

# SERMUT

PROPUESTAS PROFESIONALES PARA MUSICOTERAPEUTAS

David J. Gamella González



iDETEC Editorial



SERMUT





DAVID JOSÉ GAMELLA GONZÁLEZ

# **SERMUT**

**PROPUESTAS PROFESIONALES PARA  
MUSICOTERAPEUTAS**

**iDETEC Editorial**





COLECCIÓN: Sherpas en acción

TÍTULO: SERMUT. Propuestas profesionales para musicoterapeutas

AUTOR: David José Gamella González

EDITION

1st edition: July 2026

© 2026, David J. Gamella

Todos los derechos reservados

No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sin la autorización previa y por escrito del titular del copyright.

Todas las imágenes han sido creadas con Leonardo.AI por el autor entre abril de 2023 y enero de 2026

Citación:

Gamella-González, D. J. (2026). *SERMUT, Propuestas profesionales para musicoterapeutas*. iDETEC Editorial.

Iª edición: Junio 2026

Maquetación y diseño: Gamestética

Revisión ortotipográfica: Ester Pérez

Edita: iDETEC Editorial

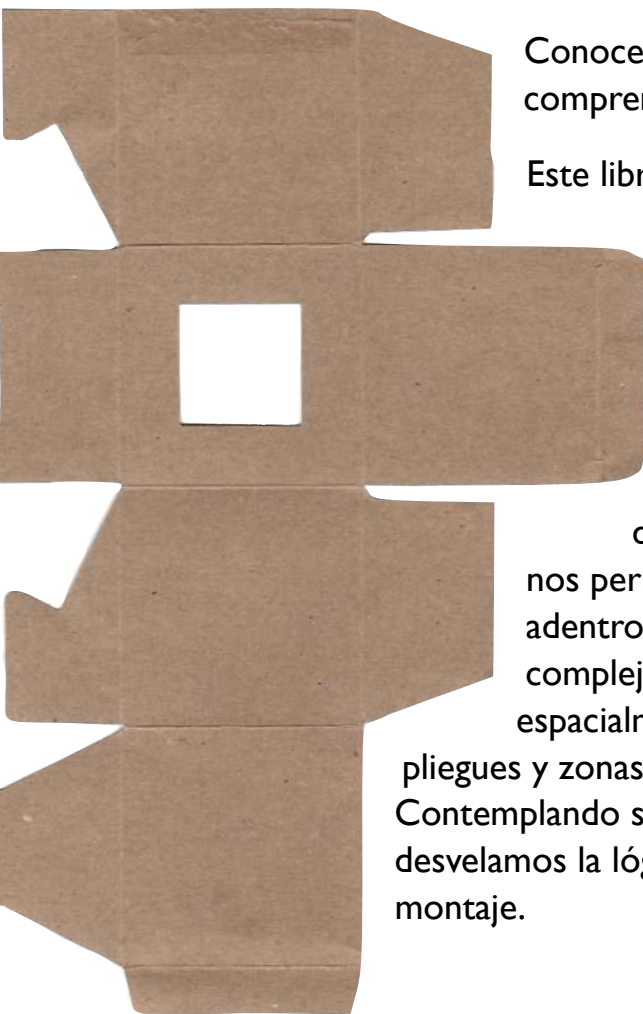
Dirección: Joaquín Costa 6. San Lorenzo de El Escorial. Madrid.

Email: [editorial@idetec.org](mailto:editorial@idetec.org)

Publicado en España.

Si te interesa este contenido y cuentas con material para publicar, contacta con la editorial y comparte tu proyecto. Gustosamente revisaremos la propuesta y te comentaremos las posibilidades de publicación.

Puedes consultar nuestro catálogo en [www.idetec.org/editorial](http://www.idetec.org/editorial)



Conocer es comprender,  
comprender es observar.

Este libro es un ejercicio de  
desmontaje para  
dirigir la mirada a  
la forma  
extendida, al plano  
abierto.

La deconstrucción  
de la musicoterapia  
nos permite atender el  
adentro, abarcar su  
complejidad formal, recorrer  
espacialmente sus contornos,  
pliegues y zonas de unión.  
Contemplando sus proporciones  
desvelamos la lógica interna de su  
montaje.



# AGRADECIMIENTOS

Tengo muchos motivos para estar agradecido con la vida y con las personas que la comparto. De una u otra manera, todas ellas han hecho posible este libro.

Quiero agradecer a mi compañera de todos los tiempos, a mi hija y a mi cuñada por ser generosas y por darme tiempo y espacio para crear. Su confianza me ha enseñado que sí se puede.

Doy las gracias a mi familia natal por siempre arropar mis sueños y por alentarme a no dejar de aprender nunca.

Agradezco también a los amigos por celebrar cuando me pongo las alas y por no fallar cuando las pierdo.

Doy gracias también a mis colegas de profesión por darme el mejor de los ejemplos de profesionalidad y por exigirme que siga creyendo en todo lo que nos falta por inventar.

Y finalmente, doy un agradecimiento enorme a los protagonistas de este libro: a los estudiantes, los pasados, presentes y futuros. Sus incertidumbres y su curiosidad han motivado este libro.

No dejéis nunca de provocarme la necesidad de inventar.

# PRÓLOGO

**Jaime Gallardo Gallardo**

La mayoría de las grandes cosas que ocurren en la vida se producen por accidente, por casualidad o por lo que algunos llaman estar en el momento y el lugar adecuados. Toda la información rica y rigurosa que podréis disfrutar en las siguientes páginas nace probablemente de una serie de casualidades que nos llevaron al doctor David Gamella y a mí a descubrir importantes avances en la musicoterapia en uno de los países más lluviosos del mundo, Irlanda.

Mi aventura por la región de Munster me regaló una persona que cambió mi perspectiva en cuanto a la musicoterapia. Su nombre es Danny Dinnen. Además de tener un acento propio de la zona, solo apto para expertos en la lengua y con un tremendo conocimiento de la cultura que ha bañado su isla a lo largo de la historia, es un musicoterapeuta que ha tenido la determinación de organizar y establecer protocolos profesionales que avalen sus intervenciones clínicas, igualando la profesionalidad que cultivan otras disciplinas.

De lo contrario, sería imposible establecer un plan real con nuestros clientes, examinar de manera específica sus beneficios y ofrecer información debidamente detallada a otros profesionales en nuestros encuentros multidisciplinarios. Por este motivo, una de las claves que en multitud de ocasiones hemos dialogado en Munster Music Therapy es saber separar, por un lado, el romanticismo que está intrínseco a nuestra labor o a la música en sí misma, y poner el foco, la energía y el trabajo en el desarrollo de una estructura que nos ayude a organizar de forma específica los procesos terapéuticos en musicoterapia. El resultado de estas premisas lo encontramos en este manual de forma clara y concisa. David Gamella ha conseguido reunir una serie de pequeños procesos que, al combinarlos, te dan un camino que dé orden y sentido a tus sesiones de musicoterapia, independientemente de la población con la que estés trabajando.

La musicoterapia, sin lugar a dudas, tiene un gran potencial. Esta afirmación es una realidad que observamos a diario todos los profesionales que, durante años, acumulamos experiencias con distintas poblaciones. Casi como por arte de magia conseguimos obtener resultados y abordar problemáticas que con otros recursos serían imposibles. Sin embargo, aunque multitud de estudios llevan años mostrando los beneficios que esta disciplina ofrece, en muchos casos no cuentan con el rigor suficiente

para ser interpretados como evidencia de peso. Junto a esta problemática, encontramos una aún más importante: cómo un gran número de alumnos que terminan sus estudios de máster en musicoterapia, o incluso profesionales que llevan años ejerciendo la profesión, se sienten totalmente perdidos a la hora de diseñar un proceso terapéutico. Esta situación, ligada a la responsabilidad que conlleva trabajar con personas en un estado potencialmente delicado de sus vidas, hace innegociable la profesionalidad en cada una de las decisiones que se toman durante un proceso terapéutico.

Por tanto, aunque el uso de la música tenga un gran impacto en el ser humano de forma prácticamente involuntaria. Es obligatorio, en términos éticos, establecer protocolos debidamente detallados que respondan a los objetivos específicos de los usuarios, con un plan justificado.

Tanto si eres una persona que está comenzando a dar tus primeros pasos en la musicoterapia como si ya te has convertido en un profesional que ha acumulado una gran experiencia, estoy seguro de que este manual te será de gran ayuda. Probablemente en el mejor de los casos, muchas de las cosas que aprenderás ya las estás utilizando en mayor o menor medida. Sí, por el contrario, nada de lo que se expone en estas páginas tiene relación con la preparación de tus procesos terapéuticos actuales. Estoy seguro de que se van a convertir en oro para tu desarrollo profesional y para los resultados con tus clientes. La emoción que sentirás al poner en práctica todo lo que aquí se detalla será un aumento de la conciencia de tu labor profesional, lo que te ayudará a comprender con claridad las necesidades y posibilidades que puedes ofrecer como musicoterapeuta.

Aumentar el rigor en el diseño de las sesiones nos permitirá, de forma más sencilla, obtener datos que nutran las investigaciones con mayor evidencia, contribuyendo al posicionamiento de la musicoterapia como una profesión regulada. Por este motivo, todos somos responsables y tenemos la capacidad de aportar valor a nuestra disciplina en cada una de nuestras sesiones.

Mucho cuidado si, al terminar este libro, tomas todos los puntos como pilares fijos e inamovibles. Al trabajar con personas en un proceso terapéutico, hay que desarrollar la escucha, la flexibilidad y la capacidad de cambio. Lo que aquí se expone es una ruta para alcanzar los objetivos



marcados y no perder el rumbo durante el viaje. Los atajos o las paradas que se tengan que realizar a lo largo del camino dependerán de las necesidades del viajero, que no es otro que vuestro cliente. Espero que la estructura no mate la creatividad ni la posibilidad de que se den momentos espontáneos que nos sorprendan y hagan de nuestras sesiones algo mágico. La suma de un proceso profundamente creativo y personal, junto a una estructura específicamente diseñada, convertirá nuestras sesiones en un antes y un después en la vida de nuestros clientes.

Finalmente, me gustaría agradecer y ensalzar la labor que David Gamella realiza de manera constante. Sin lugar a dudas, cada una de sus propuestas acerca un poco más la musicoterapia en España a estándares internacionales que gozan de una regulación y una integración reales en el marco de la salud o de la educación. Su visita por tierras irlandesas fue un regalo y el germen que hizo posible que este libro cobrase vida. Durante días caminamos y, sobre todo, hablamos mucho, pero qué mucho, de musicoterapia. Espero que todas esas charlas infinitas y lo aprendido, que ahora se recoge en estas páginas, impulse a muchísimos musicoterapeutas a seguir creando nuevos conceptos que nos ayuden a continuar progresando. No puedo marcharme sin mencionar de nuevo a Danny Dineen como principal ideólogo y precursor de este método que, junto a él, he llevado a la práctica y que nos ha dado tantos buenos resultados. Por último, me gustaría que nuestro ejemplo os sirviera para impulsaros a conectar con otros profesionales de forma humilde, compartiendo vuestros descubrimientos y experiencias con el objetivo de nutrir el conocimiento que forma la base de nuestra disciplina. Ánimo para todas aquellas personas que comenzáis este maravilloso camino. Todavía queda mucho por descubrir; no perdáis la esperanza.

# PREFACIO

Este libro no nace en la soledad de un despacho cerrado, aunque sí está rodeado de silencio. Nace en el cruce entre la práctica clínica, la docencia, la investigación y el diálogo profesional. Y nace, sobre todo, de la necesidad de poner en común procedimientos clínicos basados en la evidencia. Entiendo que esta es la vía que permite sostener el paso de la musicoterapia como promesa hacia un plano de responsabilidad, para que sea un soporte social cotidiano y sostenible. Este proyecto me activa el compromiso con la sociedad de mi tiempo y con las personas que la habitan. Los diversos destinatarios de nuestros servicios, en toda su magnitud y diversidad, necesitan más y mejores profesionales capaces de contribuir a la reintegración de la humanidad en este mundo que desajusta sus costuras.

SERMUT es una llamada, un imperativo para asumir el compromiso de ser y estar dispuesto a dar todo por las personas, y hacerlo con la máxima calidad y dedicación. Esta es la lógica de mi trayectoria profesional. Ha transitado por distintos planos de esta disciplina que van desde la formación universitaria, la clínica, la investigación, la creación y dirección de proyectos, la supervisión hasta la divulgación. El denominador común de estos campos ha sido el aprendizaje y la mejora continua, la elevada autoexigencia y la entrega incondicional en cada etapa del camino. Por ello, SERMUT se posiciona en la convicción del esfuerzo y el compromiso, del rigor y la reflexión, de la implicación sin excusas. La práctica de la musicoterapia necesita método y resultados evidenciados; la docencia, realidad; la investigación, transferencia; y la divulgación, rigor. Este manual es un intento de articular esos territorios y hacerlos dialogar.

El origen concreto de este trabajo se sitúa en Cork (Irlanda), durante una estancia docente del programa Erasmus+ que disfruté en Munster Music Therapy, un centro dirigido por Danny Dineen y Jaime Gallardo. Allí, entre sesiones clínicas, clases con los alumnos del máster, debates profesionales y largas conversaciones, acompañadas por alguna que otra Guinness, pude observar una forma diferente de ejercer y estructurar la musicoterapia que me hizo cambiar de encuadre. Aquella visita me ayudó a repensar procedimientos y a cambiar estructuras, y a aprender nuevos modelos para aplicar la musicoterapia. Y, lo más importante, me inspiró a crear estrategias de cambio y mejora, que constituyen la motivación final de los programas de intercambio europeos. Aquella sintonía con Jaime y Danny

inspiró un proceso de revolución personal y profesional que, entre otros frutos, ha dado como resultado este libro.

Ya en el viaje de regreso a España empecé frenéticamente a escribir las primeras líneas de este texto y a replantear algunos de los proyectos que tenía entre manos. Nada más aterrizar, compartí con mis colegas que traía nuevas ideas y un plan para reajustar todo nuestro campo de acción. En las primeras semanas rediseñamos las prácticas de musicoterapia para los alumnos del máster de UNIR, ajustamos el encuadre de sus trabajos de investigación, dimos un giro más reflexivo a las jornadas de emprendimiento MUTtalks y potenciamos las experiencias formativas, como el curso impartido inmediatamente después en la Universidad Pedagógica Nacional de Colombia (Bogotá) junto a Beatriz Amorós y Paola García. En todos estos escenarios se repitió el mismo patrón. Cuando el proceso alinea la estructura con la finalidad y el método, ganamos en coherencia y orientación, en claridad de rol y en capacidad de aprendizaje e implementación.

Como puede verse, SERMUT no es un proyecto aislado. Forma parte de un ecosistema formativo y profesional más amplio que se ha ido construyendo colectivamente. En él se integran iniciativas como la Revista de Investigación en Musicoterapia MiSOSTENiDO, el desarrollo y mejora de materiales docentes de musicoterapia, la creación del Grupo de Investigación en Musicoterapia (GiMUT), el programa de apoyo a la investigación InvestIgA, reconocido como Proyecto de Innovación Docente 2024–2025, los proyectos TQiDO, DELTA, LEiMUT, VELMUT y PiMAS, así como el proyecto de transferencia TCANTO, desarrollado junto a 21 musicoterapeutas, centros escolares y residencias de adultos mayores en un marco de aprendizaje-servicio internacional. Este entramado ha sido reconocido por UNIR, bajo el sello MUSICOTERAPIA 360, como premio de innovación docente.

Pero ninguno de estos desarrollos sería posible sin el trabajo y la implicación de un amplio equipo humano que incondicionalmente apuesta por la calidad y la excelencia. Quiero expresar aquí mi agradecimiento a Alessia Fattorini, Beatriz Amorós, José Fernando Fernández Company, María García Rodríguez, Melissa Mercadal, Paola García, Nieves Frechilla, Katia Márquez, José Alberto Sotelo, Blanca Guillén, Juanma Morillo, Nacho Martínez, Catalina Córdoba, Liliana Hernández, Gustavo Adolfo, Javier Ares,

Verónica Riascos, Andrés Buitrago y Laure Rodríguez, con quienes trabajo a diario en esto de la formación, el desarrollo profesional y la investigación. Todos nuestros resultados son posibles gracias a los gestores académicos de UNIR, con especial mención a Víctor Padilla, Carmen Arenas, Enrique Ferrari y María Teresa Santamaría, quienes ponen a nuestra disposición al personal de todos los departamentos para sostener el día a día de este magnífico proyecto educativo.

En el perímetro de este ecosistema gravitan también la asociación profesional HDOSOL, música y terapia, creada para dar continuidad formativa a los nuevos profesionales de la musicoterapia y que fue posible gracias a la unión de las ya citadas Blanca, Paola, Alessia y Jaime, junto a Pepe Carmona, Luis Drake y Jorge Javier Hernández. SERMUT también es consecuencia de este espacio de encuentro, ensayo y proyección profesional llamado a fortalecer la musicoterapia desde la cooperación, la ética y la investigación.

El proceso de escritura de SERMUT ha sido intenso y prolongado. He optado deliberadamente por un estilo directo, como verás, que aparenta menos academicismo en la forma, pero está comprometido con la claridad, la utilidad y el rigor. Tras el primer manuscrito, dejé que el texto reposara varias veces mientras escribía otros trabajos y lo he ido revisando después con la misma lógica que empleo cuando trabajo en mis esculturas. Tras lograr una forma inicial, tomo distancia para que todo se asiente. Luego vuelvo a mirar al cabo del tiempo para entender qué es consistente y qué, por anecdótico, debe ser eliminado.

Lo que, como lector, encontrarás a partir de aquí es una propuesta situada, revisable y abierta que trata de interpelarte como persona y como profesional. Si estas ideas sirven para crearte nuevas preguntas, afinar decisiones y sostener mejor la práctica, el objetivo estará cumplido. En este contexto, se abre ahora en tus manos el mapa de navegación del musicoterasherpa SERMUT.

# INTRODUCCIÓN

Si has llegado hasta aquí, ya sabes que este libro no pretende hablar de la musicoterapia en abstracto, sino acompañar su ejercicio real. La intención de estas páginas es sencilla: ofrecer un mapa operativo para diseñar procesos, tomar decisiones clínicas con criterio y sostener la práctica cuando hay personas, tiempos y responsabilidades en juego.

A partir de aquí no se hablará de la disciplina en abstracto, sino de lo que implica ejercerla: diseñar procesos, tomar decisiones clínicas, justificar objetivos, registrar cambios, comunicarse con otros profesionales, cuidar el encuadre y sostener el vínculo terapéutico en condiciones reales. La pregunta que atraviesa todo el libro no es “qué es la musicoterapia”, sino cómo se trabaja con ella cuando hay personas, tiempos y responsabilidades en juego.

Quien inicia su recorrido profesional suele encontrarse con una paradoja conocida: cuanto más ha estudiado, más consciente es de todo lo que aún no sabe. Al mismo tiempo, la práctica no espera. Entre el exceso de intuición, que expone al azar, y el exceso de tecnicismo, que puede vaciar de sentido la intervención, este manual propone una vía intermedia: pensar y actuar con criterio, sin perder humanidad ni rigor.

Este libro parte de una convicción sencilla: la musicoterapia no se sostiene solo en la belleza de la música, sino en la calidad del proceso. Esa calidad no es abstracta; se construye con decisiones observables, con continuidad, con método y con responsabilidad clínica. Desde esta perspectiva, el manual se articula en torno a tres pilares que atraviesan todos los capítulos:

- **Diseño:** saber qué queremos provocar, para quién y con qué intención terapéutica (capítulos 2 y 3).
- **Observación y evaluación:** aprender a mirar con precisión, medir cuando es pertinente y traducir lo musical a un lenguaje clínico compatible (capítulos 4 y 5).
- **Supervisión y ética:** asumir que no trabajamos solos y que la seguridad del otro también depende de nuestra claridad, de nuestros límites y de nuestra preparación (capítulos 7 y 9).

## ¿Para quién es este libro?

*SERMUT* está escrito para quienes se reconocen en alguno de estos escenarios:

- Estás en formación y necesitas un mapa operativo, no solo conceptual, de lo que implica “hacer musicoterapia” (capítulo 1).
- Has terminado recientemente tus estudios y te preguntas cómo sostener el paso de la teoría a la práctica sin improvisar lo esencial (capítulos 2 y 3).
- Ya ejerces y quieres revisar tu metodología para ganar consistencia, reducir el azar, proteger mejor los registros, afinar tus objetivos o fortalecer tu estilo terapéutico (capítulos 4, 5 y 8).
- O deseas comprobar si lo que haces tiene estructura, si puede explicarse, compartirse y defenderse con solidez ante otros profesionales o instituciones (conjunto del manual).

Este libro no sustituye la formación reglada ni propone recetas universales. Es una herramienta para pensar mejor la práctica y hacerla más segura, coherente y transferible.

## ¿Qué propone *SERMUT*?

A lo largo de estas páginas encontrarás procedimientos, criterios y recursos para:

- Abrir un proceso terapéutico con orden, mediante entrevistas iniciales, encuadre y acuerdos claros (capítulo 2).
- Diseñar un trabajo clínico que no dependa del azar mediante un sistema de organización por bloques que estructura metas, objetivos y recorridos (capítulo 3).
- Trabajar desde una práctica basada en la evidencia, entendida como responsabilidad clínica y no como tecnicismo aislado (capítulo 4).
- Construir metas y objetivos observables y evaluables, vinculándolos a propuestas musicales concretas (capítulos 3 y 4).



- Registrar de forma sistemática y ética lo que sucede, convirtiendo la experiencia clínica en información útil para la toma de decisiones (capítulo 5).
- Preparar el setting y cuidar las condiciones materiales —espacio, instrumentos y recursos— que sostienen la sesión (capítulo 6).
- Revisar dimensiones a menudo consideradas periféricas —comunicación, límites, autocuidado, supervisión y profesionalización— que resultan centrales para la sostenibilidad del rol (capítulos 7 y 9).
- Diseñar y pilotar la sesión terapéutica como un recorrido con fases, intensidades y cierres coherentes con el proceso global (capítulo 8).

## Cómo usar este manual

*SERMUT* puede leerse de dos maneras complementarias:

- Lectura de la ruta, de principio a fin. Especialmente indicada si estás comenzando o deseas revisar tu práctica de forma global. La primera parte construye la base del trabajo (capítulos 1 a 5) y la segunda la traslada a la escena aplicada (capítulos 6 a 9).
- Lectura de consulta por necesidades concretas. Cada capítulo está pensado como una unidad funcional que dialoga con los demás, de modo que puedas entrar directamente donde se sitúe tu pregunta clínica actual.

El texto está escrito en modo maqueta: se prioriza la claridad práctica, el trazo directo y la utilidad clínica. Esto no implica renunciar al estudio, sino acompañar la práctica en su contexto real. Para ampliar o profundizar, se proponen lecturas y recursos complementarios al final del libro.

## Un acuerdo ético con el lector

Antes de avanzar, conviene explicitar un pacto. La musicoterapia trabaja con dimensiones sensibles: cuerpo, emoción, memoria, vínculo e identidad, lo cual exige prudencia, competencia y límites (capítulos 7 y 9). La confidencialidad no es un matiz, sino una obligación (capítulo 5). La supervisión clínica no es un lujo, sino parte del estándar de calidad

profesional (capítulo 7). Y aunque la música sea un lenguaje poderoso, no justifica la improvisación metodológica: si no podemos explicar lo que hacemos, evaluar cuando corresponde y revisar nuestras decisiones, abrimos la puerta a errores evitables (capítulos 4 y 8).

Si este libro insiste en la evaluación, el registro y la evidencia, no es por obsesión técnica, sino por una idea de fondo: cuidar es también justificar, contrastar y aprender.

## Estructura del libro

*SERMUT se organiza en dos grandes partes. La primera construye el esqueleto del trabajo: identidad profesional, apertura del proceso, organización, evidencia y herramientas de observación (en los capítulos 1 a 5). La segunda desplaza el foco al espacio real de intervención: el setting, el acompañamiento, el pilotaje de la sesión y el cuidado del rol profesional (capítulos 6 a 9). El epílogo cierra el recorrido abriendo perspectiva: no para concluir, sino para seguir caminando (capítulo 10).*

*Si la musicoterapia es un territorio complejo, este manual propone una forma de recorrerlo: con mapa, brújula y herramientas. Una práctica que no dependa del impulso del momento, sino del criterio que se entrena.*

## Resultados de aprendizaje

1. Diseño de intervención: define metas y objetivos, y la secuencia en bloques/fases.
2. Práctica basada en la evidencia (EBP): integra la evidencia, la experiencia y los valores y el contexto.
3. Evaluación y medición: operacionaliza indicadores, registra y toma decisiones basadas en datos.
4. Pilotaje clínico: ajusta en vivo y entre sesiones, dosifica y gestiona las transiciones.
5. Gestión del setting y de los recursos: diseña el entorno e instrumental de forma segura y funcional.

6. Comunicación y trabajo en equipo: documenta y comunica de forma comprensible e interprofesional.
7. Ética y protección de datos: confidencialidad, consentimiento, registros y límites.
8. Identidad profesional y sostenibilidad: supervisión, autocuidado, límites y profesionalización.

# Guía rápida. Capítulos y competencias

**Tabla 0.**  
Relación entre Capítulos y Competencias

| Bloque de la Introducción                                                   | Capítulos vinculados | Competencias profesionales que desarrolla (enunciado operacional)                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Propósito del manual: sostener una práctica (no solo explicar teoría)       | 1–10                 | Comprender la práctica como proceso completo (inicio–desarrollo–cierre) y usar un manual/protocolo para sostener decisiones clínicas.                             |
| Paradoja del inicio profesional: de la teoría al “barro” de la clínica      | 1–3, 8–9             | Transferir aprendizaje académico a situaciones reales; priorizar decisiones esenciales; manejar incertidumbre sin improvisar lo crítico.                          |
| Pilar 1: Diseño (intención, para quién, por qué)                            | 2–3, 8               | Formular metas y objetivos; seleccionar procedimientos musicales coherentes; secuenciar intervención (bloques/fases); planificar dosificación.                    |
| Pilar 2: Observación y evaluación (mirar; medir; traducir lo musical)       | 4–5, 8               | Operacionalizar indicadores; seleccionar medidas/formatos de registro; evaluar progreso; ajustar por datos; traducir clínica musical a lenguaje interprofesional. |
| Pilar 3: Supervisión y ética (no trabajamos solos, límites, seguridad)      | 7, 9, 5              | Identificar necesidades de supervisión; aplicar principios éticos; gestionar límites; proteger confidencialidad y datos; tomar decisiones seguras ante dilemas.   |
| Para quién es el libro: estudiantes (mapa operativo)                        | 1–3, 6–8             | Adquirir competencias de “puesta en marcha” (encuadre, sesión, setting); estructurar un proceso completo con criterios mínimos de calidad.                        |
| Para quién es el libro: egresados/as recientes (sostener práctica sin azar) | 2–5, 8               | Convertir intenciones en planes operativos; disminuir variabilidad no controlada; consolidar metodología; justificar decisiones ante equipos.                     |

|                                                                                                 |        |                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Para quién es el libro: profesionales (revisión metodológica, consistencia, estilo terapéutico) | 3–9    | Auditar la propia práctica; mejorar fidelidad y coherencia; optimizar objetivos y registros; refinar pilotaje; fortalecer alianza y sostenibilidad profesional.             |
| Qué propone: abrir proceso con orden (entrevista, encuadre, acuerdos)                           | 2, 7   | Conducir entrevista inicial; negociar encuadre y roles; pactar objetivos compartidos; establecer reglas y expectativas; gestionar derivación y coordinación.                |
| Qué propone: sistema por bloques (no depender del azar)                                         | 3      | Diseñar un plan por bloques; establecer fases y criterios de progresión; planificar cierres y transferencia; documentar el plan para replicabilidad.                        |
| Qué propone: práctica basada en evidencia como responsabilidad                                  | 4      | Integrar evidencia, experiencia clínica y valores/contexto; formular preguntas clínicas; elegir estrategias con plausibilidad y soporte; reconocer límites de la evidencia. |
| Qué propone: metas/objetivos observables vinculados a música                                    | 3–4, 8 | Convertir necesidades en objetivos medibles; seleccionar intervenciones musicales alineadas; definir criterios de éxito y revisión; evitar objetivos vagos.                 |
| Qué propone: registro sistemático y ético                                                       | 5      | Diseñar sistema de registro; asegurar calidad de datos; gestionar consentimiento/privacidad; usar registros para seguimiento, comunicación y mejora continua.               |
| Qué propone: setting y recursos (banco instrumental/material)                                   | 6      | Diseñar entorno terapéutico; seleccionar y organizar instrumentos/recursos; adaptar por población/contexto; asegurar accesibilidad y seguridad.                             |
| Qué propone: “periferias” (comunicación, límites, autocuidado, profesionalización)              | 7, 9   | Comunicación clínica eficaz; límites profesionales; prevención de desgaste; toma de decisiones sobre práctica privada/servicios; identidad profesional sostenida.           |
| Qué propone: diseño y pilotaje de sesión (fases, intensidades, cierres)                         | 8      | Planificar sesión; modular activación y carga; gestionar transiciones; evaluar post-sesión; ajustar en tiempo real y entre sesiones.                                        |

|                                                                                 |                     |                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cómo usar el manual: lectura de ruta vs lectura de consulta                     | 1–9<br>(estructura) | Autogestión del aprendizaje; identificar necesidades propias; seleccionar capítulos según problema clínico; aplicar herramientas como “checklist” y cuaderno de campo. |
| Modo maqueta: claridad práctica y utilidad inmediata                            | 2–8                 | Aplicar procedimientos paso a paso; documentar procesos; construir repertorio de recursos; generar hábitos de registro y reflexión clínica.                            |
| Acuerdo ético: confidencialidad, supervisión, no improvisar metodología         | 5, 7, 9, 4–8        | Cumplimiento ético-legal; cultura de seguridad; supervisión como estándar; evaluación para evitar errores; responsabilidad profesional y rendición de cuentas.         |
| Estructura del libro: Parte 1 (esqueleto) / Parte 2 (escena aplicada) / Epílogo | 1–5 / 6–9 / 10      | Integrar fundamentos y aplicación; transferir de diseño a implementación; consolidar enfoque reflexivo y proyectivo (mejora continua).                                 |

