

APLICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA CON PACIENTES DE FIBROMIALGIA

En los últimos años se ha popularizado el término “musicoterapia” y cada vez es más común ver esta disciplina terapéutica incluida en programas de actividades institucionales así como de asociaciones de enfermos.

La música es un arte multidisciplinar que pone a prueba nuestros sentidos. La música se puede escuchar o crear, pero también se puede sentir porque tiene el poder de provocar emociones muy diferentes en nosotros.

Como arte la música es un lenguaje y como tal es una vía de comunicación perfecta para relacionarnos con nuestro entorno, mas aún cuando nuestras posibilidades comunicativas están afectadas y no podemos hacerlo a través de la palabra.

En este artículo se pretende explicar qué es la musicoterapia y las posibilidades que ofrece como disciplina terapéutica, estando centrado específicamente en el síndrome de fibromialgia.

QUÉ ES MUSICOTERAPIA

Para comprender el motivo de la utilización de la musicoterapia con pacientes con diferentes patologías, debemos comprender primero qué es la musicoterapia.

Según Kenneth Bruscia, la Musicoterapia, en cuanto a fusión de música y terapia, es a la vez un arte, una ciencia y un proceso interpersonal¹. Como arte tiene que ver con la subjetividad y la creatividad; como ciencia, con la objetividad y la replicabilidad; y como proceso interpersonal con la empatía, la intimidad, la comunicación y la expresión de emociones y sentimientos.

Así, para Kenneth Bruscia, la musicoterapia es por tanto, *un proceso contractivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando como fuerza dinámica de cambio experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de éstas*².

En musicoterapia se pretende abordar la problemática desde la globalidad de la persona, teniendo por tanto en cuenta a la persona por encima de su enfermedad. Si bien es

¹ B. Kenneth (1997) *Definiendo Musicoterapia*, Amarú Ediciones, Salamanca.

² B. Kenneth (1999) *Modelos de improvisación en Musicoterapia.*, Agruparte Producciones, Vitoria-Gasteiz

cierto que se enfatiza en las necesidades prioritarias del paciente, en una misma actividad se podrán trabajar objetivos de las distintas áreas de deficiencias: cognitivas, comunicativas, físicas y socioemocionales.

Así, las actividades que se desarrollen dentro de la sesión (o programa) de musicoterapia tendrán como objetivos la mejora o mantenimiento de las funciones físicas y la resolución de conflictos a nivel emocional. Para ello la musicoterapia implica al paciente y al musicoterapeuta en diferentes experiencias que van desde la escucha receptiva de un programa musical determinado, a improvisaciones musicales en las que ambos intervienen activamente.

¿Es necesario saber música? Puesto que la herramienta del trabajo será la música, es imprescindible que el profesional domine dicha disciplina y se desenvuelva con soltura en la interpretación musical. Ocurre lo contrario con la persona que recurre a esta disciplina como tratamiento. Uno de los objetivos que se persigue es que el paciente encuentre una vía de comunicación no convencional a través de la que poder expresar sus sentimientos y emociones, y para ello no es necesario utilizar los instrumentos de manera convencional ni que el resultado sonoro sea bello estéticamente. El paciente tendrá libertad para tocar los instrumentos a su antojo y será responsabilidad del musicoterapeuta dar sentido a la experiencia.

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN MUSICOTERAPIA

Existen diferentes modelos de improvisación en musicoterapia, cada uno de los cuales tiene unas características que lo hace diferentes de los demás.

Las especificidades de un modelo vienen determinadas por aquello a lo que prestan más atención en una situación clínica, por las orientaciones teóricas o por los procedimientos y técnicas de valoración.

Algunos de los autores que desarrollaron modelos propios de intervención en musicoterapia son:

- **Paul Nordoff & Clive Robbins:** modelo Creativo.
- **Juliette Alvin:** modelo de libre improvisación.
- **Anne Riordon & Kenneth Bruscia:** modelo experimental.
- **Rolando Benenzon:** modelo Benenzon.
- **Helen Bonny:** modelo de musicoterapia receptiva: Método de "Imagen Guiada y Música (GIM)".
- **Mary Priestley:** modelo Analítico.

Será este último -modelo Analítico- el que se explicará a continuación, puesto que la autora de este artículo es el que considera más adecuado para el trabajo con pacientes de fibromialgia.

La **Musicoterapia Analítica** es un modelo de improvisación desarrollado en Gran Bretaña a principios de 1970 y su principal fundadora fue Mary Priestley.

Este modelo se define por el uso de las palabras y la música simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta con el propósito de explorar la vida interna del paciente y facilitar su desarrollo³. Las improvisaciones están a menudo estimuladas o guiadas por sentimientos, ideas, imágenes, fantasías, memorias... que el paciente o el terapeuta identifican como tema que necesita investigación terapéutica.

