

# De la belleza como combate a la belleza como liberación: un estudio de musicoterapia en pacientes con trastornos alimentarios

**Marta Arias Gómez**

[martariasg@gmail.com](mailto:martariasg@gmail.com)

**Alicia Lorenzo**

[alicialorenzo@hotmail.com](mailto:alicialorenzo@hotmail.com)

## Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de afecciones que producen una distorsión en la imagen corporal y establecen una relación patológica con la ingesta de comida. La dificultad en el reconocimiento, expresión y aceptación de emociones; y otros rasgos como la baja autoestima y la ansiedad, son variables de riesgo para padecer estos trastornos. Tomando como principio la relación que existe entre la música y la emoción, este estudio muestra en qué medida la música facilita la gestión emocional en pacientes con TCA y favorece por tanto un avance en su tratamiento. Se realizaron durante 3 meses sesiones semanales de musicoterapia con un grupo de mujeres en proceso de recuperación de algún tipo de trastorno alimentario. Hubo progresos en la expresión a nivel musical y verbal, y efectos positivos a corto y medio plazo a la hora de realizar las comidas y en el estado general. La pertenencia al grupo creó nuevos lazos entre ellas, generó nuevas ilusiones y aumentó la confianza en sus capacidades. La constancia en esta terapia, potenciando sus recursos y fortalezas, con seguridad ayudaría a las chicas a superar la enfermedad y a conseguir mayor autonomía a largo plazo.

**Palabras clave:** anorexia, bulimia, musicoterapia, alexitimia, canto.

## From beauty as a fight to beauty as a liberation: a study of music therapy in patients with eating disorders

### Abstract

Eating disorders (ED) are a group of conditions that produce a distortion in body image and establish a pathological relationship with food. The difficulty in the recognition, expression and acceptance of emotions; and other traits such as low self-esteem and anxiety are risk variables for developing these disorders.

Basing on the relationship between music and emotion, this study shows how music facilitates emotional management in patients with ED and then favors an advance in its treatment.

A weekly music therapy session during three months was held with a group of women recovering from different types of eating disorders. There were progress in musical and verbal expression, improvements in feeding routines and positive effects in general state. Being a member of the group created new bonds between them and generated hopes while increasing confidence in their abilities.

The consistency in this therapy, promoting their resources and strengths, would surely help the women overcome the disease and gain a greater autonomy in the long run.

**Key words:** anorexy, bulimia, music therapy, Alexithymia, singing

## Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de afecciones de base psicológica, que pueden llegar a acarrear graves problemas físicos y sociales. Se relacionan con conductas obsesivo-compulsivas respecto a la ingesta de alimentos o a la restricción de los mismos, como respuesta a situaciones de ansiedad generadas de forma externa o causadas por una imagen distorsionada sobre su propio peso y aspecto físico.

Los trastornos de la conducta alimentaria son diversos, si bien los más representativos y los que obtienen las cifras más altas son la anorexia y la bulimia.

La bulimia es un síndrome caracterizado por episodios de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Su gravedad se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados, siendo categorizada la bulimia como leve entre 1-3 comportamientos compensatorios por semana y llegando a extremo en los casos que superen los 14 episodios semanales (Baile y González, 2014).

La anorexia es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo, debido a una distorsión de la imagen corporal. Esta pérdida significativa de peso está generada de forma principal por la limitación de la ingesta, y sustentada en ocasiones por vómitos autoinducidos, purgas, ejercicio excesivo u otras conductas compensatorias.

Estas dos afecciones, que conductual y físicamente se manifiestan de forma diferente, tienen en su base psicológica varios aspectos en común, que son los factores en los que se va a tratar de incidir por medio de la musicoterapia.

- Rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva: El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por perfeccionismo, deseo intenso de llevar el control, rigidez, pensamiento mágico y dicotómico. Esta alta necesidad de control puede tener compensaciones externas llamadas compulsiones, cuya intención es regular externamente el nivel de ansiedad que algunos de estos pensamientos generan en la persona (Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburua, 2011).

- **Ansiedad:** es uno de los factores de riesgo y rasgo estable en las personas que pueden tener, tienen o han tenido TCA. El pensamiento sobre su imagen corporal o cualquier otro elemento externo o interno que genere ansiedad puede desencadenar las compulsiones: atracones, purgas, ejercicio físico descontrolado...
- **Alexitimia:** es un problema común en muchos pacientes con TCA: la dificultad de identificar y poner nombre a sus emociones revierte en la dificultad de controlarlas (Bruch, 1973). Su incapacidad para reconocer y expresar lo que están sintiendo hace en muchos casos que confundan sentimientos negativos no reconocidos o no aceptados con dolencias físicas, náuseas y ansiedad, con lo cual se desencadenaría nuevamente la conducta compensatoria. Además de la alexitimia, existe una actitud negativa hacia la expresión emocional y percepción negativa de las emociones (Pascual et al. 2011): se viene estudiando como un factor de riesgo estable en el desarrollo de los TCA, siendo su máxima manifestación la falta de expresión emocional. Las emociones se sienten como algo negativo y peligroso, que puede escaparse a nuestro control; la manera de manejarlo es la no aceptación de las emociones y la represión. Aunque están reconocidos los beneficios de compartir socialmente las emociones, y los individuos con altos niveles de alexitimia también reconocen sus beneficios a nivel social e interpersonal, creen poco en los beneficios intrapersonales de compartir sus emociones, y creen que reporta mayores beneficios no hacerlo. (Martínez, Blanco, Páez y Costa, 2013).
- **Baja autoestima:** es un problema de base, caldo de cultivo para que se genere este tipo de trastornos. Una baja concepción de uno mismo, sumada a una importante autoexigencia y un ambiente dañino son determinantes para la manifestación de un TCA. Recientes estudios constatan también la influencia de su aspecto físico en el estado de ánimo (Pascual et al. 2011). Los pacientes con TCA presentan una gran vulnerabilidad emocional respecto a su apariencia física y los comentarios que puedan recibir sobre ella.
- **Conductas evitativas y pocas habilidades sociales:** muchos de estas personas sufren ansiedad social y aislamiento. Debido a su obsesión, dejan de frecuentar ambientes o personas en los que pudiesen sentirse incómodas o acorraladas. En

la bulimia además, son conscientes de que sus atracones son reprochables, la culpa las menoscaba y su autoconcepto se desmorona, por lo que además sienten vergüenza de exponerse ante los demás. Visten con ropa ancha, evitan comer en público, pueden ser hipersensibles a críticas y huyen de personas que puedan hablarles sobre su aspecto físico, buscan tener localizado un baño disponible para el caso de tener que realizar una purga. Esta búsqueda de un ambiente favorable para llevar a cabo sus conductas compensatorias supone un detrimento en su actividad laboral, lúdica y social, desatendiendo en muchos casos ocupaciones sanas que las ayudarían a mantenerse distraídas de sus obsesiones, lo que facilita la generación de un círculo vicioso.