# ÍNDICE

|                 |    |
|-----------------|----|
| AGRADECIMIENTOS | 10 |
| PRÓLOGO         | 11 |
| PREFACIO        | 15 |
| INTRODUCCIÓN    | 19 |
| ÍNDICE          | 28 |

## **PARTE I**

### **CAPÍTULO 1. Identidad Terapéutica** 34

- 1.1 Pensando en cómo lo digo
- 1.2 Cuestiones vocacionales
- 1.3 De la vocación a la profesión
- 1.4 El punto de partida
- 1.5 Las bases del aprendizaje
- 1.6 Fallos del sistema
- 1.7 Construyendo identidad
- 1.8 Redes de apoyo
- 1.9 La tarea del autorretrato
- 1.10 El comienzo de quien comienza

#### **EN POCAS PALABRAS**

#### **CON MÁS PALABRAS**

### **CAPÍTULO 2. Apertura del Proceso Terapéutico** 82

- 2.1 Casos y casos
- 2.2 Las sesiones únicas hospitalarias
- 2.3 Protocolo de sesiones únicas
- 2.4 Los desafíos en el hospital
- 2.5 Los procesos en musicoterapia
- 2.6 Pasos previos al proceso



- 2.7 La primera entrevista
- 2.8 El diseño del marco teórico
- 2.9 El diseño de las sesiones
- 2.10 El cálculo del presupuesto
- 2.11 El segundo encuentro

**EN POCAS PALABRAS**  
**CON MÁS PALABRAS**

## **CAPÍTULO 3. Sistema de bloques**

152

- 3.1 Los bloques como sistema
- 3.2 Origen del sistema de bloques
- 3.3 La funcionalidad del sistema
- 3.4 La supervisión clínica
- 3.5 Profundidad extractiva
- 3.6 Metas, objetivos y propuestas musicales
- 3.7 El beneficiario y la musicoterapia
- 3.8 Funcionalidad del bloque I
- 3.9 Funcionalidad de los bloques intermedios
- 3.10 Funcionalidad del bloque final
- 3.11 Complementos operativos del SdB

**EN POCAS PALABRAS**  
**CON MÁS PALABRAS**

## **CAPÍTULO 4. Basado en Evidencias**

207

- 4.1 Conocimientos situados
- 4.2 Direcciones complementarias
- 4.3 Arte, ciencia y evidencia
- 4.4 Sistemas de evaluación
- 4.5 Los sesgos cognitivos

4.6 La dirección de las evaluaciones

4.7 Los tipos de evaluaciones

4.8 Confiabilidad y validez

4.9 El qué de la música

4.10 La uniformidad de los datos

4.11 Conceptos aplicados

**EN POCAS PALABRAS**

**CON MÁS PALABRAS**

## **CAPÍTULO 5. Recogida de Datos**

283

5.1 El sentido de tomar datos

5.2 La dirección de la mirada

5.3 Categorías de observación

5.4 Soportes de registro

5.5 Manejo de la hoja de registro (HdR)

5.6 Hoja de Registro IA, individual (examen)

5.7 Hoja de Registro IB, individual (examen)

5.8 Hoja de Registro IB, grupal (examen)

5.9 Hoja de Registro para fase 2 (terapia)

5.10 El objetivo del objetivo

5.11 Evaluación continua

5.12 La marca temporal de cada registro

5.13 Microanálisis de videos

5.14 La redacción de informes

**EN POCAS PALABRAS**

**CON MÁS PALABRAS**

**RESUMEN GRÁFICO PARTE I**

379

## PARTE 2

### CAPÍTULO 6. Setting terapéutico

387

- 6.1 Desde la trastienda
- 6.2 El espacio de trabajo
- 6.3 Cuestiones cromáticas
- 6.4 La iluminación ambiental
- 6.5 Mobiliario y objetos
- 6.6 Setting instrumental
- 6.7 Banco de recursos musicales

#### EN POCAS PALABRAS

#### CON MÁS PALABRAS

### CAPÍTULO 7. Periferias y complementos

442

- 7.1 En el trato está el truco
- 7.2 La compañía del Sherpa
- 7.3 Indicadores observables
- 7.4 Pacientes, clientes, beneficiarios
- 7.5 Saludos de llegada
- 7.6 Manejo del lenguaje no verbal
- 7.7 Proximidad física
- 7.8 El peso de la palabra
- 7.9 Protocolo Sherpa de 5 minutos
- 7.10 Frustraciones y alegrías
- 7.11 Otras formas expresivas
- 7.12 Ejercitando la musicalidad
- 7.13 Habilidades blandas
- 7.14 La fertilidad de la confianza

#### EN POCAS PALABRAS

#### CON MÁS PALABRAS

|                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|------------|
| <b>CAPÍTULO 8. Diseño y desarrollo de la sesión</b> | <b>536</b> |
| 8.1 Plan de vuelo                                   |            |
| 8.2 Ofertas de vuelo                                |            |
| 8.3 Fase de carga y diseño de la ruta               |            |
| 8.4 Fase de despegue musical                        |            |
| 8.5 Desarrollo de la sesión                         |            |
| 8.6 Cierre de la sesión                             |            |
| 8.7 El momento de medir                             |            |
| 8.8 Protección de los registros                     |            |
| <b>EN POCAS PALABRAS</b>                            |            |
| <b>CON MÁS PALABRAS</b>                             |            |
| <b>CAPÍTULO 9. Otros recursos</b>                   | <b>600</b> |
| 9.1 Del técnica al vínculo                          |            |
| 9.2 El encuadre también es cuidado                  |            |
| 9.3 Rupturas, reparación y feedback                 |            |
| 9.4 Semiprofesionales, no gracias                   |            |
| 9.5 Más allá del un master                          |            |
| 9.6 Autocuidados basados en la evidencia            |            |
| 9.7 Supervisión, intervisión y terapia personal     |            |
| 9.8 Ética Aplicada                                  |            |
| 9.9 Mapas para el emprendimiento                    |            |
| <b>EN POCAS PALABRAS</b>                            |            |
| <b>CON MÁS PALABRAS</b>                             |            |
| <b>CAPÍTULO 10. EPÍLOGO</b>                         | <b>668</b> |
| 10.1 Boscosidades                                   |            |

|                         |
|-------------------------|
| RESUMEN GRÁFICO PARTE 2 |
| SOBRE EL AUTOR          |

678

683

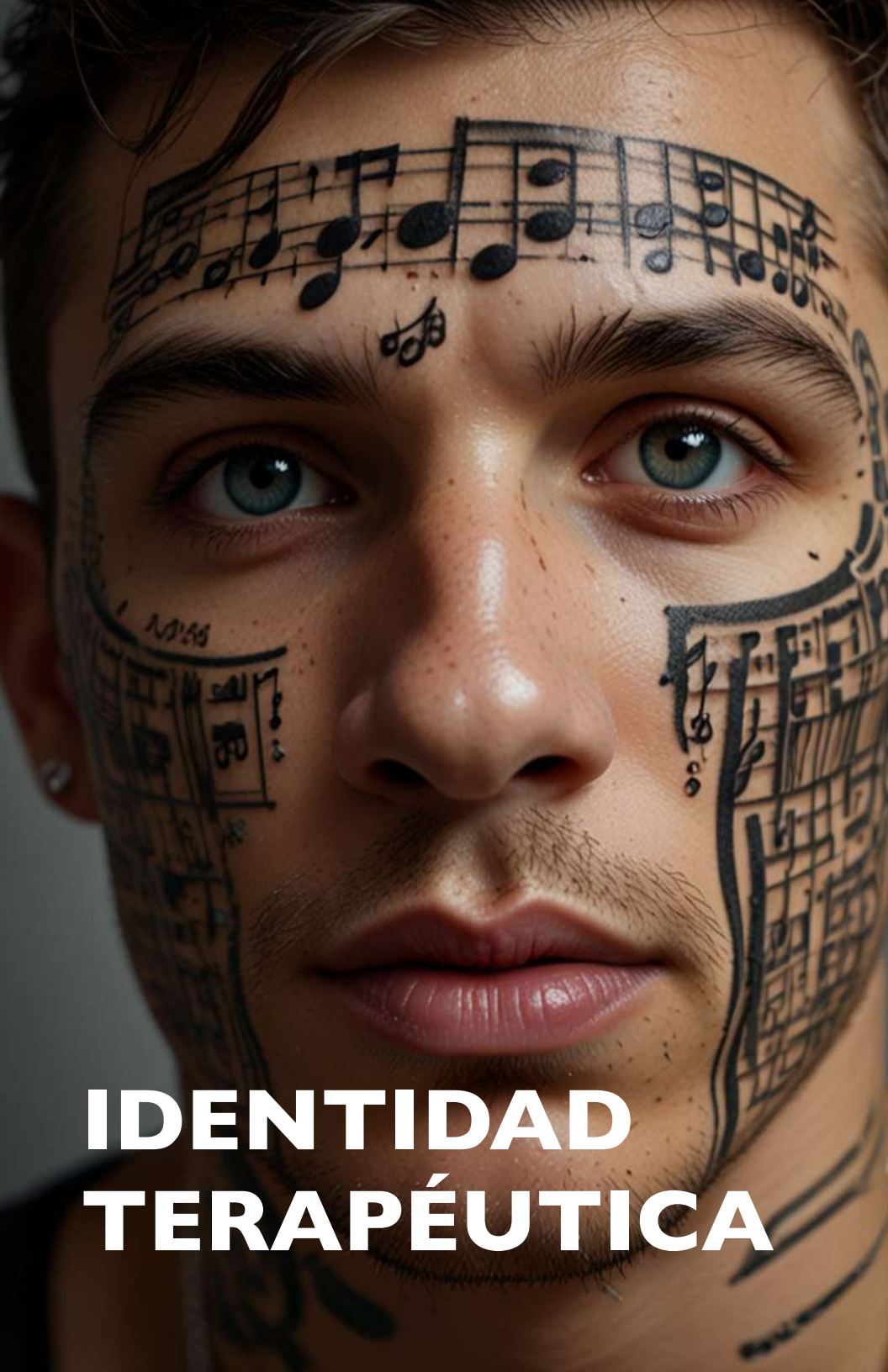
# **PARTE I**

A close-up, shallow depth-of-field photograph of a person's hands working on a technical drawing or map spread across a table. The right hand is holding a black pen and is in the process of drawing or marking a line on the map. The left hand is resting on the map, with fingers slightly curled. The map itself is a complex grid of lines, with various colored lines (black, blue, yellow) and some handwritten text. The background is blurred, showing what appears to be a laptop screen and other office equipment.

## **PLANIFICACIONES Y ESTRATEGIAS**

# CAPÍTULO





# **IDENTIDAD TERAPÉUTICA**



## **I.I Pensando en cómo lo digo**

Lo interesante del tiempo dedicado a escribir sobre musicoterapia es descubrir el aprendizaje que las palabras me dejan. Cada frase que sale de los dedos abre espacio a ideas nuevas, aclara la comprensión de muchas madejas mentales y me permite llegar a razonamientos que antes ni tan siquiera advertía. Hasta que no transfiero esos conceptos al lenguaje escrito, todo parece válido en el inconcreto mar de los pensamientos; pero es ahí, en el trazado —es decir, en el tecleo— cuando se manifiestan de verdad la claridad o la confusión de lo que me traigo entre manos. Supongo que esto nos pasa a todos.

Escribir es un proceso de ajuste que nos obliga a dar definición a las formas del pensamiento. Nos exige nombrar y borrar tantas veces como la autoexigencia y el intelecto nos lo permitan, hasta que los contornos queden nítidos. Como escultor, asemejo la escritura a un ejercicio de limado y pulido, pero con argumentos: ajustar; pulir; encajar; hasta que todo suene coherente y nos permita trazar un camino. Cuanto más tiempo le dedico a escribir, más complejo me resulta decidir cuál es la forma correcta de decir que sé que no sé nada.

Mientras encuentro la mejor manera de posicionar la narrativa —las narrativas— de este libro, voy haciendo pruebas de estilo; pienso en la extensión del campo que quiero abarcar y en el tipo de lenguaje que más le conviene. Ahora, que estoy releendo una vez más mi propio texto, he decidido cambiar el tiempo verbal. Había adoptado inicialmente un “nosotros” bastante cómodo y complaciente porque, supongo, así me evitaba asumir la autoría directa de los enunciados. La voz narrativa del “nosotros” sonaba académica y seria, sí, pero también distante e impersonal. Así que he decidido cambiarla, aunque eso suponga retrasar la salida del libro unos meses... Los planes ya no mandan: la obra ha tomado el mando.

Y en esta búsqueda de tono, timbre y ritmo me sorprende el gran abanico de posibilidades que tengo por delante. Explicaba al inicio que creé SERMUT para responder a las dudas más comunes que he ido escuchando en el alumnado a lo largo de los años. Siempre aparece la misma necesidad: cómo pasar de las teorías a los hechos, cómo saber

actuar con el paciente, cómo medir los resultados. La tarea, a priori, se me presentaba fácil.

Quería responder a esto, a aquello; comentar tal caso, tal otro. Pero, claro, no es lo mismo abordar qué es la contratransferencia en una clase — donde el contexto está fijado y nos apoyamos en el gesto de las manos, en las cadencias vocales— que trasladar estos mismos argumentos a la escritura. Aquí hacen falta más cimientos y más referentes; formas discursivas concluyentes; orden, mucho orden, para lograr sentido. Cada idea debe expresar lo deseado y no lo deseable. Y eso me obliga a ser especialmente preciso, especialmente concreto.

Comparto contigo esta meta-reflexión sobre el texto porque me sirve para introducir uno de los primeros argumentos del libro. Al mismo tiempo que tecleo, observo cómo se entrecruzan varios diálogos internos. Una parte de mí revisa, a vista de dron, la forma general en que escribo: me pide corregir y borrar unas palabras mientras confirma otras, y me concede el permiso de seguir adelante. Esa voz, siempre presente, acontece simultáneamente con otras voces que discuten conceptos, consensúan ideas y construyen nuevos planteamientos. Chequea que no me aparte del guion establecido y valora si lo inesperado aporta algo positivo.



**Quedan  
muchas  
formas por  
definir en  
musicoterapia**

## **I.2 Buscando palabras**

Esto de la escritura es lo mismo que experimento cuando estoy delante del paciente. Una parte de mi mente atiende, muy racionalmente, al plan establecido; otra interpreta el intercambio de mensajes verbales en tiempo real; otra ajusta los parámetros musicales y les da significado; y otra me aporta emoción y genera disfrute, provocando libertad e impulso, mientras otra me regula y contiene. Es la mente generativa y ejecutiva en pleno rendimiento. Dicho lo cual, me atrevo a definir, aunque sea de momento, que la musicoterapia es observación y acción, tanteo y evaluación. Por supuesto que hay muchas cosas más, pero ya llegaremos a ellas.

Cada una de esas operaciones entraña múltiples decisiones. Cada acción depende de la profundidad de la mirada. Según sea el grado de atención, concentración y consciencia que tengamos en ese momento, así respondemos. Comprender el comportamiento de un paciente es esencial para decidir qué terapéuticamente conviene. Mirar no implica ver; así como oír tampoco supone que estemos escuchando. El relato que construimos de una sesión será siempre parcial si nuestra atención lo es, y eso puede tener consecuencias serias para el rumbo del proceso. Nuestras decisiones, tanto en la escritura como en la clínica, alteran el curso de los acontecimientos.

Siempre insisto con mi alumnado de habilidades terapéuticas en que no se puede llegar a las sesiones cansado. La demanda terapéutica de cualquier paciente es tan grande que, si no contamos con un fondo físico ni con entrenamiento atencional, no veremos nada de lo que se nos pueda poner por delante, por muy llamativo que sea. La calidad de esa mirada y de esa escucha determina el nivel de discernimiento y el acierto clínico. Se nos exige saber qué estamos haciendo, qué está haciendo el otro y qué estamos creando en conjunto. Ese diálogo interior monitorea la situación actual, registra las señales y ordena la acción. Como terapeuta, debo saber marcar una dirección de trabajo atendiendo a la respuesta que muestra el paciente y decidir si el soporte musical propuesto es el adecuado, igual que lo son, o no, las palabras, los movimientos y los silencios.

Es difícil abarcar en una definición qué es la musicoterapia. En ella confluyen múltiples casuísticas y contextos; hay múltiples modalidades clínicas y métodos de trabajo. Al final del libro veremos algunos de los

enfoques más recientes validados en el Congreso Mundial del verano de 2023 en Vancouver: son más de cincuenta. Sabemos que contamos con procedimientos para trabajar tanto en las primeras fases de la vida como en sus últimos estadios. Modelos para atender a personas con discapacidad o a pacientes hospitalarios. Protocolos receptivos, activos o mixtos. Sabemos que nos sirven tanto los instrumentos acústicos como los digitales. Que unos enfoques parten de orientaciones psicodinámicas y otros se sitúan en el polo opuesto, lo transpersonal. Que trabajamos en contextos laborales institucionalizados o de forma autónoma, incluso en servicios domiciliarios. Que unos prefieren medir resultados cualitativamente y otros se ajustan a un encuadre objetivista. La musicoterapia habita un universo ecléctico de referencias y consensos, con sus respectivas antípodas. Pero en lo que siempre coincidimos es en esa condición de observadores, sujetos a la necesidad del paciente. Todos, sea cual sea nuestra especialidad, cuidamos hasta el más pequeño detalle para propiciar experiencias de éxito terapéutico a través de la música.

Volviendo a esto de la palabra y la escritura, quiero manifestar que SERMUT es un homenaje a mis maestros anglosajones. A lo largo de mis años de profesión, he ido recopilando decenas de manuales sobre experiencias clínicas de alto nivel y relevancia. Contamos con maravillosos libros de casos, modelos de evaluación y metodología; manuales para estudiantes, guías de trabajo, tratados teóricos y modelos de intervención. Materiales, todos ellos, de lectura obligada para quien quiera dedicarse a estas labores terapéuticas, en los que se razona con claridad acerca de cuáles son las formas adecuadas de proceder.

De todo eso hay un poquito en SERMUT, pero rara vez estará referenciado “al uso”, como sí hago en el resto de mis publicaciones. En esta ocasión he querido alejarme del formato académico para darme la libertad de escribir desde las sensaciones y la memoria emocional. Estoy escribiendo a partir de lo que me ha quedado: de la experiencia de las sesiones, de las lecturas, de las conversaciones en clase, de los proyectos emprendidos en estos veinte años de profesión. Deliberadamente no voy a accidentar la lectura con referencias ni entrecomillados, porque quiero agilizarla. Para no perder demasiado crédito, afinaré la precisión narrativa y puliré todo lo que pueda el verbo.

Escribir desde lo vivido juega a mi favor: conozco las formas del paisaje que he pisado. Pero también entraña un riesgo: por fuerza de costumbre, puedo distinguir menos tonos de gris. La rutina mental de lo corriente elude ciertas reflexiones e impide contemplar las formas desde diferentes puntos de vista. Pensando en cómo lo digo, exigiré mucho a la tecla, apelando a mi voz crítica, tal y como procedo en el campo clínico. Todo sea para ofrecer un modelo de acción terapéutica lógico, exigente, práctico y reflexivo, replicable, en la medida en que cada lector lo estime oportuno.

A large, three-dimensional blue letter 'R' is mounted on a light gray concrete wall. The wall is decorated with numerous orange paint splatters and drips, particularly around the letter and at the bottom. Above the wall is a thick orange horizontal band. The ground at the bottom is paved with cobblestones.

**Cada palabra  
es una forma  
que define el  
pensamiento.  
Cada idea escrita  
exige mucho  
tarea de  
pensamiento**

### **I.3 De la vocación a la profesión**

Aludía antes a la idea de que lxs musicoterapeutas del mundo compartimos la voluntad de ayudar, de prestar un servicio a las personas. Al menos, ese ha sido el denominador común que he ido encontrando a lo largo de mis veinte años de profesión. Siempre he percibido en mis colegas un claro deseo de mejorar el mundo en su entorno cercano.

A pesar de habitar un tiempo de polarización extrema, de grandes desigualdades económicas y de conflictos sociales, o tal vez como consecuencia de todo ello, observo que cada vez hay más personas motivadas a ayudar a otras. En el caso del alumnado de musicoterapia, lo veo con nitidez: la relación aumenta año a año en el máster que dirijo. En cada curso crecen las solicitudes y la demanda de emprender y de aplicar esta disciplina, tanto en Latinoamérica como en España.

Creo que quien llega a la musicoterapia suele hacerlo convencido de que la música es una buena herramienta para producir cambios terapéuticos. Pero esa intención de ayudar y de hacerlo profesionalmente requiere un impulso vocacional. Bien es cierto que en toda formación siempre hay un porcentaje de personas motivadas exclusivamente por curiosidad intelectual o por la necesidad de puntos para oposar. Sin embargo, el grueso del alumnado lo conforman quienes entienden el juego de la vida desde una perspectiva de cuidados comunitarios.

Lxs musicoterapeutas florecen plenamente cuando se ven rodeados de personas que necesitan mejorar su bienestar. Esos espacios son altamente motivadores, sobre todo en los inicios, pero deben estar compensados con estudio, experiencia clínica y supervisión, para sistematizar la ayuda y cumplir con estándares de calidad plenamente profesionales. Yo no pierdo el foco en la calidad y la excelencia. Precisamente porque escribo y trabajo desde un país en el que aún no contamos con un reconocimiento laboral claro, soy consciente de que nuestra autoexigencia debe ser mayor.

La vía para lograr esa validación profesional pasa por la investigación y la publicación, como luego veremos, pero también por el rigor clínico. Y es aquí donde quiero centrarme con SERMUT. Lo concibo como un brazo editorial más dentro de un proyecto de desarrollo integral de competencias de lxs musicoterapeutas en el que trabajo. Otras ramas de



ese proyecto, la revista de investigación MISOSTENiDO, el programa VELMUT (Virtual Experience Learning in Music Therapy), el proyecto PIMAS (Prácticas Inmersivas de Musicoterapia en Aprendizaje-Servicio) o el modelo de formación continua que impulsa la asociación HDOSOL, Música y Terapia, conforman un ecosistema de entrenamiento intensivo.

Es un sistema inspirado en los grandes maestros a quienes siempre he observado con admiración y detenimiento. Resulta altamente motivador ver, por ejemplo, que en Noruega la musicoterapia puede integrarse en circuitos asistenciales con respaldo sanitario; constatar el nivel de regulación profesional alcanzado en Estados Unidos y el Reino Unido; o estudiar la excelencia formativa de países como Dinamarca. Conocer esos casos es una buena manera de perseverar y recordarnos que situar nuestra profesión en el lugar que merece no es una quimera: es un camino.

Al carecer de regulación oficial —y aquí incluyo, con matices, buena parte del mundo hispanohablante—, es fundamental que adoptemos un molde correcto para hacer las cosas. Lo lógico es replicar aquellos modelos o paradigmas que ya han demostrado ser funcionales. Por ahora, los más consistentes son los que, históricamente, “nos han venido del norte”: sistemáticos, basados en lo empírico y sostenidos por estructuras de formación y control profesionales. No hay que inventar nada desde cero; hay que adaptar con criterio cultural y legislativo a cada región.

Adoptar estas prácticas desde el inicio es relativamente sencillo, y por eso es tan importante contar con una formación estructurada. Lo complejo aparece cuando toca reajustar rutinas mal encauzadas: hábitos que vuelven caóticos los procesos y hacen erráticos nuestros procedimientos clínicos.

Los frentes están claros: formación en competencias investigadoras; aplicación rigurosa en el terreno clínico y creación de evidencias, esto es, capacidad para producir publicaciones con impacto; preparación en práctica musical y evaluación del comportamiento; manejo de la improvisación musical y de la observación clínica; formación humanista y desarrollo de habilidades terapéuticas y éticas. La solidez de estos estándares se aprecia con especial claridad en el modelo educativo anglosajón: sus sistemas de control permiten un desarrollo completo de competencias, alineado con estándares éticos, rigor asistencial y

crecimiento intrapersonal. Su robustez contrasta y su eficacia es visible. Nuestra dirección debe ser la de profesionalizar sin perder la vocación y sostener la vocación con método

## **1.4 El punto de partida**

El diagnóstico de la musicoterapia en el contexto hispanohablante es complejo debido a la enorme diversidad de situaciones laborales y contextos formativos. Si asemejamos su crecimiento al desarrollo urbanístico de un barrio nuevo, encontramos, al menos en el caso de España, que no ha habido un plan de expansión consensuado. Quizá por falta de diálogo, por ausencia de criterios teóricos y éticos compartidos, por falta de visión estratégica y de acuerdos colaborativos. El resultado es un territorio confuso y poco habitable, en el que se han derrochado talentos, ilusiones y muchas, muchas horas de trabajo, mientras se cultivaban enemistades interminables.

Basta con analizar las tres últimas revisiones bibliométricas del Gobierno de Aragón, donde se revela todo lo que aún nos falta tras casi cincuenta años de esfuerzos descoordinados. Mientras no asumamos que hacen falta cambios estructurales orientados a la excelencia, seguiremos, y con razón, arrastrando el estigma de pseudociencia que nos ha asignado el Ministerio de Sanidad; seguirá creciendo el intrusismo y se afianzará la confusión divulgativa reinante.

No es momento de repasar la historia reciente de disputas y enfrentamientos entre facciones y territorios, aunque algún día sería sano escribir ese relato. Por lo pronto no me apetece avivar hogueras ni despertar vendavales. Pero creo que ya pasó el tiempo de desperdiciar talento y tiempo, porque nuestros pacientes merecen un respeto que va más allá de lo que ocurre en el espacio terapéutico. Sirva solo como ejemplo una gran oportunidad desaprovechada: la posición privilegiada de Melissa Mercadal-Brotons. Durante más de una década ha estado en la cumbre institucional de la musicoterapia mundial, ocupando cargos máximos de representación en la World Federation of Music Therapy. Como comunidad profesional, apenas hemos sabido valorar y aprovechar esa coyuntura para aprender de su experiencia; para entender cómo podíamos mejorar a todos los niveles; para diseñar estrategias de futuro y consolidarnos profesionalmente. Como este es el tipo de derroche al que estamos habituados, ahora nos toca agachar la cabeza y remar más fuerte para remontar desde los últimos puestos.

Seremos verdaderamente profesionales cuando asumamos criterios conceptuales comunes, compartamos acciones clínicas sistemáticas y usemos herramientas de evaluación comparables. Los procedimientos de intervención y de supervisión deben ser consistentes, y también lo deben ser; en un sentido acorde, las condiciones laborales y los salarios. Solo así podremos garantizar resultados y definir con claridad la eficacia de lo que hacemos.

Nadie duda de que hacerse una extracción de sangre o una radiografía en un ambulatorio es útil porque existe una lógica clínica que conduce a decisiones terapéuticas. Los protocolos están estandarizados y la fiabilidad de los procedimientos está garantizada. La comunidad científica ha definido un patrón de aplicación y una lógica de tratamientos. En musicoterapia, ya sabemos... y, a la vez, todavía no lo hemos convertido en una norma compartida.

Somos nosotros, la comunidad de musicoterapeutas, quienes debemos velar por la consolidación y el desarrollo de esta disciplina como profesión. Y hacerlo asumiendo que el camino hacia una práctica clínica solvente discurre por la vía de la investigación y de la práctica basada en la evidencia (no me cansaré de repetirlo). Todo lo demás son fuegos artificiales: ocurrencias negligentes y, en último término, engaños a los pacientes.

El trabajo sin fundamento de una sola persona desvirtúa la profesionalidad de muchas personas altamente cualificadas. La “musicoterapia que no es musicoterapia” confunde a la sociedad y abre la puerta a una miriada de mercenarios de la música disfrazados de terapeutas, así como a simulacros terapéuticos “basados en música” que no superan el mínimo filtro ético ni técnico. En algunos perfiles de Instagram o Facebook se ven imprudencias serias, a veces incluso perpetradas por musicoterapeutas tituladxs, que hacen pensar que alguien faltó algún que otro día a clase, o que nunca terminó de entender qué era lo esencial.



**MINISTERIO DE TERAPIAS  
PÚBLICAS DE ESPAÑA**

**Obras de asfaltado  
en la autopista de la  
musicoterapia.  
Disculpen las molestias**

## **I.5 Las bases del aprendizaje**

Ese paso de la ilusión vocacional a un estatus profesional, del que hablaba antes, entendido como madurez, se consigue a partir de muchas horas de trabajo y preparación. No hay musicoterapia que se sostenga sin formación continua. Cualquier máster (por ahora no tenemos un grado) es apenas un tramo inicial del camino.

Los primeros aprendizajes deben ser teóricos y técnicos para comprender los fundamentos operativos de lo que llamamos “prestar servicio” a las personas. El estudio riguroso de la historia de la disciplina es esencial. Sin conocer qué han hecho y qué están haciendo otros profesionales, careceremos de los referentes necesarios para actuar con criterio. La lectura y el estudio son el pulmón de la musicoterapia: nos permiten conocer el “qué” de esta práctica y sostienen su almacén, como un sistema esquelético que da forma y estructura.

Después llegan los aprendizajes procedimentales: se entrena el “cómo”. Cómo usar la música, cómo diseñar sesiones, cómo recoger resultados, cómo evaluar el nivel de beneficios observados. Es la construcción de una inteligencia ejecutiva con la que, más tarde, entrenamos el sistema muscular y articular en la práctica clínica: aquello que nos permite movernos con precisión, sostener, ajustar y responder.

Y mientras se consolidan estos recursos conceptuales, técnicos y operativos, se deben afianzar en paralelo las herramientas personales, lo que llamamos habilidades terapéuticas. Eso implica procesos de autoexperiencia (selfexperience), terapia personal, desarrollo sensorial y formación humanista. Si sigo con la analogía del cuerpo, este sería nuestro sistema sensorial y digestivo: el que permite procesar nutrientes y eliminar residuos, recibir la experiencia, metabolizarla y no intoxicar el vínculo. El corazón nos lo dan la música y la musicalidad. Y la coordinación del conjunto llega con lo único que no se puede acelerar sin pagar un precio: la consistencia y la robustez de la experiencia.