Este método difiere del psicoanálisis en que implica dúos recíprocos entre el paciente y el terapeuta, además del discurso verbal.

Priestley desarrolló este método con adultos con problemas psiquiátricos, desórdenes psicósomáticos, alteraciones sexuales y fobias. Así mismo Priestley aplicó este enfoque al entrenamiento, desarrollo personal y supervisión de estudiantes y profesionales de musicoterapia, llamando a esta aplicación del método *interterapia*.

La música, más concretamente la improvisación musical, es una vía de comunicación no verbal, no convencional, a través de la cual los pacientes se expresan libremente sin enmascarar el discurso, puesto que a un nivel consciente no hay un control sobre lo que se está diciendo.

Es el profesional de musicoterapia el que interpreta la experiencia musical y hace ver lo que sí se dice con la música. Se pretende así que el grupo, y cada una de las personas en individual, reflexione sobre cómo ha sido la participación de cada uno de ellos en dicha experiencia, cómo se han sentido, qué necesitan, qué cosas no han podido decir, por qué han actuado así...

El modelo de improvisación analítica de Priestley ofrece por tanto la posibilidad de utilizar ambos discursos, el verbal y el musical, para explorar la vida interna del paciente, encontrar el foco del problema a tratar e intentar darle resolución.

LA FIBROMIALGIA

Reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993 como síndrome, se refiere a un grupo de trastornos comunes reumáticos no articulares, caracterizados por dolor y rigidez de intensidad variable de músculos,

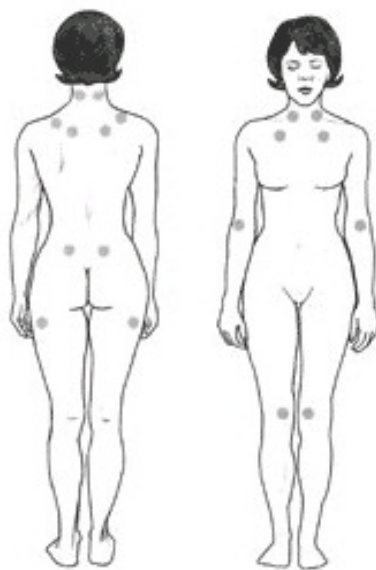
³ Cita de Priestley, M. (1980) *The Herdecke Analytical Music Therapy Lectures*, recogida en Bruscia, K. (1999) *Modelos de improvisación en musicoterapia*, Agruparte Producciones, Vitoria-Gasteiz.

tendones y tejido blando circundante, que conlleva dolor y rigidez en los músculos y articulaciones de carácter difuso o con múltiples puntos de dolor.

No se han detectado alteraciones físicas en los puntos dolorosos, razón por la cual las hipótesis más actuales respecto de su causa se dirigen hacia fenómenos de sensibilización a nivel central y mantenimiento del dolor por alteraciones en las respuestas de los neuromediadores.

El diagnóstico de fibromialgia se realiza por descarte clínico, una vez que los resultados de los análisis y los estudios por imágenes no muestren alteraciones. Esto obliga a los pacientes a peregrinar durante años por las diferentes especialidades médicas (incluyendo digestivo, cardiología, medicina interna, ...) sin conseguir respuesta a sus problemas.

La prueba definitiva para el diagnóstico de fibromialgia es la palpación por presión en los 18 puntos dolorosos considerados en fibromialgia. Si el paciente muestra dolor en 11 de ellos, se considera entonces que sí padece dicho síndrome.



En la imagen adjunta se puede observar dónde están localizados los 18 puntos dolorosos (*tender points*).

Teniendo sólo en cuenta los resultados obtenidos en las pruebas médicas, son muchas las ocasiones en que médicos y familiares del paciente quitan importancia a los síntomas detallados, llegando incluso a dudar de la veracidad de los mismos.

Es por esto que a menudo las personas que padecen fibromialgia tienen que convivir con el dolor físico que padecen, y con el dolor emocional de la incomprensión de las personas que les rodean.

La incidencia de la fibromialgia en la población está entre el 2 y 6%, afectando mayoritariamente a mujeres (datos ofrecidos por la Sociedad Española de Reumatología en 2010).

Según la Sociedad Española de Reumatología (SER), las características más destacables de los enfermos de fibromialgia son:

- Dolor generalizado, que se define por quienes la padecen como quemazón, molestia o desazón.
- Fatiga crónica: Cansancio que se mantiene durante todo el día.
- Trastornos del sueño.
- Episodios depresivos.

- Padecen otras enfermedades y trastornos asociados a la fibromialgia (incontinencia urinaria, migrañas, ...)