- Falta de asertividad: por una necesidad máxima de aprobación externa. Los pacientes con TCA tienen rasgos de sumisión, sentimiento de inutilidad y de indefensión. Una forma de conducta no-asertiva es la agresión u hostilidad, que puede ser dirigida a uno mismo, en forma de culpa o autocrítica. Las personas con TCA presentan dificultades mayores a mostrar su desacuerdo y sus sentimientos negativos, y para la autoexpresión social (Behar, Manzo y Casanova, 2005).
- Deterioro en la toma de decisiones: la corteza prefrontal controla la capacidad de demorar una gratificación inmediata con vistas a lograr una gratificación mayor a largo plazo (Miller, Freedman y Wallis, 2002). En los trastornos alimentarios se ve alterada la función ejecutiva por el mal funcionamiento de la corteza prefrontal (Salvador, Mestas, Gordillo, Arana, Meilán, Pérez et al., 2010).

### ¿Cómo puede la musicoterapia ayudar a la recuperación en los trastornos de la conducta alimentaria?

Las musicoterapia provee al paciente de un ambiente y medios para relacionarse consigo mismo y con los demás. En las sesiones se desarrolla un lenguaje simbólico que puede servir de ayuda para llegar a conocer los propios impulsos y sentimientos, e integrarlos de forma intuitiva en su personalidad, dando paso así a un posible cambio terapéutico.

En relación al tratamiento de los trastornos alimentarios por medio de la musicoterapia, Bauer (2010) describe las principales ideas del concepto Bernese sobre las necesidades básicas humanas que determinan el comportamiento. Estos son:

- La necesidad de apego
- La necesidad de control y orientación
- La necesidad de incrementar la autoestima
- La necesidad de aumentar el placer y huir de lo desagradable

Según Grawe y Grawe Gerber (1999), la mayoría de los pacientes con TCA tienen problemas en al menos dos o tres de estos puntos. Sufren baja autoestima, falta de control y orientación, no buscan el placer y satisfacen su necesidad de apego de un modo inadecuado. El grado de satisfacción de estas necesidades básicas depende de dos factores: de sus recursos potenciales, y del modo en que el ambiente reacciona a sus necesidades. La no-satisfacción de estas necesidades genera conductas compensatorias, es por ello que el trabajo del terapeuta debe encaminarse a reactivar sus recursos, facilitando la creación de un ambiente que dé respuesta a lo que el paciente necesita desarrollar.

Para el cambio de comportamiento, existen tres procesos en los que la música puede influir (Sears, 1968), (García, 1989):

- Experiencia en la estructura (la propia música): la música permite una conducta adecuada a la capacidad, se orienta por lo afectivo y de acuerdo a los sentidos. Facilita la actuación en búsqueda del placer y la no-evitación. La motivación por la experiencia es algo intrínseco a la música y facilita el resto de elementos.
- Experiencia en la auto-organización (la actitud personal en la misma): el individuo toma conciencia de sus potencialidades en la música y encuentra en ellas recursos para su propia vida, que pueden revertir en una canalización de la ansiedad, mayor expresión, asertividad y autoestima. En relación al sentimiento de indefensión, Pavlakou (2009) afirma que “si mediante la música desarrollan una sensación de competencia, pueden ver los acontecimientos de su vida como algo que está en sus manos, y tomar un papel activo en su recuperación”.
- Experiencia en la relación con los demás (la actitud hacia los demás en ella): facilita experiencias de formar parte de un grupo, invita a regular los propios intereses y a ser flexible, aporta recursos para la vida social.

Estas pacientes pasan muchas horas al día pensando en la comida, en el peso, en su problema, en sus conflictos. Ofrecer una actividad en la que durante un par de horas pueda existir una atención focalizada en una única tarea como es formar parte de la

música, ayuda a cortar el ciclo de pensamiento obsesivo llegando a permitir a las chicas fluir libremente en la actividad, con el consiguiente descenso de la ansiedad.

Pavlakou (2009) también señala que un punto muy positivo de la musicoterapia en los trastornos alimentarios, es que hace posible la expresión sin verbalizar. Esto es útil en dos aspectos: facilita el trabajo a aquellas que encuentran el trabajo verbal intimidatorio, y obliga ponerse en marcha a aquellas con perfil anoréxico que suelen encontrarse cómodas teorizando y hablando para no llegar a tocar sus sentimientos, y les cuesta llevar sus ideas y reflexiones a la práctica.

En líneas generales, y para el estudio de este caso concreto, podemos decir que el enfoque que se va a buscar con la musicoterapia es el de desechar la idea de “la belleza como combate” (anti-grasa, anti-arrugas, anti-edad), tan impuesta en el mundo femenino occidental (Malpica, 2013), hacia la “belleza como liberación”, donde puedan encontrarse consigo mismas y con sus emociones en una ambiente que las sostenga de forma positiva.

### Metodología

En el caso de este estudio que nos ocupa, hay que tener en cuenta la forma en que este centro trabaja. Por las características de su enfermedad y con vistas a una buena recuperación, en la institución existen pautas y protocolos con los que no se puede negociar. Las chicas internas en USTA tienen en general un régimen estricto de horarios y actividades, pautas terapéuticas individuales y gran control del ambiente para prevenir cualquier conducta nociva. Se trata, por tanto, de un ambiente relativamente rígido. Para ofrecer un oasis, la institución es favorable a que la musicoterapia se plantee como un espacio de libertad en que las chicas puedan interactuar con sus compañeras en un ambiente distinto, moverse (pues algunos de esos regímenes es el de reposo absoluto), expresar y no sentirse juzgadas por sus actos durante las dos horas que dura la sesión.

