige (# de veces)	Canta la canción elegida por otro de manera espontanea (# de veces)	Canta de manera integrada con el grupo (# de veces)
Jorge C.	0	60	3	3	3	2	5
Irma M.	0	60	2	3	0	0	0
Alfredo R.	0	60	3	3	1	1	2
Daniela B.	0	60	3	3	3	4	5
Marcela D.	0	60	3	3	3	8	5
Diana S.	0	60	3	3	3	6	5
Pamela R.	0	60	3	3	3	8	5
Lourdes M.	0	60	3	3	3	11	5
Frida C.	0	60	2	1	1	1	1
Josefina P.	0	60	3	3	3	16	5

Actitudes disruptivas:

Permanencia en la sesión:

Sigue la instrucción:

Elige una canción:

Canta la canción que eligió:

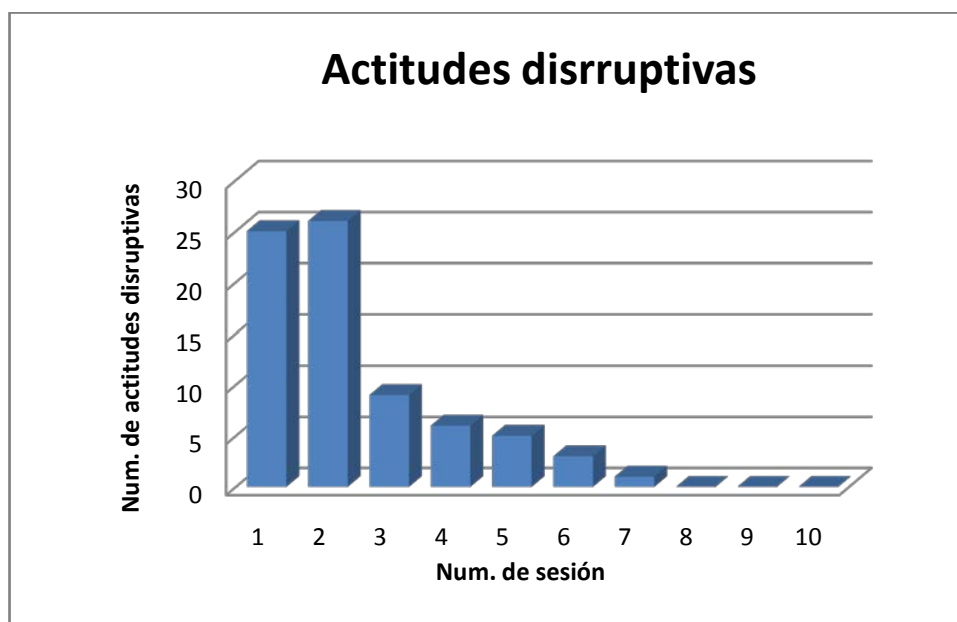
Canta la canción elegida por otro de manera espontánea:

Canta de manera integrada con el grupo:

6.2 Interpretación de resultados

Al comparar los resultados de las actitudes observadas por el grupo a lo largo de 10 sesiones de musicoterapia, se aprecia una clara disminución de los estados ansiosos que dichas actitudes nos indican, las observaciones, a pesar de que se hicieron de manera individual, se presentan en las siguientes gráficas de manera grupal, ya que de este modo podemos determinar con más exactitud el impacto de la musicoterapia en el manejo de la ansiedad no en individuos, sino en un grupo.

GRÁFICA 1

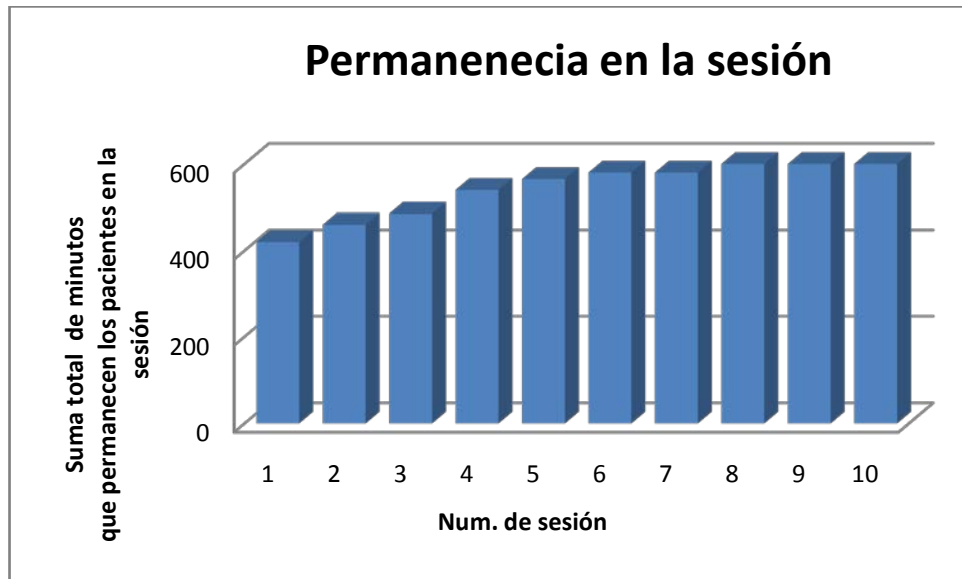


Las actitudes disruptivas tiene una relación directa con los estados ansiosos ya que cuando el paciente es incapaz de controlar los pensamientos obsesivos que causan su ansiedad esto lo lleva a no tomar en cuenta su entorno y a actuar de acuerdo a dichos pensamientos.