En España, el contexto que mejor conozco, ya hemos logrado organizar los estudios a nivel universitario. Las posibilidades educativas se circunscriben a un modelo de posgrado que arrancó hacia 2000. Los másteres se equiparan en créditos (60 ECTS), conforme al Espacio Europeo de

Educación Superior (EEES). Existen dos formatos: el máster oficial, que habilita el acceso al doctorado, como la titulación de UNIR, regulado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), y los títulos propios, que están exentos de controles equivalentes.

A falta de regulaciones unificadas, hay mucha disparidad en la estructura de los contenidos, en la profundidad conceptual y en el tipo de materias impartidas. En el marco europeo, la EMTC ofrece recomendaciones educativas para que los Estados apunten en una dirección común. Si quieres seguir la pista de un modelo sobresaliente, observa el trabajo de la Universidad de Aalborg, en Dinamarca.

Más allá de estas diferencias académicas, la clave para la consolidación profesional comienza justo cuando termina la formación inicial. He impartido docencia y he estado en la gestión de dos másteres: uno presencial en la Universidad Autónoma de Madrid (ya extinguido) y otro semipresencial en la Universidad Internacional de La Rioja. Cada uno, con sus fortalezas y debilidades, puede aportar el conjunto de competencias operativas para que el estudiante ejerza con solvencia. Pero todos, sin excepción, requieren experiencia. Y esa experiencia, fuera del ecosistema protegido del posgrado, se gana a pulso.

Es precisamente en la desembocadura del posgrado donde surge la primera crisis vocacional: la falta de infraestructura laboral. Al acabar la formación, lxs musicoterapeutas no encuentran un colegio oficial en el que inscribirse ni un marco unificado de normas y criterios de actuación. Cada cual empieza a “buscarse la vida”... en mitad de la selva. Eso rompe muchos sueños y hace que personas valiosas se autodescarten y opten por alternativas laborales más estables y seguras.

Emplearse como musicoterapeuta implica perseverancia y un esfuerzo formativo, económico y emocional. Ser musicoterapeuta en España es apostar todo al rojo sin miedo a perder. Exige emprendimiento y arrojo, convicción y trabajo. Pero conviene afrontarlo con asesoría y el respaldo de quienes ya han recorrido parte del camino. Porque el mapa, hoy por hoy, no está bien dibujado: la ruta para llegar a intervenir en un hospital, en

una residencia o en una escuela no está señalizada; alguien tiene que mostrártela. Resulta paradójico, pero es real.

Tiro de una analogía. En las formaciones preparamos a los estudiantes como si fueran un vehículo destinado a transportar a un paciente en un trayecto de cambio y transformación. Visto así, el profesional de la musicoterapia sería como un conductor de Uber. Durante la titulación les dotamos de equipamiento para que puedan llevar a las personas con seguridad: un motor potente, buenos amortiguadores, aire acondicionado y calefacción, GPS, neumáticos con agarre, asientos cómodos y sistemas de seguridad. Elementos pensados para que la experiencia terapéutica sea segura, predecible y confortable. La cuestión es que, cuando salen del concesionario, descubren que no hay calles ni carreteras, ni señales ni áreas de servicio donde repostar. Y entonces esos vehículos nuevos, título en mano, empiezan a colapsar ante un territorio sin dibujar.

Todo lo que era operativo dentro del ecosistema interno del máster deja de serlo fuera, debido a la hostilidad del sistema laboral y a la falta de conexiones con las instituciones. Y, además, suele ocurrir que quienes hace unos días eran tus compañeros de escuela se convierten en competidores. Las calles se ponen cuesta arriba. Lo positivo es que los maleteros van llenos de ideas y creatividad; el depósito rebosa de ganas y entusiasmo. Se impone la lógica de la ilusión... y también el riesgo de quemar el motor antes de tiempo.

SERMUT, y sigo reflexionando en voz alta sobre el sentido de este libro. Quiere ser una guía de viaje: un abanico de recursos para iniciar la ruta con estrategia, reduciendo costes personales y evitando, en la medida de lo posible, accidentes.



## **I.6. Fallos del sistema**

Siempre he tenido la necesidad de reparar los objetos que me rodean cuando están disfuncionales. Si voy a casa de un amigo y una puerta no cierra bien, me cuesta resistirme a ajustarla. Me pasa lo mismo ante un ordenador lento, con un coche que no frena como debe, con las patas cojeantes de una silla o con el lomo desencuadrado de un libro. Reparar implica descubrir el origen del problema y actuar con determinación para solucionarlo.

En musicoterapia, muchas veces me pregunto dónde está el fallo del sistema. Me cuestiono cómo puede ser posible que las instituciones permitan invertir tantos recursos en formación y, sin embargo, no exista una infraestructura legal mínima para ejercer profesionalmente. Esa incoherencia estructural es el núcleo del problema.

Existen varios posgrados universitarios e incluso la posibilidad de cursar tesis doctorales, que constituyen el epítome académico. En el caso de los títulos oficiales, están respaldados por la máxima autoridad del Estado: llevan la firma del rey. Esa firma garantiza la validez de lo adquirido; es, en cierto modo, un certificado de propiedad sobre unos conocimientos y competencias, y debería habilitarnos para aplicarlos en condiciones. Eso es lo que ocurre, sin discusión, en profesiones como la medicina, la arquitectura o la abogacía: el título es habilitante y el sistema responde a lo que la firma avala.

En musicoterapia, en cambio, el Estado y, en su defecto, los gobiernos regionales nos desatienden. No contamos con una infraestructura fiscal clara que nos permita declarar correctamente los ingresos derivados del trabajo terapéutico (a menudo se nos contrata como “profesionales de la música”). Tampoco existe un epígrafe específico en el sistema de la Seguridad Social para registrar los años trabajados. Es más: no existimos como categoría profesional... y, aun así, estamos ejerciendo en hospitales o residencias; nos contratan fundaciones, ONG y escuelas, todas ellas instituciones legalmente constituidas, con marcos reguladores plenamente fiscalizados. Y, para rematar la paradoja, tenemos buena prensa, sobre todo cuando hay niños hospitalizados de por medio. Esas escenas venden bien en los telediarios de fin de semana, cuando faltan contenidos políticos.

Ante la falta de regulaciones externas, la CAEMT (Comisión de Actividad Española de Musicoterapeutas Profesionales) actuó durante varios años, hasta su extinción en 2025, como una especie de antídoto organizativo. Sus miembros hicieron grandes esfuerzos para sistematizar la profesión, creando perfiles de acreditación basados en méritos laborales y formativos. Obviamente, estos reconocimientos no son vinculantes a nivel estatal, pero al menos aportaron orden y concierto entre quienes habitamos este territorio de la confusión.

Mientras, por un lado, llamamos a las puertas del sistema de salud y, por otro, “oyen campanas” pero no saben qué melodías cantan, emerge un elemento disonante que debería hacernos reaccionar con urgencia: el intrusismo. Volviendo a la metáfora urbanística, en un lugar sin calles asfaltadas ni semáforos, sin alcantarillado ni alumbrado, es fácil que cada cual campe a sus anchas. Nuestra inacción colectiva permite que personas sin reparos usen la música indiscriminadamente, le pongan el sello de “terapéutico” y sigan adelante, aunque no cuenten con las horas de estudio y preparación que todos ya conocemos.

Como no hay regulación, todos quedamos en un limbo: alegales. Y como no hay un marco normativo ni un colegio profesional, a los ojos de la sociedad, cualquier persona que cante canciones a un niño enfermo “está haciendo musicoterapia”. A un no musicoterapeuta no se le puede prohibir hacer simulacros de musicoterapia porque, estrictamente, la disciplina no existe institucionalmente. Y ahí está el nudo.

Quienes asumen las consecuencias son los pacientes, víctimas de la mala praxis, y la propia disciplina. Estas injerencias contaminan el imaginario colectivo y confunden lo que es y lo que no lo es de la musicoterapia. Y cuando se instala una imagen distorsionada ante organismos oficiales y ante profesionales de la salud y de la asistencia sociosanitaria, erradicarla es difícilísimo. Se enquistan ideas como esta: “la música entretiene y distrae a los pacientes”, como si ese fuera el objetivo o el mecanismo principal de nuestro trabajo.

La ruta está clara. Para llegar a recibir pacientes por prescripción médica, como ocurre en Noruega, todo pasa por reforzar la formación, organizarse colectivamente y diseñar estrategias de consolidación que conviertan el

emprendimiento, la creatividad y el esfuerzo de todos en una construcción identitaria lógica y perdurable ante la sociedad.

Mi compromiso es seguir construyendo carreteras transitables para quienes vengan detrás. Dejando pistas mejores que las que yo encontré cuando llegué a esta disciplina. Cuento ahora con un gran equipo de profesionales de la musicoterapia, amigos y colegas que lideran otras iniciativas igualmente potentes y positivas. El compromiso que comparto con ellos es lograr una praxis plenamente ética y profesional, apostando por el estudio continuado, la investigación y la práctica basada en la ciencia como las herramientas de futuro más sólidas con las que podemos trabajar con seguridad. Algunas de ellas las vas a encontrar descritas en este libro.



**Los caminos  
emprendidos hoy  
serán rutas  
seguras para los  
que vendrán  
mañana**



## **I.7 Construyendo identidad**

Ante este panorama profesional, es normal que quien haya invertido tiempo, dinero y esfuerzo en sus estudios vea frustradas sus ilusiones terapéuticas. Pero antes de dejarse llevar por el miedo al vacío y cultivar quejas (la queja nos aleja), conviene recordar una buena noticia: queda mucho por construir; hay cosas que crear y, además, es posible lograrlo. No son pocos los ejemplos que conozco de antiguos estudiantes de UNIR que, en Colombia, Ecuador, México, Chile o Perú, entre otros países, están revolucionando sus comunidades: abren centros de musicoterapia y prestan servicios terapéuticos en instituciones locales.

Decía antes que la formación en musicoterapia no es sencilla. No trabajamos a partir de fórmulas. Cada caso es un mundo de circunstancias particulares, y eso nos obliga a movernos con una mezcla de rigor y flexibilidad: eclécticos, sí, pero no caprichosos; individuales, sí, pero no improvisados. Por ello, el aprendizaje no puede ser solo técnico y procedimental. Se puede enseñar “esto se hace así o así”, “la música de tal o cual manera”, pero en clínica no sirven las recetas. Es determinante formar la parte humana y psíquica: la capacidad de observación y discernimiento, las cualidades imaginativas, proyectivas y creativas, la visión crítica y analítica, las habilidades blandas, la mirada holística. Hablamos, en definitiva, de una preparación integral que no separa la profesión de la vida personal: como somos fuera del espacio terapéutico, así actuamos dentro de él.

En nuestro caso, el profesional forma parte del método. Es el mensaje y la acción, no solo el instrumento o el esquema musical que emplee. Esa conexión hay que afinarla para que sea operativa y, sobre todo, para que concuerde con el carácter de cada musicoterapeuta: porque no se trata de copiar una forma de estar, sino de construir una forma propia de sostener, intervenir y evaluar.

A este respecto, creo que no existe “la musicoterapia” como una entidad pura, neutra y abstracta, flotando por encima de las personas. Existen, más bien, personas que practican la musicoterapia, y esa acción responde a condiciones individuales: historia, musicalidad, formación, temperamento, ética, estilo de vínculo. Las propuestas musicales de una pianista con formación superior no serán iguales a las de un músico jazzístico o a las de

un músico callejero; sin embargo, todas pueden ser válidas terapéuticamente si están encuadradas con criterio, orientadas a objetivos claros y sostenidas por un proceder profesional.

Por eso, la intensidad del entrenamiento de los posgrados enfrenta el reto de ir más allá del aporte informativo. Exige integración, madurez y un cambio de consciencia en tiempo récord. No es solo una cuestión de contenido; es una cuestión de continente: de quién sostiene ese contenido, cómo lo metaboliza, cómo lo convierte en acción clínica. El factor personal es determinante, y también lo es la voluntad de cada estudiante de asumir el compromiso de integrar este compendio de aprendizajes.

Comparto, junto al equipo docente del máster que coordino, una realidad a veces incómoda: no todas las personas van a adquirir las competencias básicas para ser musicoterapeutas; y, al mismo tiempo, no todas las personas que podrían adquirirlas están dispuestas a implicarse al cien por cien. Son muchos los factores vitales que condicionan este proceso de maduración y crecimiento. No es solo cuestión de cualidades musicales, humanistas o intelectuales; es cuestión de compromiso, de una apuesta real por lo que la musicoterapia conlleva, dentro y fuera de la sesión.

El aprendizaje suele ser más fluido para quienes llegan habiendo vivido y leído. La experiencia y el conocimiento musical son necesarios, pero casi más sustancial es el desarrollo humano y, si me permites la palabra, el desarrollo espiritual: esa parte que te ordena por dentro y te coloca en tu eje cuando la clínica te zarandea. Cuando esas piezas están asentadas, el resto del puzzle formativo encaja con mayor eficacia.

Como no siempre es así, recurrimos a procesos de terapia personal y de self-experience como vías de autoaprendizaje y desarrollo. No solo para "mejorar", sino para algo más concreto: para ayudar a definir nuestra identidad profesional y desvelar quiénes somos musicoterapéuticamente.

Porque el ejercicio profesional es, en gran medida, precisamente eso, una cuestión de identidad terapéutica. La construcción profesional depende de un acto personal de reconocimiento: aunque existan recursos académicos y formativos, ejercer requiere estar convencido y sentirse, con todo lo que eso implica, musicoterapeuta. No hablo de un eslogan ni de una pose, sino

de una decisión interna: asumir que esto es lo que haces, cómo lo haces y bajo qué criterios lo sostienes.

Cuando aquí hablo de “sentirse”, no me refiero a un estado emocional pasajero. Me refiero a la conexión con un estado del ser; a una aprobación interior que es fruto de un largo proceso de conocimiento y reflexión, en el que la capacitación que otorga el título universitario es solo una parte, importante, sí, pero mínima, de los ingredientes necesarios.

Y ese proceso se acelera, sobre todo, con redes de apoyo. Esa cadena de recursos formativos y respaldos basados en la experiencia que evitan que las desilusiones iniciales hagan tanta mella. La clave para quien termina una formación es sumarse a quienes ya están en camino. Si nos acercamos a quienes conocen las corrientes, siempre será más fácil aprender a navegar.





**El primer rasgo de  
identidad de lxs  
musicoterapeutas  
comienza en el  
disfrute con la  
música**



## **I.8 Redes de apoyo**

Si la identidad se construye en relación, entonces necesitas redes que la sostengan. Fruto de este convencimiento emergió la idea de los MUTtalks, las jornadas de emprendimiento e impulso profesional que ideé desde el Máster en Musicoterapia de UNIR en 2022 y que arrancaron al año siguiente en el Teatro Arapiles de Madrid. En este espacio de encuentro, en el que dejamos el lenguaje de las aulas para comunicar, desde la emoción, el valor de la experiencia profesional. En estas charlas hablamos no tanto de teorías como de casos clínicos y situaciones laborales para inspirar posibilidades en quienes aún están en proceso formativo. MUTtalks es un laboratorio de ideas para construir realidades.

Construí este proyecto en plena pandemia, al mismo tiempo que, junto a otros colegas musicoterapeutas, creábamos la asociación HDOSOL, Música y Terapia, una organización sin ánimo de lucro que, además de desarrollar proyectos de musicoterapia, ofrece formación continua, talleres de emprendimiento, supervisión clínica, mentoría y apoyo en las prácticas al alumnado del máster. En ella han surgido proyectos como un canal de YouTube en el que desarrollé la serie de entrevistas profesionales, Ágora, y la serie Encuentros de investigación, con los autores de los artículos publicados en la revista de investigación en musicoterapia, MiSOSTENiDO, otro de mis proyectos colectivos, que está dando grandísimos frutos a la comunidad de musicoterapeutas, pues se está convirtiendo en un referente de la investigación en el contexto hispanohablante. Ahora, con José Fernando Fdez. Company y un largo elenco de colaboradores del Master en Musicoterapia, como Beatriz Amorós, Alessia Fattoni, María García Rodríguez, José Alberto Sotelo y Nacho Martínez, conforman un magnífico equipo de redacción, apoyado por personalidades internacionales de la musicoterapia, como Melissa Mercadal, Alan Turry, Ceryl Dileo o Felicity Baker, entre otros.

Más tarde, ya en el contexto de los mass media, abrí el grupo ALUMNI-UNIR en LinkedIn como un espacio abierto para divulgar proyectos y solicitar colaboraciones. Este entorno digital, concebido desde el proyecto MUSICOTERAPEUTAS EN RED de Hdosol, permite que las personas egresadas compartan avances, publiciten sus servicios, encuentren colegas en sus ciudades y aúnen fuerzas.

Con este tipo de iniciativas, además de impulsar el talento de manera funcional, busco que los aprendizajes adquiridos se asienten y se traduzcan en una calidad terapéutica real. A los hispanos nos cuesta entender las ventajas de crear en comunidad. Y, sin embargo, la solidez del grupo ha sido la clave del éxito de todas las civilizaciones: la perdurabilidad se sostiene en la confianza y en las metas compartidas.

Quienes se apoyan avanzan. Admiro el caso cercano de Aula de Musicoterapia en Madrid, donde los ya nombrados Beatriz y Nacho han logrado consolidar un centro ejemplar, y hoy allí trabajan otrxs musicoterapeutas que llevan su mismo sello, como Catalina Córdoba o Ariadna Posadas, que se están abriendo camino, convencidos de que la musicoterapia es un modo magnífico de cambiar el mundo. No menos valor encuentro en Alessia Fattorini, quien lleva más de quince años desarrollando Di:versos, un proyecto con personas que experimentan diversidad funcional en la residencia Santa Rosa en Los Molinos de Madrid. En el País Vasco, Laure Rodríguez, mientras cursa su doctorado en musicoterapia, forma parte de una comisión de trabajo de la WFMT. En Puerto Rico, Magdalena Nogueras dirige la Asociación Nacional de Musicoterapia. En Bogotá, Liliana Hernández lidera el centro Musitarte con el apoyo de Gustavo Adolfo, también egresado de UNIR. En Ecuador destaca la labor de Mario Ayabaca en la Universidad San Francisco de Quito, junto al centro Calmia, y el trabajo de Samuel Cartaya, especializado en TEA. Cada año surgen más personas que toman el testigo y abren camino.

Volviendo a proyectos anteriores, no quiero dejar de lado la gran comunidad terapéutica que se formó en torno al proyecto Voces de Acogida, que desarrollé entre 2014 y 2017 en Madrid. En este proyecto con menores en riesgo de exclusión social, trabajamos mano a mano, musicoterapeutas, arteterapeutas y músicos profesionales del coro Blacklight Gospel Choir. Entre aquellos profesionales recuerdo la participación de Nacho Briones, Mirjana Rajcic, Rebeca Rods, Juan Manuel Morillo, Rubén Valero, Juan Sevillano, Marta Bowen, Maite Ayerra, Fabiola

Asimismo, otra gran red se conformó en torno al Proyecto TAKEmusic en el Hospital Universitario La Paz de Madrid. Desde 2017 hasta 2021, año de inicio de la pandemia de SARS-CoV-2, dirigí la sección HUCImusic. Éramos un extenso grupo de musicoterapeutas provenientes del máster en musicoterapia de la UAM, donde también era docente. Nuestro área de trabajo se distribuía entre la UCI de adultos y la Unidad de Grandes Quemados del hospital, tutelados por el jefe de sección, el Dr. Abelardo García de Lorenzo, y su equipo. Además del ya mencionado José Fernando F. Company, estaban en el equipo: Nieves Frechilla, Iria Saavedra, Luis Drake, Lydia Yebra y Pedro Rodríguez, Fede González, Pepe Carmona, Javier Domínguez y Bárbara Casares, Nuria Aparicio, Laura Muñoz, David Escudero y Beatriz Magán, Diana Miravalles y Fernando Guillén. Juntos, conformamos una nutritiva red perfectamente coordinada en lo clínico, lo emocional y lo personal, que nos permitió prestar servicio a más de 300 pacientes hospitalizados.

Pues SERMUT se suma a estos nodos para hacer más legible el salto entre la formación y la práctica. Cuanto antes resolvamos las dudas metodológicas más comunes, mejores aplicaciones haremos, con el apoyo siempre de la teoría y las evidencias científicas, para hacer realidad laboral muchas ideas y proyectos. Y para empezar a pasar de las intenciones a la acción, ahora te toca dibujar tu autorretrato profesional, o al menos un primer esbozo.

A portrait of a woman with dark hair, looking directly at the camera. Her face is composed of various colored geometric shapes (squares, triangles) in shades of blue, orange, yellow, green, and white, creating a mosaic effect. The background is also composed of large, solid-colored geometric shapes in shades of orange, blue, and green. The overall style is modern and artistic.

**Busca los matices  
que mejor  
definen tu  
identidad  
terapéutica**

## **I.9 La tarea del autorretrato**

Es momento de empezar a trabajar. Para salir al mundo laboral es necesario contar con una marca personal. Para definirla, hay que aclarar previamente nuestra identidad terapéutica. ¿Cómo te reconoces? ¿Cómo quieres que te reconozcan? ¿En qué campo quieres especializarte? ¿Para qué tipo de servicios tienes más recursos? ¿Qué instrumentos musicales manejas mejor? Los griegos del siglo V a. C. dejaron una inscripción en el pronaos del Templo de Apolo en Delfos que rezaba: “conócete a ti mismo”. Conocernos nos evita muchos problemas en el camino. ¿Cuándo te miras, qué ves? ¿Qué te gustaría ver?

Lxs musicoterapeutas, en su trabajo, promueven y dirigen la acción y, al tiempo, son la herramienta del cambio. Para ser efectiva, la activación de muchas competencias es necesaria. Cada cualidad dominada es un recurso más que opera en el tablero clínico. A más herramientas, más funcionalidades y versatilidad, a más experiencia de uso, más precisión terapéutica. Este ejercicio es como hacer una lista de la compra. Cuando vamos a cocinar, miramos primero la despensa y hacemos un recuento de lo que ya tenemos para el guiso, listando todo lo que nos falta.

Cuanto más detalles seas capaz de perfilar en cada una de las categorías que te propongo en la tabla I, más sencillo será configurar tu retrato actual de competencias, cualidades y deseos. Te invito a que te defines primero desde lo que ya tienes, desde lo que ya eres. Marca tus logros y señala luego los que requieren más tiempo de trabajo. Lo verás separado en fortalezas y limitaciones.

Si hasta ahora no te has colocado frente al espejo interior, ha llegado el momento de hacer la primera tarea. Coge lápiz y papel y empieza a descargar todo lo que flota en tu nube de pensamientos y sensaciones. Señala lo que consideras fortalezas y cualidades, y define, al lado, lo que hoy en día percibes como carencias o limitaciones.

Definir estos elementos nos ayuda a identificar qué debilidades pueden afectar nuestro desempeño y cómo podemos contrarrestarlas, porque en musicoterapia no caben las imposturas. Lo que somos como totalidad se evidencia en la sesión, casi se amplifica; de ahí que debamos ser cautos con nuestra preparación integral. La confianza de nuestros pacientes comienza

por nuestra veracidad. Por ello, te invito a hacer esta tarea con sinceridad. Huye de las vaguedades. Esta pequeña tarea delinea tu primer autorretrato musicoterapéutico. Cuantos más detalles incluyas, mejor te reconocerás cuando lo mires.

En las formaciones insistimos incansablemente en que es fundamental y necesario realizar procesos de terapia personal y talleres de selfexperience. Son espacios para ordenar y poner en coherencia el interior con el exterior, el pasado con el presente y el futuro. Son oportunidades para abrir nuevos campos de posibilidad del ser. Son los mejores regalos que podemos hacernos. Antes de llegar a ellos, es oportuno hacer este tipo de exámenes porque nos da un posicionamiento y no desvela los ámbitos en los que podemos empezar a trabajar.

Después de esta primera tarea, te propongo otra. Tras mirar lo tangible, te invito a soñar, o dicho de otro modo, a decretar el ámbito laboral que más te motiva. Tus sueños determinan tu equipaje y fijan la ruta que debes emprender. Te invito, por tanto, a definir tus aspiraciones profesionales. Detalla dónde quieres ejercer, dónde consideras que puedes ser más útil, señala en quién te inspiras y a quién admiras, y por cuál de los métodos sientes más simpatía. Detalla qué proyectos futuros te gustaría desarrollar, qué recursos musicales esperas desarrollar o qué habilidades técnicas quieres dominar.

Una vez que hayas ordenado todas estas ideas, tendrás tu visionboard del futuro. Si antes trabajábamos desde lo que tienes, ahora crearás desde lo que imaginas y desde el deseo. Ponte metas claras y tangibles: concreta qué quieres ser y qué quieres lograr, pero aspira a lo más alto.

¿Te ves para liderar un proyecto o trabajar como coterapeuta? ¿Te manejas con los instrumentos de percusión, pero aún no te atreves con la voz? ¿Estás al día de los últimos artículos publicados? ¿Manejas las publicaciones anglosajonas? Siguiendo con el ejemplo de la despensa, piensa con tus recursos actuales y visualiza qué platos podrías llegar a cocinar. ¿Tus deseos te dan para una dieta variada?

Céntrate en los ámbitos terapéuticos en los que aún no te ves capaz de intervenir, pero que sí te motivan. Quizá admiras el trabajo que alguien

está realizando. Destaca en qué aspectos quieres parecerte a él, a ella. Define los aprendizajes que tienes pendientes y, para ser realista, concreta cuáles medios y recursos necesitarás para lograrlos. Señala cómo cambiarías este o aquel aspecto, dónde serías más eficaz trabajando y, además, ponte un plazo. Ahora ponle un marco y observa el autorretrato.

Con todo lo que has dibujado, has marcado la nueva autopista por la que va a circular tu vehículo de musicoterapeuta. Ponte manos a la obra. Diseña un plan de trabajo. Aplícate a materializar primero lo que te resulte más fácil, pero no renuncies a lograr lo más costoso. Invierte en ti y apuesta por tu profesión, porque eso será la garantía de éxito para tus pacientes.

**Tabla 1.1**

Listado de competencias y áreas de trabajo

| COMPETENCIAS                                                  | FORTALEZAS | LIMITACIONES |
|---------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Personalidad                                                  |            |              |
| Físicas                                                       |            |              |
| Intelectuales                                                 |            |              |
| Gestión emocional                                             |            |              |
| Conocimientos técnicos                                        |            |              |
| Conocimientos musicales                                       |            |              |
| Capacidad para el canto                                       |            |              |
| Capacidad para componer                                       |            |              |
| Capacidad para improvisar                                     |            |              |
| Conocimientos teóricos                                        |            |              |
| Recursos investigadores                                       |            |              |
| Habilidades Terapéuticas                                      |            |              |
| Recursos metodológicos                                        |            |              |
| Habilidades blandas                                           |            |              |
| <b>Ámbitos de musicoterapia para los que te ves preparado</b> |            |              |

**Tabla 1.2**

Planes de futuro

| ÁREAS DE TRABAJO                                     | PLANES FUTUROS |
|------------------------------------------------------|----------------|
| Ámbitos clínicos en los que te gustaría trabajar     |                |
| Áreas profesionales en las que te gustaría formarte  |                |
| Profesionales de referencia que te inspiran          |                |
| Métodos de musicoterapia que te gustaría implementar |                |
| Proyectos futuros                                    |                |
| Aprendizajes musicales pendientes                    |                |
| Aprendizajes técnicos pendientes                     |                |
| <b>Plazo marcado</b>                                 |                |

El resto de las páginas no va a dejar de ser como un gran supermercado. Verás en sus estantes una gran variedad de productos, aunque no todos te servirán ahora. Elige según necesites para dar el salto desde el me gustaría, el yo quisiera y el ojalá pudiera, al yo puedo, lo quiero y lo hago. Define y declara quién eres para sentirte plenamente musicoterapeuta.





**Construye  
con solidez,  
define un  
estilo y  
persevera**

## **I.10 El comienzo de quien comienza**

Hay diversas posibilidades para iniciar nuestro desempeño profesional; por eso, conviene elegir con criterio y prudencia. Lo primero es planificar. Sin una estrategia acorde con nuestras metas, capacidades y contexto, empezaríamos de forma errática. Considero que lo más adecuado es comenzar por aquello que nos resulte más accesible, que implique menos esfuerzo y, sobre todo, menos riesgo. Empezar no significa actuar con temeridad.

Antes hablábamos de los deseos clínicos. En los inicios debe pesar más la prudencia que las ganas de hacer. Puesto que en musicoterapia trabajamos con personas que merecen el máximo cuidado y respeto, es necesario medir hasta dónde llegan nuestras capacidades y motivaciones. Si percibimos que nos falta preparación o no tenemos claro cómo manejar determinadas situaciones, empecemos en contextos que no impliquen grandes complejidades terapéuticas. Lo habitual es darse un tiempo de trabajo como coterapeuta, adoptando un perfil bajo, para ir adquiriendo confianza, seguridad y estrategias de intervención.

Si pensamos en una pirámide de complejidad de los servicios terapéuticos, en la cúspide colocaríamos intervenciones como cuidados paliativos (adultos o pediátricos), salud mental grave o trabajo en la UCI. Estos no suelen ser entornos adecuados para arrancar una carrera profesional. La exigencia técnica y emocional es alta; mejor, entonces, empezar por situaciones clínicas más sencillas.

La premisa es establecer un orden de complejidad. Es inteligente comenzar con pacientes cuyas problemáticas sean leves o estén en etapas iniciales y cuyo diagnóstico no implique una gravedad extrema. Las metas terapéuticas estarán más al alcance de tus recursos personales y técnicos; observarás resultados más pronto, lo que reforzará tu confianza.

Si, además, asumes labores de apoyo como asistente de otro profesional con experiencia, evitarás cargar con todo el peso de la responsabilidad y tu trabajo estará supervisado en tiempo real. Poco a poco podrás familiarizarte con la dinámica de las sesiones, el método, el estilo terapéutico y la forma de gestionar eventualidades, sin exponerte ni

exponer a los pacientes. Al ser un aprendizaje progresivo, consolidarás tus destrezas en un entorno seguro.

Otra opción es llamar a las puertas de instituciones donde la musicoterapia ya esté integrada. La predisposición en estos lugares facilita todo. No es lo mismo empezar desde cero y tener que explicar, una y otra vez, qué es y qué no es la musicoterapia.