Se utilizó la metodología vivencial de las terapias artísticas (Malpica, 2013): en un primer momento crear y experimentar (hemisferio derecho); y en segundo lugar, mediante la reflexión, verbalizar y llevar lo vivido al plano cognitivo (hemisferio izquierdo).

El planteamiento general de las sesiones fue el siguiente:

- Acogida verbal, se les daba el test de ansiedad para que lo rellenasen en el estado en que venían.

- Ejercicios de calentamiento y respiración
- Actividad de canto grupal
- Actividad dirigida (con componente de improvisación)
- Actividad de canto grupal para despedirse
- Rellenar de nuevo el test de ansiedad, y se les da el cuestionario para que reflexionen durante la semana.

Dentro de esta estructura, se prestaba de forma transversal especial interés a la improvisación, la espontaneidad, la interacción y espacios para compartir con las compañeras; y la utilización de instrumentos, percusión corporal y movimiento.

### **Hipótesis**

La hipótesis de la que parte este estudio es que la musicoterapia de grupo puede ser efectiva en el tratamiento de las características psicológicas que son base para el desarrollo de estas enfermedades, y con ello, dar herramientas y potenciar los recursos personales para una mejoría más rápida y superación del trastorno.

### **Objetivos**

#### Objetivos generales (a largo plazo)

- Mejorar la autoestima.
- Conseguir una buena autorregulación emocional en sintonía con el ambiente y ellas mismas.
- Evitar el aislamiento y fomentar comportamiento social.
- Integrar una nueva concepción de la imagen y posibilidades del propio cuerpo.

#### Objetivos específicos (a corto plazo)

Cada actividad en la terapia se plantea con unos objetivos específicos distintos, también los objetivos serán diferentes en función de las características personales de cada paciente. En general podemos señalar algunos objetivos en común:

- Conocer un nuevo espacio para la expresión emocional.

- Participar de una actividad nueva y agradable que les permita evadirse de sus problemas durante un tiempo.
- Introducirse en la improvisación de forma natural viviendo una experiencia gratificante de falta de control.
- Mejorar las relaciones personales entre las chicas institucionalizadas.
- Conseguir una actitud creativa, asertiva y auténtica al interpretar música.
- Sentir y asimilar otras posibilidades de su cuerpo en relación con el canto y el ritmo.

## **Método**

### Procedimiento y participantes de la investigación

Fue el centro USTA quien seleccionó a las pacientes que acudirían a las sesiones de musicoterapia, considerando quiénes son aquellas que están en un estadio de su enfermedad en la que pueden participar sin problemas de este tipo de terapia. Se atendió también a la voluntad y posibilidades de las usuarias.

Las sesiones de musicoterapia se realizaron en un ambiente no clínico: en la escuela de música Musicay, situada en la misma calle que USTA. Musicay prestó el espacio y los instrumentos (armónicos, melódicos y de todo tipo de pequeña percusión) para el desarrollo de la terapia.

Durante los tres meses que se realizan las sesiones, el grupo nunca era el mismo, pues dependía de altas, nuevos ingresos, distintos regímenes de internación y horarios de terapia individuales. Comenzó siendo un grupo numeroso (9 personas) para pasar a estabilizarse más adelante en un grupo variable de 5-6 personas.

Este estudio, por ser de grupo, pone el foco en los progresos que se produjeron a nivel colectivo. A nivel individual se darán ejemplos del proceso de algunas usuarias que asistieron de forma más regular a las sesiones, en las cuales puede ser más evidente el efecto terapéutico de las mismas.

### Fuentes de datos

Los instrumentos utilizados para recoger datos primarios fueron los siguientes.



-Cuestionario numérico sobre el nivel de ansiedad estado: test *ad hoc* basado el test STAI de ansiedad estado (anexo 1), pero utilizado solo a nivel comparativo sobre la percepción de las pacientes sobre su estado previo y posterior a la sesión. Es un test compuesto por 20 afirmaciones: 10 de ellas positivas, 10 de ellas negativas, que serían valoradas de 0 a 3 sobre el estado de ansiedad en el que se encuentra la paciente en el momento de realizarlo.

-Cuestionario descriptivo con preguntas abiertas sobre la sesión y las sensaciones personales sobre la misma, diseñado de forma específica para cada sesión de trabajo.

-Estudio sobre los videos de la sesión: procesos musicales, actitud en la terapia y comentarios de las usuarias.

-Entrevistas con la directora clínica del centro para medir los progresos.

Se obtuvieron también datos secundarios de fuentes bibliográficas y artículos especializados en musicoterapia, arteterapia, neurociencia, psicología y trastornos alimentarios.

### Sesiones de musicoterapia

#### ACOGIDA VERBAL

Se las recibía en un ambiente natural, se les preguntaba qué tal estaban y por el transcurso de su semana. En este marco se les ofrecía a rellenar el test de ansiedad estado previo a la sesión.

#### EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO Y RESPIRACIÓN

En su plan de terapia en el centro estas chicas realizan también mindfulness, con dos objetivos: focalizarse en el aquí y ahora (controlar pensamientos obsesivos) y tomar consciencia del propio cuerpo. En este aspecto algunos ejercicios de respiración dirigida, aparte de prepararles para el canto, funcionaban en esta misma dirección terapéutica. La voz es el ejemplo más perfecto de la conjunción física y psíquica (Ducorneau, 1994): así, estos ejercicios pueden ayudar a las chicas a lograr una integración pacífica de cuerpo y mente, despertando esa sensación corporal dormida por su patología, que lleva a su cuerpo a inhibir distintas llamadas como la sensación de hambre (Justice, 1994).

Los ejercicios de calentamiento no fueron solamente de respiración, sino también de entonación, de resonancia y de exploración de registros vocales relacionados con la emoción.