En esta gráfica podemos observar como las actitudes disruptivas fueron descendiendo desde más de 25 en las primeras sesiones hasta llegar a 0 en las últimas 3.

De aquí se desprende que el proceso de musicoterapia tiene un impacto progresivo y significativo en el manejo de los pensamientos ansiosos que desencadenan las actitudes disruptivas.

GRÁFICA 2



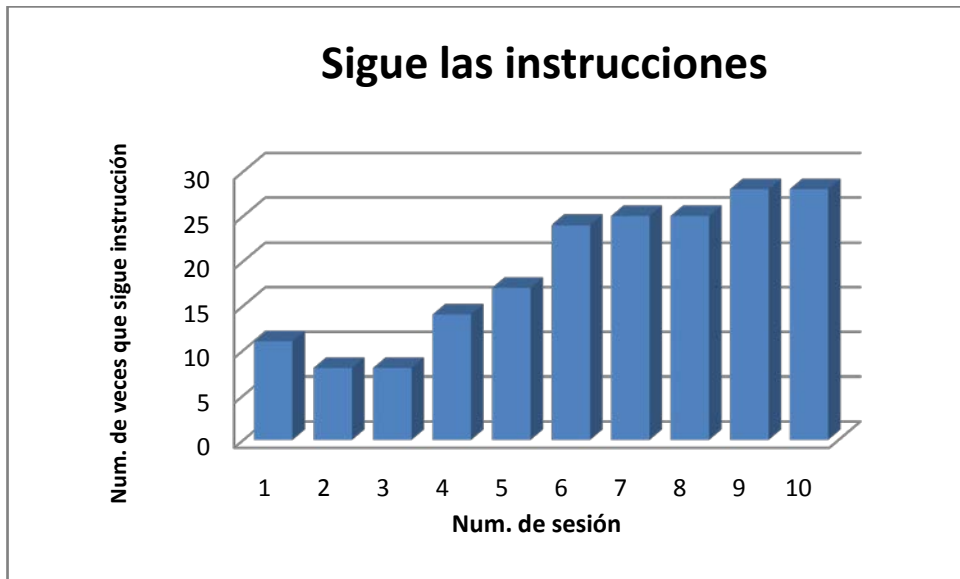
En esta gráfica podemos observar la suma total de los minutos que permanecieron los pacientes en la sesión, para esto se le tomaba el tiempo de permanencia a cada paciente y luego se sumaban dichos tiempos a los de los otros pacientes obteniendo así el total del grupo.

Esta permanencia guarda una relación inversa con los estados ansiosos.

Como se aprecia el tiempo de permanencia fue aumentando hasta llegar al máximo de 600, ya que son 10 pacientes y la sesión dura 60 minutos.

De este aumento podemos concluir que al interesarse los pacientes cada vez más por la actividad propuesta lograron manejar y hasta olvidar sus pensamientos ansiosos para lograr terminar la sesión como un grupo, esto tiene especial relevancia si se considera que la permanencia era voluntaria.

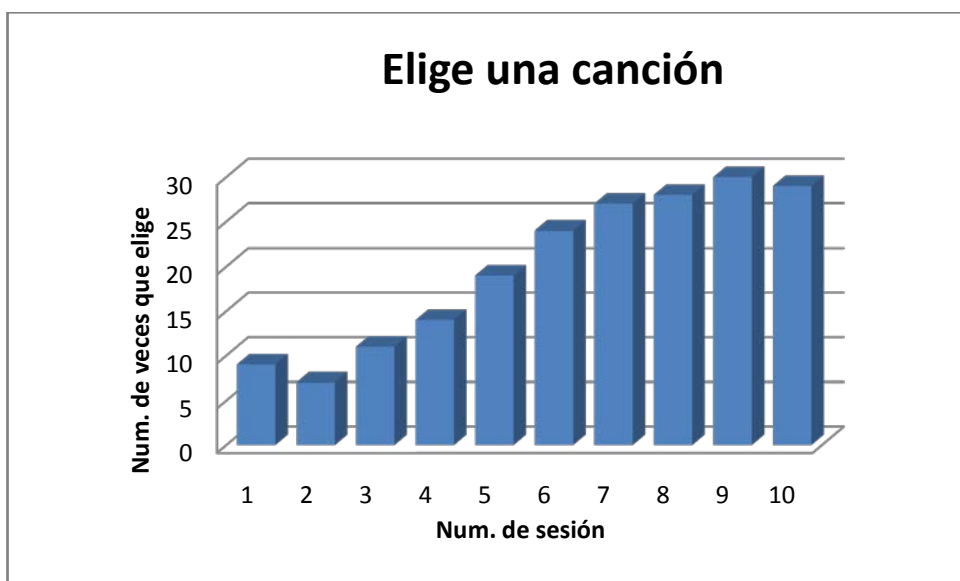
GRÁFICA 3



En esta gráfica podemos observar la cantidad de veces que el grupo lograr seguir las instrucciones dadas por el terapeuta, es decir el cómo se comportan los pacientes con respecto a su proceso de atención en un contexto directivo, el cual tiene una relación inversa con los estados ansiosos

Como se aprecia, este proceso se ve favorecido conforme las sesiones de musicoterapia avanzan, lo que demuestra un manejo apreciable del estado ansioso en el grupo.