Imagina un entorno escolar en el que, durante los tres últimos cursos, un/ una musicoterapeuta ha atendido a niños con dificultades de atención. Si deja su puesto y el centro busca a alguien que continúe, la comunidad educativa ya está familiarizada con el encuadre y las sesiones. También son entornos adecuados muchas residencias de personas mayores: allí podemos trabajar con grupos reducidos que no presentan deterioro cognitivo severo.

Trabajar en entornos institucionalizados tiene, además, la ventaja de que los usuarios ya están integrados en la dinámica del centro y ciertas rutinas están bien asimiladas. Puede que tengamos menos libertad horaria y debamos contar con desplazamientos y el transporte de instrumentos (si no hay dotación propia), pero si la musicoterapia está bien considerada, podremos disponer de un espacio específico para las sesiones; y si no, compartiremos salas con otras actividades.

En estos centros es habitual encontrar profesionales afines (trabajo social, logopedia, psicología, terapia ocupacional, etc.) con quienes podremos y deberemos colaborar, compartiendo información y coordinando abordajes. Su apoyo será valioso para comprender mejor a los usuarios y realizar intervenciones más holísticas. Su experiencia aportará consistencia al diseño de metas y objetivos, lo que impulsará la evolución de los procesos terapéuticos.

Todo esto cambia cuando abrimos un centro propio. Antes de pensar en los pacientes, hay que organizar la logística del lugar: Las primeras tareas son de índole legal: cumplir con la normativa de los espacios de terapia. Puede variar en cada ciudad y suele estar vinculada a la adecuación del local, al tamaño de las salas y al tipo de servicios ofrecidos. Una vez resueltos estos requisitos elementales, la gran ventaja radica en la libertad de diseñar el espacio (en el capítulo 6 abundaremos en algunas ideas).

Podremos cuidar aspectos como los colores, la decoración o la iluminación: elementos clave para dar identidad a nuestra marca y ofrecer un trabajo reconocible y diferenciado.

Cuando dirigimos nuestro propio proyecto, nuestro nombre va siempre por delante, para lo bueno y para lo malo. Eso nos exige cuidar de todo. No solo cuenta el servicio terapéutico: el timón del barco depende de nuestras manos, con todo lo que eso conlleva a nivel profesional y personal.

Estimo que este tipo de desarrollo empresarial resulta más oportuno cuando ya hemos adquirido cierta seguridad terapéutica y la experiencia está de nuestra parte. No obstante, conozco casos de exalumnos que, nada más terminar la formación, abren su propio centro: su determinación los ha llevado al éxito. Han encontrado un nicho de mercado, han sabido identificar necesidades reales de su comunidad y, con una inversión moderada, han ido progresando paso a paso. Aplaudo las iniciativas valientes y bien diseñadas, porque el límite muchas veces nos lo ponemos nosotros. En todo caso, conviene contar con asesoramiento y elaborar una estrategia.

Quiero concluir este primer capítulo remarcando que todas las opciones laborales pueden ser apropiadas si son buenas para ti. Hay que medir capacidades e intenciones y, después, apostar con determinación y confianza. Busca ejemplos inspiradores, consulta a colegas y asóciate con quienes hablen tu mismo lenguaje musicoterapéutico. El trabajo en equipo suma y rinde más: no me cansaré de decirlo. Pide consejo a quienes ya han recorrido parte de la ruta. Confía también en tu intuición y no procrastines: en musicoterapia hay mucho que hacer antes de empezar cada sesión. Y, sea cual sea tu opción laboral, no olvides algo esencial: siempre, siempre, siempre necesitarás asesoría clínica. Contéplalo en tus presupuestos. La calidad del servicio es lo primero que debes cuidar y garantizar.

Con el servicio bien armado, lo siguiente es salir a la escena pública. Las redes sociales son magníficos escaparates para dar visibilidad al trabajo y observar qué hacen otros (ojo con aquello en lo que te fijas). Cuando empieces a mostrar tu proyecto, asesórate con profesionales y sigue pautas de comunicación claras: aquí también hace falta una estrategia

digital. Cuando el servicio esté armado, comunica con estrategia y sin exhibicionismo: protege la intimidad de tus pacientes. Define marca y línea editorial, pero que la profesionalidad, la evidencia, el rigor y los límites éticos sean siempre lo más visible.

Como en cualquier proyecto profesional, conviene definirse con un logotipo, un nombre o lema, y una paleta de colores coherente con tu modelo de trabajo. Trabaja bien estos aspectos antes de hacer público tu perfil y mantén una línea editorial reconocible. Desarrolla tu marca conforme a principios de calidad y rigor, sin caer en la sensiblería. Debemos comunicar que nuestra labor se basa en lo empírico y no tiene que ver con el entretenimiento ni con sucedáneos ajenos a la musicoterapia. Cuanto más profesional sea tu presencia, más credibilidad tendrá tu trabajo y más seguridad transmitirás a quienes llamen a tu puerta.

Que tu primer paso sea pequeño, sí, pero que sea limpio: con ética, con evidencia y con supervisión, porque ahí empieza, de verdad, la musicoterapia profesional.



**Son muchas las  
piezas que  
conforman el  
gran puzzle de la  
musicoterapia**

# IDENTIDAD TERAPÉUTICA

## EN POCAS PALABRAS ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO I?

### I.1. PENSANDO EN CÓMO LO DIGO

Escribir sobre musicoterapia revela lo que las palabras enseñan iteration tras iteración.

El tecleo funciona como prueba de claridad: el pensamiento se vuelve nítido o se delata confuso.

La escritura se vive como un trabajo de limado y pulido, como una escultura hecha de argumentos.

El autor decide abandonar el “nosotros” académico para asumir una voz más directa, más propia.

El texto se presenta como un espacio donde conviven voces internas: revisión formal, pensamiento conceptual y control de rumbo.

### I.2. BUSCANDO PALABRAS

La experiencia de escribir se compara con la presencia clínica: varias capas mentales operan a la vez.

Se propone una definición provisional de musicoterapia como observación y acción, tanteo y evaluación.

Se subraya la importancia de la atención: mirar no es ver y oír no es escuchar.

Se enfatiza que el cansancio reduce discernimiento y pone en riesgo la calidad terapéutica.

Se reconoce la diversidad de modelos y métodos, y se justifica el estilo del libro: menos academia, más memoria clínica depurada.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO I?

### I.3. DE LA VOCACIÓN A LA PROFESIÓN

Se afirma que la vocación de ayuda es un rasgo común en la comunidad musicoterapéutica.

Se observa un aumento sostenido de demanda formativa y deseo de emprender en España y Latinoamérica.

Se distingue entre motivación vocacional y motivaciones instrumentales (curiosidad o puntos), sin negar ninguna.

Se plantea que la profesionalización exige estándares: estudio, experiencia, supervisión, rigor clínico e investigación.

SERMUT se presenta como parte de un ecosistema de proyectos orientados a consolidar competencias y aproximar modelos internacionales a contextos locales.

### I.4. PUNTO DE PARTIDA

Se describe el contexto hispanohablante como un crecimiento sin plan consensuado, con costes humanos y profesionales.

Se señala que faltan cambios estructurales y que persisten estigmas, confusión e intrusismo.

Se evita entrar en disputas históricas, pero se apunta a oportunidades perdidas de liderazgo y aprendizaje institucional.

Se defiende la necesidad de criterios comunes, procedimientos comparables y herramientas de evaluación compartidas.

Se insiste en que la consolidación profesional pasa por investigación y práctica basada en evidencia, como antídoto contra simulacros y mala praxis.

### I.5. LAS BASES DEL APRENDIZAJE

Se afirma que el paso a lo profesional requiere horas, continuidad y formación permanente más allá del máster.

Se ordenan los aprendizajes: teoría e historia (el “qué”), procedimientos (el “cómo”) y habilidades terapéuticas personales.

Se utiliza la analogía corporal para explicar la integración: esqueleto conceptual, musculatura técnica y sistemas internos de procesamiento personal.

Se contextualiza el modelo español de posgrado (oficial vs títulos propios) y su variabilidad curricular.

Se describe la “crisis de salida”: titulados preparados que encuentran un sistema laboral sin carreteras, y se presenta SERMUT como guía para reducir costes y accidentes.



# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO I?

### I.6. FALLOS DEL SISTEMA

Se introduce la idea de “reparar” como impulso personal y como mirada hacia las disfunciones del campo.

Se denuncia la paradoja institucional: se permite formar y titular; pero no se habilita legalmente el ejercicio profesional.

Se enumeran problemas prácticos: fiscalidad, seguridad social, ausencia de categoría profesional y reconocimiento formal.

Se reconoce el papel de mecanismos internos de orden (como acreditaciones) ante la falta de regulación estatal.

Se alerta del intrusismo como consecuencia del vacío normativo y se reafirma la ruta: organización, formación y evidencia para lograr legitimidad.

### I.7. CONSTRUYENDO IDENTIDAD

Se valida la frustración inicial, pero se insiste en que hay margen real para construir y abrir camino.

Se explica que la clínica no admite recetas: la identidad se forja integrando técnica, ética, sensibilidad y criterio.

Se plantea que “la musicoterapia” no existe como abstracción, sino como personas que la encarnan de modo singular.

Se enfatiza que el posgrado debe producir integración y cambio personal, no solo información.

Se introduce la clave práctica: la identidad se acelera con redes de apoyo y acompañamiento de quienes ya navegan.

### I.8. REDES DE APOYO

Se presenta la preparación como transversal y se justifican plataformas que complementan la formación formal.

Se describen iniciativas concretas (MUTtalks, HDOSOL, ALUMNI/LinkedIn) como aceleradoras y contención.

Se defiende el valor de la comunidad: la confianza y las metas compartidas sostienen la perdurabilidad.

Se ofrecen ejemplos de egresados y proyectos que muestran itinerarios reales de consolidación profesional.

Se liga SERMUT a esa misión: facilitar el salto de la teoría al trabajo real y promover compromiso, acción y crecimiento.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO I?

### I.9. LA TAREA DEL AUTORETRATO

Se plantea que salir al mundo laboral exige marca personal sustentada en identidad terapéutica clara.

Se propone un ejercicio de inventario de competencias como despensa clínica: lo que ya tienes y lo que falta.

Se insiste en la sinceridad y en evitar imposturas: la sesión amplifica lo que somos.

Se complementa con una segunda tarea orientada al deseo: visión de futuro, metas y plan de recursos.

Se cierra con la idea de “supermercado” del manual: elegir lo que toca ahora para pasar del “ojalá” al “yo puedo y lo hago”.

### I.10. EL COMIENZO DE QUIEN COMIENZA

Se aconseja iniciar con planificación, prudencia y un orden de complejidad terapéutica.

Se recomienda empezar en contextos menos exigentes y, si es posible, como coterapeuta o asistente supervisado.

Se valora trabajar en instituciones donde la musicoterapia ya esté integrada para evitar desgaste explicativo.

Se diferencia el trabajo institucional del emprendimiento con centro propio, destacando requisitos legales y de marca.

Se cierra con un marco ético de comunicación y práctica: profesionalidad, evidencia, protección de pacientes y supervisión como base del primer paso.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Byers, C., & Meadows, A. (2022). Professional Identity Formation of Early Career Music Therapists. *Music Therapy Perspectives*, 40(1), 33–41. <https://doi.org/10.1093/mtp/miab024>

Encaja con el “paso de teoría a hechos” y la formación de identidad profesional (fases, tareas y barreras).

Dillard, L. M. (2006). Musical countertransference experiences of music therapists: A phenomenological study. *The Arts in Psychotherapy*, 33(3), 208–217. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.01.002>

Directamente conectado con la mención a contratransferencia y a la lectura del intercambio “musical–afectivo” en sesión.

dos Santos, A. (2024). Nurturing our reflexivity. *Nordic Journal of Music Therapy*, 33(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/08098131.2023.2282814>

Concuerda con el punto 1.1 (“cómo lo digo”): reflexividad como práctica continua (antes/durante/después) y como ética de oficio.

dos Santos, A. (2025). *Reflexive Research in Music Therapy: Six Approaches in Practice*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-032-02033-8>

Aporta un andamiaje “macro” para justificar la metarreflexión sobre voz, posición, valores, coherencia entre propósito–proceso–producto.

Edwards, J., & Daveson, B. (2004). Music therapy student supervision: Considering aspects of resistance and parallel processes in the supervisory relationship with students in final clinical placement. *The Arts in Psychotherapy*, 31(2), 67–76. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2004.01.004>

Da lenguaje técnico a lo que se describe como “voces internas” y da un ajuste fino a los procesos paralelos y resistencias en supervisión/formación.

Gamella-González, D. J. G. (2023). Voces de acogida: diseño, implementación y desarrollo de un proyecto de terapias artísticas creativas para la inclusión social. In F. Gértrudix-Barrio & P. C. Cruz (Eds.), *Sinfonías del Cambio: Música y Arte en la Transformación Social* (1st ed., pp. 249–258). Dykinson, S.L. <https://doi.org/10.2307/jj.11102933.28>

Se describe la realización del proyecto de Musicoterapia, Voces de acogida, en un entorno de inclusión social con menores en el que participaron musicoterapeutas, arteterapeutas y un coro de gospel.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Igari, Y. (2004). "Music Therapy is Changing" and So Am I: Reconstructing the Identity of A Music Therapist. *Voices*, 4(3). <https://doi.org/10.15845/voices.v4i3.190>

Conecta con el autorreconocimiento: identidad como proceso narrativo (cambio del "yo profesional").

Kennelly, J. D. (2016). Effects of professional music therapy supervision on clinical outcomes and therapist competency: A systematic review involving narrative synthesis. *Nordic Journal of Music Therapy*, <https://doi.org/10.1080/08098131.2015.1010563>

Para la insistencia de "no llegar cansado" y la exigencia del rol: evidencia sobre supervisión y competencias del terapeuta.

Macrae, A. (2024). Professional Supervision Among Music Therapists: A Survey. *Music Therapy Perspectives*, 42(2), 169–. <https://doi.org/10.1093/mtp/miae001>

Aporta panorama actual: quién se supervisa, cómo y para qué (ideal para complementar las ideas sobre profesionalización).

Odell-Miller, H. (2016). The role, function and identity of music therapists in the 21st century, including new research and thinking from a UK perspective. *British Journal of Music Therapy*, 30(1), 5–12. <https://doi.org/10.1177/1359457516639549>

Muy útil para el eje identidad/rol social, "qué es y qué no es" musicoterapia y cómo se comunica al sistema.

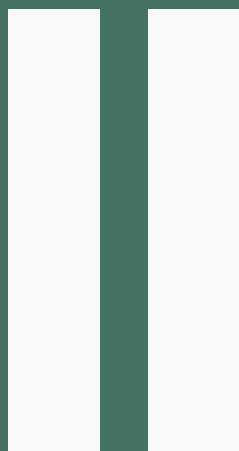
Zanders, M. L., Midach, M., Waldemeier, L., & Barros, B. (2018). A Reflexive Music Therapy Clinical Introspection in Working with Foster Care Youth. *Voices*, 18(4). <https://doi.org/10.15845/voices.v18i4.2602>

Muy alineado con tu argumento de que escribir/relatar no es neutral: voz, poder, representación y responsabilidad narrativa.

¿Cuál es el camino?



# CAPÍTULO







# APERTURA DEL PROCESO TERAPÉUTICO

## 2.1 Casos y casos

En musicoterapia solemos movernos entre dos grandes marcos de trabajo: la intervención puntual (la sesión única y sus variantes breves) y el proceso terapéutico. Ambos tienen particularidades propias y exigen metodologías de intervención distintas. La primera suele darse en contextos hospitalarios, donde los pacientes cambian según las altas y donde con frecuencia los musicoterapeutas operan como agentes externos al sistema asistencial. La segunda aparece con mayor claridad en residencias, escuelas, centros de día y servicios a domicilio, donde los usuarios tienden a ser más estables y el encuadre permite la continuidad.

Diseñar una intervención puntual o un proceso implica definir metas y objetivos desde lógicas distintas. Cuando el trabajo se prolonga en el tiempo, resulta más sencillo planificar un proyecto estructurado en fases: atendemos al paciente con regularidad, a menudo una vez por semana, observamos su evolución, construimos un vínculo terapéutico y programamos un seguimiento personalizado. Por eso hablamos de proceso.

En estas situaciones podemos estudiar el caso con mayor profundidad: analizar el comportamiento, operativizar variables, ajustar herramientas de evaluación, observar qué influye en la evolución y adaptar los recursos en función de los cambios observados. El trabajo se vuelve acumulativo: cada sesión informa a la siguiente.

En las intervenciones puntuales —de una sesión o de pocos encuentros— resulta más complejo conocer el caso en profundidad y, desde luego, es difícil mantener un seguimiento. Aquí, el abordaje suele centrarse en objetivos más generales e inmediatos: bienestar, regulación, relajación, dolor, ansiedad, orientación y acompañamiento. Son sesiones exigentes en términos de observación y respuesta terapéutica, porque disponemos de poco tiempo para captar la necesidad del paciente, comprender su situación y proponer recursos de efecto rápido. También es más difícil establecer vínculo y confianza; por eso se nos exige un mayor nivel de habilidades comunicativas, musicales y técnicas para encontrar la llave de su sensibilidad sonora.



Aunque en los hospitales suele haber poca continuidad, existen excepciones relevantes. Hay tratamientos ambulatorios que permiten trabajar con grupos estables (unidad del dolor, diálisis, oncología). También en salud mental aparecen cuadros crónicos con ingresos prolongados, y lo mismo ocurre en unidades de larga hospitalización, como las de grandes quemados, oncología o trasplantes. En estos escenarios, la frontera entre “sesión” y “proceso” se vuelve más porosa, y conviene pensar en términos de ventana temporal y de continuidad real, más que de etiquetas.

En todo caso, estos dos marcos —intervención puntual y proceso— implican metodologías, recursos y sistemas de medición adaptados a cada contexto y a la tipología de paciente. El encuadre modifica los parámetros técnicos y la estructura misma de la sesión. Como veremos a lo largo del capítulo, la heterogeneidad procedimental de la musicoterapia también es una de sus grandes limitaciones: la pluralidad de enfoques, pacientes y entornos dificulta fijar metodologías compartidas. Antes de tocar, hay que leer el terreno: estado clínico, objetivos posibles, ventana de intervención, riesgos, recursos disponibles y forma de evaluar lo que ocurre.

Precisamente por tratarse de contextos diferenciados, es prudente abordarlos por separado. En primer lugar, me centraré en las intervenciones puntuales; aunque existen diversos entornos donde tienen cabida las sesiones únicas o los procesos muy breves, nos circunscribiremos al contexto hospitalario (epígrafes 2.2 a 2.4), por ser especialmente paradigmático. Describiré el abordaje en planta, dentro de las habitaciones. Posteriormente, analizaré el procedimiento para atender procesos terapéuticos de largo recorrido (a partir del epígrafe 2.5).

**Tabla 2.1**

Esquema comparado entre tipos de casos

|                       | TIEMPOS              | METAS            | PROCEDIMIENTO                                                                                                               |
|-----------------------|----------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Procesos terapéuticos | De 1 mes en adelante | A largo plazo    | Derivación, estudio del caso, diseño de proyecto, implementación de sesiones, evaluación, supervisión y cierre del proceso. |
| Sesiones Únicas       | De 1 a 2 sesiones    | Momento presente | Solicitud equipo médico, invitación al paciente, objetivos prioritarios, intervención breve y cierre                        |



Las sesiones únicas  
tienen billete solo de ida  
y hay que saber  
optimizar el viaje

## 2.2 Las sesiones únicas hospitalarias

En términos generales, cuando hablamos de intervenciones clínicas de una o dos sesiones, la clave del éxito terapéutico reside en la especialización del profesional en este tipo de contextos. Aquí no basta con “saber musicoterapia”: hay que saber hacerla en el hospital. Para ello, necesitamos manejar al menos cuatro planos a la vez.

Primero, comprender las peculiaridades de la enfermedad o trastorno que afecta a los pacientes. La medicina está subdividida en especialidades, lo que nos facilita investigar cuadros diagnósticos y etiologías; esas bases teóricas nos orientan sobre la sintomatología y las evoluciones clínicas habituales. Segundo, comprender cómo vive cada persona su situación hospitalaria. En el diagnóstico y el tratamiento, la medicina marca el rumbo; en la vivencia sí podemos influir nosotros. Tercero, conocer el funcionamiento de la planta: turnos, rutinas de enfermería, visitas médicas, tiempos de las pruebas, circulación del personal, lógicas del cuidado. Si no entendemos el ecosistema hospitalario, interferimos sin querer. Y cuarto, dominar con soltura los recursos metodológicos propios de nuestra disciplina para diseñar una intervención efectiva con poco margen de maniobra.

Puesto que las intervenciones son breves, el protocolo de la sesión debe ser muy concreto. En estos contextos nos movemos casi como un equipo de urgencias: diligentes, directos y eficaces. ¡Pero ojo! Actuar rápido no justifica atender a medias. Lo breve no es superficial; es preciso.

El trabajo es exigente física y cognitivamente. Suele ser agotador. En una mañana, cinco sesiones seguidas son un límite más que razonable. En estos encuentros se nos demandan altas prestaciones musicales, gran capacidad atencional, agilidad de respuesta, habilidad comunicativa, flexibilidad metodológica, buena gestión emocional, recursos expresivos variados, entusiasmo, buen talante, resiliencia y empatía. Más adelante, detallaré los pasos esenciales del protocolo. Antes conviene detenerse en lo común de un paciente hospitalario.

Un ingreso hospitalario implica deslocalización. La persona abandona su hogar y sus rutinas. Al entrar en una habitación, individual o compartida, surgen inseguridades: las del diagnóstico y del pronóstico, y las del cambio

abrupto en el ritmo de vida. Esa realidad comporta un cierto shock emocional. Entrar en un hospital nos hace ceder la libertad de decisiones y de movimientos; nos ponemos en manos de la ciencia y asumimos sus exigencias. Se pierde intimidad: el cuerpo pasa por pruebas, medicaciones, intervenciones. Cambian la dieta, aparecen rutinas nuevas, se alteran relaciones y conversaciones (que orbitan en torno a lo médico), el descanso se resiente, puede haber dolor e incomodidad, y la vestimenta — digámoslo — no ayuda. Son condicionantes lo bastante fuertes como para que una persona no esté, de entrada, en disposición de cantar.

Todo esto condiciona la implicación en la sesión y explica muchas negativas a participar, aunque sepamos que la musicoterapia puede ser precisamente lo adecuado para atravesar esos momentos. El miedo, la impaciencia, la ansiedad, la rabia o la tristeza alteran la vivencia de la enfermedad y también el modo en que se toleran los tratamientos y las pruebas. Además, los efectos del diagnóstico y de la medicación afectan a la concentración, la fuerza física, la fortaleza mental y la actitud general. No siempre basta con distraerse con la lectura, las pantallas o los paseos por la planta: hay un tipo de malestar que se queda pegado al cuerpo.

Otro condicionante son los espacios físicos. Aunque existe diseño de interiores para la salud, la decoración tiende a ser aséptica y funcional. El mobiliario sufre un uso constante y no siempre está en buen estado. La luz suele ser artificial, a veces fría; algunas habitaciones apenas reciben luz natural o se abren a vistas duras, urbanas, sin respiro. Los pijamas son estándar; el personal viste uniformes y todo, una y otra vez, señala que se está fuera de casa. Eso aumenta el deseo de obtener el alta cuanto antes.

Este escenario nos da una idea de los retos terapéuticos. En los pocos minutos que dura una sesión, es difícil conocer a fondo el estado de contingencia de cada persona, y ahí está el desafío. Porque la vivencia hospitalaria no depende solo del entorno: también está atravesada por la historia vital del paciente, la naturaleza de su enfermedad, sus recursos psicológicos, su estado físico y la influencia de su red social. Ese es nuestro primer foco de atención.

Antes de la música, hay un saludo, un ofrecimiento y una explicación clara de lo que hacemos. Es en ese primer contacto donde pulsaremos su necesidad o su rechazo, para comunicar, compartir o distenderse.

Observaremos su tono vital, su lenguaje corporal, su umbral de confianza. Nuestra propuesta debe ser motivadora, pero sin sobreactuación: quien está en un hospital no está ahí por aburrimiento. Nos dirigimos con buen ánimo, sí, pero también con templanza y seguridad.

Las primeras impresiones permiten ir confeccionando un mapa mental: cuál puede ser un comienzo musical significativo, qué tipo de presencia necesita esa persona, qué fortalezas conviene destacar y qué no conviene tocar todavía. De lo que nos cuente y de lo que no cuente, de su cuerpo, de su mirada, deducimos los primeros materiales para construir una lista breve de necesidades. Y en una sesión única, esa lista tiene que ser breve de verdad.

A continuación enuncio algunas áreas habituales de trabajo. No podremos abordarlas todas; muchas se trabajan de forma indirecta y no todos los casos requieren las mismas atenciones. En lo que sí coincidiremos, casi siempre, es en esto: cuidar un cierre confortable y esperanzador. Con este listado cerramos el epígrafe. Son la diana de nuestros objetivos terapéuticos y, como referiré más adelante, en una sola sesión no es oportuno intentar abarcar más de tres.

## Áreas habituales de trabajo:

**Reducción de ansiedad y estrés.** Un paciente activado o desbordado recupera peor, duerme peor y tolera peor el proceso. La música elegida con criterio puede ayudar a regular el sistema, ofreciendo un descenso real de activación y una sensación de control.

**Alivio del dolor y mejora del umbral de tolerancia.** La percepción del dolor se intensifica cuando toda la atención queda atrapada en él. La música permite sostener una distracción cualificada, no evasiva, sino reguladora, que reduce el sufrimiento asociado y reordena la experiencia del cuerpo.

**Mejora del estado de ánimo.** La música puede amortiguar tristeza, desesperanza o aislamiento, y activar una visión más vital. La expresión estética de lo que se siente ayuda a elaborarlo y a canalizarlo.

**Fomento de la autoexpresión.** Verbalizar o musicalizar la vivencia hospitalaria favorece un posicionamiento más asertivo. Poner fuera lo que

se rumia por dentro reduce el bucle mental y abre paso a la catarsis y a la reorganización emocional.

**Estimulación cognitiva.** La pasividad hospitalaria erosiona atención, memoria y coordinación: muchas horas sentado o tumbado pasan factura. Con la música podemos activar foco, ritmo interno, secuenciación, y devolver cierta sensación de agencia.

**Mejora de la comunicación.** La incertidumbre retrae; a veces aparece mutismo, evitación, silencio defensivo. La expresión musical ofrece una vía alternativa para narrarse sin forzarse, y a menudo abre conversación donde la palabra sola no llega.

**Conexión social.** Hospitalizarse implica aislamiento y separación de los propios. Participar en una sesión puede disminuir mutismo, reforzar vínculo y aportar un pequeño sentido de comunidad, aunque sea por minutos.

**Apoyo en adaptación y aceptación del proceso de enfermedad.** Intervenir no es “animar” a toda costa: es acompañar con lucidez. La música puede ayudar a sostener la transición, tolerar cambios y mirar el proceso con más seguridad.

**Mejora de la calidad de vida hospitalaria.** A veces lo terapéutico es ofrecer un paréntesis de bienestar, alivio y conexión que compense el impacto de pruebas y tratamientos. Un instante de belleza puede reorganizar una tarde entera.

Trabajar en alguna de estas áreas produce efectos reguladores, alivia el estrés, cambia la percepción del ecosistema hospitalario y mejora la predisposición a los tratamientos y cuidados. La música, como elemento ajeno al entorno médico, es un contraste potente: aporta vida a la habitación. Con ella llegan recuerdos, momentos felices, evocaciones que sirven de aliciente para seguir.

Lxs musicoterapeutas pensamos a través de la música. Es un contenedor de expresiones, un lienzo de signos y formas, un espacio de encuentro versátil y eficaz en un hospital. Sin ser un lenguaje literal, permite relación, significado y acogida: un campo de cuidado capaz de movilizar incluso estructuras muy ancladas. La música nos representa y, al mismo tiempo, nos influye; por eso, sus modulaciones pueden reconfigurar positivamente el ánimo, el estado emocional y, con ello, la perspectiva de la vida: cuestiones esenciales cuando hay enfermedad y dolencia.