En relación a esto, la autora considera que las soluciones que se ofrecen a las personas afectadas de fibromialgia desde la disciplina médica no son satisfactorias, puesto que:

- ❑ los tratamientos paliativos para el dolor sólo consiguen una mínima reducción del mismo
- ❑ no hay seguimiento cercano de la evolución de la enfermedad (revisiones trimestrales o semestrales)
- ❑ no se atiende a la persona en toda su totalidad, sino los diferentes síntomas que van apareciendo a lo largo del proceso de enfermedad
- ❑ se pide a la persona que aprenda a vivir con el dolor, pero no se le ofrecen vías para dicho aprendizaje

JUSTIFICACIÓN DEL USO DE LA MUSICOTERAPIA

Las experiencias existentes de aplicación de la musicoterapia en el tratamiento del dolor muestran que la

música ejerce una influencia sobre aspectos psicológicos y fisiológicos favoreciendo los procesos de autorregulación y ampliando la tolerancia al dolor. Esto se evidencia en una disminución de las verbalizaciones del paciente sobre el dolor así como una disminución en la necesidad de medicación para el mismo.

En relación a esto, la utilización de la musicoterapia como herramienta terapéutica con personas que padecen fibromialgia puede ser beneficiosa puesto que⁴:

- ❑ La música **puede reducir el dolor crónico y la depresión.**

Según S. Siedlecki y M. Good, la música puede reducir el dolor crónico y la depresión, hacer que la gente sienta más control sobre su dolor, reducir la depresión y hacer que la gente se sienta menos impedida.

- ❑ Según un estudio realizado por R. Board y N. Ryan-Wenger, la música **actúa como agente relajante.**

- ❑ E. Russell, entre otros autores, afirma que la música tiene la capacidad de **reducir la fatiga muscular.**

⁴ Los artículos y estudios mencionados en este apartado del artículo están recogidos en la bibliografía.

- ❑ En relación a las investigaciones llevadas a cabo por J.A. Schorr, la música puede **facilitar el movimiento** a través de diversas permutaciones de orden y desorden (salud y enfermedad) manifestando cambios en la conciencia y percepción del dolor.
- ❑ Maratos, Gold, Wang, y Crawford, afirman que **a través de la musicoterapia se puede mejorar el estado de ánimo.**
- ❑ **Se obtiene gratificación inmediata.**
Por el carácter imprevisible de la enfermedad, las personas con fibromialgia viven en situación de alerta sin saber cómo se encontrarán al día siguiente, por lo que es muy importante vivir el presente.
- ❑ **La música sirve de puente para la comunicación.** Según Mary Priestley *“la música es nuestro puente, el punto mágico de encuentro entre dos personas”*. La música es una conexión primordial que ofrece oportunidad de profundización en las experiencias compartidas, así como en los niveles de empatía, aceptación y entendimiento⁵.

⁵ Cita de Priestley, M. en *Music Therapy in Action*, recogida en Eschen, J. T., (2002) *Analytical Music Therapy*, Jessica Kingsley Publishers, London.

- ❑ **A través de la música se puede contar** la historia de los pacientes de una manera diferente, a menudo expresando aspectos de la historia que no pueden ser expresados con palabras, **como el contenido emocional y los aspectos relacionales**⁶.

En relación a la justificación aquí expuesta, las técnicas empleadas en musicoterapia persiguen objetivos en diferentes áreas. Algunos de los objetivos que se pueden pretender en musicoterapia con pacientes de fibromialgia pueden ser:

ÁREA FÍSICA

- Explorar y utilizar el cuerpo y su movimiento como elemento de expresión asociado al sonido, fomentando la aceptación del contacto físico con el otro y mejorando la coordinación.
- Favorecer la reconciliación con el cuerpo enfermo.
- Mantenimiento y/o mejora de la psicomotricidad fina a través de actividades manipulativas.

ÁREA COGNITIVA

- Estimulación sensorial.
- Favorecer la orientación espacial y temporal.

⁶ Priestley, M. (1975) *Music Therapy in Action*, Constable, London.

- Mantenimiento o mejora de la memoria.
- Entrenamiento del control de la atención.
- Promover la escucha.

ÁREA RELACIONAL

- Crear situaciones que fomenten la interrelación, tanto con los objetos intermediarios (sonoros o no sonoros) como con el terapeuta y el resto de pacientes.
- Prevenir estados de aislamiento.
- Proporcionar situaciones de interés, que atraigan la atención y favorezcan la participación y la atención conjunta, compartiendo una actividad.

ÁREA SOCIO - EMOCIONAL

- Facilitar la interacción social.
- Fomentar la expresión y comunicación con uno mismo y con los que nos rodean.
- Ofrecer un espacio en el que las producciones individuales (sonoras, motoras,...) tengan cabida.
- Favorecer la expresión creadora.
- Ofrecer una estructura segurizante y tranquilizadora, donde el paciente pueda desarrollar sus capacidades y limitaciones.
- Permitir la exploración emocional.
- Proveer de un espacio de disfrute y experimentación.