GRÁFICA 4



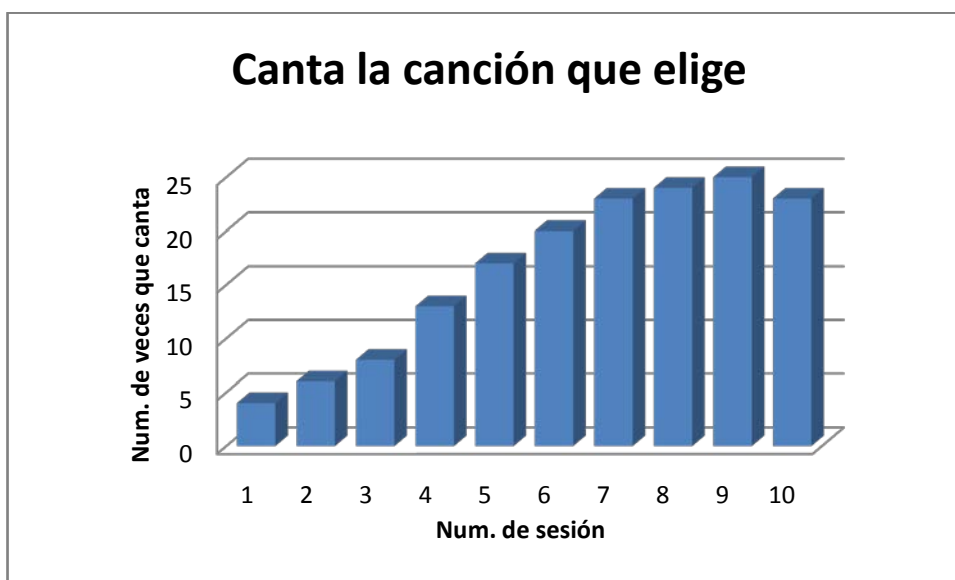
A diferencia de la actitud mostrada en la gráfica 2, en esta se puede

apreciar la manera en que el grupo se manifiesta ante ya no una instrucción de tipo directivo sino una solicitud la cual puede o no aceptar cada paciente, esta apelación a la voluntad del paciente es también un indicador que observa una relación inversa con la ansiedad.

La similitud en ambas gráficas nos muestra que de la misma manera en que el grupo acepta seguir instrucciones, también acepta la solicitud de elegir canciones y al parecer la diferencia subjetiva de que en la gráfica 2 se trata de una actitud directiva y en la gráfica 3 de una consensuada no es significativa en términos estadísticos

Sin embargo en dicha similitud se aprecia la disminución de la ansiedad ya sea usando una estrategia o la otra.

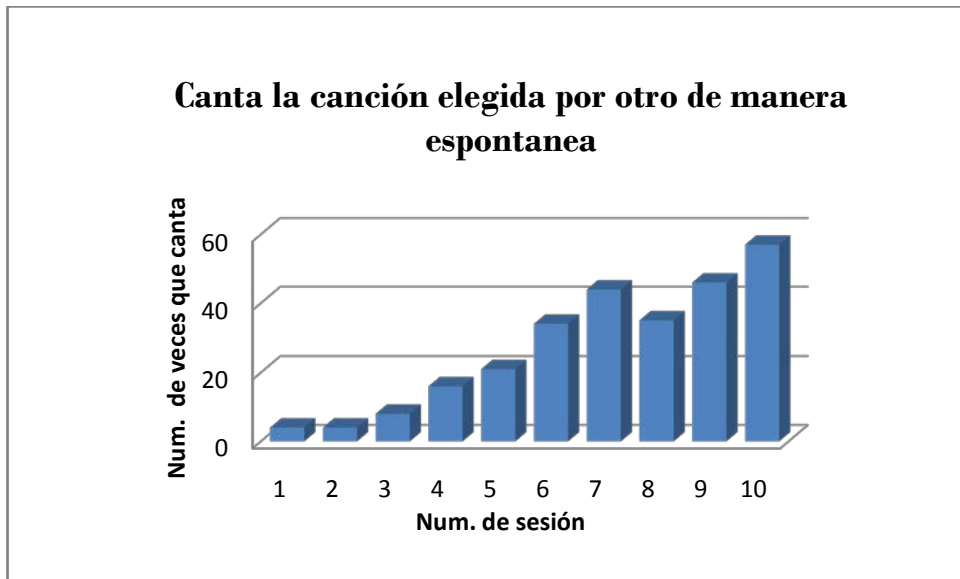
GRÁFICA 5



En este caso se observa si los pacientes son capaces de pasar a la parte activa de la musicoterapia, este es un paso importante ya que esto indica que el paciente está siendo capaz de manejar su ansiedad y ocuparse de otra cosa que lo involucra en elección y acción, este proceso guarda una relación inversa con la ansiedad.

Como se puede observar al transcurrir las sesiones el aumento en la participación activa del grupo fue en aumento, hasta llegar a un punto máximo donde la limitante ya no era el número de canciones que los pacientes decidían cantar, sino el número de canciones que se podían elegir en el tiempo de la sesión..