**Tabla 3.**

Cuadro operativo para sesiones únicas hospitalarias.

| <b>Objetivo terapéutico</b>         | <b>Indicadores observables (durante / al final)</b>                                                                                                                                  | <b>Recursos musicales típicos (ejemplos)</b>                                                                                                                                                                                               | <b>Riesgos / contraindicaciones (qué vigilar)</b>                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reducir ansiedad y estrés           | Disminuye hipervigilancia, respiración más regular; menos tensión facial/mandibular; baja inquietud motora, mirada más estable, tono de voz más calmado, acepta silencio             | Música preferida del paciente en tempo medio-lento; pulso estable; repetición predecible; acompañamiento armónico simple; voz suave (humming); respiración guiada con fraseo; improvisación contenida en registro medio                    | Evitar música demasiado intensa/activante; cuidado con letras que disparen emociones; riesgo de sobreestimulación en dolor agudo o fiebre; si hay disnea o pánico, no forzar canto/respiración; monitorizar signos de incomodidad |
| Aliviar dolor y aumentar tolerancia | Menos focalización en dolor (menos gestos de queja), disminuye rigidez, se distrae con la tarea, cambia postura con más facilidad, expresa alivio, mayor tolerancia a procedimientos | Distraer con tarea musical (elección de canciones, completar frases, "bingo musical" breve); sincronía rítmica suave; imaginación guiada con música; canto a demanda del paciente; groove estable tipo "balanceo"; improvisación receptiva | No prometer "quita el dolor"; cuidado si hay procedimientos en curso (coordinar con enfermería); evitar vibración/volumen que moleste; si hay hipersensibilidad sensorial o cefalea, bajar intensidad y simplificar               |
| Mejorar estado de ánimo             | Sonríe o se ilumina, aumenta contacto visual, más iniciativa verbal/musical, expresa esperanza, disminuye llanto desesperanzado, más energía al final                                | Canciones significativas (biográficas); música "puente" entre emoción y regulación; composición breve (frase-mantra); improvisación expresiva con contención; "playlist" narrativa (antes-ahora-después)                                   | Evitar positivismo invasivo; riesgo de abrir tristeza intensa sin tiempo de cierre; cuidado con música asociada a duelo/trauma; si aparece desborde, volver a estructura y respiración musical                                    |

|                                                                |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fomentar autoexpresión (catarsis contenida)                    | Verbaliza o musicaliza vivencias, nombra miedo/enojo, llora con regulación, expresa necesidades, tolera silencios, cambia de "me pasa" a "puedo decir"       | Improvisación dialogada (turnos); "canción espejo" (reflejo de afecto); reescritura de letra (1 estrofa); "paisaje sonoro" del hospital; preguntas musicales (call-response)                     | No abrir temas profundos si no hay contención o tiempo; riesgo de activar trauma; si hay delirium/confusión, priorizar orientación y regulación; mantener límites y salida clara (cierre) |
| Estimulación cognitiva (atención, memoria, secuenciación)      | Mantiene foco, responde a consignas simples, recuerda estribillos, mejora coordinación rítmica, sigue turnos, aumenta velocidad de respuesta sin frustración | Juegos de ritmo (palmas suaves, tapping); completar letras; reconocer melodías; secuencias cortas (A-B); "sigue el pulso"; percusión ligera; improvisación estructurada                          | Evitar tareas complejas que frustren; en fatiga/quimio, dosificar; en dolor alto, priorizar regulación; cuidado con hiperactivación en manía o agitación                                  |
| Mejorar comunicación (romper retraimiento/mutismo)             | Aumenta verbalizaciones, pregunta, expresa preferencias, participa con gestos/mirada, responde a invitación musical, mejora prosodia/entonación en habla     | Canción conocida como "puerta"; elección guiada ("¿prefieres...?"); canto responsorial; instrumentos fáciles (shaker suave); improvisación con turnos; melodía al habla (entonación terapéutica) | No presionar participación; respeto a privacidad en habitación compartida; cuidado con contenido íntimo si hay acompañantes; si hay afasia, ajustar consignas y evitar infantilizar       |
| Fomentar conexión social (acompañante / habitación compartida) | Interacción más cálida, coordinación en turnos, risas compartidas, disminuye aislamiento, familia se implica sin invadir, mejora clima relacional            | Canciones compartidas (familiares); dúos sencillos; percusión en espejo; improvisación "círculo" (turnos cortos); "historia musical" con roles                                                   | Evitar exponer al paciente; pedir consentimiento explícito; no convertir la sesión en espectáculo; vigilar dinámicas familiares tensas; proteger intimidad y confidencialidad             |



|                                                          |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apoyar adaptación y aceptación del proceso de enfermedad | Mayor tolerancia a incertidumbre, expresa significado, reformula narrativa, disminuye resistencia rígida, verbaliza objetivos realistas, muestra serenidad | Música biográfica para narrativa ("mi historia"); improvisación receptiva de sostén; canción de afrontamiento; ritual breve de inicio/cierre; imagería guiada con música centrada en recursos | Riesgo de "psicologizar" en exceso; no forzar sentido; cuidado con espiritualidad si no es del paciente; si aparece desesperanza intensa, priorizar contención y derivación al equipo |
| Mejorar calidad de vida hospitalaria (bienestar global)  | Reporta sentirse acompañado, descansa mejor, se regula, reduce aburrimiento sin hiperactividad, muestra gratitud, solicita continuidad                     | Micro-concierto terapéutico centrado en preferencias; "menú musical" breve; improvisación agradable; rutina de confort (misma canción de cierre); ambientación sonora controlada              | Evitar convertirlo en entretenimiento vacío; no invadir tiempos clínicos; cuidar volumen/ruido para convivientes; respetar normas del centro y fatiga del paciente                    |

(Objetivo → Indicadores observables → Recursos musicales típicos → Riesgos / contraindicaciones)

## A tener en cuenta

Uso recomendado: elige 1–3 objetivos por sesión. Reevalúa a mitad (micropausa) y antes del cierre.

- Antes: (1) consentimiento y momento clínico adecuado, (2) estado de energía/dolor, (3) privacidad/acompañantes, (4) objetivos 1–3.
- Durante: observar señales (respiración, mirada, tono, tensión, iniciativa) y ajustar intensidad, tempo y estructura.
- Cierre: bajar la activación, confirmar la sensación ("¿Cómo estás ahora?"). Dejar anclaje (una frase/tema) y registrar 2–3 observables.



**Cada paciente plantea  
unos interrogantes  
terapéuticos propios y  
nosotros debemos  
descifrarlos**

## 2.3 Protocolo de sesiones únicas

Siguiendo la casuística propia del entorno hospitalario, vamos a pensar en el servicio en planta. En este epígrafe resumo los puntos esenciales que se seguirán para definir tiempos, procedimientos y funciones que, como musicoterapeutas, emplearemos en sesiones únicas. Aunque me circunscribo al ámbito hospitalario, este abordaje puede extrapolarse a cualquier contexto en el que trabajemos con poca información y ventanas de intervención breves.

Quiero destacar, en primer lugar, que en los países donde la profesión no está regulada, la incorporación de un equipo de musicoterapia a las unidades hospitalarias suele ser compleja. No hay que olvidar que somos agentes extraños dentro de instituciones absolutamente regladas, donde cada acción está protocolizada según criterios sanitarios. El personal clínico trabaja con tiempos fijos y un orden de acciones que rara vez admite improvisación. Por eso, aquí rige una norma sencilla y decisiva: preguntar antes de actuar. Explicar qué haremos y cómo lo haremos evita fricciones, malas caras y reprimendas innecesarias. No todo el mundo comprende nuestro trabajo como lo comprendemos nosotros; así que cuidemos las formalidades y observemos el comportamiento del entorno para evitar desentonar (antes de entonar).

En España, además, operamos con un lastre añadido: la disciplina figura en listados institucionales que alimentan el estigma de la pseudociencia. Por eso, las mejores puertas de entrada suelen provenir de organizaciones con convenios de colaboración o de referentes internos del hospital que conozcan nuestra trayectoria. En ambos casos necesitaremos un proyecto redactado por delante, bien defendido, que describa el marco teórico y la evidencia disponible; el método de trabajo; los objetivos y metas; una planificación de sesiones; y un sistema de toma de datos con escalas o registros que permitan analizar los resultados. Es probable que se solicite remitir el proyecto al comité ético del hospital, donde se valorarán la idoneidad, los riesgos y la adecuación.

Una vez admitidos en una especialidad, comienza la fase de adaptación al medio: estudiar la planta (tipo de pacientes, estancia media, tratamientos comunes, síntomas frecuentes, tiempos de reposo y necesidades médicas) y comprender qué podemos aportar en cada punto del proceso. No es lo

mismo una habitación preoperatoria, donde puede ser clave regular la ansiedad, que una postoperatoria, donde quizá convenga una estimulación suave y acompañada. A nivel práctico, necesitamos conocer los tiempos del equipo de enfermería y el horario de cuidados (comidas, aseos, limpieza, visitas médicas) para fijar con inteligencia nuestros momentos de intervención. Y, no menos importante, dar a conocer al personal sanitario, respetando el escalafón y los roles, estableciendo alianzas para no ser percibidos como invasivos. La adaptación al medio incluye también algo tan simple y crucial como modular el volumen sonoro; el hospital escucha aunque no mire.

Para familiarizarnos con el entorno, es recomendable visitar la unidad varias veces antes de comenzar. En esas primeras entrevistas con el personal sanitario resolvemos cuestiones aparentemente menores que, en realidad, definen la viabilidad del trabajo: dónde dejar las fundas de instrumentos (si es que existe espacio), la necesidad de bata o EPI, el uso de mascarillas, las medidas de higiene y desinfección. Cuando redactamos el proyecto, partimos de generalidades; la unidad real obliga a afinarlo todo. Aclarado lo anterior, se establece el calendario de sesiones y se define el conjunto instrumental. Suele ser apropiado un equipo reducido, transportable y desinfectable: guitarra tipo parlour, teclado pequeño (idealmente con pilas) y un trolley con pequeña percusión que, tras su limpieza, pueda ofrecerse con seguridad.

Con la logística resuelta, llega el día de la sesión. El abordaje en la habitación puede ser receptivo o participativo. No todos los pacientes están en condiciones físicas y psicológicas para tocar; aun así, conviene invitar a una participación mínima, aunque sea puntual, porque la implicación activa suele producir efectos más significativos y duraderos. Cuando estamos sometidos a la lógica de la enfermedad, tendemos a funcionar en “modo supervivencia”: baja la energía vital, crecen la incertidumbre, el miedo, la tristeza; aparecen cansancio, mal dormir, rumiación, impaciencia o desgana. La música —por su naturaleza estética y expresiva— puede abrir una grieta en esa cadena, trasladando por momentos a un “modo creativo”: un estado en el que reaparecen posibilidad, agencia y sentido. Dicho esto, no hay fórmulas; hay lectura de contexto, precisión de objetivos y respuesta ajustada.

A continuación presento el protocolo en formato operativo. Úsalo como mapa de trabajo y adáptalo a la realidad de cada unidad.

### Protocolo 2.3A

Preparación e implantación en una unidad (fase previa)

| Paso                                | Qué se hace                                                                                     | Producto/resultado               | Riesgos a vigilar                                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>A1. Acceso institucional</b>     | Identificar vía de entrada (convenio/ONG/referencia interna). Presentación formal               | Interlocutor y permiso           | Entrar "por libre" generando saltarse jerarquías debilitando proyecto |
| <b>A2. Proyecto por delante</b>     | Documento con marco evidencia, método, objetivos, planificación, registro y evaluación          | Propuesta evaluable              | Vagueza = percepción de "animación"; sin indicadores hay legitimidad  |
| <b>A3. Comité ético</b>             | Preparar documentación solicita (riesgos, consentimiento, protección de datos).                 | Aprobación/condiciones           | Retrasos si no se anticipan requisitos específicos por                |
| <b>A4. Estudio de la unidad</b>     | Nº pacientes, estancia media, etiologías, tratamientos, reposo, perfiles pre/post intervención. | "Mapa clínico" de la unidad      | Interferir por desconocer no detectar contraindicaciones básicas      |
| <b>A5. Ajuste logístico</b>         | Horarios enfermería, comedas, aseos, limpieza, visitas y Normas de higiene y circuitos          | Franja viable + normas           | Elegir horas críticas; con control de infecciones                     |
| <b>A6. Integración relacional</b>   | Presentación al staff roles. Regla de oro: preguntar antes de actuar.                           | Alianzas funcionales             | Ser percibidos invasivos; coordinación con enfermería                 |
| <b>A7. Visitas sin interrupción</b> | Observación y resolución de pormenores (almacenaje, recorridos, permisos).                      | Protocolo adaptado a la realidad | Protocolo "de despacho" encaja en la realidad de la unidad            |
| <b>A8. Set instrumental</b>         | Equipo mínimo: guitarra, teclado pequeño a pilas, pequeña percusión desmontable                 | Set estable y viable             | Exceso de instrumentos; estorbo; problemas de transporte y traslado   |

### Protocolo 2.3B

Día de intervención (sesión única en planta)

| Fase                       | Objetivo                      | Qué hacer (acciones)                                                                                        | Indicadores de que vas                         |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>B1. Llegada y breve</b> | Saber a quién sí / a quién no | Llegar con margen. Reunión breve con enfermería: evaluar disponibilidad, precauciones y contraindicaciones. | Lista priorizada y recomendaciones específicas |

|                                         |                                  |                                                                                                                                          |                                                     |
|-----------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>B2. Listado de pa</b>                | Ordenar ruta                     | Registrar habitación, no<br>datos básicos y observa<br>(dolor, fatiga, procedimie<br>previstos).                                         | Itinerario realista, no ide                         |
| <b>B3. Presentación<br/>permiso</b>     | Consentimiento + prim<br>lectura | Presentación breve. Exp<br>oferta y límites. Pregunt<br>musicales y disponibida                                                          | Consentimiento explícit<br>vital identificado       |
| <b>B4. Ajuste de esc</b>                | Diseñar lo mínimo efica          | Orden de visita, reperto<br>probable, 1–3 objetivos<br>paciente, roles del equip<br>registro.                                            | Plan flexible y ajustable                           |
| <b>B5. Entrada en<br/>habitación</b>    | Cambiar el ecosistema            | Pedir permiso. Entrar co<br>suave (preludio/bienven<br>bajar TV. Colocación cui<br>Mirar monitores como c<br>(FC/SatO <sub>2</sub> /FR). | El ambiente se abre o se<br>sin tensión             |
| <b>B6. Desarrollo</b>                   | Regular y acompañar              | Inicio sutil + conversació<br>exploratoria. Ajustar ten<br>intensidad según respue<br>a participación leve (ele<br>pulso, tarareo).      | Respuesta progresiva: at<br>implicación, regulación |
| <b>B7. Curva de ses</b>                 | Estructura segura                | Forma “campana”: sincr<br>crecer → resolver. Evita<br>contrastes bruscos.                                                                | Coherencia y previsibilid                           |
| <b>B8. Contenido de</b>                 | Música significativa             | Tema conocido/evocado<br>eje. Convertirlo en exper<br>compartida (cantar/toca<br>cambiar letra).                                         | El paciente se vuelve pr                            |
| <b>B9. Recursos tipo<br/>“sándwich”</b> | Simplificar sin empobre          | Bienvenida + núcleo (tu<br>impro/voz/tema) + des<br>adaptada. Humor dosific<br>Volumen bajo: se oye m<br>que se ve.                      | Menos dispersión, más f                             |
| <b>B10. Cierre</b>                      | Dejar anclaje                    | Despedida + breve con<br>“¿cómo estás ahora?”. D<br>bien sin prometer.                                                                   | Cierre confortable y<br>Desperanzador               |
| <b>B11. Registro inn</b>                | Convertir experiencia e          | Anotar conductas, respu<br>frases, ajustes y su motiv                                                                                    | Registro útil y comparab                            |
| <b>B12. Informe al s</b>                | Hacer visible el valor           | Mini-reporte a enferme<br>respuesta, necesidades c<br>observables, recomenda                                                             | El equipo entiende qué<br>para qué sirvió           |

Duración orientativa por sesión: 20–30 minutos

Carga razonable: hasta 5 sesiones seguidas por mañana (según unidad y equipo)

## Puntos críticos del protocolo (para recordar sin perderse)

- Hospital = formalidad: preguntar antes de actuar; respetar roles, no interferir.
- Sesión breve = precisión: elegir 1–3 objetivos, sostener curva segura y cierre cuidadoso.
- Volumen y entorno: el hospital escucha; cuidar al paciente incluye cuidar a quienes comparten el espacio.
- Comunicación doble: paciente/familia y staff sanitario. Sin reporte, el trabajo se invisibiliza.
- No es “tu música”: es la música significativa para el paciente dentro de una relación de confianza encuadrada.

Como puede observarse, todo es comunicación. La musicoterapia emerge cuando establecemos un canal de acercamiento y comprensión del paciente, y cuando lo traducimos en una intervención concreta. No es nuestra música la que genera el efecto, sino la música significativa para esa persona y la relación de confianza que somos capaces de construir en minutos. La canción es la excusa y, a la vez, la llave: abre un acceso a las vivencias del paciente para devolverle calma, seguridad, respaldo y esperanza. Y, del otro lado, nuestra labor es útil para el hospital si sabemos transmitir con claridad qué pretendemos hacer y qué hemos observado que ocurre. En este marco no hay patrones fijos: hay rigor, adaptación y oficio.



**Una sesión de  
musicoterapia cambia  
significativamente el  
ecosistema del  
paciente hospitalario**



## 2.4 Los desafíos en el hospital

En estas sesiones puntuales todo sucede deprisa. Hay que responder con inmediatez, pero sin transmitir tensión. Si los musicoterapeutas no pueden perder la calma en ningún contexto, en el hospitalario, bajo ningún concepto. Lo que menos necesita un paciente es que seamos un elemento disruptivo en medio de su proceso de recuperación.

Decía que estas sesiones son exigentes. Hay que estar fuerte física y mentalmente para captar el hilo de lo que sucede y mantener una alta capacidad de respuesta. Acción y reacción —o mejor aún, anticipación y respuesta—. Mucha concentración y plasticidad mental, capacidad creativa y mirada analítica. Procesamos muchos inputs en poco tiempo: muchos interrogantes y pocas soluciones nítidas.

Cuando no tenemos datos definidos, trabajamos con un razonamiento inductivo: elaboramos conjeturas a partir de señales, teorías y probabilidades, y actuamos según lo que creemos que puede estar ocurriendo. Conforme avanza la sesión y se producen pequeñas aclaraciones, el razonamiento se vuelve más deductivo: las respuestas significativas del paciente nos orientan y acotan el camino hacia logros terapéuticos concretos. En todo caso, trabajaremos de manera flexible, abiertos al cambio y a las múltiples derivadas que puedan surgir.

A continuación, recojo actitudes, recursos y principios terapéuticos que conviene tener presentes para redondear el trabajo clínico en sesiones hospitalarias únicas. No son “recetas”; son brújulas.

### Principios clínicos para sesiones únicas

**Esfuerzo terapéutico (dosificar).** Estar en terapia implica trabajar aspectos personales. Al tratarse de sesiones únicas y en un entorno medicalizado, debemos cuidar la intensidad del trabajo terapéutico para no abrir cuestiones que no podremos elaborar, contener o cerrar adecuadamente.

**Atender las señales (lo profundo rara vez entra por la palabra).** Estaremos atentos a manifestaciones sutiles: gestos, mirada, respiración, micro-movimientos, tono de voz, silencios, palabras reiteradas. La sesión se escribe también en el cuerpo.

**Conectar, ante todo.** La llave de una buena intervención es la relación. Habrá sesiones con poca música y otras en las que la palabra será innecesaria. Sea como fuere, gestionaremos la comunicación —verbal y musical— con fluidez para fomentar vínculo, confianza y diálogo.

**Autocontrol y templanza.** Evitaremos alimentar prejuicios e ideas preconcebidas sobre el paciente. Cuidaremos expresiones, comentarios y reacciones. La serenidad del terapeuta es un contenedor: regula el ambiente antes de que suene la primera nota.

**Receptividad (sin prisa interna).** Aunque el tiempo sea limitado, no actuaremos con prisa emocional. Dedicamos a cada paciente lo que necesita. Estaremos abiertos a solicitudes que se salgan del plan, si son pertinentes y seguras. Escucha y receptividad son parte del método.

**Objetivos realistas.** En sesiones únicas no se sostienen grandes metas. Priorizaremos objetivos funcionales, realistas y observables. Plantear logros sencillos y medir su consecución es más clínico —y más honesto— que prometer transformaciones.

**Cuidar la línea base (estructura en medio del caos).** Las sesiones en habitación suelen tener interrupciones (enfermería, medicación, control de constantes). Incorporaremos esas eventualidades a la cadencia sin perder la estructura base: inicio, desarrollo y cierre.

**Incorporar lo que emerge.** Aprovecharemos propuestas del paciente y la información que vaya apareciendo. Atenderemos la relación figura—fondo: lo que parece accesorio puede ser el núcleo. Si queda algo sin resolver por falta de tiempo, lo gestionaremos con límites claros para evitar frustraciones.

**Paciencia (respetar el tiempo del paciente).** Nos amoldaremos a su nivel de participación y a su capacidad expresiva. Cada persona tiene un ritmo y una manera distinta de vivir la musicoterapia.

**Poner en valor (reforzar fortalezas).** Destacaremos recursos del paciente ante la enfermedad. La autoconfianza suma: creer que puedes ayuda a materializarlo. La sesión debe devolver agencia, aunque sea pequeña.

**Capacidad de disfrute (éxito terapéutico).** Lxs musicoterapeutas son promotores de experiencias de éxito y satisfacción. Ayudaremos a que el paciente conecte con disfrute en el presente: no como evasión, sino como recordatorio de vida.

Nuevamente vemos que todo se resume en cómo conectamos con la persona, cómo la implicamos, según pueda y quiera, y cómo respondemos musicalmente a su necesidad real. En la investigación en musicoterapia hospitalaria, las áreas de impacto que aparecen con frecuencia insisten en objetivos como:

- Control del dolor.
- Bienestar físico.
- Relajación física y mental.
- Mejora del estado de ánimo.
- Reducción de la ansiedad.
- Cambio del ecosistema (del “ambiente hospital” al “ambiente humano”).
- Evocación de recuerdos y momentos positivos.

Aun con poco tiempo de intervención y en formato de sesión única, los efectos terapéuticos de la música suelen hacerse evidentes en márgenes concretos de bienestar. Por eso es importante planificar objetivos precisos, entrenar la escucha, sostener la empatía y la comunicación, y cultivar una gran versatilidad musical.

Con estas ideas cierro el bloque dedicado a las sesiones únicas. Damos paso a los procesos de terapia de largo recorrido: meses de trabajo, planificación, evaluaciones y acompañamiento.



**Lxs musicoterapeutas  
en los hospitales  
cubren con las  
necesidades de  
humanización que los  
pacientes  
necesitan**

## 2.5 Los procesos en musicoterapia

Cambiamos de panorama y de paradigma. Demos un paso atrás para ampliar el campo de visión y situarnos en lo que denominamos los procesos. En musicoterapia, el tiempo de exposición suele ir de la mano de la permanencia del beneficio: a mayor continuidad de las sesiones, mayores posibilidades de impacto terapéutico y de consolidación del cambio. No se trata únicamente de “hacer más sesiones”, sino observar el tiempo como una variable clínica con entidad propia. Las intervenciones puntuales son eficaces cuando no existe otra posibilidad de acción, como se señalé en los epígrafes anteriores, pero el trabajo a largo plazo abre un territorio distinto.

La musicoterapia de proceso es la resultante de una planificación, una intervención y una evaluación longitudinales. El paso del tiempo permite estudiar con mayor profundidad las necesidades de la persona, observar regularidades y rupturas, detectar patrones de respuesta y, a partir de ellos, modelar recursos cada vez más ajustados y personalizados. Trabajar por ciclos y, cuando el caso lo requiere, por fases, ayuda a comprender mejor la relación entre lo que se propone y lo que ocurre, y a abordar los objetivos por etapas de manera lógica, operativa y clínicamente defendible. En este sentido, una de las competencias nucleares del musicoterapeuta es saber situarse: reconocer qué está haciendo en cada momento del proceso y, sobre todo, para qué lo está haciendo.

En este marco gradual conviene explicitar desde el inicio, tanto a pacientes como a familias o cuidadores, una idea sencilla pero fundamental: la musicoterapia no opera con la inmediatez de un analgésico. Los resultados terapéuticos se parecen más a los frutos y el trabajo comienza siempre por las semillas. Algunas germinan pronto y otras requieren más tiempo; algunas crecen de forma visible y otras, en niveles menos evidentes, pero igualmente relevantes. La solidez del cambio suele ser proporcional al tiempo de exposición, a la regularidad de las sesiones y a la constancia de los cuidados. Los procesos terapéuticos son, en este sentido, periodos de cultivo y elaboración: implican observar y conocer; profundizar y reiterar acciones, comprender la evolución a través de los comportamientos expresados y ajustar la intervención conforme esa evolución se despliega.

El tiempo introduce, además, una dimensión clave para la toma de decisiones clínicas: permite contrastar hipótesis. Lo que en una sesión aislada puede parecer un efecto puntual o una coincidencia, en un proceso sostenido puede confirmarse como tendencia, transformarse o desaparecer. Este contraste es esencial para evitar lecturas precipitadas y sostener una práctica basada en criterios y no únicamente en impresiones. Trabajar en proceso no elimina la incertidumbre, pero sí reduce el margen de arbitrariedad y aumenta la calidad de la lectura clínica.

En los apartados siguientes se describen los puntos básicos de un protocolo de intervención diseñado para sesiones consecutivas. Se trata de un marco de trabajo en el que el encuentro con el paciente o con el grupo se produce de forma regular —a menudo semanal— y exige planificación y seguimiento, evaluación continua y ajustes, estrategia metodológica y control de los tiempos. Poder programar la actividad en función de metas y objetivos aporta orden y coherencia a la intervención. No garantiza resultados del mismo modo que una máquina garantiza un producto, pero sí permite constatar su emergencia, seguir su trayectoria y tomar decisiones con criterio cuando el proceso lo demanda.

Además, el tiempo consolida el vínculo terapéutico. La relación que se establece a lo largo de un proceso sostenido es un elemento central para que el acompañamiento sea efectivo y aumente las probabilidades de acierto clínico. La alianza terapéutica no se decreta ni se presupone: se construye sesión a sesión, a través de la continuidad, la fiabilidad del encuadre y la experiencia compartida. En este sentido, el proceso no trabaja únicamente “con música”, sino también con presencia, constancia y confianza.

Por todo ello, en los siguientes epígrafes se abordarán la entrevista inicial, las tareas preliminares de estudio y diseño del caso, y los acuerdos con el paciente y/o sus cuidadores para trabajar de manera conjunta. Asimismo, se incluirá una propuesta de presupuestos, entendidos no solo como una cuestión administrativa, sino también como un elemento más del encuadre y del compromiso con el proceso. Estos aspectos constituyen los pilares sobre los que se asienta cualquier intervención de musicoterapia que aspire a desarrollarse en el tiempo con coherencia, sentido y responsabilidad clínica.



**La musicoterapia  
es un proceso de  
siembra**

## 2.6 Pasos previos al proceso

Vamos a comenzar por el antes del antes. Lo que voy a decir ahora puede sonar extraño, pero es importante. Supongamos que llega un cliente nuevo que solicita nuestros servicios. Nos cuenta sus necesidades y, casi sin darnos cuenta, empezamos a trazar un mapa mental del caso. Pues bien: antes de decir que sí, debemos valorar si nos vemos cualificados, tanto logísticamente como temporal y terapéuticamente, para asumirlo. No es solo una cuestión de interés por la propuesta, ni siquiera de necesidad financiera, sino de si estamos realmente preparados para asumir las responsabilidades y consecuencias de ponernos al frente de ese proceso terapéutico.

La honestidad es el primer principio de la ética profesional. El punto crítico. Acompañar a otro exige tiempo, preparación, evaluaciones, supervisión y, sobre todo, responsabilidad. Todo ello para garantizar que lo que ocurra en sesión se traduzca en cambios significativos, no en una experiencia bonita sin dirección. Por eso, antes de aceptar un caso hay que preguntarse por la relación entre las necesidades del paciente y nuestros recursos terapéuticos. Conocer nuestros potenciales y nuestras limitaciones es una forma de respeto: nos permite determinar en qué medida podremos aportar los beneficios demandados.

Un profesional de la musicoterapia sin preparación y experiencia suficientes para garantizar un servicio de calidad no debería ejercer en solitario. Insisto: esto no es un juego de entretenimiento. Asumir un proceso terapéutico implica diseñar acciones planificadas y sistematizadas y evaluar lo que hacemos. Lxs musicoterapeutas no hacemos terapia ocupacional; trabajamos hacia metas terapéuticas. Cada sesión implica indagación y estudio, el método de trabajo y la evaluación de resultados.

Remarco estas ideas porque trabajamos, a menudo, en un contexto no regulado y entonces la responsabilidad es doble. De puertas para adentro no hay un colegio profesional que nos supervise ni un marco externo que nos obligue a rendir cuentas. Está el cliente, estamos nosotros y están nuestras decisiones. Podemos trabajar basados en la evidencia o perpetrar cualquier simulacro sonoro al que llamemos musicoterapia. Lo invariable será una persona con necesidades reales y nuestra honestidad —o su ausencia—. A falta de organismos reguladores que velen por estándares de



calidad nos impulsa a ser nuestros propios inspectores. Nuestra responsabilidad es prestar un buen servicio y sostener el proceso mediante supervisión clínica cuando sea necesario. Ser musicoterapeuta es situarse del lado de la evidencia y de la ética.

Hecho este análisis personal, lo siguiente es conocer a fondo la problemática del paciente. La fase de exploración es exigente, pero si la resolvemos con precisión empezaremos con una orientación correcta y segura. Propongo distribuirla en tres etapas, con un plazo aproximado de una semana (ver tabla 2.2): una entrevista inicial, un periodo de estudio y diseño del caso y una entrevista final para plantear y formalizar el proceso de trabajo.

**Tabla 2.2.**  
Estructura básica de los primeros encuentros (propuesta orientativa)

| Tiempo | Encuentro / tarea                        | Propósito                                                                                                                                                          | Resultado esperado                                                         |
|--------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1      | Entrevista inicial (análisis de demanda) | Comprender motivo de consulta, contexto, historia clínica relevante, tratamientos en curso, red de apoyo, y perfil musical.                                        | Hipótesis inicial + primeras metas tentativas + necesidades de evaluación  |
| 2      | Estudio y diseño (fuera de sesión)       | Revisar literatura/ evidencia pertinente, elegir enfoque y método, definir objetivos operativos, seleccionar instrumentos de evaluación y planificar dosificación. | Borrador de plan terapéutico + hoja de registro + criterios de seguimiento |
| 3      | Entrevista de devolución y acuerdo       | Presentar propuesta, aclarar encuadre, objetivos, metodología, frecuencia, normas, confidencialidad, supervisión y presupuesto.                                    | Contrato terapéutico (acuerdos) + calendario inicial + consentimiento      |

Nota: La duración de este proceso inicial es orientativa. Cada profesional, según experiencia y disponibilidad, resolverá el caso en más o menos días. Mi sugerencia es mantener un margen de 7–8 días y responder cuanto antes con una propuesta bien fundamentada.

En el encuentro inicial debemos averiguar, fundamentalmente, las razones que la llevan a la terapia, los tratamientos que sigue o ha seguido, su historial clínico relevante y, además, conocer sus habilidades y preferencias musicales, hábitos de salud y cualquier aspecto que nos ayude a definir qué recursos necesitaremos preparar. Su información es nuestro material de discernimiento. Cada dato es una pieza del puzle: nos permite organizar la estrategia y planificar los pasos con criterio.

Este proceso es analítico. Volvemos a aplicar un planteamiento deductivo: partimos de marcos teóricos y supuestos previos, sí, pero lo que manda es el dato que aporta la persona. Cada palabra y cada descripción son un ladrillo que construye el caso. Nuestra observación y escucha deben ser neutras. Evitaremos prejuicios y suposiciones apresuradas a la luz de lo que ya “creemos saber”. Puede que hayamos llevado casos similares, pero conviene partir, en lo esencial, desde cero.