La entonación fue dirigida a buscar resonadores naturales, que les guiase a encontrarse con zonas de su cuerpo que responden ante el sonido producido por ellas: el pecho, el cuello, la cara... Se les dieron algunas nociones sobre canto para sacar la voz con mayor libertad y conducida para aprovechar los resonadores naturales, con vistas a comprender el mecanismo de la voz y poder así usarlo como herramienta expresiva. Usando las palabras de Pujol (2002): “tomando consciencia de nuestro cuerpo como soporte de nuestra voz, es cuando se pueden integrar estos dos elementos, y favorecer de esta manera la expresión personal por medio de la voz”.

Se exploraron distintos registros vocales en relación con la emoción, representando con la voz distintas energías y situaciones, involucrando a todo el cuerpo. Se trabajó también la pronunciación del propio nombre, con voz firme y clara, con intención de auto-aceptación. “Puesto que la voz es un vehículo de intencionalidad, tiene la capacidad de transmitir nuestra energía. Una voz que no se sienta reconocida en su propio soporte, es una voz no integrada” (Pujol, 2002).

En relación a esto, y como factor común en el resto de actividades, se les instaba a tener una actitud corporal abierta, no plegada sobre sí mismas, cosa que no era infrecuente. Existe un déficit en su capacidad de autoafirmación, que en la práctica musical tiene un reflejo en su actitud corporal y en su emisión de voz; Bruch (1973) defiende que apoyar la expresión de sus auténticas opiniones es uno de los pilares básicos de su recuperación.

## CANTO GRUPAL

Lo que más se trabajó en las sesiones fue el canto grupal y varios elementos relativos a él. Tras presentar el canto, fue el recurso más explorado y con resultados más distintos, pues aún la música, la expresión y el cuerpo. Las pacientes lo requerían, su disposición durante y después de la sesión mejoraba con ello pues cantar en un grupo produce cambios positivos de humor (Unwin, Kenny y Davis, 2002). Se vio en este aspecto en las chicas una actitud intuitiva de búsqueda de placer.

Cantar una canción aprendida se utilizaba como un campo de seguridad. El registro en que se encontraban las canciones se procuraba en un ámbito vocal cómoda para cualquiera de las usuarias, independientemente de sus capacidades.

Estando la letra y la música bajo control, se podía prestar atención a otras facetas constructivas o expresivas de relevancia: dinámicas, intensidades, percusión corporal, juegos rítmicos, movimiento...

Fue utilizado también como base hacia la comunicación y el encuentro interpersonal. En algunas actividades se pautaron actitudes como cantar a los ojos, lo cual pone a prueba conductas de evitación.

Según Pavlaku (2009) “la participación en el canto puede dar una experiencia de éxito personal, que puede contribuir a su autoestima más allá del control de ingesta o la pérdida de peso”. Se trabajaron para esto cánones sencillos o pequeñas piezas corales a dos o tres voces. Una práctica que se tomó como habitual fue que una de ellas dirigiese el coro, lo regulase con distintas intensidades e imprimiese en él emociones propias que se verían reflejadas en la interpretación, de este modo las chicas tendrían que trabajar también musicalmente con la empatía. Se tomó como una forma de dar responsabilidad, enfrentar nuevos retos con el consiguiente refuerzo positivo, además sacar afuera y ver reflejado y apoyado lo que hay dentro de una, con el consiguiente efecto beneficioso. El canto grupal generó un acceso directo para compartir emociones, en gran parte por el significado de la música y la memoria asociativa (Soria-Urios, 2011). La música toca directamente el sistema límbico, y pone en marcha esas emociones.

Por ello, la letra de los temas utilizados también se consideró importante y a tener en cuenta, pues como afirma Pavlaku (2009) los mensajes positivos encontrados en las canciones pueden contribuir a borrar pensamientos negativos que niegan el propio valor y capacidades del paciente (anexos 2, 3, 4 y 5).

#### UTILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS, PERCUSIÓN CORPORAL O MOVIMIENTO DURANTE EL CANTO

Según Romero-Naranjo (2013), la práctica de la percusión corporal genera estados corporales y emocionales capaces de provocar cambios de conducta significativos: en el ámbito físico estimularía la toma de conciencia corporal, en lo psíquico, la memoria y la concentración; y en lo socioafectivo, fomenta relaciones igualitarias y disminuye la ansiedad en las interacciones sociales.

Se proponían en ocasiones como medios de acompañamiento y de sintonía con la música, siempre supeditados al canto en estas ocasiones. La función principal de ambos, tanto de los instrumentos como del movimiento y la percusión, era la

canalización de la ansiedad que pudiese generar encontrarse en una actividad como el canto, que puede requerir tanta involucración personal. Generalmente las chicas tocaban los instrumentos rítmicamente, aportando seguridad, sensación de previsibilidad, equilibrio y simetría (Romero-Naranjo, 2013). Se les invitaba a mover el cuerpo al compás, con una intención añadida de involucrar a toda la persona globalmente en la práctica musical con un sentido, lejos de caer en movimiento compulsivo desorganizado. Se podían añadir algunas percusiones o pequeñas coreografías buscando lo estético, el humor, o la coordinación del grupo, que revirtiese en un mejor resultado final hacia fuera.

#### ACTIVIDAD DIRIGIDA, CON COMPONENTE DE IMPROVISACIÓN

Vallée (2001) señalaba que en musicoterapia el individuo se supera porque se abre, y no al contrario, esto es: que la experiencia (abrirse) precede al cambio (superarse). Si ofrecemos un ambiente propicio para que una persona pueda experimentar un mínimo de pérdida de inhibición y juicios de valor, la propia experiencia resonará en su interior y será un agente importante para dar seguridad al proceso de superación personal. En esta línea trataron de conducirse las sesiones.

Las improvisaciones fueron una de las dinámicas más trabajadas. Generalmente, por la inseguridad que pueden generar, se procuró que la dinámica en la que se presentaban tuviese generalmente una estructura clara. Parente (1989) señala que la existencia de una estructura ayuda al paciente con TCA a sentir autocontrol, pues en todo momento el foco de atención está puesto en la música y no en sí mismo. En orden a ofrecer esa seguridad, se establecían momentos de intervención previsibles, instrumentos facilitados, y algunas consignas para no caer en el bloqueo. Estas actividades eran un llamamiento a salir de la tibieza y la inexpressión del día a día, un espacio para significar de un modo artístico ante las demás y sobre todo ante ella misma.