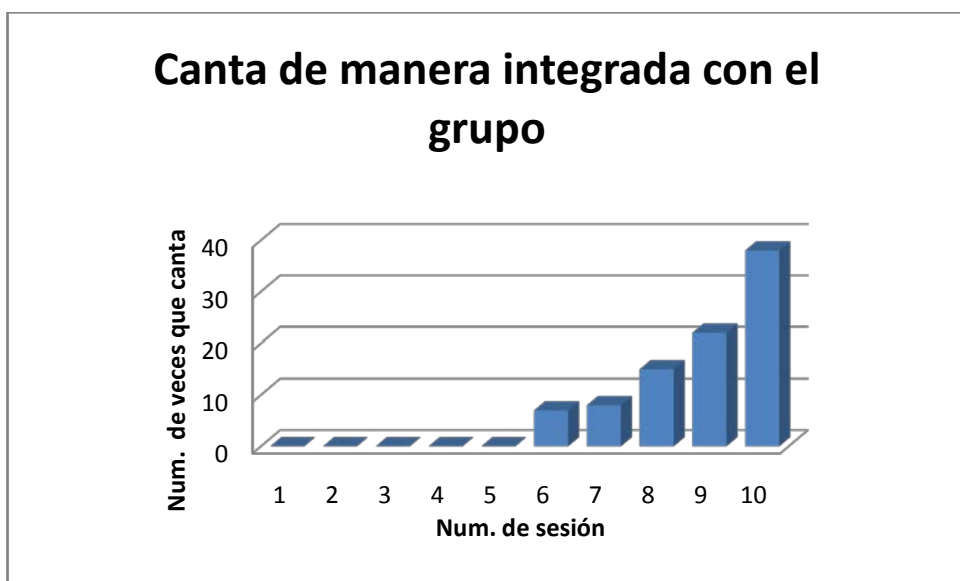
GRÁFICA 6



A diferencia de la gráfica anterior en esta no solo se aprecia la actitud activa de los pacientes sino que además da cuenta del accionar del canto como algo espontaneo al escuchar una canción no elegida por sí mismos sino por alguien más, esto da cuenta de un proceso afectivo que tiene una relación inversa con los estados ansiosos.

En este caso se puede observar que hay un aumento significativo al transcurrir las sesiones respecto al número de canciones en las que se involucran los pacientes y que no fueron escogidas por ellos mismos.

GRÁFICA 7



Esta gráfica empieza a cuantificarse a partir de la 6a. Sesión, ya que en las sesiones anteriores el grupo no contaba con el adecuado manejo de su ansiedad y por lo tanto los procesos eran lentos, no alcanzando el tiempo para llegar a la actividad del canto en coro, además de que se requiere de cierto grado de atención, concentración y disposición por parte de los pacientes para llevarla a cabo y en las primeras sesiones esto no era posible.

Así que esta decisión de cuantificar el canto a coro a partir de la 6a. sesión se debe a que fue necesario esperar a que el grupo se integrara como tal y entonces proponer el canto en coro.

En esta acción de cantar a coro (que guarda una relación inversa con la medición de la ansiedad) se puede observar un rápido aumento en el número de canciones, llegando a obtenerse un salto muy significativo entre la primera medición y la última, hecho que destaca sobre todo si se tiene en cuenta que se midieron solo 5 sesiones.

6.3 Discusión y conclusiones

El objetivo principal del presente trabajo fue determinar si tras 10 sesiones de musicoterapia la ansiedad de los pacientes disminuye de manera significativa.

Aunque hay una serie de rasgos determinados que denotan estados ansiosos, en este trabajo se tomaron en cuenta aquellos que tiene que ver con la manera en que el paciente maneja su entorno y su contexto, es decir el lazo social.

Las actitudes disruptivas, de fuga, la capacidad de seguir instrucciones, de participar activamente en la actividad propuesta y el interés por el otro son parámetros que nos indican que tan bien el paciente es capaz de manejar sus estados ansiosos y más aún sustituirlos por actitudes en las que ponen en juego un manejo adecuado de la ansiedad de manera que les permita interactuar socialmente.

En estas actitudes se ponen en juego aspectos emocionales, cognitivos y afectivos cuyo manejo adecuado para el cumplimiento de los objetivos de la terapia son indispensables.

Aunque las actitudes que se registraron en este trabajo corresponden (en su mayoría) a situaciones que se dan exclusivamente en la musicoterapia, la realidad es que estas dan cuenta de la manera en que el individuo maneja estados ansiosos y que le permiten no romper con la actividad al imponer sus pensamientos o fugarse (tolerancia y manejo de la frustración) seguir instrucciones (atención y concentración), elegir una canción (hacer uso de su capacidad de elección en algo distinto a sus pensamientos obsesivos), cantar la canción que elige (lograr pasar a la parte física, dando cuenta así de un manejo más amplio de su estado ansioso al involucrar su propio cuerpo en la terapia), cantar una canción que alguien más elige (darse cuenta de los deseos de otro y ser empático con este), cantar a coro (aceptar ser parte de un grupo y lograr un trabajo en conjunto en el que cada uno es parte importante y vital del grupo).

Como se puede observar en la gráfica 1 las actitudes disruptivas del grupo descendieron de manera significativa entre la sesión 2 y la 3 y continuaron a un bajo nivel hasta desaparecer hacia las últimas sesiones, en la gráfica 2 vemos un aumento en el tiempo de permanencia entre las sesiones 3 y 4, tendencia que se mantiene hasta llegar al máximo posible en las últimas 3 sesiones.

Ambos hechos se explican por el impacto que la acción de cantar tiene sobre las personas, ya que el hecho de cantar uno mismo o escuchar a alguien más hacerlo tiene resultados relajantes y hasta energizantes, aparte de que el hecho de que los pacientes asistieran en forma voluntaria y que tuvieran la opción de salir en el momento que quisieran eliminaba el factor de la imposición, catalizador de las actitudes ansiosas que en el caso de la psicosis puede desencadenar incluso pensamientos paranoicos.

En el modelo propuesto se trabajó a manera de acercamientos sucesivos, donde se les pedía a los pacientes su cooperación pero no se le exigía.