Cada paciente es único y sus circunstancias exigen una atención individualizada. Las razones por las que una persona busca terapia suelen ser el resultado de múltiples factores; por eso, la tentación de equiparar y trasladar un plan de intervención ya usado resulta peligrosa. La clave está en deducir a partir de lo que observamos, escuchamos y recibimos. Aquí mandan las preguntas y la composición general de su situación. Cuando nos enfocamos bien, ya fijamos una posición clara de respeto hacia el otro.

Una vez escuchadas sus necesidades, pasamos a la fase de estudio. Empezamos a definir la naturaleza del problema con ayuda de la literatura científica y de las evidencias disponibles. Cada caso es un acertijo lleno de dilemas y posibles vías de abordaje: rara vez hay blancos y negros; casi siempre hay matices. La experiencia acumulada de otros profesionales nos permite conectar los datos recogidos en la entrevista con un esquema de trabajo sólido. A esto se le denomina práctica basada en la evidencia (EBA, por sus siglas en inglés): un modo de actuar que reduce sesgos y evita la mala praxis.

La tarea clave, después, es unir ambos mundos: la información original que aporta el paciente y la información teórica que encontramos. Esa combinación servirá de base para diseñar una estrategia de intervención que presentaremos en la entrevista de devolución, en la que formalizaremos el plan de trabajo. Con estas cuestiones resueltas

estaremos en disposición de aceptar el caso y comprometernos con el proceso de acompañamiento terapéutico que hemos diseñado.

A continuación profundizaremos en cada una de estas fases previas para definir con claridad los aspectos que las componen. La eficacia de esta estrategia depende del nivel de organización de la información recabada y de la programación precisa de metas, objetivos, actividades y recursos. En los procesos, el rigor no empieza en la primera canción: empieza en la primera decisión.

**Desde el primer  
encuentro  
tomamos la mano  
del paciente y  
asumimos el  
compromiso de  
acompañar  
terapéuticamente  
sus pasos**



## 2.7 La primera entrevista

Ya estamos ante la primera cita. Dependiendo de si estamos en nuestro propio centro, en uno externo o incluso a domicilio, se fijan el día y la hora, siendo formales con la puntualidad. Lo oportuno es realizar la reunión en persona, aunque también puede hacerse por videoconferencia; en términos generales, la presencialidad es más recomendable al iniciar un proceso. Si el paciente es dependiente, deberá estar acompañado de sus cuidadores y/o tutores.

Lo primero es estructurar el protocolo del encuentro: el orden de los temas que se abordarán y los documentos que utilizaremos en cada tramo. Recomendando dividir la entrevista en cuatro fases claramente diferenciadas (ver la tabla 2.3). Este orden separa lo que aporta el paciente, lo que recabamos mediante instrumentos y lo que aportamos nosotros como encuadre y hoja de ruta. Y aunque el caso se parezca a otros, partimos de cero: lo que importa es la persona y su relato propio.

**Tabla 2.3**  
Fases de la entrevista y documento o recurso

| Fase de la entrevista                                        | Documento o recurso                                                                              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FASE 1. Presentación por parte del profesional               | Currículo abreviado en formato dossier (carpeta, tarjeta, folleto, etc.).                        |
| FASE 2. Presentación por parte del paciente/ cuidadores      | Cuaderno de anotaciones. Ficha para recoger datos generales del paciente.                        |
| FASE 3. Cuestionarios y escalas                              | Cuestionario de historia musical. Escalas validadas (según necesidad y competencia profesional). |
| FASE 4. Explicación del planteamiento del proceso (semana 0) | Calendario de próximas citas y hoja de encuadre (pasos siguientes).                              |

### Fase 1. Presentación del profesional: credibilidad sin exceso

La primera fase es una formalidad necesaria. Nos presentamos y explicamos brevemente la especialización, la trayectoria, la formación

recibida y la categoría profesional (acreditación, si la hubiera), además de las afiliaciones a organismos profesionales (asociaciones, fundaciones, ONG, etc.). Conviene entregar un currículum breve con estos datos, en formato dossier. En cinco minutos puede quedar resuelta esta apertura.

Como las primeras impresiones son las que quedan, cuidemos el lenguaje y la entonación, la mirada y el gesto, la afabilidad y el ritmo. En este punto, ya estamos comunicando el método: orden, claridad y seguridad.

## **Fase 2. Presentación del paciente: escuchar forma y fondo**

En la fase 2, el paciente (y/o sus cuidadores) expone su experiencia y su problemática. Podemos conducir el discurso con preguntas abiertas: cómo se siente, qué le trae a terapia, qué limitaciones experimenta, nivel de aceptación e integración del problema, etc. Lo esencial es dejar que se exprese para conocer qué narrativa construye sobre su situación.

Aquí recomiendo una observación plena, atendiendo tanto a la forma como al fondo. En enfoques como la terapia gestáltica se trabaja precisamente con esas dos columnas: qué se dice y cómo se dice. Por eso es importante registrar palabras clave, expresiones reiteradas, énfasis, temas que aparecen una y otra vez y temas que se eluden. La forma explica gran parte del fondo.

También es útil repreguntar para comprobar la consistencia del relato. Pondremos atención a la postura corporal, la expresión facial, la intensidad de la voz y el movimiento de las manos. Observaremos si habla con fluidez o si cuesta extraer datos; el grado de importancia que otorga al problema y cómo lo vive él y su entorno. Los episodios históricos del caso importan: nos interesará la relación entre el origen y la evolución.

En nuestras anotaciones debemos ser asépticos: recoger lo observado sin conjeturas precipitadas. No es lo mismo anotar “no responde con claridad” que escribir “es tímido” o “está abrumado”. Lo primero es la observación; lo segundo, el juicio. En la tabla 2.4 propongo un marco para traducir datos en hipótesis sin saltos interpretativos.

**Tabla 2.4**

Datos que nos da el paciente y deducciones clínicas prudentes

| Datos que nos da el paciente                                                        | Deducciones del profesional (hipótesis de trabajo)              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Su presentación personal (edad, circunstancias de vida, origen cultural, ocupación) | Hábitos de vida y contexto de funcionamiento                    |
| Lo que le trae a musicoterapia (tipo de problema)                                   | Necesidades principales del caso                                |
| Influencia del problema en el día a día                                             | Gravedad funcional y tiempo de afectación                       |
| Estado actual                                                                       | Urgencia relativa y profundidad de abordaje                     |
| Informes psicológicos, médicos o pedagógicos                                        | Qué han aplicado otros profesionales y qué resultados ha habido |
| Expectativas de mejora                                                              | Grado de confianza y tipo de motivación ante el proceso         |
| Importancia que da a su situación                                                   | Compromiso probable con el tratamiento                          |
| Uso de la música en el entorno familiar                                             | Peso de la música en su vida y red de apoyo                     |
| Hábitos sonoros cotidianos                                                          | Acomodación al silencio/sonido; tolerancias y sensibilidades    |
| Disponibilidad horaria                                                              | Viabilidad de un calendario regular y sostenible                |

Nota de método: “Deducciones” aquí significa hipótesis prudentes, no diagnósticos. Se confirman o se corrigen con evaluación y sesión.

**Relato del paciente:** guion de 12–15 preguntas (con repreguntas y observables)

**Objetivo de esta fase 2:** comprender la narrativa del paciente (qué dice) y su modo de estar en la entrevista (cómo lo dice), sin precipitar interpretaciones. Este guion no es un interrogatorio: es un mapa flexible.

### Entrevista:

I. “¿Qué te trae hoy a musicoterapia?”

- Repreguntas: “¿Qué ocurrió para que decidieras pedir ayuda ahora?”, “Si tuvieras que ponerle un título a este momento, ¿cuál sería?”

- Observables: claridad del motivo, nivel de urgencia, coherencia narrativa, emoción asociada al motivo.
- 2. "¿Cómo describirías el problema en un día normal?"
  - Repreguntas: "¿En qué momentos se nota más?", "¿Qué pasa justo antes y justo después?"
  - Observables: capacidad descriptiva, reconocimiento de patrones, lenguaje corporal al relatar.
- 3. "¿Qué es lo que más te preocupa de todo esto?"
  - Repreguntas: "¿Qué te da más miedo que ocurra?", "¿Qué sería lo peor?"
  - Observables: ansiedad anticipatoria, rumiación, evitación, cambios en respiración/tono.
- 4. "¿Qué impacto tiene en tu vida cotidiana?"
  - Repreguntas: "Sueño, energía, apetito... ¿qué ha cambiado?", "¿Cómo afecta a trabajo/estudio, relaciones, autocuidado?"
  - Observables: nivel de afectación funcional, evitación de actividades, estilo de afrontamiento.
- 5. 5) "¿Desde cuándo lo vives así y cómo ha evolucionado?"
  - Repreguntas: "¿Hubo un inicio claro o fue gradual?", "¿Qué hitos han marcado cambios?"
  - Observables: línea temporal, insight, tendencia a generalizar ("siempre/nunca"), precisión.
- 6. "¿Qué cosas lo empeoran y qué cosas lo alivian, aunque sea un poco?"
  - Repreguntas: "¿Qué haces tú para manejarlo?", "¿Qué te ayuda y qué te hace daño?"
  - Observables: estrategias de afrontamiento, recursos ya disponibles, señales de desesperanza.
- 7. "¿Qué has probado ya (tratamientos, terapias, medicación, estrategias) y cómo te fue?"
  - Repreguntas: "¿Qué funcionó algo?", "¿Qué no volverías a repetir?", "¿Qué te gustaría que se tuviera en cuenta esta vez?"
  - Observables: adherencia, relación con profesionales previos, expectativas realistas/irrealistas.
- 8. "¿Cómo lo vive tu entorno y cómo te afecta eso a ti?"
  - Repreguntas: "¿Quién te apoya y de qué manera?", "¿Hay alguien que no lo entienda?", "¿Qué necesitas de los demás?"
  - Observables: red de apoyo, conflictos, dependencia/autonomía, tono al hablar de familiares.
- 9. "¿Qué te gustaría que cambiara gracias a la terapia?"



- Repreguntas: “Si en 8–10 sesiones esto mejorara, ¿qué notarías primero?”; “¿Qué sería una señal pequeña pero importante?”
  - Observables: capacidad de formular metas, concreción, orientación a resultados.
10. “¿Qué te haría sentir que esta terapia te está ayudando?”
- Repreguntas: “¿Qué sería un ‘buen día’ para ti?”; “¿Cómo lo medirías o lo notarías?”
  - Observables: criterios de éxito, locus de control, lenguaje de agencia (“puedo/haré”).
11. “¿Hay algo que te resulte difícil decir o que suelas evitar del tema?”
- Repreguntas: “¿Qué te cuesta nombrar?”; “¿Hay algo que prefieres no tocar hoy?”
  - Observables: silencios, cambios abruptos de tema, microexpresiones, tensión muscular.
12. “Cuando te sientes peor, ¿cómo se manifiesta en tu cuerpo?”
- Repreguntas: “¿Dónde lo notas?”; “¿Cómo respiras?”; “¿Qué hace tu cuerpo que no te deja estar en paz?”
  - Observables: somatización, hipervigilancia, capacidad interoceptiva, regulación.
13. “¿Cómo sueles relacionarte con la música en tu vida diaria?”
- Repreguntas: “¿Qué música te acompaña?”; “¿Qué música evitas?”; “¿La usas para calmarte o activarte?”
  - Observables: espontaneidad, afecto al hablar de música, tolerancia sonora, recuerdos.
14. “¿Qué significa para ti ‘hacer terapia’?”
- Repreguntas: “¿Qué esperas de mí como terapeuta?”; “¿Qué estás dispuesto/a a poner tú?”
  - Observables: expectativas de rol, dependencia, disposición al esfuerzo terapéutico, confianza.
15. “¿Hay algo importante que no te haya preguntado y que deba saber?”
- Repreguntas: “¿Qué sería injusto que se quedara fuera?”; “¿Qué quisieras que yo entendiera bien desde el principio?”
  - Observables: insight final, necesidades no expresadas, organización del relato.

### **Mini-checklist de observación (sin juicio)**

Mientras escuchas, registra hechos observables en tres columnas:

- Lenguaje verbal: palabras recurrentes, metáforas, absolutos (“siempre/nunca”), contradicciones, velocidad del habla.

- Lenguaje no verbal: mirada, postura, respiración, tensión/relajación, movimientos repetitivos, lágrimas/risa.
- Relación y alianza: confianza inicial, capacidad de pedir, reactividad ante límites, nivel de colaboración.

Regla de oro para tus notas: escribe “hace / dice / muestra...”, evita “es...”.  
Ej.: “evita mirar al hablar del tema X” (observable) vs. “es evasivo” (juicio).

### **Fase 3. Instrumentos y escalas: convertir relato en datos**

En la fase 3 retomamos la palabra para completar cuestionarios y escalas que nos aporten datos técnicos. Uno de los más relevantes en la musicoterapia es el de los gustos y aptitudes musicales. Este cuestionario debe recoger la historia musical (canciones destacadas de la infancia, la adolescencia, la edad adulta, etc.) y los momentos asociados a ellas (la canción de la abuela, el tema de los viajes, la música de una etapa vital), porque ahí se revelan connotaciones emocionales y significados personales.

Además, conviene registrar el manejo de instrumentos, las preferencias instrumentales, las habilidades vocales y cualquier dato útil para estimar las competencias expresivas en el campo sonoro-musical. Podemos usar un formulario online (enlace o código QR) para digitalizarlo en papel. Puede rellenarlo el paciente o podemos completarlo nosotros con sus respuestas.

En algunos casos podría ser útil añadir escalas validadas sobre actitudes, rasgos o variables relevantes; a menudo es más oportuno reservar algunas para la segunda entrevista, una vez estudiado el caso. Recordemos, además, un límite profesional: ciertas escalas o interpretaciones requieren competencias específicas (por ejemplo, psicológicas). Esto refuerza la importancia del trabajo interdisciplinar y de la creación de alianzas.

La finalidad de estos instrumentos es clara: fijar el estado de llegada del paciente y sus factores condicionantes antes de iniciar el tratamiento. Ese punto de referencia permitirá, con el tiempo, comparar los cambios con más criterio y menos autoengaño.

**Tabla 2.5.**

Ítems recomendados para la ficha inicial del paciente

| Categoría                          | Dato                                                                                                           |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datos personales                   | Nombre, edad, forma de contacto                                                                                |
| Contacto con cuidadores/familiares | Personas de referencia y modo de comunicación                                                                  |
| Principales necesidades            | Descripción del problema en palabras del paciente                                                              |
| Nivel de comunicación              | Observaciones sobre cómo narra su caso                                                                         |
| Historial del problema/enfermedad  | Inicio, evolución, limitaciones, antecedentes, informes a                                                      |
| Hábitos de vida                    | Rutinas de sueño, alimentación, actividad física, aficiones, trabajo                                           |
| Aspectos sonoro-musicales          | Presencia de música en su vida; instrumentos; conciertos preferidos/no tolerados; asociaciones emocionales por |
| Expectativas vitales               | Metas personales, modo de entender la vida, deseos de autorrealización                                         |
| Preferencias horarias              | Cronograma posible de sesiones                                                                                 |

#### **Fase 4. Cierre y encuadre: explicar el “qué viene ahora”**

Para cerrar la entrevista, explicaremos el procedimiento para los próximos días. Nos daremos un plazo (por ejemplo, cinco o seis días) para diseñar el proceso de musicoterapia. Eso implica revisar la literatura y la evidencia, y estructurar un plan de trabajo ajustado a las necesidades del paciente. Después citaremos de nuevo para presentar la propuesta: los pasos organizados en bloques de sesiones, los objetivos, la metodología, la frecuencia, la evaluación y cómo trabajaremos juntos.

Si en este primer encuentro vemos claro que podemos asumir el caso, podemos adelantar documentos como el consentimiento informado y, si procede, los permisos de grabación de las sesiones (para supervisión

y/o divulgación), de modo que los traigan cumplimentados o los envíen por correo electrónico.

Toda la documentación debería ir identificada con nuestro nombre y logotipo, dentro de una carpeta con un diseño corporativo cuidado. No se trata de una estética vacía: la forma también sostiene el encuadre. En terapia, el mensajero es parte del mensaje: todo informa, todo comunica, todo nos define. Aunque no hayamos tocado una sola nota, el proceso terapéutico ya ha comenzado.

**La primera semana  
de trabajo nos  
permite dejar todo  
dispuesto para  
desarrollar el  
proyecto de  
intervención**



## 2.8 El diseño del marco teórico

Con los primeros datos recabados empieza la tarea de estudio y diseño del plan de trabajo. Antes de tocar una sola nota, necesitamos construir el marco teórico del caso: la base que justifica lo que vamos a hacer; por qué lo vamos a hacer y qué resultados son realistas esperar.

### 2.8.1 Búsqueda bibliográfica: de la intuición al método

Todo comienza con una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas. La regla aquí es sencilla: no basar decisiones clínicas en contenidos sin control editorial (blogs, redes sociales, podcasts o testimonios aislados). Esos materiales pueden servir como inspiración o divulgación, pero el diseño del caso debe apoyarse en la literatura revisada por pares, guías clínicas, revisiones y estudios empíricos.

Una vez definido el problema (qué le pasa a la persona, qué le limita, qué desea cambiar), convertimos esa narrativa en preguntas clínicas:

- ¿Qué intervención musical se ha usado en casos similares?
- ¿Con qué frecuencia y duración?
- ¿Qué outcomes se han medido (ansiedad, dolor, comunicación, calidad de vida...)?
- ¿Qué limitaciones y riesgos se describen en la evidencia?

Aquí suelen ser especialmente útiles los estudios de caso y las series de casos, porque describen con detalle la metodología (sobre todo en los estudios cualitativos bien reportados). Aun así, siempre que sea posible, conviene complementar con revisiones, ensayos o estudios cuasiexperimentales cuando existan

### 2.8.2 Cribado rápido con herramientas digitales (sin delegar el criterio)

Dado que el volumen de publicaciones puede ser alto y el tiempo limitado, es razonable usar herramientas digitales de apoyo para agilizar el cribado. La clave es esta: las herramientas ayudan a ordenar, pero no sustituyen el juicio clínico ni la lectura crítica.

**Tabla 2.6.**

Esquema operativo del marco teórico (para un caso). Plantilla breve para escribirlo en 1–2 páginas

| Bloque                     | Pregunta guía                                  | Qué debe quedar escrito (mínimo)                                                                 |
|----------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Definición del problema | ¿Qué le pasa y qué limita?                     | Descripción operativa del problema + contexto (hogar/escuela/salud)                              |
| 2. Población/Perfil        | ¿A quién se aplica?                            | Edad/condición, nivel de funcionamiento, apoyos, comorbilidades relevantes                       |
| 3. Necesidades priorizadas | ¿Qué es lo más urgente/funcional?              | 3–5 necesidades ordenadas por prioridad (del caso, no del terapeuta)                             |
| 4. Evidencia relevante     | ¿Qué dice la literatura sobre casos similares? | 6–10 fuentes clave + qué aporta cada una (intervención, dosis, outcomes)                         |
| 5. Mecanismos plausibles   | ¿Por qué la música podría ayudar aquí?         | Mecanismos (regulación, atención, vínculo, expresión, sincronía, etc.) conectados al caso        |
| 6. Modelo de intervención  | ¿Qué enfoque/método usaré?                     | Tipo (receptivo/activo/mixto), encuadre, rol del terapeuta, formato (individual/grupal)          |
| 7. Dosificación            | ¿Con qué frecuencia y duración?                | Frecuencia, duración sesión, duración total, fases/ciclos                                        |
| 8. Outcomes y medición     | ¿Cómo sabré si funciona?                       | 2–4 outcomes + instrumentos/indicadores + momentos de medida                                     |
| 9. Riesgos y límites       | ¿Qué puede salir mal?                          | Contraindicaciones, sobrecarga emocional, tolerancia sonora, coordinación con otros tratamientos |
| 10. Ajustes esperables     | ¿Qué haré si no progresa?                      | Criterios de ajuste, escalado, derivación o pausa del proceso                                    |

En el PIDA 2024–2025 del Máster en Musicoterapia (UNIR) diseñé un paquete de recursos apoyados por Inteligencia Artificial Generativa (IAG) para facilitar el desarrollo del marco teórico del TFM: el Proyecto INVESTIGA. Algunas de esas aplicaciones pueden ser también útiles en la

práctica clínica, siempre con una norma de seguridad: verificar en el artículo original lo que la herramienta resume.

- ChatGPT: para generar una primera ecuación de búsqueda (AND / OR / NOT) y proponer sinónimos y términos relacionados.
- Connected Papers: para visualizar la red de artículos relevantes, autores y trayectorias temporales.
- SciSpace: para dialogar con el contenido de artículos seleccionados (métodos, resultados, limitaciones), acelerando la extracción de información útil.

El relato científico de otrxs musicoterapeutas, bien documentado, nos ayuda a dimensionar el reto terapéutico y a diseñar un plan de acción realista: qué es viable, qué no lo es, y qué condiciones deben cumplirse para que una intervención tenga sentido.

### **2.8.3 Redacción del marco teórico: breve, funcional y orientado a decisiones**

Este marco teórico no es una revisión académica extensa: es una síntesis operativa y puede redactarse en un plazo de 2–3 días si el caso está bien acotado. Sus argumentos servirán para justificar metas, objetivos, actividades y la medición.

Con la evidencia recabada y las características del caso (historial, necesidades, preferencias, contexto y recursos disponibles), diseñamos un procedimiento sistematizado: qué haremos, cuándo, cómo y para qué, incluyendo la evaluación y la supervisión. Un proceso de musicoterapia es un recorrido con dirección: sabemos el destino y gestionamos con flexibilidad la contingencia que emerge en cada sesión.

En musicoterapia no se trata de “llegar y hacer música”, sino de saber a quién estamos afectando con la música, cómo se está viendo afectado, por qué usamos estos componentes musicales, cuándo y con qué objetivo.

Por eso no hay recetas universales, pero sí hay un principio innegociable: no hay musicoterapia sin diseño, observación, evaluación, análisis y supervisión. La creatividad es nuestro medio; el método, nuestra garantía. Como decía Machado, hacemos camino al andar. Pero un camino profesional no es azar: es andar con brújula.



Esta fase de estudio también tiene una función práctica poco comentada en la formación inicial: nos ayuda a estimar el presupuesto y los costes reales del servicio (tiempo de preparación, evaluación, registro, coordinación interdisciplinar y supervisión). Más adelante retomaremos este punto con detalle.

**Tras la primera  
recogida de datos  
comienza la  
revisión de la  
literatura científica  
para poner luz en el  
caso**



## 2.9 El diseño de las sesiones

Con el marco teórico organizado pasamos al diseño preliminar del proceso: metas y objetivos, estructura de las sesiones y setting musical (actividades, materiales y condiciones). Este primer diseño es necesariamente provisional: se ajustará conforme el proceso revele avances, resistencias, respuestas y soluciones. Partimos de la evidencia disponible y la contrastamos con lo que el caso muestra en la práctica.

Planificar, en musicoterapia, significa anticipar escenarios probables y preparar un método: acciones terapéuticas concretas, materiales adecuados y un sistema de observación que nos permita evaluar los resultados. Según el tipo de paciente y sus necesidades, la arquitectura de las sesiones cambia. No trabajamos con recetas fijas; trabajamos con diseños coherentes que se recalibran con la experiencia.

Me gusta pensar la musicoterapia como la construcción de un hogar para el paciente: un espacio seguro donde se realizan acciones orientadas a un beneficio concreto. Para que un edificio sea habitable, necesita una estructura. En nuestro caso, esa estructura está formada por metas, objetivos y actividades (Figura 2.1). Su relación es la que sostiene la “edificación terapéutica”.

En musicoterapia diseñamos el CÓMO (método y actividades) a partir de un QUÉ (necesidad o carencia) y un PARA QUÉ (beneficio), expresados en forma de metas y objetivos. Todo ello se materializa en el espacio terapéutico, donde se construyen vínculos y confianza. Cuando este encaje es coherente, el sistema funciona.

### 2.9.1 Metas: los pilares

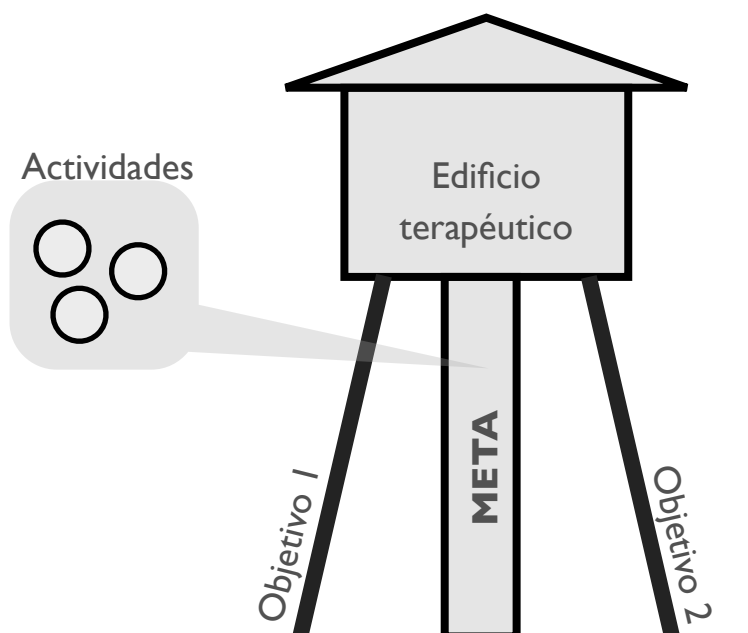
En un proceso suele bastar con tres o cuatro metas principales. Cuantas menos, más fácil es sostenerlas mentalmente durante la sesión y mantener el rumbo. Una meta representa un logro relevante en forma de beneficio.

La meta es la motivación última del proceso: aquello que justifica lo que hacemos. Por eso se redacta con economía de medios: con exactitud y concreción, normalmente en tres a cinco palabras. La meta describe un

logro a medio y largo plazo: la respuesta terapéutica que buscamos ante un problema.

### Figura 2.1

El edificio terapéutico



## 2.9.2 Objetivos: las columnas

Para que una meta se sostenga, necesita columnas adyacentes. Esa función la cumplen los objetivos, que actúan como brújula para el trabajo. Un objetivo define qué aspecto concreto vamos a entrenar, observar o facilitar para acercarnos a la meta.

Cada meta suele llevar asociados dos o tres objetivos como máximo. A diferencia de la meta, el objetivo no es genérico: debe estar formulado de manera descriptiva, precisa y mensurable, de modo que podamos responder a una pregunta simple: ¿se ha logrado o no y en qué grado?

Aquí conviene una regla práctica: si el objetivo no permite construir una medida observable, no está bien redactado. Por eso no nos sirven formulaciones vagas del tipo: “trabajar las emociones”, “aportar bienestar”, “mejorar el ánimo”, “elear la conciencia”. No es que no sean deseables: es que, tal como están escritas, no pueden evaluarse sin instrumentos psicométricos específicos (y muchos de ellos requieren cualificación profesional).

Para evaluar objetivos podemos usar escalas nominales, ordinales o de intervalo/razón, según el tipo de dato que queramos recoger (Tabla 2.7). En la práctica clínica, muchas veces nos basta con:

- Frecuencias (número de veces que ocurre una conducta),
- Duraciones (tiempo que se sostiene una conducta),
- Porcentajes (proporción de la actividad en la que aparece),
- Valoraciones ordinales (niveles: bajo/medio/alto, 1–5 con descriptores).

### **2.9.3 Actividades: el material de construcción**

Los objetivos no se cumplen “por declaración”. Se cumplen porque diseñamos actividades musicales que provocan respuestas observables y terapéuticamente relevantes. Por eso cada objetivo debe vincularse a una o varias actividades: son las acciones que hacen posible el cambio.

Ejemplo: si queremos fortalecer el vínculo social, podemos concretarlo en un objetivo observable, como “aumentar el contacto visual durante la interacción musical”, y medirlo por la frecuencia o la duración. Entonces diseñamos una actividad en la que mirar sea funcional: letra consignada (“nos miramos”), juego de turnos, seguimiento visual de un instrumento en movimiento o una improvisación responsorial en espejo.

Al definir un objetivo, conviene construir una escala simple de cuatro o cinco niveles basada en descriptores claros. Este esquema (Tabla 2.8) es la base de las futuras hojas de registro. No es necesario entrar aquí en la validación psicométrica: en este libro buscamos un sistema clínicamente útil, consistente y replicable para el seguimiento y la supervisión.

Un punto clave: para que los datos comparados tengan sentido, la estructura de la sesión debe ser estable. No significa repetir siempre lo mismo, pero sí mantener una lógica comparable (tipo de actividad, consignas centrales, duración aproximada, condiciones del setting).

Las actividades son, además, nuestro banco de recursos. Conviene diseñar más actividades de las que caben en una sesión, para poder elegir según la contingencia: fatiga, resistencia, cambios de ánimo, interrupciones, etc.

## **2.9.4 El sistema en red y el trabajo por bloques**

La interrelación entre metas, objetivos y actividades constituye la columna vertebral del proceso. No dejamos lo esencial a la improvisación: todas las partes trabajan en red y empujan en la misma dirección.

Una forma eficaz de coordinar la metodología y el seguimiento es organizar las sesiones en bloques. Este modelo orienta el rumbo y permite que el paciente y los cuidadores comprendan dónde estamos dentro del proceso, aumentando el compromiso y la adherencia. Es un marco temporal y temático que organiza metas, objetivos, actividades y la evaluación en tramos (por ejemplo, bloques de 10 sesiones). Profundizaré en este sistema en el capítulo 3.

Con el marco teórico y la estructura general de las sesiones definidos, el último tramo del diseño del proyecto consiste en planificar el cronograma, perfilar el setting y preparar el presupuesto. Con estas piezas encajadas convocaremos la segunda entrevista para presentar el plan y, si todo está alineado, iniciar el proceso terapéutico. Antes de ese paso conviene dar unas pinceladas sobre una cuestión poco abordada en la formación: la remuneración. La calidad profesional también se sostiene en una retribución adecuada: en terapia, las gratificaciones deben cubrir tanto las necesidades emocionales como las monetarias.