Así, se realizaron improvisaciones en casi todas las sesiones. Fueron exploradas con tres planteamientos distintos, combinables entre sí:

- Improvisación instrumental grupal libre: para poner a prueba la autorregulación, gestión y comunicación en un grupo.

- Improvisación clínica individual instrumental: para dar una oportunidad más abierta a cada persona a expresarse sin ningún molde. Su propuesta musical sería acompañada por la terapeuta y hacia el final, también por el resto de sus compañeras.
- Turnos de improvisación sobre base armónica, con estribillo: para trabajar la espontaneidad, la tolerancia y el control, siguiendo algunas pautas establecidas. Se trabajó tarareando, cantando con letra o tocando instrumentos.

La forma de presentar las improvisaciones era generalmente aportando con un instrumento armónico una base armónica cíclica, de modo que se volviese predecible y establecer así una zona de control.

El progreso normal de la soltura en este último tipo de improvisación fue que en un inicio, las usuarias tendían a imitar la melodía de ejemplo, solamente cambiándole algunos matices, pero sin abandonar la seguridad que esa línea melódica les aportaba. Progresivamente, y según fueron ganando confianza en sí mismas en sucesivas sesiones, algunas usuarias se alejaron más de la línea de muestra y se atrevieron a inventarse efectos sonoros y melodías que también encajaban en la armonía y respondían más a una expresión de sí mismas (anexo 6).

## INTERACTUACIÓN CON LAS COMPAÑERAS

Se han comentado en los distintos apartados la importancia que se daba a la comunicación entre compañeras: mirar a los ojos, dirigirse a unas y a otras, repartirse papeles, respetar turnos de intervención, buscar la sintonía... La sensación de pertenencia a un grupo de musicoterapia se contraponía con la de ser un grupo relativamente disperso dentro de la institución. Se trata de chicas distintas entre ellas y con diversos problemas de gestión emocional, muchas de las cuales viven internas en contacto constante, entre las cuales por supuesto no faltan los roces.

Fueron varias las usuarias que comprendieron que se puede hacer música con personas que no son de tu agrado, y obtener de ello resultados bonitos, que pueden en segunda instancia mejorar esa relación interpersonal. Se trata de una demostración de habilidades sociales y gestión emocional. También se pudieron ver en los espacios para compartir las sensaciones sobre las actividades: se les invitaba a las usuarias a elogiar o señalar conductas de sí mismas y de otras compañeras: progresivamente fueron teniendo

intervenciones no sólo amables, sino también algunas críticas constructivas que fueron siendo bien recibidas por ellas en un ambiente de confianza y aprendizaje.

## ESPONTANEIDAD

Era un punto importante de discernimiento, por las características polarizadas que tienen por un lado, las usuarias de perfil anoréxico (apocadas, perfeccionistas, reprimidas emocionalmente) frente a las de perfil bulímico (impulsivas, emocionalmente inestables, en búsqueda de refuerzos externos) (Pavlaou 2009).

Se incentivaba siempre la espontaneidad si nacía de forma auténtica. La personalidad perfeccionista guiaba muchas veces a las usuarias a preguntar constantemente por el modo de actuar para tenerlo todo bajo control: cómo se cogía la guitarra, en qué orden vamos, “¿se puede cantar?”, “¿hacemos una de prueba?”.

Respetaban mucho las dinámicas y eso favoreció en muchos casos la realización de las mismas. Tuvo que insistirse mucho en que nada estaría mal: una voz que no saliese perfecta, inventarse el inglés, nuevas formas de tocar instrumentos, o incluso saltarse alguna consigna. Cada pauta podía ser flexible a favor de la expresión personal mientras se estaba dando la música, si esa intervención no robaba su espacio a las demás.

## Resultados y análisis

Se hace una lectura simplificada de los test de ansiedad comparativos pasados antes y después de la sesión, teniendo en cuenta del siguiente modo los valores numéricos entre 0-3 que las chicas han dado:

-La puntuación de cada ítem será el valor de la diferencia entre el antes y el después.

- Los ítems con carácter positivo (estoy calmada, me siento segura...) puntúan con valor positivo.
- Los ítems con carácter negativo (estoy tensa, me siento desasosegada) puntúan con valor negativo.

-El cómputo global será la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem.

De este modo, resulta la siguiente tabla:

Tabla 1

Comparativa de ansiedad antes y después de la sesión

	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN	SESIÓN
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ana	+24	+3	+28	+31	+27	+17	+18	+26	+12
Silvia	+9	-6	+14	+7	+7	-9	+11		+6
Olga	-7	+17	+1	+12	+4	+2		+12	-5
Cristina	-3	+38	-5	+1			+4		
Ainara	+8		+8	+11			+5		
Paula	+16	+8	+10	+10					
Sandra	+2	+8	+9						
Martina		-17	+3						
Sara		+6	+11	+17	0	-2	-10	-1	
Teresa					+4	+8			+4
Sofía								+5	
Alicia								+19	
Soraya	+8								
Clara	+5								
Amalia									+14

Las comparativas de la ansiedad antes y después de las sesiones, teniendo en cuenta lo acontecido durante las mismas y la posterior reflexión, dieron luz sobre varios aspectos, de los que relataremos algunos ejemplos.

#### Salir de una misma. El caso de Cristina

Uno de los objetivos que se perseguía en este estudio es evitar el aislamiento y fomentar un comportamiento social. Este hecho sería determinante para conseguir una buena autorregulación en sintonía con el ambiente y con ellas mismas. Durante la práctica se han dado numerosos ejemplos de introducción a un comportamiento social por medio de la música, especialmente si atendemos a la evolución de las sesiones en el tiempo. Desarrollamos aquí la experiencia con una de las usuarias.