Sin embargo al estar los pacientes acostumbrados a dicha imposición y desconocer la opción de poder cantar o escuchar las canciones que les agradaban, era lógica la reacción que presentaron en un principio en cuanto a las actitudes disruptivas y la acción de fugarse de la escena, al darse cuenta de que se les tomaba en cuenta para la elección musical y que las puertas estaban abiertas, estas actitudes dejaron de cumplir su función (fugarse de una realidad en la que la imposición y el no tomar en cuenta sus deseos son situaciones “normales”) ya que ahora su voluntad es respetada y la recompensa por permanecer en el taller es la misma actividad propuesta, esto por las cualidades únicas de la música como catalizadora de emociones y afectos.

En cuanto a los aspectos pedagógicos del diseño, se debe mencionar que estos fueron necesarios por dos razones: una, para efectivamente preparar físicamente a los pacientes para la actividad del canto y dos, para medir como se comportaba el grupo ante una situación directiva.

Como se mencionó más arriba el diseño del modelo hace hincapié en la cooperación voluntaria de los pacientes dejando de lado los modelos de tipo directivo, sin embargo esto no impide que se usen algunos aspectos de estos últimos, aunque al no aplicar recompensas o sanciones a quienes lo hacen o no pierde mucho de este carácter directivo que si está presente en otros modelos.

En este caso la situación directiva está en la forma en se da la instrucción, ya que en otra actividades se le pregunta al paciente ¿quieres?, ¿te interesa? etc... y en este caso solo se da la orden “ahora todos vamos a....”

De cualquier manera se da los pacientes una explicación de porque se hacen estos ejercicios y la lógica de ellos, que el grupo entienda esto y por ello sigan las instrucciones, nos habla de un manejo adecuado a nivel cognitivo que en estados de mal manejo de la ansiedad, no es posible, esto se puede observar de manera clara en la gráfica 3

Una de los aspectos más importantes al elegir este modelo de musicoterapia (activa) es permitir que los pacientes participen activamente

en el quehacer musical y la manera más natural de lograr esto es mediante el canto.

Aunque en un principio el grupo tuvo dificultades para entender que el elegir una canción no era solo una petición sin sentido sino algo que podían disfrutar, este escollo se salvó exitosamente ya que como se puede observar en las gráficas 4 y 5 la elección de una canción y el entendimiento de que podían participar de manera activa cantando fueron aumentando de manera casi idéntica conforme se sucedían las sesiones, llegando a cumplirse el máximo de canciones por sesión que el tiempo de esta permitían.

Es vital destacar aquí que la indicación de “¿alguien quiere elegir?” y una vez hecha la elección “puedes cantar si quieres” se debe a que lo importante en la musicoterapia activa no es el resultado musical en sí, sino el trabajo de los procesos afectivos que se presentan durante las sesiones.

La respuesta positiva por parte de los pacientes a este modelo nos permiten concluir que al desaparecer los pensamientos ansiosos y sustituirlos por “imágenes” sonoras, permiten a estos una conexión afectiva que los hace sentir integrados en el grupo.

En los enfoque psicodinámicos es vital para el manejo de la ansiedad (sobre todo en la psicosis) la importancia de lograr que el sujeto advierta al “otro” es decir que la persona que está interactuando con el paciente sea percibida por este como un sujeto y no como un objeto.

En la musicoterapia esto se logra, no al dar la instrucción de que se cante a coro, sino permitiendo que los pacientes espontáneamente decidan cantar lo que algún otro paciente elije, en este momento, cuando el paciente percibe a otro cantando y lo sigue se puede hablar de que hay un reconocimiento subjetivo entre ambos, esto no se da de manera automática, ya que en un principio no es la persona en sí lo que llama la atención del sujeto que canta espontáneamente, sino la canción en sí, pero conforme avanzan las sesiones se observa que los pacientes empiezan a ponerse atención unos a otros para escuchar que canción eligen y cantar juntos, aunque el resultado musical puede ser agradable o

no, esto no es lo importante, sino la estructuración que el sujeto es capaz de mostrar al ser consciente de la existencia del otro como sujeto.

En el caso de la observación durante la aplicación del modelo y dado que en lo que refiere al canto espontaneo siguiendo a otro no se daba ninguna sugerencia o indicación se puede ver en la gráfica 6 que el aumento del número de veces que esta actitud se presentó fue más paulatino que en las otras actitudes observadas.

El desarrollo de los puntos que se plantearon en este modelo musicoterapéutico tiene una base pedagógica en cuanto a lo que se refiere a la sucesión de actividades, ya que efectivamente para lograr un canto en coro, se requiere más que el simple hecho de cantar todos juntos de manera más o menos espontanea.

Antes que nada se debe consensuar entre el grupo que se va a cantar advirtiéndolo al grupo que solo se pueden cantar aquellas canciones de las que se cuenten copias, esto permite a los pacientes poner a prueba su tolerancia y si son capaces de entender que por una situación de logística no es posible cantar cualquier canción (cosa posible en el canto a solas pero no en el coro) , si se da este entendimiento podemos advertir un manejo notable en los estados ansiosos, sin duda el que un paciente con psicosis pueda enfrentar una negación por una situación objetiva sin caer en una actitud disruptiva o de fuga es en verdad notable ya que se da cuenta de que la negativa a su deseo no se da por una situación dirigida a su persona (que puede ser el preámbulo de pensamientos paranoicos), sino por una situación de la realidad que afecta a todo el grupo, terapeutas incluidos.

De igual manera se la comunica al grupo que deben seguir las instrucciones del terapeuta para lograr una buena ejecución, esto requiere de un alto grado de atención y concentración (con su evidente manejo de la ansiedad) por parte del paciente.