- Afrontar y canalizar emociones desagradables (angustia, agitación, dolor, miedo...).
- Crear un espacio donde aliviar la angustia.
- Ayudar a la resolución de conflictos emocionales.

EL PROCESO DE MUSICOTERAPIA

Antes de comenzar un proceso de tratamiento con musicoterapia se debe realizar una valoración a través de la que se establezcan las necesidades específicas de cada una de las personas que conformen el grupo de trabajo.

Una vez marcados los objetivos individuales, y teniendo en cuenta los objetivos grupales, se plantearán las actividades más apropiadas a lo largo de todo el tratamiento para la consecución de dichos objetivos.

Será necesaria una valoración y evaluación periódica para analizar la evolución, plantear nuevos objetivos y desarrollar la línea de trabajo a seguir teniendo en cuenta el desarrollo del proceso hasta el momento.

Se exponen a continuación algunas de las actividades que se pueden desarrollar en musicoterapia y que la autora considera oportunas para el trabajo con enfermos de fibromialgia.

□ **Preparación del espacio terapéutico:** en las primeras sesiones del proceso de tratamiento se puede destinar una parte del tiempo de la sesión a la preparación del espacio. De esta manera los pacientes pueden elegir cómo quieren estructurar el espacio físico de trabajo así como utilizar cartones u otro tipo de materiales para modificar dicho espacio, haciéndolo más personal.

Así se consigue la identificación de los pacientes con la actividad, crear un sentimiento de pertenencia al grupo y favorecer la sensación de seguridad en ese espacio.

□ **Actividades de relajación corporal:** con el fin de tomar conciencia del espacio en el que nos encontramos (espacio terapéutico) y sentir cómo está hoy mi cuerpo, dónde están las tensiones, qué parte duele más, ...

□ **Actividades de caldeamiento:** ejercicios de activación, con y sin instrumentos, con y sin música de fondo, juegos eurítmicos (percusión corporal) y vocales, utilizando si se desea diversos materiales como balones, globos, telas,...

Con estas actividades de caldeamiento se persiguen dos objetivos principales: entrar en contacto con el cuerpo, sentirlo, moverlo y jugar con él de una forma gratificante, trascendiendo la sensación de dolor; así como con el resto de personas con las que compartimos el espacio e interactuar con ellas.

□ **Improvisaciones musicales:** en las que tanto los pacientes como el terapeuta toman parte activamente.

Son una de las partes más importantes de la sesión y persiguen indagar en el estado emocional del paciente y reflejar dichas emociones en la música.

Las improvisaciones pueden ser libres, dando la posibilidad de que cada cual actúe libremente, o dirigidas, bien sea por el terapeuta o por alguno de los pacientes. Estas improvisaciones pueden así mismo estar enfocadas en un tema concreto, como puede ser una emoción, una palabra, una imagen...

Las improvisaciones pueden establecerse en diferentes fases:

1. Diálogo sobre las preocupaciones de los miembros del grupo, o de alguno de ellos, análisis de los diferentes puntos de vista que puede haber sobre el mismo tema.
2. Acuerdo sobre cómo va a ser la improvisación musical, que debe ir por tanto en relación a los temas debatidos, aportando nuevas experiencias entorno a los mismos.
3. Realización de la improvisación musical.
4. Dar título a la improvisación.
5. Nuevo debate-diálogo sobre el tema, valorando las intervenciones musicales de cada uno de los miembros del grupo.

6. Puede hacerse una nueva improvisación sobre el tema tratado, para reflejar los aspectos sobre los que se reflexionó en las discusiones.

□ **Audiciones musicales:** escucha activa o receptiva de música pregrabada, seleccionada por los pacientes o por el terapeuta.

Estas audiciones pueden ayudar a profundizar en el sentimiento de experiencias vividas anteriormente.

En otras ocasiones, pueden ser una vía de escape a través de la que relajar la tensión de lo vivido, permitiendo “colocar” en nuestro cuerpo dichas vivencias.

□ **Songwriting (escribir canciones):** Tony Wigram y Felicity Baker definen este método como “un proceso de crear, escribir y/o grabar letras y música de los pacientes y el terapeuta dentro de una relación terapéutica, direccionado a las necesidades psicosociales, emocionales, cognitivas y comunicativas de los pacientes⁷.

En esta técnica de musicoterapia, los pacientes y el terapeuta no improvisan música simultánea y espontáneamente, pero tampoco se trata de crear una canción de modo “formal”, con

construcciones musicales elaboradas o escritura con grafismos específicos.