Cristina tiene dificultades evidentes para controlar sus impulsos, para salir de su propia experiencia y tomar consciencia de lo que ocurre a su alrededor. En las

improvisaciones libres se centraba únicamente en su instrumento, se la veía de forma manifiesta sin prestar atención a crear algo grupal en comunicación con sus compañeras. En muchas ocasiones se la encuentra con la mirada perdida. Coge fijación con determinados instrumentos y los requiere constantemente, le cuesta respetar los momentos de silencio o de intervención de otras compañeras porque parece sentir necesidad de hacer sonar esos instrumentos sin descanso. Las puntuaciones de sus test de ansiedad tienden a lo negativo, pues parece angustiarse más que a sus compañeras el sonido desorganizado, del que ella misma toma parte.

*En los momentos en que ha habido excesivo ruido, barullo y no íbamos unidas, me he sentido agobiada y desconectada del grupo (...). En algunos momentos me he sentido algo angustiada, al ver que el resto habían conseguido ver y sentir más cosas de las que yo he visto y he sentido.*

El diagnóstico de Cristina es algo distinto al de sus compañeras. Ella tiene como patología de base un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, que ha desencadenado secundariamente un trastorno alimentario.

Durante un momento de la segunda sesión, sucedió algo con Cristina. Se estaba realizando una improvisación libre grupal. Ella estaba estancada con la guitarra, rasgando las cuerdas una tras otra en bucle. En un momento dado en la terapia asimilé su ritmo y su energía y me puse cerca de ella a tocar la flauta: una melodía que encajaba en la música que ella estaba produciendo. Pareció despertar y darse cuenta de que estaba acompañándome, me empezó a mirar. Posteriormente, pasó lo mismo: ella rasgaba secuenciadamente las cuerdas del ukelele, yo la acompañé al piano, con una armonía triste y lenta. Sus compañeras respetaron ese momento reduciendo la música hasta prácticamente el silencio.

Cristina formó parte por primera vez en musicoterapia de una improvisación clínica personalizada para ella: no lo había sentido antes porque le cuesta salir de su propia experiencia y comunicar con las demás. Salió muy reconfortada de la sesión. No así varias de sus compañeras, que manifestaron sentirse angustiadas por lo que había sucedido: música demasiado evocadora de melancolía. Música que no se dirigía hacia ellas, y que ellas no estaban haciendo. No todas se encontraban en situación personal de sostener el momento de Cristina.



*Ha habido momentos muy pausados, que coincidían con mi relajación, mientras que a otras personas les causó tristeza y aburrimiento (...). En la sesión me he encontrado muy a gusto, he disfrutado mucho y he sido capaz de relajarme, cosa que pensé que no me podía pasar en musicoterapia, lo cual me ha sorprendido muy gratamente.*

En esta segunda sesión, Cristina superó sus valoraciones anteriores y posteriores con más de 30 puntos positivos (tabla 1, sesión 2).

Puesto que se trataba de musicoterapia de grupo, no se podía hacer siempre este tipo de trabajo individual con ella. Las pautas en musicoterapia con Cristina fueron muy encaminadas a controlar esos impulsos y a instarle a formar parte de la música que sonaba a su alrededor, haciéndole tomar consciencia grupal para salir de sí misma y de sus acciones compulsivas. Con ella fue determinante el trabajo con dinámicas de roles, de escucha activa y con tiempos de intervención delimitados.

Cristina, que a duras penas respetaba el turno o controlaba su impulso de tocar mientras estábamos explicando la actividad, supo tomar consciencia durante la música de cuándo era el momento de callarse. Su escucha mejoró mucho, tomándose por ejemplo la libertad de bajar el volumen al teclado cuando otra de sus compañeras estaba cantando un tema, para que se le escuchase mejor. También, al tener que estar pendiente de la armonía, sus intervenciones instrumentales adquirían riqueza rítmica y melódica, más que cuando toca con libertad, sin ninguna pauta de escucha a lo que pasa a su alrededor. Cristina pudo experimentar un feedback positivo de su actitud de escucha, materializado en su propia práctica musical.

#### Nuevas sensaciones sobre una misma. El caso de Ana

Algunas usuarias experimentaron realmente un nuevo encuentro con su cuerpo y sus posibilidades en las sesiones de musicoterapia. Haciendo música se descubrían capaces y valiosas. La sensación de empoderamiento revertía en ganas de pulir esas capacidades, lo cual les daba un motor de acción. Este hecho sumado a la sensación de unidad que se fue generando en el grupo, infundió fuerzas a pacientes tan volubles como Ana.

Ella es una usuaria joven, de 15 años. Es muy sensible a todo lo que tiene que ver con la música, y sus reflexiones están teñidas de una gran emotividad. Se la ve disfrutar cantando y explorando a fondo sus posibilidades. Le satisface mucho estar en

un plano homogéneo estableciendo lazos de comunicación musical con algunas compañeras. Se entregaba personalmente en la terapia y fue la única que se tomó la libertad para llorar en un momento que la música le hizo conmoverse, lo cual hizo que su estado anímico general mejorase (tabla 1, sesión 6).

Ana tiene anorexia. Idealiza y tiene una tendencia al victimismo, y una gran necesidad de reconocimiento. Le molestaba cuando las demás -desde su punto de vista- ocupan posiciones de protagonismo, o tomaban actitudes que podían hacer tambalear su concepto sobre sí misma.

*Me molestó bastante que cuando yo comencé a llorar, Sara (...) victimizase para a la vez demostrar que es fuerte: cuando ve que hay alguien que se encuentra peor que ella se crece. Me molestó bastante que solo algunas acogieseis mis emociones.*

En la relación terapeuta-paciente busca congraciarse con la terapeuta, en los test de ansiedad de inicio y final pone puntuaciones poco esperables y muy polarizadas que dan un resultado global muy alto en comparación con sus compañeras (tabla 1), probablemente a modo de premio a la terapeuta si la sesión le ha gustado, o para crear interés hacia sus sentimientos en la sesión. Es posible que no sea capaz de medir bien sus estados internos.

Más allá de esto, Ana era un ejemplo de alguien que buscaba activamente disfrutar del momento, aprendiendo y focalizando en sus sensaciones y en los resultados sonoros. Se acercaba con timidez a algunas actividades, especialmente a las que involucraban la voz, pero con gran ilusión por los resultados. Progresivamente se fue sintiendo más segura y confiada en algunas actividades que suponían un reto.