## **2.9.5 Regla de oro para redactar metas y objetivos**

- Meta (3–5 palabras): beneficio final, formulado en positivo y a medio-largo plazo.

- Objetivo (1 frase medible): conducta o respuesta observable que indica progreso hacia la meta.
- Actividad (acción musical): diseño concreto que provoca la respuesta observable.

### Checklist de objetivos (si fallas 1, reescribe):

1. ¿Se puede ver u oír en sesión?
2. ¿Se puede contar (frecuencia), medir (duración) o graduar (escala 1–5 con descriptores)?
3. ¿Se entiende sin adjetivos vagos (“mejor”, “más”, “bien”)?
4. ¿Está vinculado a una actividad musical específica?

### Ejemplos (malo → mejor):

- “Mejorar el ánimo” → “Aumenta la expresión verbal/ musical de afecto positivo (sonrisa, risa, comentarios positivos) al menos 2 veces durante la sesión”.
- “Trabajar emociones” → “Identifica y expresa 2 emociones (verbal o musicalmente) asociadas a su vivencia actual, con apoyo del terapeuta”.

**Tabla 2.7**

Tipos de escalas y qué permiten medir en sesión

| Tipo de escala      | ¿Qué registra?                              | Ejemplos en musicoterapia                                                                                                                     | ¿Cómo se analiza? (lo mínimo útil)                                      | Límite                                                                                     |
|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nominal(categorías) | Qué tipo de cosa ocurre (sin orden).        | Participa sí/no; tipo de actividad (canto / instrumento / escucha); presencia de conducta (llanto / sonrisa / rechazo); “elige música A/B/C”. | Frecuencias y porcentajes (cuántas veces aparece cada categoría).       | No permite “más/menos”. Solo clasifica.                                                    |
| Ordinal(orden)      | Nivel o grado de una respuesta (con orden). | Escala 1–5 de implicación; nivel de tensión (baja/ media/alta); calidad del contacto visual (nulo → sostenido).                               | Mediana, rangos, tendencia (sube/ baja), gráficos simples por sesiones. | No asumas que la distancia entre 2 y 3 es igual que entre 4 y 5 (son grados, no “metros”). |

|                                 |                                                      |                                                                                                                     |                                                                                   |                                                                                       |
|---------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Intervalo / Proporción(medidas) | Cantidad con unidad (tiempo, número de veces, etc.). | Duración de participación (min); nº de iniciativas; segundos de mirada; % de tiempo en actividad; FC/FR si procede. | Media, desviación, líneas de progreso (tendencias), comparaciones entre sesiones. | Requiere definir unidad y mismo contexto para comparar (misma tarea, mismo criterio). |
|---------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

Nota práctica: si estás construyendo hojas de registro “de manual”, lo más operativo suele ser Ordinal (1–5 con descriptores) + algún indicador de Intervalo (p. ej., nº de veces o duración).

### Plantilla de escala (calificador → descriptor observable)

OBJETIVO (en 1 frase medible): \_\_\_\_\_

INDICADOR principal (qué voy a observar): \_\_\_\_\_

CONDICIÓN (en qué actividad / cuánto tiempo): \_\_\_\_\_

| VALOR | DESCRIPTOR OBSERVABLE (qué se ve/oye) |
|-------|---------------------------------------|
| 5     |                                       |
| 4     |                                       |
| 3     |                                       |
| 2     |                                       |
| 1     |                                       |

### Reglas rápidas para que funcione:

- Descriptores sin adjetivos vagos (“bien”, “más”, “mejor”) → usa conductas (mira, inicia, responde, sostiene, verbaliza).
- La escala debe poder aplicarse en menos de 10 segundos al finalizar la actividad.
- Mantén la misma actividad cuando quieras comparar sesiones.



## **Ejemplo 2.1 Mini-diseño completo (meta → objetivos → actividades → indicadores)**

**Meta I** (beneficio): Reducir ansiedad situacional.

**Objetivo I** (observable y medible): disminuir signos visibles de activación (agitación motora, respiración acelerada, tensión facial) de “alto” a “moderado o bajo” al final de la sesión.

- Indicadores observables (elige 2–3):
  - Respiración: pasa de rápida/entrecortada a más lenta y regular.
  - Postura: reduce balanceo/agitación; hombros descienden.
  - Voz: baja intensidad; habla con mayor continuidad.
- Escala sugerida (ordinal 1–5, con descriptores):
  - 5 = activación muy alta sostenida / 1 = activación mínima o ausente.
- Actividades musicales típicas (elige 1–2):
  - Entrainment respiratorio con guitarra/piano: tempo estable + fraseo largo + finales previsibles.
  - Canto sostenido en vocales / humming guiado, con silencios pautados.
- Riesgos/contraindicaciones:
  - Hipersensibilidad sonora, migraña, dolor agudo: reducir volumen/registro.
  - Trauma/ansiedad intensa: evitar cierres inesperados o silencios largos si generan alarma.

**Objetivo 2** (observable y medible): incrementar conductas de autorregulación: solicita una pausa, elige música, o usa una estrategia acordada (respirar, tararear, marcar pulso) al menos 1 vez durante la sesión.

- Indicadores observables:
  - Pide bajar volumen/tempo o cambiar de música.
  - Señala preferencia (“esto me calma / esto me inquieta”).
  - Mantiene pulso estable o acompasa respiración con apoyo del terapeuta.
- Actividades musicales típicas:

- Elección guiada: “¿prefieres A o B?” (dos piezas contrastadas en tempo/timbre).
- Improvisación de control: paciente decide parar/seguir con una señal acordada.
- Riesgos/contraindicaciones:
  - Si hay fatiga cognitiva: limitar opciones (máximo 2) y evitar sobrecargar decisiones.
  - Si hay impulsividad marcada: acordar señales simples y estructura muy predecible.

Un buen diseño se reconoce porque, al leer objetivos y actividades, puedes imaginar la sesión y sabes exactamente qué vas a observar para decidir si avanzas, ajustas o cambias.

**Tabla 2.8**

Ejemplo aplicado (Contacto visual)

**Objetivo:** Mantiene contacto visual con el terapeuta durante la actividad musical dirigida.

**Indicador:** número de episodios de contacto visual (mirada dirigida al terapeuta).

**Condición:** durante el bloque central de actividad ( $\approx$  5–8 minutos).

| VALOR | DESCRIPTOR                                             |
|-------|--------------------------------------------------------|
| 5     | Mantiene la mirada 6 veces o más durante la actividad. |
| 4     | Mantiene la mirada 3–5 veces durante la actividad.     |
| 3     | Mantiene la mirada 2 veces durante la actividad.       |
| 2     | Fija la mirada 1 vez durante la actividad.             |
| 1     | El contacto visual es inexistente.                     |

A photograph of a two-story building under construction, featuring a prominent wooden frame. The structure is set in a dry, desert-like environment with a clear blue sky and some distant hills. The building's frame is made of light-colored wood, with vertical studs and horizontal beams. A wooden ladder is leaning against the side of the structure. The ground is sandy and uneven, with some construction debris and wooden planks scattered around. The overall scene conveys a sense of building and development in a natural setting.

**El diseño del proyecto  
terapéutico debe  
cubrir todas las  
necesidades del  
paciente**

## 2.10 El cálculo del presupuesto

La parte retributiva de nuestro trabajo es, paradójicamente, una de las menos abordadas en la formación en musicoterapia. Y, sin embargo, sin una estructura económica clara, la calidad acaba resintiéndose: se recorta la preparación, se diluye el análisis posterior y, en el peor de los casos, desaparece la supervisión (Fattorini-Vaca y Gamella-González, 2024).

Es cierto que muchas personas comienzan haciendo voluntariado o prácticas no remuneradas, y que eso puede ser un valioso banco de aprendizaje cuando se trabaja acompañado, con roles claros y responsabilidad compartida. Aprender a dar y a sostenerse emocionalmente en el dar forma parte de nuestra ética. Pero si hablamos de ejercicio profesional, el voluntariado debe tener un límite temporal: la musicoterapia sostenida en gratuidad crónica termina siendo frágil, y lo frágil se rompe.

### 2.10.1 Lo que se suele olvidar al poner precio

A menudo se piensa solo en “la hora de sesión”, pero un servicio bien hecho incluye, como mínimo, estos bloques de coste:

- Tiempo clínico indirecto: preparación (diseño de actividades, materiales, escaletas), registro, análisis y redacción breve de notas/informe.
- Supervisión: imprescindible; no es un lujo, es un seguro clínico.
- Materiales: instrumentos, consumibles, mantenimiento y reposición.
- Estructura del servicio: seguro de responsabilidad civil, gestión administrativa/fiscal, formación continua (libros, cursos, congresos).
- Logística: desplazamientos y tiempo de viaje si el servicio es externo.
- Centro propio (si aplica): alquiler, suministros, limpieza, reparaciones.
- Fiscalidad: según país y encaje del servicio (retenciones, impuestos indirectos, cuota de actividad, etc.).

La idea clave es simple: si no presupuestamos estos costes, alguien los paga igual. Y si los paga el terapeuta (recortando horas o calidad), el paciente termina recibiendo un servicio peor.

### 2.10.2 Dos escenarios para entender la lógica

Para ver con claridad cómo afecta el volumen de trabajo a la sostenibilidad, incluyo dos supuestos basados en un ejemplo de honorarios de 60 €/hora, con normativa y coste de vida similares a los de una ciudad como Madrid. Este cálculo es orientativo y debe ajustarse al marco legal y fiscal del lugar:

- Escenario A (16 h/semana): actividad casi continua, con capacidad para repartir costes fijos.
- Escenario B (4 h/semana): actividad puntual en la que los costes fijos “se comen” el margen.

Nota fiscal (para evitar confusiones): en España, la retención de IRPF y la aplicación del IVA dependen del tipo de cliente y del encaje del servicio. En estas tablas se muestra como ejemplo “si procede”.

El aprendizaje que dejan estas tablas es directo: trabajar a un volumen estable permite repartir costes fijos, mejorar la organización, sostener la supervisión y aumentar la especialización. Además, cuando un servicio se plantea por bloques (por ejemplo, 10 sesiones), se puede acordar una forma de pago que favorezca la adherencia y la planificación:

- Pago único por adelantado (con un pequeño descuento si se desea), o
- Pago fraccionado en 2–3 partes, manteniendo un compromiso claro.

### 2.10.3 Criterio ético para fijar precios

No existe una tarifa universal válida para todos los contextos, pero sí hay dos líneas rojas:

**Tabla 2.9.**

Presupuesto para 16 horas/semana (60 €/h).

#### Ingresos

| CONCEPTO                       | BASE (€) | IRPF -15% (€)* | IVA +21% (€)** | TOTAL FACTURA (€) |
|--------------------------------|----------|----------------|----------------|-------------------|
| Honorarios MT<br>(60 €/h × 16) | 930,00   | -139,50        | 195,30         | 985,80            |

\* Retención si procede (p. ej., facturación a empresa/profesional).

\*\* IVA si procede según encaje fiscal.

## Gastos imputables (mensuales)

| CONCEPTO                             | BASE (€) | IVA +21% (€) | TOTAL (€) |
|--------------------------------------|----------|--------------|-----------|
| Seguridad Social (tarifa plana)      | 80,00    | 0,00         | 80,00     |
| Supervisión (1 sesión/mes)           | 80,00    | 16,80        | 96,80     |
| Gastos diversos (bolsa contingencia) | 50,00    | 0,00         | 50,00     |
| Seguro RC (120 €/año ≈ 10 €/mes)     | 10,00    | 2,10         | 12,10     |
| Gestoría                             | 90,00    | 18,90        | 108,90    |
| TOTAL GASTOS IMPUTABLES              |          |              | 347,80    |

## Resultado

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
|                                 | €       |
| <b>Total a cobrar (factura)</b> | 985,80  |
| <b>Total gastos imputables</b>  | -347,80 |
| <b>SALDO</b>                    | 638,00  |

Nota: En este ejemplo no se imputan alquiler, instrumentos ni publicidad: se dejan a 0 para simplificar y visualizar la base del modelo.

**Tabla 2.10.**

Presupuesto para 4 horas/semana (60 €/h).

### Ingresos

| CONCEPTO                   | BASE (€) | IRPF -15% (€)* | IVA +21% (€)** | TOTAL FACTURA (€) |
|----------------------------|----------|----------------|----------------|-------------------|
| Honorarios MT (60 €/h × 4) | 240,00   | -36,00         | 50,40          | 254,40            |

## Gastos imputables (mensuales)

| CONCEPTO                             | BASE (€) | IVA +21% (€) | TOTAL (€) |
|--------------------------------------|----------|--------------|-----------|
| Seguridad Social (tarifa plana)      | 80,00    | 0,00         | 80,00     |
| Supervisión (1 sesión/mes)           | 80,00    | 16,80        | 96,80     |
| Gastos diversos (bolsa contingencia) | 50,00    | 0,00         | 50,00     |
| Seguro RC (120 €/año ≈ 10 €/mes)     | 10,00    | 2,10         | 12,10     |
| Gestoría                             | 90,00    | 18,90        | 108,90    |
| TOTAL GASTOS IMPUTABLES              |          |              | 347,80    |

(mismos costes fijos del ejemplo anterior)

## Resultado

|                                 | €       |
|---------------------------------|---------|
| <b>Total a cobrar (factura)</b> | 254,40  |
| <b>Total gastos imputables</b>  | -347,80 |
| <b>SALDO</b>                    | -93,40  |

Nota: Mismas condiciones y mismos costes fijos para comparar escenarios.

1. No cobrar por debajo de mercado si eso implica devaluar la profesión o competir deslealmente;
2. No cobrar por encima de lo justo aprovechándose de la vulnerabilidad del paciente.

La musicoterapia es una profesión de ayuda, sí, pero también es un trabajo especializado. Y lo especializado debe poder sostenerse. Porque aquello que no se presupone, se improvisa; y lo que se improvisa en clínica, tarde o temprano, se paga con calidad.



**El diseño de nuestras sesiones debe significar un espacio de seguridad, acogida y bienestar para nuestros pacientes**



## 2.11 El segundo encuentro

Tras el estudio realizado, el diseño del programa de sesiones y el presupuesto, estamos en disposición de convocar la segunda entrevista. La misión ahora es explicar el plan de trabajo y formalizar el proceso terapéutico siguiendo el modelo de bloques. Entre el primer encuentro y este segundo habrán pasado aproximadamente siete días: ultimamos la documentación, organizamos la información clave y presentamos al paciente/cuidadores (o al centro) las líneas generales del marco teórico que fundamenta la intervención. Describimos la estructura básica de las sesiones, las metas y objetivos previstos, el modo en que registraremos indicadores observables y los momentos de revisión (por ejemplo, una primera revisión breve tras las sesiones 1–3 y una revisión completa al cierre de cada bloque). En esta explicación, es importante ajustar expectativas: la musicoterapia no funciona con la inmediatez de un fármaco y no promete resultados garantizados; los beneficios aparecen con la aplicación sistemática, la asistencia regular y un encuadre claro. También conviene delimitar el alcance: si durante las primeras sesiones detectamos indicadores que exceden nuestra competencia o requieren atención prioritaria de otro profesional, lo prudente es acordar la derivación o la colaboración interdisciplinar, manteniendo siempre la seguridad del paciente como criterio rector.

La información debe estar bien organizada para facilitar su comprensión. Comunicaremos con claridad y elocuencia el enfoque clínico, verificando que el paciente y/o los cuidadores comprendan el sistema de trabajo y compartan los conceptos básicos. En esta reunión se fijan, además, los límites operativos del encuadre: confidencialidad (qué se comparte y con quién), consentimiento informado, permisos de grabación, si procede (supervisión y/o docencia/divulgación), y un protocolo sencillo para eventualidades (fatiga intensa, dolor, desregulación emocional, interrupciones o crisis), aclarando qué haremos en sesión y qué rol corresponde a los cuidadores o al centro. Por último, se acuerdan el calendario y los horarios, los medios de contacto y una política de cancelaciones y reprogramaciones que evite ambigüedades (plazo mínimo de aviso, criterio de cobro fuera de plazo y número razonable de cambios por bloque). Con todo ello cerrado, entregamos un documento-resumen (maquetado con la imagen corporativa) y dejamos preparado el arranque.

Hasta la primera sesión, ajustaremos detalles a la luz de los datos nuevos y acondicionaremos recursos, sala, repertorio, hojas de registro y el protocolo de bienvenida y despedida. De las tres primeras sesiones de examen y calibración previas al trabajo terapéutico hablaremos en el siguiente capítulo.

### Orden sugerido del segundo encuentro (mini-lista operativa)

- Saludo y bienvenida.
- Resumen del estudio realizado y del marco teórico aplicable al caso.
- Presentación del plan por bloques (10 sesiones): metas, objetivos, actividades y tiempos.
- Cómo mediremos el progreso: indicadores observables y momentos de revisión (sesiones 1–3 y final del bloque).
- Expectativas y límites: qué puede esperarse, qué no se promete y los factores que interfieren.
- Compromisos y normas: asistencia, puntualidad, cooperación, cuidado de los materiales, confidencialidad y cierre del proceso.
- Documentos: consentimiento informado, permisos de grabación (si aplica), acuerdo terapéutico.
- Comunicación y logística: vías de contacto, cancelaciones/reprogramaciones (plazo y criterio de cobro), plan básico ante eventualidades.
- Rol de cuidadores/centro: presencia, coordinación, refuerzo en casa (si procede).
- Calendario y horario; coste del servicio y forma de pago (preferiblemente por bloque).
- Entrega de la documentación-resumen y fijación de la primera sesión.



**Una vez creado  
el dispositivo  
terapéutico, solo nos  
resta probarlo**



# APERTURA DEL PROCESO TERAPÉUTICO

## EN POCAS PALABRAS ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 2?

### 2.1. CASOS Y CASOS

Diferenciamos entre sesiones únicas y procesos terapéuticos.  
Cambian metas, objetivos, metodología y evaluación según el marco.  
El hospital suele exigir intervenciones puntuales; escuelas/residencias favorecen continuidad.  
Hay excepciones hospitalarias con seguimiento.  
El capítulo se organiza abordando primero lo puntual y después lo longitudinal.

### 2.2. LAS SESIONES ÚNICAS HOSPITALARIAS

La eficacia depende de conocer el diagnóstico, la vivencia del paciente y las rutinas de planta.  
El hospital genera deslocalización, pérdida de control y carga emocional.  
La sesión debe ser breve, clara y muy ajustada al estado del paciente.  
Se priorizan necesidades inmediatas (ansiedad, dolor, ánimo, comunicación).  
El cierre siempre busca confort y esperanza.

### 2.3. PROTOCOLO DE SESIONES ÚNICAS

Se describe un procedimiento operativo para intervenir en planta con seguridad y respeto institucional.  
Antes de actuar, se coordinan tiempos con enfermería y se define el listado de pacientes.  
La sesión se estructura con inicio, desarrollo y cierre, ajustando intensidad y repertorio.  
Se registran respuestas y se elabora un informe breve para el equipo sanitario.  
La clave es vínculo y música significativa, sin fórmulas rígidas.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 2?

### 2.4. PRINCIPIOS Y ACTITUDES EN SESIONES PUNTUALES

En lo breve todo sucede rápido: respuesta inmediata sin transmitir tensión.

Se trabaja con observación fina, autocontrol y flexibilidad clínica.

Se evitan metas profundas que no puedan elaborarse por falta de continuidad.

Se priorizan objetivos realistas y un encuadre estable pese a interrupciones.

El bloque cierra resaltando dolor; bienestar; relajación, ánimo y ansiedad como focos frecuentes.

### 2.5. LOS PROCESOS EN MUSICOTERAPIA

El impacto terapéutico aumenta con la continuidad y el vínculo sostenido.

El proceso permite planificar, evaluar y ajustar longitudinalmente.

Se trabaja por fases, con ciclos de acciones y revisiones.

Se aclara que los cambios no son inmediatos y requieren exposición y cuidado.

Se introduce el protocolo previo (entrevistas, acuerdos y diseño).

### 2.6. EL ANTES DEL ANTES

Antes de aceptar un caso, se evalúa honestamente competencia, logística y límites.

La ética empieza por no asumir responsabilidades que no podemos sostener.

En contextos no regulados, el autocontrol profesional es crucial.

Se propone una "semana 0" con entrevista inicial, estudio y segunda entrevista.

El objetivo es entrar al caso con método y evidencia.

### 2.7. LA PRIMERA ENTREVISTA

Se estructura la primera cita en fases para ordenar relato, datos y encuadre.

Se escucha sin prejuicios y se registra forma y fondo del discurso.

Se distinguen observaciones de interpretaciones clínicas.

Se recogen datos generales y especialmente historia musical y recursos expresivos.

Se explica el procedimiento de la semana siguiente y se cuidan los detalles de profesionalidad.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 2?

### 2.8. EL DISEÑO DEL MARCO TEÓRICO

Con los datos iniciales se construye una base teórica mediante búsqueda en literatura científica.

Se recomienda evitar literatura gris y apoyarse en estudios de caso y herramientas de cribado.

El marco teórico breve orienta metas, objetivos y actividades del plan.

La teoría permite anticipar retos y sostener decisiones con evidencia.

Se reafirma que no hay musicoterapia sin diseño, evaluación y supervisión.

### 2.9. EL DISEÑO DE LAS SESIONES

Se pasa del marco teórico al diseño preliminar de sesiones, metas, objetivos y actividades.

Las metas son pocas y claras; los objetivos son observables y medibles.

Se usan escalas sencillas para registrar progreso y comparar sesiones.

Las actividades se eligen por su función terapéutica, no por azar musical.

Se introduce la organización por bloques como estructura de rumbo.

### 2.10. EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO

Se explica que la calidad exige remuneración y una estrategia económica realista.

No se cobra solo la hora de sesión: preparación, análisis, supervisión y costes fijos cuentan.

Se incluyen aspectos fiscales, materiales, seguros, publicidad y formación continua.

Se muestra que trabajar pocas horas puede salir deficitario frente a un volumen estable.

Se cierra con la idea de ponerse en valor sin abusar ni competir a la baja.

### 2.11. EL SEGUNDO ENCUENTRO

Se presenta el plan de trabajo y se formaliza el encuadre terapéutico.

Se revisan metas, objetivos, estructura por bloques y cómo se medirá el progreso.

Se aclaran expectativas, límites, confidencialidad y protocolo ante eventualidades.

Se firman documentos, se acuerdan pagos, calendario y política de cancelaciones.

Se deja todo listo para iniciar las primeras sesiones de calibración del proceso.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Aigen, K. S. (2018). First-person research in music therapy: A qualitative research method. *Journal of Music Therapy*, 55(3), 309–339. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy011>

Presenta la investigación en primera persona como método cualitativo para estudiar la experiencia clínica “desde dentro” (reflexividad, validez, trazabilidad del yo-terapeuta). Te sirve para fundamentar registros narrativos, diarios clínicos y decisiones basadas en la vivencia cuando trabajas con casos complejos o singulares.

Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration. *BMJ*, 337, a2390. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2390>

Aporta una guía práctica para describir intervenciones complejas (como musicoterapia) con suficiente detalle: componentes, adherencia, estandarización y “quién hace qué”. Te ayuda a convertir tu protocolo clínico en un texto publicable y auditable (ideal para tu lógica de “bloques” y documentación).

Boyle, J. D. (1983). The use of case study methodology in music therapy. *Journal of Music Therapy*, 20(3), 164–176. <https://doi.org/10.1093/jmt/20.3.164>

Explica por qué el estudio de caso es especialmente adecuado en musicoterapia y cómo estructurarlo (delimitación del caso, fuentes de evidencia, lógica interpretativa). Aporta un marco para convertir procesos clínicos en documentación sólida: entrevistas, observables, intervención, evolución y conclusiones.

Bradt, J., Dileo, C., & Grocke, D. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD006902. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub3>

Síntesis de evidencia (con criterios Cochrane) sobre cómo la música impacta ansiedad prequirúrgica: base para justificar objetivos “rápidos” en sesiones puntuales. Muy útil para redactar el mini-marco teórico del caso y para argumentar ante centros sanitarios/comités.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Bradt, J., Dileo, C., & Shim, M. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD006908. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub3>

Revisión sistemática que sintetiza evidencia sobre música para reducir ansiedad preoperatoria, mostrando resultados consistentes en variables de ansiedad y parámetros relacionados. Útil para justificar objetivos "de sesión única" y para argumentar un protocolo breve (selección musical, dosis, timing) en contexto hospitalario.

Bradt, J., Dileo, C., Magill, L., & Teague, A. (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD006911. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub3>

Revisión sistemática sobre intervenciones musicales en oncología: resume efectos sobre ansiedad, estado de ánimo, dolor/fatiga y calidad de vida, según estudios disponibles. Te ayuda a diseñar metas/objetivos y elegir indicadores medibles en procesos (y en hospital) con pacientes oncológicos, afinando expectativas realistas.

Chlan, L. L., Heiderscheit, A., Skaar, D. J., & Neidecker, M. V. (2018). Economic evaluation of a patient-directed music intervention for ICU patients receiving mechanical ventilatory support. *Critical Care Medicine*, 46(9), 1430–1435. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003199>

Conecta intervención clínica con costes: muestra cómo justificar económicamente un programa (no solo clínicamente). Es oro para el epígrafe de presupuesto: evidencia que "pagar calidad" también puede ser eficiencia del sistema.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: New guidance. *BMJ*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

Marco de referencia para diseñar, pilotar, evaluar e implementar intervenciones complejas: encaja perfecto con tu idea de proceso por fases/bloques. Te ayuda a justificar por qué necesitas teoría + diseño + evaluación + ajustes, en vez de "hacer música y ver qué pasa".



# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Fattorini-Vaca, A., & Gamella-González, D. J. (2024). *Finanzas: La musicoterapia es más eficiente si las cuentas están claras* [Finances: Music therapy is more efficient if the accounts are clearer]. *MISOSTENIDO*, 4(6), 70–76. <https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.18>

El artículo explica, con ejemplos y tablas, cómo calcular el coste real de un servicio de musicoterapia (no solo la “hora de sesión”), incorporando fiscalidad, supervisión y gastos estructurales. Muestra por qué la práctica a tiempo parcial puede ser económicamente inviable y propone un enfoque de “primeros auxilios” financieros para sostener proyectos con calidad.

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>

Lista de verificación para describir intervenciones con precisión: materiales, procedimientos, “dosis”, adaptaciones y fidelidad. Te permite convertir tus sesiones/procesos en un “manual replicable” (tal como prometes en el libro) y facilita supervisión y evaluación.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Estándar para revisar literatura: clave para tu “diseño del marco teórico” (búsqueda, selección, sesgos). Aunque no estemos haciendo una revisión formal, aporta un esqueleto para justificar que tu marco teórico no es “a ojo”.

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

Aporta criterios claros para reportar cualitativo (entrevistas, narrativa, rigor): encaja con tu fase de entrevista y registro “aséptico” (observación vs juicio). Te ayuda a mejorar cómo describes el relato del paciente, tus

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised publication guidelines. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 986–992. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>

Guía para reportar mejora de calidad en servicios: útil si documentas implementación en hospitales/centros y quieres mostrar impacto organizativo. Te ofrece un lenguaje para explicar “qué cambiamos, cómo lo medimos y qué aprendimos” (muy alineado con protocolos y auditoría).

Santos, M. P., Fernández-Ríos, M., & Pereira, J. (2025). (Capítulo) [Capítulo sobre intervención/acompañamiento familiar en musicoterapia]. En [Libro Springer]. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-85724-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-031-85724-9_4)

Ejemplo de capítulo “tipo manual” (estructura, componentes y recomendaciones) con DOI, útil como modelo de redacción aplicada. Aporta ideas transferibles al capítulo 2: encuadre, acuerdos con cuidadores y diseño de intervención con enfoque sistémico.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Checklist muy operativo para entrevistas: guía de “qué preguntar/ registrar” y cómo reportarlo con transparencia. Te ayuda a pulir el guion de la primera entrevista, y a justificar por qué tus notas son sólidas (no impresionistas).

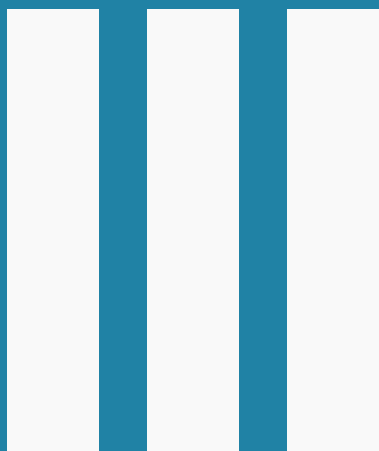
Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., Poole, C., Schlesselman, J. J., & Egger, M. (2007). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 4(10), e297. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040297>

Marco para estudios observacionales: perfecto para muchos diseños realistas en clínica (series de casos, cohortes, seguimiento naturalista). Te da una guía para transformar tus registros y hojas de observación en evidencia comunicable sin “inflar” conclusiones.



**En musicoterapia  
trabajamos para  
reforzar la frágil  
estabilidad de  
cada paciente**

# CAPÍTULO





# SISTEMA DE BLOQUES

### 3.1 Los bloques como sistema

Tras los dos supuestos planteados en el capítulo anterior —sesiones únicas y procesos terapéuticos de largo recorrido— nos vamos a centrar ahora en un esquema de trabajo especialmente útil para el segundo tipo: el Sistema de Bloques, que a partir de aquí denominaré SdB. Su finalidad es sencilla: ordenar el proceso en módulos, de modo que podamos acotar metas, objetivos y actividades, y realizar evaluaciones, ajustes y supervisiones con mayor precisión. Dicho de otra forma: el SdB no “añade teoría”, sino control clínico.

El SdB interconecta fases y tareas de manera ordenada, facilitando la monitorización del progreso y la toma de decisiones. Para que funcione, los elementos deben estar bien articulados: metas, objetivos, actividades y evaluación han de apuntar en la misma dirección. La consistencia de resultados suele depender de tres condiciones vinculadas entre sí:

- Planificación coherente e interconectada (qué hacemos, por qué y para qué).
- Aplicación continuada del tratamiento con registro, análisis y ajuste.
- Comprensión compartida del proceso por parte del paciente y/o de los cuidadores (qué están haciendo y qué cambios se buscan).