Se trata más bien de poner en valor y ayudar a dar sentido las creaciones de los pacientes, con el objetivo de que sean ellos mismos los que valoren el trabajo que con la colaboración de todos ha sido posible crear.

Si bien es cierto que en un grupo cada persona tiene unas limitaciones y capacidades diferentes, no es menos cierto que cada uno de ellos es importante en el proceso de crear. Si alguno de ellos no colabora de ninguna forma, la canción se podrá crear igualmente pero el resultado obtenido será otro, porque faltará la aportación de esa persona.

Esta técnica exige un alto grado de compromiso tanto para el terapeuta, que tendrá que saber manejar extremadamente bien una amplia gama de herramientas musicoterapéuticas, como para los pacientes, puesto que en este momento del tratamiento se trabajarán simultáneamente los problemas, dificultades, miedos, ... que pueden haber ido surgiendo a lo largo del proceso.

□ **Bailes y Danzas:** se pueden hacer bailes en individual, por parejas o grupales, en los que los pacientes pueden mover el cuerpo libremente, sin ser observados por las miradas críticas de aquellos que no tienen discapacidad física.

⁷ Baker, F. & Wigram, T. (2005). *Songwriting: methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publisher. London.

CASO CLÍNICO

Se presenta a continuación un proceso musicoterapéutico llevado a cabo en la asociación UMA (Unión de Discapacitados de Asturias) desde noviembre de 2004 a junio de 2006.

El motivo de esta presentación de caso clínico es mostrar como en esta experiencia concreta, una paciente afectada de fibromialgia mejoró el estado físico y emocional a través de una intervención musicoterapéutica basada en el trabajo de las emociones.

Este estudio pretende dar una visión general del proceso, para lo que se explicarán las diferentes fases del mismo, detallando los cambios físicos, relacionales y emocionales de la paciente de estudio.

Asociación en la que se desarrolló el trabajo.

La U.M.A., cuya sede está situada en Gijón, es una asociación integrada por personas con discapacidades físicas de diferentes etiologías y con diferentes grados de afectación, que necesitan una atención específica enmarcada dentro de un modelo de apoyos definido básicamente por intervenciones multidisciplinares.

La actividad de musicoterapia estuvo integrada dentro del programa de actividades de la asociación.

Como reflejo del carácter heterogéneo de la asociación el grupo de musicoterapia estuvo integrado por personas con diferentes enfermedades y de muy diverso grado de afectación, varias de las cuales padecían fibromialgia.

Modelo de intervención.

El modelo de intervención seguido estuvo basado en el *Modelo Analítico* de Mary Priestley explicado anteriormente.

Las actividades que se desarrollaron en el proceso de musicoterapia fueron algunas de las mencionadas en el apartado "Proceso de Musicoterapia".

Valoración del proceso.

Para valorar la evolución de la paciente se utilizó el procedimiento de valoración musicoterapéutica "*Music therapy for the developmentally disabled*" desarrollado por Edith Hillman Boxhill.

Datos de la paciente de estudio.

Los datos personales que se aportan no son los reales, con objeto de preservar la identidad de la paciente y respetar el secreto profesional, pero sí mantienen las características principales del caso real.

Paciente: Cecilia: mujer de 50 años, casada y con una hija. Diagnosticada de varias enfermedades reumáticas y en estudio de diagnóstico de fibromialgia, presentaba en ese momento 10 puntos dolorosos.

Al comienzo del tratamiento de musicoterapia sufría un episodio depresivo, para el que tomaba medicación.

El único tratamiento terapéutico que recibió a lo largo del proceso fue el de musicoterapia, puesto que rechazaba otras intervenciones multidisciplinares.

Valoración previa.

Antes de comenzar el tratamiento de musicoterapia se le pidió a cada uno de los participantes del grupo que rellenaran una ficha de autovaloración de diferentes aspectos relacionados con el estado físico y emocional. Dicha ficha debía rellenarse marcando con una X las casillas de valoración establecidas por una escala de 5, en la que 0 equivalía a “nada/nunca” y 5 a “muchísimo”.

Algunas de las respuestas fueron:

- ¿Tienes Dolor?: Muchísimo
- ¿Tienes limitaciones por dolor?: Muchas
- ¿Te sientes con fuerzas?: Pocas
- Cómo te encuentras: Regular
- Disfrutas de tu tiempo: Poco

Fases y descripción del tratamiento de musicoterapia

Fase 1: denominada fase de valoración.

Es una fase de exploración en la que se muestran diferentes actividades para que los miembros del grupo se familiaricen con la forma de trabajo.

Es el periodo en que los miembros del grupo y la musicoterapeuta se conocen entre sí.