*Con estos talleres me estoy replanteando apuntarme a clases de canto, educar la voz y ser feliz con lo que hago. Me encanta oír todas las voces y cómo vibra mi cuerpo en los graves y cómo retumban mis oídos en los agudos. Está genial y estoy aprendiendo a sentir mi cuerpo.*

Para Ana fue muy positivo en trabajo en grupo. Tuvo espacios para sentirse arropada por sus compañeras en su debilidad, para tener momentos de protagonismo en los que mostrar sus capacidades, y, en definitiva, para sentirse parte de un grupo en el que todas

estaban unidas para algo en común. La música le ha obligado a trabajar en un equipo de forma constructiva, dejar de ver a sus compañeras como una amenaza y adaptarse a sus distintas características; le ha ayudado a sentirse comprendida y parte de un grupo del que, sin ningún motivo, se sentía desplazada.

#### El camino a la salud. El caso de Silvia

Es fácil ver en su comportamiento musical cuándo una persona está casi recuperada de un trastorno alimentario. Interviene sin miedo pero sin arrollar, siente que sus propuestas pueden ser valiosas. Esto muestra una buena autoestima y a la vez un comportamiento social adecuado. Busca en la música y el movimiento la expresión libre, no responder a un patrón dado: el resultado musical es quien la sostiene y no la aprobación de sus compañeras o su terapeuta, y es menos susceptible a factores externos. Estos elementos son muestra musical de que en el interior de una persona se está produciendo una transformación hacia una mayor autonomía.

Silvia muestra una gran necesidad de expresarse. Se mostraba enormemente dispuesta a probar instrumentos, se levantaba a por ellos y experimentaba con su sonoridad. Buscaba el contacto visual con sus compañeras y facilitaba situaciones de encuentro musical, colocándose en distintos planos: tomando protagonismo, acompañando, aportando matices...

Silvia, diagnosticada de bulimia, ha estado en régimen de reposo absoluto. Por su forma de ser reprimía mucho manifestar y hacer lo que pensaba, lo cual alimentaba su ansiedad. Para ella, la danza y el movimiento eran una forma de canalizar su energía, pero llegó al punto de realizar ejercicio compulsivo para quemar calorías. Tiene unas capacidades y una sensibilidad extraordinarias, pero le conducían a un perfeccionismo reprimido que llegaba a generar una enorme frustración.

Durante las sesiones de musicoterapia, Silvia ha aportado una buena cohesión al grupo y se ha hecho consciente de sus acciones. En ocasiones manifestaba obcecarse con algunos instrumentos porque no emitían el sonido o la melodía que ella tenía en la cabeza, y en ese momento cesaba su escucha externa. En los momentos en los que se ha relajado y ha asumido las limitaciones propias y de los instrumentos, ha podido interactuar libremente con sus compañeras. De todas las usuarias, Silvia es la que más se ha atrevido a abandonar la pauta estable del ritmo, y experimentar con patrones rítmicos más complicados, sin perder el pulso. Ha sido capaz de abandonar esta seguridad en pro de su expresión.

Sus sensaciones sobre sí misma en los test de ansiedad se mostraban positivos y bastante estables. Los únicos dos casos en los que la sesión la dejó más ansiosa que al principio fueron esa intervención melancólica con Cristina (tabla 1, sesión 2) y el día en que Ana rompió a llorar (tabla 1, sesión 6). Habría sido seguramente de gran ayuda trabajar en musicoterapia con ella situaciones de quietud y de gestión de emociones negativas del ambiente, pues es de los pocos puntos en que se mostró más débil que otras usuarias.

Silvia se ponía con frecuencia en la situación de tomar papeles de responsabilidad: la voz que realizaba en coro el bajo armónico, la armonía de la guitarra, interpelaba con música a sus compañeras, buscaba sacar de ellas lo mejor. De ella salía un sentido de responsabilidad hacia el resto o de necesidad de guiar por el camino que ella conocía como el mejor y que partía de sus capacidades y su responsabilidad. La necesidad de su perfeccionismo. Algunas de sus compañeras se mostraban molestas con su actitud protagonista.

No obstante, fue capaz de ir dejando de lado estas cosas y en muchas ocasiones eran casi imperceptibles. Se mostraba relajada y con libertad en la interpretación. Se ha sentido libre de decir lo que sentía y de generar cambios en el transcurso de la música a favor de su expresión, que beneficiaron también la expresión de todo el grupo (anexo 7). No tenía miedo a dejarse fluir. No solo imita o interviene, sino que crea en conjunto. Nunca se sentía aturdida de compartir espacio sonoro con alguien o de cruzar la mirada.

En el centro ha hecho grandes avances en su tratamiento y está recibiendo permisos para irse a casa. Su mejoría es evidente, su actitud es excelente y ha agradecido mucho la posibilidad de participar en el grupo de musicoterapia, manifestando que ha sido de gran ayuda para ella.

#### La musicoterapia a corto, medio y largo plazo

La directora clínica señaló que resultaba sorprendente el punto en que por medio de la observación de la conducta musical se podía llegar a las mismas conclusiones que ella por medio de la observación clínica.

Los estados disfóricos generan en las pacientes anoréxicas mayor resistencia a la comida y ansiedad ante la ingesta; en las pacientes bulímicas la ansiedad se traduce en una tendencia a la ingesta descontrolada (Pascual et al., 2011). La sesión de musicoterapia estaba programada para acabar 20 minutos antes de la hora de la comida. De ese modo, las pacientes tenían un espacio para autorregularse y neutralizar

emociones, y pasar al comedor. La directora clínica del centro observó que tras la sesión de musicoterapia, hay una tendencia en las usuarias a realizar las comidas de una manera más normalizada. Esta apreciación da una pista sobre lo positivo de esta terapia a corto plazo.