Es este punto se debe aclarar que en la parte de la elección de canciones es el terapeuta quien sigue a quien canta, cosa inversa en cuanto al canto en coro.

Este enfoque pedagógico en la manera de diseñar el taller, permitió que la propuesta de cantar en coro se diera hasta la sesión 6, sin embargo como se puede observar en la gráfica 7 el éxito de esta experiencia nos habla de la manera en que los pacientes son capaces de poner en juego las habilidades emocionales, afectivas, físicas, cognitivas y sociales requeridas para lograr una ejecución disfrutable en las canciones corales.

Como se puede observar, a lo largo de estas sesiones el grupo fue capaz de sustituir sus estados ansiosos por una activación en diversos niveles propios de la actividad musical.

La tendencia casi idéntica de las diferentes gráficas nos da cuenta de que el interés creciente por la actividad musical se presentó en todas las actividades de manera uniforme y no solo en algunas de ellas.

De igual manera se advierte que las habilidades necesarias por parte de los pacientes para el disfrute de dichas actividades, solo es posible en un estado de no ansiedad.

6.4 Alcances y limitaciones

Los alcances obtenidos fueron:

Comprobar la hipótesis conceptual: la musicoterapia parece ser una forma eficaz para reestructurar la personalidad del psicótico, esto por el uso del sonido y no la palabra como forma de comunicación entre terapeuta y paciente y aún como enlace entre los pacientes ya que se trabajó en grupo, y la de trabajo: la aplicación de un programa de musicoterapia activa ayudará a disminuir la ansiedad en pacientes con psicosis.

Diseñar el taller de musicoterapia para la disminución de la ansiedad

Comprobar la disminución de los estados ansiosos por medio del quehacer musical

Mostrar que la musicoterapia es una alternativa viable en el tratamiento a pacientes con psicosis en cuanto a su ansiedad

Las limitaciones que se encontraron en el presente trabajo fueron:

Las posibilidades de elegir canciones estaban determinadas por los cancioneros que se tenían y no es seguro que representaran los gustos de los pacientes, por lo que es probable que la baja elección de canciones de las primeras sesiones se deba a esto.

No fue posible apoyarse en un grupo de control ya que no se contaba con el número necesario de pacientes.

A diferencia de los modelos de musicoterapia pasiva, este modelo no se puede aplicar a grupos más grandes ya que el que cada paciente tenga un turno para elegir una canción, el que la permanencia sea voluntaria y el tipo de medición que se usó, lo hace logísticamente inadecuado para grupos más grandes.

No se diseñó el modelo para medir las actitudes de los pacientes fuera del taller, por lo que no es posible saber si lograron o no generalizar el manejo de su ansiedad fuera del taller.

6.5 Sugerencias

El seguimiento lógico del modelo sería medir si los pacientes logran generalizar su manejo de la ansiedad a la vida diaria.

Este modelo se puede aplicar en trabajos por proyectos, es decir presentaciones del coro.

Es indispensable que las personas que apoyan al terapeuta tengan alguna formación y/o habilidad musical.

En futuras investigaciones se incluyan grupos de control utilizando otros modelos.

Explorar la instrumentación musical como parte del modelo de musicoterapia

ANEXO

CUADRO DESCRIPTIVO DE TECNICAS UTILIZADAS EN MUSICOTERAPIA

Nombre	Descripción
Audición afectiva	Se escucha música para cambiar el estado ánimo el afecto del cliente o para promover la interacción mente-cuerpo.
Audio algesia	Cuando la música se escucha directamente para suprimir el dolor.
Método Bonny de imaginación y música guiada. (GIM)	Proceso transformacional de 1-1, donde la persona en estado de relajación escucha música especialmente diseñada. A medida que el individuo experimenta imágenes espontáneas, estas son reportadas, reflejando la experiencia, profundizando. Las imágenes son discutidas después del proceso sin interpretaciones de ellas.
Audición de diagnóstico	La valoración de las repuestas del cliente mientras escucha música
Visualización musical/imaginación músico/dirigida	Se pone música y se dan instrucciones al cliente de manera simultánea, mientras el cliente se encuentra en un estado de relajación. Las imágenes sugeridas son importantes para las metas terapéuticas.
Escucha Empática	Música pregrabada o improvisada. Para acompañar el estado del cliente y entrar a éste.
Escucha general	Música seleccionada por el cliente o el terapeuta o el grupo. Para cualquier variedad de metas.
Métodos	Escucha de tres piezas musicales. La primera para

individuales o de grupo de Jost	acompañar el estado emocional, la segunda neutral y la tercera la "música terapéutica" que facilita y refleja el cambio deseado.
Revisión de vida a través de la música	Para que los clientes escriban una crónica o narren las experiencias de su vida a través de la música. Para trabajar fallas, dolor o penas no resueltas.
Realimentación auditiva (feedback)	Escucha de música seleccionada por el terapeuta que resume las características progresos y potencial futuro.
ISO música del individuo	Representa la totalidad de sus experiencias auditivas a lo largo de toda su vida.
Desensibilización musical	A través de la inhibición recíproca, los clientes desarrollan una jerarquía de eventos provocadores de ansiedad y estímulos relacionados con sus necesidades clínicas particulares. El terapeuta presenta descripciones verbales de detalles/situaciones en esta jerarquía, (provocando de menos a más ansiedad). El cliente imagina los detalles lo más real posible, en un estado de relajamiento, de esta manera ocurre un contra condicionamiento y la nueva respuesta de relajamiento es substituida por la respuesta anterior de ansiedad. La música es utilizada para apoyar o sustentar el relajamiento y estado imaginativo del cliente durante la presentación de la jerarquía imaginativa.
Música e imaginación	Escuchar música en un estado de relajación, con el propósito de producir imaginación espontánea importante para las metas clínicas, intensificar una respuesta deseada y mejorar la concentración y el enfoque. Generalmente sin interacción verbal mientras la música está siendo tocada.
Apreciación musical	Utilizada para familiarizar a los clientes con varios tipos de música, para estimular el interés musical y el análisis y la discusión sobre la música y ellos mismos.
Electro	Utilizado para una amplia variedad de condiciones