Algunos de los objetivos planteados en esta fase fueron:

- Conocer al grupo y a Cecilia en particular y, al mismo tiempo que la musicoterapeuta se diese a conocer.
- Favorecer la interacción social.
- Provocar un espacio de disfrute y experimentación.
- Crear un marco segurizante en el que los miembros del grupo se sintieran seguros.

Algunas de las actividades propuestas fueron: juegos de caldeamiento, improvisaciones musicales y cantar canciones.

Las sesiones realizadas en esta fase no tuvieron una estructura determinada, y se caracterizaron por la realización de diferentes actividades que permitieron observar el estado de los pacientes y valorar la adecuación de las actividades, las preferencias, y las necesidades del trabajo.

La valoración sobre las intervenciones de Cecilia en ese momento del tratamiento (según el *Procedimiento de valoración de Boxhill*) es:

- Se muestra muy cerrada y poco comunicativa.
- Se mantiene resistente y apartada, rechazando el contacto físico.
- Su cuerpo está rígido y se mueve en bloque. Gran predominancia de uso del lado izquierdo en las extremidades superiores: movimiento reducido a flexión del antebrazo.
- La expresión facial es deprimida: seria, sin sonrisa; y el contacto ocular es pobre, puesto que no lo mantiene cuando toca instrumentos, canta o habla de ella.
- Rango afectivo se puede definir como embotado.
- Sigue las actividades pero su atención es dispersa.

Fase 2: de exploración emocional.

En esta fase se pretendió crear un espacio de juego, a través del cual poder crear experiencias nuevas, que sirvieran a los participantes de aprendizaje.

Los miembros del grupo, ya familiarizados con las actividades, empiezan a utilizar los instrumentos musicales como **medio de expresión y comunicación**.

Las **improvisaciones musicales surgían normalmente de los temas** que comentaban **que les preocupaban**: el dolor, sus situaciones familiares, incompreensión...

En esta fase se estableció la estructura de la sesión, que se mantendría hasta el final, siendo la siguiente:

1. Relajación corporal.
2. Actividades de caldeoamiento.
3. Desarrollo musical: actividades musicales.
4. Baile.

Para Cecilia fue positivo mantener una misma estructura de sesión, puesto que le posibilitaba el tiempo necesario para anticipar lo que sucedería después haciendo que su participación fuera más activa en las diferentes actividades.

Algunos de los objetivos específicos marcados por la musicoterapeuta en relación a Cecilia fueron:

- Desarrollar el sentimiento de pertenencia al grupo.
- Favorecer la creación de estrategias físicas de adaptación.
- Proporcionar un espacio para la diversión y el juego.
- Proveer un espacio de descarga emocional.

En esta fase Cecilia aún delega el peso de la marcha de las actividades en el resto de miembros del grupo, pero comienza a tomar parte activa de las conversaciones que se producen. Sus comentarios en relación a los temas tratados son pesimistas y a menudo expone la dureza de su niñez y juventud y su problemática familiar.

La valoración sobre Cecilia en este momento del tratamiento es la siguiente:

- Comportamiento asertivo e hipoactivo.
- Su cuerpo está rígido y se mueve en bloque. Predomina el uso del lado izquierdo en las extremidades superiores, pero el movimiento se amplía para utilizar el brazo completo.
- La expresión facial es tranquila, aparece la sonrisa; y el contacto ocular mejora puesto que la cabeza tiene una postura más elevada que en la fase anterior.
- Rango afectivo lábil: manifiesta sus sentimientos sin profundizar en ellos pero hace comentarios que permiten entrever la problemática.
- Sigue las actividades con mayor presencia, aunque no toma la iniciativa ni propone actividades.

Fase 3: fase de vínculo.

En esta nueva etapa, Cecilia, bajo supervisión médica, deja de tomar medicación para la depresión.

Para Cecilia, las primeras sesiones de esta fase estuvieron marcadas por reminiscencias, con muchos recuerdos positivos de su infancia. En este momento del tratamiento cuenta cómo fue su niñez y el rol que jugaron en ella sus abuelos: *“las únicas personas que supieron cuidar de mí”*. Cecilia recuerda los momentos felices que hubo en su historia pasada y establece similitudes entre la relación que mantenía con sus abuelos en su niñez y la que mantenía en ese momento con su hija.

En una etapa más avanzada de esta fase Cecilia empieza a tomar conciencia de sus problemas actuales y **habla por primera vez abiertamente de sus problemas familiares**.

En una ocasión comenta: *“yo aquí me comporto como yo soy realmente, en mi casa no soy yo”*.

Algunos de los objetivos marcados en relación a Cecilia fueron:

- Fomentar la expresión y comunicación con uno mismo, y con los que nos rodean.
- Crear un espacio donde aliviar la angustia.

- Profundizar en el entendimiento de la problemática personal.