Si nos referimos a los efectos a medio plazo en este caso concreto de estudio, hay otros puntos que se pueden señalar. La relación entre las chicas se volvió más positiva: parecían saberse unidas entorno a una actividad grupal agradable y constructiva. La directora señalaba que aunque estuviesen teniendo un mal día en el centro, si se nombraban las sesiones de musicoterapia parecía subirse el ánimo a nivel grupal. Hablaban de ello en su tiempo libre, cantaban canciones aprendidas en las sesiones y enseñaban algunas cosas a sus compañeras que no acudían a musicoterapia. Para sostener también el efecto positivo a medio plazo de la musicoterapia, podemos señalar que las chicas mostraban ilusión por crear algo bonito juntas. En una ocasión vinieron a la sesión todas pidiendo preparar un “cumpleaños feliz” que pudiesen cantar entre todas a la trabajadora social, que cumplía años ese día. La ilusión partió de ellas mismas, y la seguridad de que podrían hacerlo, también. La relación en la música favoreció una unión real. La directora clínica del centro decía notar que tras la sesión de musicoterapia las chicas pasaban un rato hablando antes de comer, pero de una manera más auténtica que otras charlas grupales vacías que se tienen en ratos muertos en el centro.

Por la temporización de las sesiones y el planteamiento de las mismas, no se han podido valorar los efectos de la musicoterapia a largo plazo. Está en el proyecto del centro y de la dirección clínica continuar con las sesiones, y que la musicoterapeuta acuda a las reuniones interdisciplinares que se realizan de forma semanal, para que de ese modo se pueda conseguir una mejor cohesión de todas las terapias, trabajando juntos hacia ese objetivo común a largo plazo.

### **Discusión**

Podemos señalar que en el estudio han existido dos dificultades principales:

- La temporización del trabajo: únicamente se han tenido tres meses para realizar las sesiones clínicas. Esto ha limitado mucho el abordaje de algunos aspectos, especialmente los que se refieren a la mejoría técnica para obtener mejores resultados y un mayor aumento de la autoestima; y el acercamiento a los sentimientos más incómodos, siendo el escaso tiempo uno de los factores que entendiendo la prudencia personal, no facilitaron el acceso a estas emociones de más difícil acceso.

-El sacrificio del trabajo individual en favor del trabajo grupal: la programación de las sesiones de musicoterapia fue siempre como sesiones grupales. Si bien esto aportaba diversidad, interacción y soporte musical, cortaba las alas a una expresión sincera y libre de las emociones de cada usuaria, pues eran conscientes de que al fin y al cabo, también en la sesión, tenían que cumplir un papel social.

Ha habido puntos positivos que podrían reforzarse o seguirse planteando como líneas que pueden ser retomadas para seguir con la terapia:

-La mezcla de patologías (distintos TCA), que fue contemplada en principio como una posible dificultad a la hora de planear las terapias, resultó aportar mucho de bueno. La propia diversidad de personalidades de las usuarias instaba a una autorregulación, y las cualidades adaptadas de unas facilitaban que las compañeras que encontrasen mayor dificultad en una dinámica pudiesen acoplarse más fácilmente siguiendo el testigo de sus compañeras.

-La realización de la actividad en la escuela de música, un espacio social y agradable fuera del ambiente clínico podía ayudar probablemente a entrar con mayor facilidad en una dinámica distinta y liberadora del centro donde se encuentran institucionalizadas.

Con vistas a continuar con la terapia, se pueden proponer nuevas vías de trabajo y vías de investigación en esta línea.

## Referencias bibliográficas

Baile, J., y González, M. (2014): *Tratando... bulimia nerviosa. Técnicas y estrategias psicológicas*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Bauer, S. (2010). Music therapy and eating disorders. *Voices: a world forum for music therapy*, 10 (2). Recuperado de <http://voices.no/index.php/voices/rt/prINTERfriendly/258/214>

Behar, R., Manzo, R. y Casanova, D. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista de Medicina de Chile*, 134, 312-319.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York Basic Books.

- Ducorneau, G. (1994) Musicoterapia. *Música, terapia y comunicación. Revista de musicoterapia*, 15, 53-67.
- García, E. (1989). Musicoterapia y enriquecimiento personal. *Revista Interuniversitaria de formación profesional*, 4, 91-107.
- Grawe, K. y Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein Primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73. Berlin: Springer-Verlag.
- Justice, R.W. (1994) Music therapy inventions for people with eating disorders in an inpatient setting. *Music Therapy Perspectives*, 12(2), 104-110.
- Malpica, M.J. (2013). Impacto del modelo social de belleza en los trastornos alimentarios en adolescentes. Arteterapia para jóvenes con anorexia y bulimia en un centro diurno. *Arteterapia en el ámbito de la salud mental*, 1, 123-158
- Martínez, F., Blanco, M., Páez, D. y Costa, D. (2013). Beliefs about the effects of social sharing of emotion in alexithymia. *Psychothema* 25(2), 19-184.
- Miller, E.K., Freedman, D.J. y Wallis, J.D. (2002). The prefrontal cortex: categories, concepts and cognition. *The Royal Society*, 357, 1123-1136.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. y Echeburua, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International journal of clinical and health psychology*, 11(2), 229-247.
- Pavlakou, M. (2009). Benefits of group singing for people with eating disorders: preliminary findings from a non-clinical study. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education*, 1(1), 30-48.
- Pujol, C. (2002). La importancia de la voz y el canto en la vida cotidiana. *Natura medicatrix*, 20 (5), 234-236.

- Romero-Naranjo, A.A., Romero-Naranjo, F.J. (2013). La percusión corporal como recurso terapéutico. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/44151>
- Salvador, J., Mestas, L., Gordillo, F., Arana, J.M., Meilán, J.J.G., Pérez, E. et al. (2010). Toma de decisiones en la anorexia nerviosa. *Revista de neurología*, 50, 703-704.
- Soria-Urios S, Duque P y Garcia-Moreno J (2011). Música y cerebro: fundamentos neurocientíficos y trastornos musicales. *Revista de neurología* 52 (1), 45-55
- Unwin MM, Kenny DT y Davis PJ (2002). The effects of group singing on mood. *Psychology of Music* 30, 175-185
- Vallée, R (2001). Puesta en acto: razonar menos, resonar más. *Música, terapia y comunicación. Revista de musicoterapia* 21, 61-66

Recibido: 27/10/2016

Aceptado: 29/11/2016

---

**Sugerencia de cita:**

Arias, M. y Lorenzo, A. (2017). De la belleza como liberación: un estudio de musicoterapia en pacientes con trastornos alimentarios. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 1, 127-150