acupuntura musical	medicas junto con la anestesia y la cirugía.
Viaje musical	<ul style="list-style-type: none"> • Acoplar la música a varios aspectos del cliente, luego es cambiada gradualmente en dirección de la meta terapéutica. Puede utilizarse música vocal pregrabada, improvisada o vocal. • Técnica imaginativa musical en la que el cliente visita otra ciudad imaginaria al escuchar un cierto tipo específico de música.
Relajación facilitada por la música	Cuando se utiliza la música para facilitar el relajamiento junto con sugerencias verbales de relación.
Libre asociación musical	Los clientes reportan asociaciones, imágenes y sentimientos espontáneos estimulados al escuchar música.
Mnemónica musical	Involucra el uso de materiales musicales como ayudas externas e internas para la memoria, el recuerdo y entrenamiento mnemónico (memoria).
Regresión musical	Para producir un estado regresivo en el cliente.
Terapia de Validación musical	Involucra el reconocimiento y aceptación de las respuestas de clientes desorientados a las experiencias de escuchar música. El terapeuta utiliza estas respuestas para comprender al cliente sin intentar modificar o cambiarlas
Musicovibroacústica	Involucra el uso de la música y/o bajas frecuencias aplicadas directamente al cuerpo más frecuentemente con escucha integral musical para lograr una variedad de metas psicológicas, físicas o médicas.
Improvisación musical proyectiva	El cliente experimenta imágenes mientras escucha música. Se requiere que el cliente escriba historias que se le vengán a la mente en respuesta a estímulos musicales y acústicos especialmente designados. Estas son posteriormente interpretadas para proporcionar información con respecto al

	cliente, diagnóstico y tratamiento.
Improvisación proyectiva de Crocker	<p>Improvisación en piano para producir historias, palabras y discusión proyectiva.</p> <p>Uso: niños</p> <p>Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de varios acordes para producir asociaciones. 2. El relato de historias de acuerdo a las libres asociaciones del cliente. 3. Improvisación de la música en donde el niño reacciona a través de las palabras o historias. 4. Escribir canciones que hablan de los miembros de su familia.
Orientación hacia la realidad a través de la música	<p>Para proporcionar contacto con la realidad, eliminar la confusión y la desorientación y mejorar el conocimiento del Yo y del medio ambiente.</p> <p>Uso: Demencia.</p>
Estimulación sensorial	<p>Para aumentar/mejorar las percepciones sensoriales de los individuos.</p> <p>Uso: Ceguera, sordera, Mal de Alzheimer y para restaurar el contacto con el medio ambiente.</p>
Discusión musical de canciones	Letra, canciones y música interpretadas.
Recordación de canciones	Recordar canciones que tengan significado para ellos, explorando los principales tópicos expresados en estas canciones de manera individual o en grupo.
Reminiscencia estructurada	Música seleccionada por el cliente, terapeuta y/o el grupo en un intento para producir memorias del pasado con sus emociones correspondientes y para compartir y discutir estas con el terapeuta y/o grupo.

Diagnóstico por elección de canciones	Se utiliza la selección de canciones que hace el individuo y que cantará o interpretará para que el terapeuta valore sus problemas y necesidades clínicas.	
Interpretación o ejecución imitativa	Reproducción que hace el cliente de un estímulo acústico, utilizada para valorar el estatus perceptual, cognitivo y psicológico del cliente.	
Terapia de entonación melódica	Utilizada para ayudar a los clientes afásicos a regenerar la habilidad de hablar. Utilizando un procedimiento sistemático muy gradual, el cliente aprende a cantar y luego a hablar estas oraciones.	
Canto melódico/rítmico	Canto de un texto recompuesto o recién compuesto con componentes rítmicos y/o melódicos.	
Lenguaje facilitado por el canto	Para mejorar el habla.	

Método de Tomatis	Escuchar música y sonidos específicamente filtrados para estimular el funcionamiento cerebral y lograr así las propuestas terapéuticas.
-------------------	---

Improvisación enfocada al afecto	Música espontánea para describir un estado emocional o de energía en un individuo y/o grupo.
Improvisación empática	Utilización de Instrumentos musicales o voz para reflejar o crear empatía.
Improvisación libre	Sin reglas, estructuras o temas.
Improvisación global	Facilitar varios estados conscientes y lograr integración.
improvisación en una tonalidad	Involucra música espontánea de acuerdo a un ritmo establecido.
Improvisación sobre un texto	Los materiales escritos, poesía, historias proporcionan la estructura para la improvisación.