Cecilia comenzó a traer material de casa para utilizar en la sesión. En un principio fueron dibujos y más adelante, frases, poesías y canciones. Estas narraciones hablaban de amor y deseo y las improvisaciones musicales hacían referencia a sentimientos, aunque no propios.

La valoración sobre Cecilia para ese momento del proceso es la que sigue:

- Comportamiento asertivo y cooperativo.
- Su cuerpo se flexibiliza levemente, predomina el uso del lado izquierdo en las extremidades superiores, pero mueve ambos brazos adelante - atrás - arriba, y los separa del cuerpo.
- La expresión facial es tranquila, mantiene la sonrisa y aparece la risa; Buen contacto ocular: lo busca y lo mantiene cuando toca o habla de ella.
- La calidad tonal de la voz es apagada.
- Rango afectivo restringido.
- Aumenta la atención en las actividades y comienza a tomar la iniciativa así como a proponer actividades.

Fase 4: de autorregulación.

Es en ese momento del tratamiento cuando el proceso se consolida como **base para ayudar en la conflictiva personal** de Cecilia.

Es una fase en la que todo el grupo está muy involucrado en la terapia. Cecilia, al igual que sus compañeros, cuenta abiertamente las cosas que le preocupan, y **utiliza este espacio no solo para expresar** sus inquietudes o miedos, sino también para pensar las salidas posibles así como qué puede hacer para modificar esta realidad. Cecilia se hace consciente de la importancia de tratar en profundidad los temas de conflicto, sabiendo que aún siendo doloroso, conseguirá liberarse de parte de la carga emocional y **sentirse aliviada.**

En esta fase el propio grupo es contenedor de las situaciones y provocador de cambios.

Las improvisaciones musicales son cada vez más ricas y son los propios pacientes los que deciden cómo llevarlas a cabo. Dichas improvisaciones hablan de sentimientos propios: del dolor, del amor, las dificultades de relacionarse...

A través de la técnica del *songwriting* (escribir canciones) Cecilia es capaz de hablar en profundidad de sus sentimientos, describirlos con detalle y elaborarlos, así como

entender su situación familiar y buscar posibles vías de resolución de conflictos.

Cecilia se encuentra segura dentro del espacio terapéutico, y se apoya en el grupo en busca del ansiado bienestar físico y emocional.

Las conversaciones son más ricas, es capaz de discutir sobre los diferentes temas ofreciendo su opinión y manteniendo su postura.

La valoración sobre Cecilia al finalizar el tratamiento es la siguiente:

- Cecilia se siente segura en el espacio terapéutico y habla abiertamente de lo que piensa y siente.
- Comportamiento asertivo y cooperativo: disfruta con el grupo, busca experiencias gratificantes y siente deseo por el juego.
- Su cuerpo se mueve con mayor flexibilidad que en etapas anteriores: aumenta la movilidad de las extremidades superiores y flexibiliza el uso de manos, cintura, caderas y piernas.
- Lenguaje corporal significativo.
- Expresión facial tranquila. Mantiene el contacto visual en todo momento.

- La calidad del lenguaje es expresiva y su voz es clara.
- Rango afectivo amplio: hay reconocimiento de su problemática emocional; se encuentra más alegre que en las fases anteriores y bromea con los compañeros.
- La participación durante toda la sesión es activa, no sólo realiza las actividades que se proponen sino que juega con ellas, las reinterpreta y modifica.

En base a lo expuesto anteriormente la autora **concluye** que al final del proceso, Cecilia mostraba las siguientes diferencias en relación al principio del mismo:

A nivel físico:

- No rechaza su propio cuerpo y se permite disfrutar de él y con él.
- Su cuerpo se mueve con mayor flexibilidad, lo que conlleva un grado más bajo de anquilosamiento. Esto a su vez conlleva una reducción de la intensidad del dolor físico.

A nivel relacional:

- Se permite disfrutar con experiencias nuevas.
- Disfruta del contacto con los demás miembros del grupo.

A nivel emocional:

- Presenta un mejor estado de ánimo que le permite disfrutar de la relación con sus iguales.
- Tiene deseo de expresar sus sentimientos y emociones.
- Utiliza la música de forma creativa.
- Reconoce su problemática, habla de ella y busca soluciones.
- Tiene una mayor capacidad de toma de decisiones.
- Aumenta su autoestima.

RESUMEN

El trabajo aquí expuesto pretende explicar qué es musicoterapia, mostrando al mismo tiempo una breve fundamentación de esta disciplina terapéutica.

Del mismo modo, a través de la enunciación de las características principales de la fibromialgia, establecer unos criterios y justificación del uso de la musicoterapia con pacientes aquejados de dicho síndrome.

PALABRAS CLAVE

Musicoterapia, fibromialgia, improvisación musical, songwriting.