Letras y palabras	Propuestas espontáneas de los clientes.
Improvisadas	
Diálogo interactivo	Las respuestas dentro de un diálogo incluyen la repetición, la sincronización, la exageración, la prolongación, la intensificación y la respuesta.
Improvisación enfocada a los problemas	Los grupos con necesidades de atención sirven como base para la creación musical.
Procedimiento operante de Saperston	Es la improvisación musical que se acopla a la música para adaptarse a los movimientos del cliente como para establecer la comunicación. El cliente puede entonces controlar la música a través de varios movimientos.
Trabajo representacional de sueños	Involucra la creación de música espontánea basada en sueños.
Imaginación representacional	Creaciones musicales espontáneas basadas en materiales imaginativos.
Improvisación enfocada hacia un tema	Temas psicológicos o clínicos, para una improvisación musical.
Entonación	Vocal improvisación, sostenidas en varios tonos, utilizadas para tratar aspectos fisiológicos (respiración, relajamiento, control de dolor) y psicológicos del cliente.
Improvisación vocal	Cantos y vocalizaciones espontáneas de manera estructurada y/o no para cumplir con metas terapéuticas.

BIBLIOGRAFIA

Álvarez, G. (1997). *Aplicación del Programa de Psicomotricidad de Pierre Vayer en un grupo de preescolares*. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología, UNAM.

Arosena A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). *El constructo ansiedad en psicología, una revisión personal*. Revista de estudios en psicología # 16. Recuperado el 25-04-2010

en: http://www.google.com.mx/search?q=el+constructo+ansiedad&hl=es&lr=&source=lnms&ei=oUJHTYftKYL78Aaq6Zz2AQ&sa=X&oi=mode_link&ct=mode&cd=1&ved=0CCAQ_AUoAA

Beck A. (1995). *Terapia Cognitivo Conductual de los Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Ed. Paidós Ibérica

Benenzon, R. (1981). *Manual de Musicoterapia*. España: Ed. Piados Ibérica

Benenzon, R. (2004). *Teoría de la Musicoterapia*. España: Ed. Mandala

Betés del Toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Ed. Morata

Bruscia, K. (2006). *Musicoterapia: Métodos y prácticas*. México: Ed. Pax México Publishers,

Castro, a y García, G. (2008). *Psicología clínica, fundamentos existenciales*. Ed. Uninorte. Versión electrónica. Recuperado el 12-04-2101

en <http://books.google.com.mx/books?id=6hyDsXrjJlgC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

DSM-IV-TR. (2002.) *Manual de Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson

Freud, S. *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen V: La interpretación de los sueños (1900)... (1920)*. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Ed. Amorrortu editores.

Freud, S. *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XVIII - Más allá del principio de placer, Psicología de la masas y análisis del yo, y otras obras (1920-1922). 1. Más allá del principio de placer (1920)*. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Ed. Amorrortu editores.

Fux, M. (2004). *¿Qué es la danza terapia?* Argentina: Ed. Lumen

González, V. (2008). *Maurice Ravel: el procesamiento musical en el cerebro*. Conferencia dictada en el 5º. Congreso Nacional de Neuropsicología (Sin publicar)

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la investigación*. México: Ed. Mc Graw Hill

Horney, K. (1993). *La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo*. Barcelona: Ed. Paidós

Kaplan, H. y Sandock B. (1995). *Sinopsis de Psiquiatría* (8ed.) New York: Ed. Panamericana

Kleizer, G. (2008) (Propuesto para publicación) *Seminario de musicoterapia*. Casa Azul A. C.

Maneveau, G. (1992) *"Música y educación"* Ed. Libros de música Rialp (versión electrónica). Recuperado el 4-05-10 en <http://www.books.google.com.mx/books/definiciones/musica/maneveau>

Paz, C. y Pimentel, M. (1998). *El psicodrama y su creador: J.L. Moreno: antología*. UAM Xochimilco. Recuperado el 2-07-10 en: <http://www.worldcat.org/title/psicodrama-y-su-creador-jl-moreno-antologia/oclc/53638639>

Prada, R. (1995). *Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas*. Recuperado el 3-05-10 en http://books.google.com.mx/books?id=k8KICX69XMkC&pg=PA141&dq=rogers+terapia+centrada+en+el+cliente&hl=es&ei=X7FATfbxG4WcsQOHgK3RCg&sa=X&oi=book_result&ct=book_thumbnail&resnum=2&ved=0CCwQ6wEwAQ#v=onepage&q=rogers%20terapia%20centrada%20en%20el%20cliente&f=false.

Polaino, A. (2003). *Fundamentos psicológicos de la personalidad*. Publicado por la Universidad de Navarra, versión electrónica. Recuperado el 26-04-210 en: http://books.google.com.mx/books?id=d_rAkAg-6MEC&pg=PA377&lpq=PA377&dq=%22hiperestimulacion+primaria+incongruencia+cognitiva+respuesta+desajustada%22&source=bl&ots=Qc_Gc5pHle&sig=0i-Zo51y3TsPNvrbqRhxQksEfTk&hl=es&ei=nbVBTbevEYWSgQesxPnsAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBMQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Secretaría de Educación Pública. (1988). *Guía de actividades musicales en el nivel preescolar*. México: Ed. Fernández Cueto Editores.

Sierra, C., Ortega, V. y Zubeidat. I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Recuperado el

23-05-10 en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&nrm=iso

Vallejo, J. y Gastó, C. (1999). *Trastornos Afectivos; Depresión y Ansiedad*. 2ª. Barcelona: Ed. Masson.

Vera, A y Villalón, M. (2005). *La Triangulación entre Métodos Cuantitativos y Cualitativos en el Proceso de Investigación*. Publicado en *Ciencia y Trabajo*. Año 7. Núm. 16 abril-junio 2005. Universidad de Chile. Recuperado el 5-07-2010

en http://scholar.google.com.mx/scholar?hl=es&q=vera+y+villalon&lr=lang_es&as_ylo=&as_vis=0

Willems, E. (1975) *Introducción a la Musicoterapia*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de educación musical