“... Todos somos diferentes. Algunos de nosotros hemos perdido la capacidad de utilizar parte de nuestro cuerpo por un accidente o enfermedad. Pero eso no es importante, sólo es un problema mecánico. Lo importante es que mantenemos el espíritu humano: la capacidad de crear”.

Stephen Hawking

Transcripción de un fragmento del discurso de la Ceremonia de Apertura de la paralympiada de Barcelona 1992 (España).

BIBLIOGRAFÍA

ANSDELL, G. (1995). *Music for life. Aspects of creative music therapy with adults clients*. Jessica Kingsley Publisher. London.

BAKER, F. & WIGRAM, T. (2005). *Songwriting: methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publisher. London.

BELLIDO, G. Conferencia inédita dentro del Congreso “Musicoterapia y Arteterapia en las Enfermedades Neurodegenerativas” organizado por el Instituto “Música, Arte y Proceso” y realizado en Vitoria-Gasteiz en Septiembre de 2001.

BOARD, R., & RYAN-WENGER, N. (2000) *State of the science on parental stress and family functioning in pediatric intensive care units*. American Journal of Critical Care, 9, 106-122.

BRIGHT, R. (1986). *Grieving. A handbook for those who care*. MMB Music. Sant Louis – Missouri.

BRUSCIA, K. (1997). *Definiendo musicoterapia*. Editorial Amarú. Salamanca.

BRUSCIA, K. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Editorial AgrupArte. Vitoria-Gasteiz.

BUNT, L.; HOSKYNS, S. (2002). *The hand book of music therapy*. Brunner-Routledge. Nueva York.

CAMPO, P. DEL (coord.) (1997). *La música como proceso humano*. Editorial Amarú. Salamanca.

DAVIS, W.B.; GFELLER, K.E.; THAUT, M.H. (1992). *An introduction to music therapy. Theory and practice*. WCB Publisher. USA.

DAVIS, C.A. (1992). *The effects of music and basic relaxation instruction on pain and anxiety of women undergoing in-office gynecological procedures*. *Journal of Music Therapy*, 29, 202-216.

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. (1999). *La enfermedad como camino*. Editorial Plaza y Janes. Barcelona.

ESCHEN, J. T., (2002) *Analitical Music Therapy*, Jessica Kingsley Publishers, London, citando a Priestley, M. (1975) en su libro *Music Therapy in Action*, Constable, London.

HERNÁNDEZ-RUIZ, E. (2005). *Effect of music therapy on the anxiety levels and sleep patterns of abused women in shelters*. *Journal of Music Therapy*, 42(2), 140–158.

KENNY, D.T; FAUNCE, G (2004). *The impact of group singing on mood, coping and perceived pain in chronic pain patients attending a multidisciplinary pain clinic*. *Journal of music therapy* 200, XLI 3: 241-258.

KOPEC, J., & ESDAILE, J. (1995). *Functional scales for low back pain*. *Spine*, 20, 1943-1949.

LOEWY, J. V. (1997). *Music therapy and pediatric pain*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.

MADRE, M. DE; SARDÁ, GEMMA. (2005). *Vitalidad crónica: convivir con la fibromialgia*. Editorial Planeta. Madrid.

MARATOS, A.S; GOLD, C.; WANG, X.; & CRAWFORD, M.J (2008). *Music Therapy for Depression*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. Art. No.: CD 004517.DOI : 10.1002/14651858.CD004517.pub2.

MIRÓ, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.

PROST, M. (2003). *Fibromialgia, una enfermedad de los tiempos modernos*. Editorial Océano Ambar. Barcelona.

RUSSELL, E. H. (2003). *The effects of Musi Therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer*. Journal of Music Therapy, XL (2), 113-137. American Music Therapy Association.

SCHORR, J.A. (1993). *Music and pattern change in chronic pain*. Advances in Nursing Science, 15, 27-36.

SIEDLECKI, S. L. & GOOD, M. *Effect of music on power, pain, depression and disability*. Journal of Advanced Nursing Vol. 54.5. June, 2006: 553-562.

UPDIKE, P. (1990). *Music therapy results for ICU patients*. Dimensions of Critical Care Nursing, 9, 39-45.

WIGRAM, T. (2005). *Improvisación: métodos y técnicas para clínicos, educadores y estudiantes de musicoterapia*. Editorial AgrupArte. Vitoria-Gasteiz.

WOSCH, T; WIGRAM, T (2007). *Microanalysis in music therapy. Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students..* Jessica Kingsley Publisher. Londres.

ZIMMERMAN, L., POZEHL, B., DUNCAN, K., & SCHMITZ, R. (1989). *Effects of music in patients who had chronic cancer pain*. Western Journal of Nursing Research, 11, 289-309.