El SdB aporta operatividad porque nos posiciona en el proceso: sabemos dónde estamos, qué toca ahora, qué debe observarse y qué decisiones se abren después. Esto mejora la experiencia del paciente: cuando una persona se siente ubicada, aumentan la adherencia, el compromiso y la confianza. En musicoterapia no buscamos “aplicar algo” desde fuera; buscamos implicar al otro en su evolución a través de una secuencia de experiencias musicales significativas. A veces el cambio es visible; otras, milimétrico, pero siempre exige continuidad, acompañamiento y lectura fina del proceso. Por eso, cuanto más clara es la estructura, más fácil es que el paciente perciba logros y sostenga el recorrido hasta consolidarlos.

Trabajar por secciones implica que existe una línea clara entre el origen y el destino: etapas definidas, plazos razonables y compromisos compartidos. Y esto tiene una consecuencia clínica importante: cuando los objetivos se pueden observar y registrar, podemos justificar nuestras decisiones y detectar a tiempo si nos estamos desviando, si nos estamos estancando o

si conviene reformular. Ese contraste es igualmente útil tanto para la conversación con el paciente y los cuidadores como para la supervisión.

La lógica del SdB exige vincular metas → objetivos → actividades → evaluación (Fig. 3.1). Las actividades se diseñan para producir respuestas observables que alimentan la evaluación; esa evaluación nos informa sobre el nivel de logro de los objetivos; y esos objetivos son el camino práctico hacia las metas. Vista así, la intervención es una cadena lógica: si los elementos están conectados, el proceso mantiene dirección, coherencia y flexibilidad a la vez.

**Figura 3.1**

Relación entre metas, objetivos, actividades y resultados



Siempre he entendido la música en clínica como una especie de dinamo: un mecanismo que, cuando se activa, genera energía útil. Si hay movimiento, hay luz; si se detiene el movimiento, se pierde la orientación. En musicoterapia, ese “movimiento” no es solo musical: también lo es

relacional, atencional, emocional y conductual. El SdB funciona como una dinamo organizada en grupos de 10 sesiones, que suelen equivaler a unos dos meses y medio cuando trabajamos con frecuencia semanal. Este marco temporal permite observar cambios, revisar tendencias y sustentar decisiones clínicas. Además, facilita un encuadre administrativo claro (por ejemplo, trabajo por bloques cerrados), tal y como se planteaba en el capítulo anterior.

La Tabla 3.1 muestra la estructura general del sistema. Al inicio y al cierre aparece una subdivisión específica: el bloque inicial incluye una parte de exploración y el bloque final incorpora una parte de cierre. La razón es clínica: al comenzar, necesitamos comprobar el estado real de llegada y ajustar el plan; al finalizar, necesitamos asegurar una salida segura y coherente, evitando cierres abruptos que desprotejan al paciente y desvirtúen lo trabajado. En la tabla veremos diferenciadas las siguientes partes:

- En la parte A (Exploración): Ajustar el caso a la realidad del paciente → detectar capacidades, tolerancias y necesidades prioritarias; registro centrado en la línea base, respuesta a consignas y estilo de participación.
- Parte B (Intervención): Trabajo terapéutico de fondo → aplicar actividades alineadas con metas/objetivos; registro centrado en indicadores operativizados y en la tendencia entre sesiones (progreso/estancamiento).
- Parte C (Cierre): Consolidar y despedir de forma segura → integrar los logros, preparar la transferencia/fin del proceso; registro centrado en la síntesis de logros, señales de dependencia/seguridad y plan de continuidad.

**Tabla 3.1.**

Esquema del Sistema de Bloques (SdB)

|                              | <b>PARTE A</b>            | <b>PARTE B</b>               | <b>PARTE C</b>       |
|------------------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------|
| <b>BLOQUE I (inicio)</b>     | 3 sesiones de exploración | 7 sesiones de musicoterapia  | No aplica            |
| <b>BLOQUES INTERMEDIOS</b>   | No aplica                 | 10 sesiones de musicoterapia | No aplica            |
| <b>BLOQUE FINAL (cierre)</b> | No aplica                 | 7 sesiones de musicoterapia  | 3 sesiones de cierre |





**Las metas son  
esas señales  
que nos hacen ir  
hacia el frente**

En el bloque inicial, las tres primeras sesiones se orientan a tareas exploratorias: son propuestas musicales diseñadas para conocer habilidades, tolerancias y niveles de respuesta (expresivo-musical, cognitivo, relacional y emocional). Lo que observamos aquí se suma a los datos obtenidos en la semana de entrevistas: con ese conjunto de datos corroboramos si el diseño del proyecto encaja con la realidad del paciente y si la exigencia del plan es adecuada. En términos temporales, la “semana 0” (entrevistas + preparación) y estas tres sesiones iniciales suelen ocupar aproximadamente un mes de trabajo antes de entrar plenamente en el núcleo del tratamiento.

En el bloque final, las tres últimas sesiones se dedican al cierre: no se trata de “dejar de hacer musicoterapia”, sino de orientar las actividades para consolidar logros, preparar la despedida, revisar lo aprendido y asegurar que el paciente salga con el proceso ordenado. El cierre requiere secuenciación y tiempo: decir adiós también es una intervención. Por esta razón, las hojas de registro y los indicadores de estas fases suelen diferir de los de los bloques intermedios, ya que el objetivo clínico no es el mismo.

Entre el primer y el último bloque se sitúan los bloques intermedios, que constituyen el trabajo de fondo del proceso (10 sesiones por bloque). El número de bloques dependerá del contrato y de las necesidades terapéuticas. Cada bloque adicional es una oportunidad para profundizar, reforzar el impacto, afinar los objetivos y sostener el vínculo.

## 3.2 El origen del sistema de bloques

La incorporación del Sistema de Bloques (SdB) al protocolo de trabajo con los estudiantes del Máster en Musicoterapia de UNIR es reciente. Nació como uno de los aprendizajes más fértiles de la movilidad docente ERASMUS+ que realicé en Irlanda en abril de 2024, financiada por la Universidad Internacional de La Rioja. Allí pude colaborar con Munster Music Therapy (condado de Cork), dirigido por Daniel Dineen, junto a su socio Jaime Gallardo, antiguo estudiante mío del Máster de la UAM y hoy, además, un gran amigo. Estos viajes tienen un efecto inmediato en mi manera de pensar: salir de la rutina activa un resorte creativo, ensancha la perspectiva y nos obliga a mirar con ojos nuevos lo que creíamos ya sabido.

Con esa disposición, fui a observar la metodología y la didáctica aplicadas a la práctica real. Acompañé a Daniel y Jaime en escuelas, centros de salud mental, residencias y domicilios. Vi cómo planificaban, cómo intervenían, cómo evaluaban y, sobre todo, cómo documentaban: no para “rellenar papeles”, sino para construir un relato profesional verificable del proceso. Me impresionó constatar que nada quedaba al azar: había un sistema subyacente, engranado, en el que los efectos no se atribuían a la intuición, sino a una causalidad trabajada. En un contexto como el nuestro, donde la regulación es mínima y el reconocimiento institucional escaso, encontrarse con un mecanismo clínico que funciona de forma coherente produce una mezcla de admiración y urgencia: esto es lo que necesitamos aprender a replicar.

En Munster Music Therapy no basta con “hacer sesiones”. El trabajo está sometido a la exigencia de rendir cuentas: al paciente, a la institución y, cuando corresponde, al propio sistema. Eso obliga a mantener estándares claros de programación, ejecución, análisis y supervisión. Y ahí el SdB encaja como una herramienta organizativa: permite ubicar rápidamente en qué fase se encuentra cada caso, qué se ha hecho, qué se observa y qué se espera en el siguiente tramo; facilita comparar registros entre profesionales y sostener un diálogo clínico común sin perder la singularidad de cada paciente. Cuando las hojas de registro se revisan con regularidad, el seguimiento se vuelve más fino y la supervisión gana precisión: se puede

revisar retrospectivamente una sesión, un bloque o una tendencia, y justificar con rigor el cumplimiento (o no) de metas y objetivos.

Este aprendizaje, además, se conecta con un marco regulatorio profesional que conviene mirar de cerca. En Irlanda, la musicoterapia no siempre cuenta con el reconocimiento institucional que desearíamos, pero existe un orden profesional articulado, entre otros agentes, por la Irish Association of Creative Arts Therapists (IACAT), que trabaja por el registro y la consolidación de las terapias creativas en el entorno normativo sanitario. Sus funciones dibujan una hoja de ruta nítida: reforzar estándares, exigir ética y conducta profesional, apoyar las redes y la colaboración, impulsar la investigación y la difusión, y proteger las condiciones laborales. La secuencia es clara: formación sólida → práctica ética → comunicación y colaboración → investigación y evidencias → reconocimiento, registros y condiciones laborales. Cuando esas piezas se alinean, la profesión deja de sostenerse en el carisma y pasa a sostenerse en el sistema.

Por eso el SdB no es una ocurrencia metodológica: es una respuesta operativa a un problema estructural. Donde reina la heterogeneidad absoluta, los datos no dialogan entre sí y la evidencia no cuaja. En los países donde la musicoterapia es profesionalmente viable (Noruega, Reino Unido, EE.UU., Canadá) hay reglas de juego compartidas y controles de calidad que permiten sostener los resultados. En contextos no regulados, necesitamos al menos un acuerdo mínimo: un marco común que ordene la intervención, aporte uniformidad metodológica y aumente la fiabilidad de lo que registramos y comunicamos. No entraré aquí en investigación; eso merece otro volumen, pero sí subrayo una idea decisiva: sin datos comparables y recogidos con criterios consistentes, incluso los cambios más valiosos quedan invisibles para la sociedad y las instituciones.

El SdB es, en ese sentido, un buen punto de partida: una manera cabal de afinar la musicoterapia profesional en una misma tonalidad. A partir de esa armonía común, cada terapeuta podrá aportar su voz, su timbre y su estilo. Sin un centro compartido, en cambio, es fácil caer en la cacofonía: mucho esfuerzo, mucha emoción... y poca estructura para sostener, demostrar y proteger lo que realmente hacemos.



**Las piezas del  
sistema de  
bloques  
encajaron  
en Irlanda**

### 3.3 La funcionalidad del sistema

La lógica del Sistema de Bloques (SdB) responde a dos necesidades muy concretas: interconectar las fases del proceso terapéutico y hacer visibles los resultados. En un trabajo longitudinal, cada sesión deja huella en las siguientes: se encadenan microcambios, decisiones clínicas, respuestas del paciente y ajustes del terapeuta. Esa “narrativa” no puede quedar en intuiciones: debe ser leída, registrada y traducida en información útil para tomar decisiones. Por eso, en musicoterapia, importa tanto lo que ocurre en lo micro (gestos, miradas, respiración, implicación musical) como su impacto en lo macro (tendencia del proceso, cumplimiento de objetivos, dirección hacia las metas).

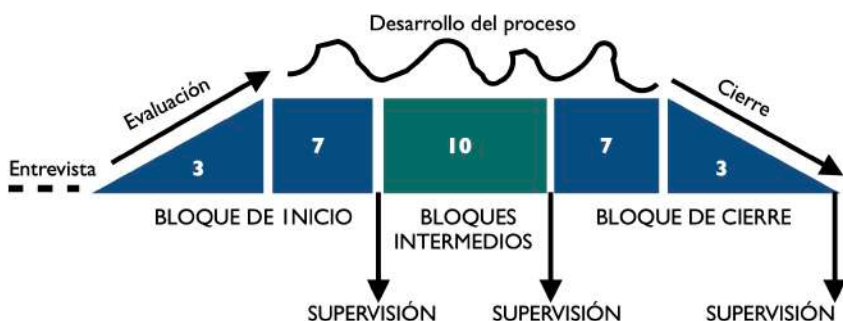
El SdB favorece una mirada transversal: mientras intervenimos durante la sesión, organizamos mentalmente lo que ocurre en relación con lo anterior y con el destino terapéutico. Es decir: estar en el presente sin perder el mapa completo. Este doble foco es el que evita que la musicoterapia se reduzca a “hacer música” y la convierte en un procedimiento profesional: diseñamos, observamos, medimos, analizamos y ajustamos. La metáfora del GPS ayuda: no basta con moverse; hay que saber dónde estamos, de dónde venimos y hacia dónde vamos. El SdB actúa como herramienta de geolocalización clínica: estructura el recorrido, delimita etapas, marca puntos de control y permite comparar lo que esperamos con lo que realmente sucede.

En el SdB, esta funcionalidad se expresa mediante una distinción operativa que resulta especialmente útil (ver Figura 3.2). El bloque inicial se divide en dos partes:

- Tres sesiones de exploración (for music therapy): aún no se centran en el cambio terapéutico, sino en examinar capacidades, tolerancias, estilo expresivo, motivación, comunicación y la respuesta a consignas y a diferentes propuestas musicales. Aquí se establece la línea base y se calibra el nivel de exigencia realista del proceso. Aunque no sea “terapia” en sentido estricto, el vínculo ya se activa y la información obtenida permite ajustar metas, objetivos y actividades.
- Siete sesiones de intervención (of music therapy): con los datos de exploración, se aplican propuestas orientadas al cambio y la evaluación se centra en indicadores vinculados a los objetivos.

**Figura 3.2**

Esquema temporal y puntos de supervisión del SdB



Esta diferenciación introduce un orden clínico: antes de intervenir, examinamos. El diseño teórico (marco y protocolo) es un supuesto bien fundamentado, pero el paciente real siempre obliga a contrastar. Por eso, el SdB integra un ciclo continuo de observación y decisión: el proceso es hipotético-deductivo y se apoya en comportamientos, lenguaje verbal y corporal, implicación musical, tiempos de atención, variaciones emocionales y consistencia de las respuestas. Todo ello debe quedar traducido en datos: no por obsesión numérica, sino para saber qué está funcionando, qué es fortuito y qué es replicable.

Aquí entra un elemento central del sistema: la hoja de registro, que no solo mide al paciente, sino también la funcionalidad de la sesión. Si lo observado se aleja de lo esperado, el SdB nos obliga a preguntarnos si el problema está en el objetivo, la actividad, la dosificación, el encuadre o el momento del proceso (ver tabla 3.2). En términos clínicos: buscamos relaciones causales plausibles ("¿esto se debe a lo que propuse?") y afinamos la intervención. Esta disciplina de registro facilita, además, la supervisión: ordena el material, permite la revisión retrospectiva y sostiene decisiones argumentadas.

En suma, el SdB aporta una hoja de ruta para que el proceso sea estable, comparable y ajustable. Aumenta el control sin eliminar la flexibilidad: nos permite adaptar la sesión a lo emergente sin perder coherencia ni rumbo.

La clave del sistema es doble: un buen examen inicial y una evaluación continua. Con una línea base clara, podemos medir la distancia de avance, identificar áreas de cambio y justificar el procedimiento ante el paciente/ cuidadores, las instituciones y el supervisor:

**Tabla 3.2.**

Hoja de ruta del proceso terapéutico (cuadro operativo)

| CONOCER                       | PROPONER                     | APLICAR                               | MEDIR                               | ANALIZAR                                     | REPLANTEAR                                  |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Al paciente y sus necesidades | Metas y objetivos seriadados | Acciones terapéuticas desde la música | Respuestas y reacciones a la música | Resultados en relación con metas y objetivos | Aspectos deficitarios del proceso (ajustes) |



**Cada parte  
del sistema  
de bloques  
sustenta a  
todo el  
conjunto**



### 3.4 La supervisión clínica

Como vengo señalando, el Sistema de Bloques (SdB) permite ordenar el trabajo de cada sesión mediante una asociación clara entre metas, objetivos y propuestas musicales, vinculados, además, a indicadores observables. Este nexo —cuando está bien trazado— no solo facilita describir la evolución del paciente, sino que también convierte el proceso en algo auditable: se puede revisar, discutir, corregir y mejorar. Y esa trazabilidad es precisamente la materia prima de cualquier supervisión clínica seria.

En términos profesionales, la supervisión clínica cumple tres funciones que conviene no mezclar: la formativa (aprender a hacer mejor), la normativa (asegurar estándares y seguridad) y la restaurativa (cuidar al profesional para sostener el trabajo). Este triple enfoque, muy utilizado en disciplinas sanitarias y perfectamente trasladable a la musicoterapia, evita un error frecuente: convertir la supervisión en un “repaso de caso” sin estructura o en una conversación de descarga sin criterios. En musicoterapia, donde el material clínico es especialmente rico y a veces ambiguo (lo musical, lo relacional, lo corporal, lo simbólico), estas tres funciones protegen el proceso: lo vuelven más claro, más seguro y más coherente.

Cerrábamos el capítulo 2 recordando que la supervisión debe figurar en el presupuesto. No podemos considerar “bueno” un proceso de musicoterapia sin una mirada externa, especializada y rigurosa que ayude a corroborar qué estamos haciendo, qué no estamos viendo y cómo ajustar las decisiones. Reivindico el rol del musicoterapeuta supervisor como una pieza troncal de la calidad profesional: no hay práctica fiable sin contraste, seguimiento y validación externa. La supervisión es para el musicoterapeuta lo que es afinar una guitarra para un músico: una condición de posibilidad para tocar con precisión. Y la evidencia disponible en la disciplina va en esa dirección: las revisiones sobre supervisión en musicoterapia apuntan a su impacto en las competencias del terapeuta y en la calidad del trabajo clínico, aunque también señalan limitaciones metodológicas y la necesidad de mejores diseños (por ejemplo, la síntesis narrativa de Kennelly, 2016, sobre supervisión profesional).

La supervisión se alimenta de datos. Y aquí el SdB marca la diferencia: si el caso llega ordenado por etapas, con objetivos formulados en términos

observables y con registros consistentes, el supervisor puede trabajar en lo que realmente importa. No basta con “hacer”; necesitamos saber qué hicimos, por qué, cómo y qué efecto produjo. Por eso, el análisis empieza antes de llegar a la supervisión: conviene acudir con el caso ya filtrado, organizado y presentado de forma inteligible. Una forma útil de preparar el material es pensar en un “paquete mínimo”:

- Resumen del encuadre (demanda, hipótesis, metas, criterios de inclusión/exclusión y límites).
- Mapa de bloques (qué bloque está activo, qué función cumple, qué se espera producir).
- Registro breve de la sesión (qué propuestas musicales, qué indicadores, qué respuesta).
- Señales de cambio (microcambios y estabilidad; lo que se repite, lo que emerge).
- Preguntas clínicas concretas (dilemas reales, no “¿Qué te parece?”).

Cuando el supervisor recibe un caso en este formato, la supervisión deja de ser opinativa y se vuelve clínicamente operativa: puede explorar la coherencia entre objetivo–procedimiento–respuesta, detectar la deriva del encuadre, revisar la dosificación, analizar la adecuación de recursos musicales y proponer ajustes concretos.

Además, exponer un caso obliga a pensar mejor. Argumentar nuestras decisiones nos hace más conscientes de los sesgos, los automatismos y los puntos ciegos. La supervisión funciona entonces como un dispositivo de metacognición clínica: no solo revisa “lo que pasó”, sino también cómo interpretamos lo que pasó y cómo eso guía nuestras decisiones. En musicoterapia esta dimensión es crítica porque el material musical puede inducir lecturas rápidas (“ha sido precioso”, “ha conectado”, “se ha abierto”) que, si no se aterrizan en indicadores, pueden convertirse en atajos interpretativos. La supervisión plantea una pregunta incómoda, pero esencial: ¿qué evidencia tenemos de que lo que interpretamos se sostiene?

En ese punto, también cobra importancia un lenguaje técnico propio de la disciplina: conceptos como encuadre, fidelidad al procedimiento, ajuste responsivo, alianza terapéutica, y fenómenos como procesos paralelos o resistencias en formación y en práctica. Trabajos clásicos en supervisión y práctica clínica en musicoterapia han descrito precisamente cómo lo que ocurre en sesión se “replica” o se desplaza a otros planos (relación

terapeuta–paciente, terapeuta–equipo, terapeuta–supervisor), y cómo reconocerlo permite intervenir con mayor precisión (por ejemplo, Edwards & Daveson, 2004). De forma similar, la literatura sobre contratransferencia musical subraya que el material sonoro no solo “acompaña” al vínculo, sino que puede activarlo, tensarlo o sesgarlo, y por eso requiere revisión externa cuando aparecen señales de riesgo o de confusión clínica (Dillard, 2006).

La supervisión no es un examen para aprobar. Es un espacio de seguridad para aprender, refinar y proteger al paciente. En contextos donde la cultura del feedback está más integrada, se vive como parte natural del oficio: una rutina profesional, no un recurso de emergencia. Y aquí conviene una precisión: supervisar no significa convertir la intervención en rígida. Significa distinguir entre dos niveles que deben convivir: la estructura y la responsividad. El SdB ofrece estructura; el terapeuta, responsividad. La supervisión ayuda a que esa responsividad no se transforme en improvisación metodológica y a que la estructura no se convierta en corsé.

Si la supervisión es imprescindible para un profesional experimentado, lo es todavía más para quien empieza. Incluirla en el presupuesto no es un “extra”: es una medida ética. Querer ejercer con estándares altos implica asumir hábitos de primera división. La mirada del supervisor aporta contraste y revela sesgos: revisa registros, analiza la coherencia de objetivos, detecta desajustes entre propuesta e indicador, identifica riesgos de transferencia y contratransferencia y ayuda a rediseñar el encuadre de forma más segura. Los trabajos recientes que describen prácticas actuales de supervisión entre musicoterapeutas muestran, además, que su implementación es desigual: precisamente por ello, convertirla en norma cultural es una tarea estratégica de profesionalización (por ejemplo, Macrae, 2024).

Una metáfora útil es pensar el caso como una figura tridimensional: mientras tú trabajas en una cara, pueden estar ocurriendo cosas relevantes en otra que no alcanzas a ver. La supervisión aporta un plano de observación complementario. Y aquí el SdB se vuelve especialmente potente: al ordenar el proceso por etapas y vincular metas–objetivos–actividades–medidas, la supervisión puede centrarse en lo esencial: consistencia del modelo, coherencia entre intervención y respuesta y

causalidad plausible (hasta donde el contexto lo permite). Supervisar es, en el fondo, reducir sesgos y aumentar la intencionalidad clínica: la musicoterapia emerge con más claridad cuando ponemos orden, revisión crítica y cuidado profesional al servicio del paciente. uando ponemos control, orden y revisión crítica al servicio del paciente.



**Un supervisor  
es capaz de ver  
desde arriba  
los pequeños  
detalles que  
no se aprecian  
desde el suelo**

### 3.5 Profundidad extractiva

Creo que ya es evidente que me gustan las analogías, así que propongo una más: un yacimiento arqueológico. Su carácter sistemático, gradual y prospectivo ayuda a explicar —desde otro enfoque— por qué necesitamos implementar el Sistema de Bloques (SdB) cuando trabajamos procesos terapéuticos de largo recorrido.

Un equipo de arqueología no excava “a ojo”. Parte de un indicio, lo contrasta con el conocimiento histórico y geográfico y, solo entonces, activa un protocolo de extracción. Primero acota el terreno, lo divide en sectores, traza cuadrículas, define niveles, establece cotas y acuerda cómo descender sin destruir información valiosa. Cada capa retirada se documenta con rigor: se registra qué aparece, dónde, en qué orientación, junto a qué elementos y con qué huellas de uso. Lo importante no es solo “encontrar una pieza”, sino saber de qué estrato procede, qué la rodeaba y qué relación guarda con otras piezas. En arqueología, el valor del descubrimiento depende tanto del objeto como de su contexto: sin contexto, el hallazgo se convierte en una anécdota.

De forma semejante, cada caso de musicoterapia es una excavación. A simple vista no vemos el conjunto de recursos, motivaciones, defensas, miedos o capacidades expresivas de una persona. Mucho de ello está “bajo tierra”: aparece por capas, cuando se dan condiciones de seguridad, vínculo y sentido. El trabajo terapéutico consiste en diseñar vías de acceso a esas profundidades sin precipitar el proceso. No se trata de “forzar la revelación” ni de levantar el suelo con prisa; se trata de descender con método hasta el punto en el que el paciente puede tolerar, comprender y movilizar lo que le sostiene o le bloquea.

Aquí conviene un toque técnico: en procesos largos, el cambio clínico suele combinar dos dinámicas. Por un lado, microcambios acumulativos (pequeñas mejoras observables: tolerancia, iniciativa, regulación, participación). Por otro lado, reorganizaciones más profundas (cambios en los patrones relacionales, la identidad y el sentido de agencia). La intervención eficaz rara vez pasa directamente a la reorganización: requiere construir estabilidad previa y, en términos de práctica basada en la evidencia, además convertir lo vivido en datos clínicamente útiles. Esto no significa reducir la terapia a la medición, sino hacer que el proceso sea

legible: que podamos responder con honestidad a preguntas básicas (¿qué estamos buscando?, ¿cómo sabremos qué ocurre?, ¿qué haremos si no ocurre?).

En este punto, la música —entendida como medio terapéutico— tiene una potencia particular: permite acceder a capas internas mediante la experiencia corporal, emocional y simbólica, muchas veces antes de que el lenguaje pueda ordenarlo. Pero esa profundidad exige prudencia clínica. No todas las “capas” están disponibles al mismo tiempo, ni todas las heridas toleran la misma intensidad de contacto. Algunas se abordan con acciones directas; otras requieren rodeo, repetición, estabilización y tiempo. Por eso hablamos de proceso; por eso distinguimos entre exploración, intervención y evaluación; y por eso necesitamos objetivos claros y un sistema de medición que traduzca lo vivido en indicadores observables (conductas, decisiones, patrones de interacción, cambios en la participación musical, etc.).

Aquí, el SdB deja de ser un recurso administrativo y se convierte en una herramienta clínica. En arqueología, el protocolo protege el yacimiento: evita que la prisa destruya información. En musicoterapia, el SdB protege el proceso: organiza el ritmo del trabajo, distingue fases con funciones diferentes y nos ayuda a saber qué apareció, cuándo y en qué condiciones. Además, introduce una disciplina de coherencia: al vincular metas–objetivos–propuestas musicales–indicadores, disminuye el riesgo de que la sesión se convierta en una sucesión de buenos momentos sin dirección terapéutica. Lo musical puede ser bellísimo, sí, pero en la clínica la belleza no basta: importa lo que produce, lo que sostiene y lo que consolida.

Como en una excavación, cada “fragmento” hallado —una conducta nueva, un gesto expresivo, una mejora en la tolerancia a la frustración, una iniciativa musical, una forma distinta de pedir ayuda, una variación en la capacidad de esperar, escuchar o co-regularse— tiene valor por sí mismo, pero sobre todo por cómo se conecta con el conjunto. El SdB permite leer esos fragmentos no como eventos sueltos, sino como evidencia de una trayectoria. Y esa trayectoria es la que nos autoriza a ajustar hipótesis: quizá el foco no era tanto “expresión emocional” como “seguridad relacional”; quizá el objetivo no era “atención” sino “autogestión”; quizá el bloqueo no es musical, sino de permiso interno para participar.



Hay, además, una diferencia decisiva: en terapia no excavamos para coleccionar hallazgos, sino para que el paciente se apropie de ellos. Cuando entiende lo que estaba oculto y le pone nombre —a través de la música y/o la palabra— aumenta la autoconfianza, se implica más y consolida cambios más estables. La profundidad, entonces, no se mide por lo intenso de la sesión, sino por lo integrable del avance: lo que puede sostenerse en el tiempo y transferirse a la vida cotidiana.

Entendidas así, las sesiones no son ocurrencias musicales. Son un trabajo controlado y lógico, donde el método, el vínculo y la comprensión compartida sostienen la profundidad del cambio. En un yacimiento, excavar sin protocolo destruye el pasado; en musicoterapia, intervenir sin estructura puede destruir lo más frágil: la confianza del paciente y la coherencia del proceso. El SdB, bien aplicado, no resta creatividad: la encuadra para que el descubrimiento no sea casualidad, sino una construcción clínica.

**Un proceso de  
musicoterapia  
implica ayudar a  
que emerjan los  
recursos propios de  
cada persona para  
enfrentar  
sus propias  
circunstancias de  
dificultad**



### 3.6 Metas, objetivos y propuestas musicales

Dejando a un lado las analogías, volvamos al núcleo operativo del SdB: metas, objetivos y propuestas musicales. Estos tres elementos no son piezas sueltas, sino una misma cadena de trabajo. Si uno falla, el sistema pierde trazabilidad: no sabremos explicar por qué hicimos lo que hicimos, ni qué parte del procedimiento generó (o no) el cambio.

- La meta define el beneficio terapéutico buscado (destino). Es breve y fácil de recordar porque debe estar presente durante toda la sesión y a lo largo de un bloque.
- El objetivo concreta el foco de trabajo (qué conducta, habilidad o manifestación queremos provocar/entrenar para acercarnos a la meta). Su redacción debe permitir una respuesta verificable: sí/no, frecuencia, porcentaje o puntuación en una escala.
- La propuesta musical es el procedimiento (qué haremos musicalmente para operativizar el objetivo). Cuanto más claro sea el “cómo”, más fácil es medirlo.
- Los indicadores convierten la sesión en un material evaluable: describen qué observar y con qué gradiente (1–5, 0–4, %...), manteniendo criterios estables para comparar sesiones.

La regla práctica es esta: si puedo leer el sistema “al revés”, funciona. Es decir, puedo ver una propuesta musical y explicar qué objetivo busca; y puedo ver ese objetivo y justificar qué meta persigue. Cuando esto se cumple, las hojas de registro dejan de ser un “diario subjetivo” y pasan a ser un instrumento de control clínico útil para el análisis, el replanteamiento y la supervisión.

Un punto crítico: la escala no es un adorno. Para que haya un seguimiento real, los anclajes del 1 y del 5 deben ser coherentes y relativamente estables. No significa que el paciente “siempre” pueda llegar al 5, sino que el 5 representa el logro óptimo razonable para esa fase del proceso y ese perfil (y el 1, el mínimo observable). Si hoy califico como “5” lo que mañana llamo “3”, pierdo continuidad y la interpretación del cambio se diluye.

A continuación, se muestra un ejemplo simple que ilustra la conexión entre meta, objetivo, actividad e indicadores. Es un modelo didáctico: la armonía, el tempo o la tonalidad pueden adaptarse; lo importante es la lógica clínica y la observabilidad de los indicadores.

**Tabla 3.3.**

Conexión entre elementos y ejemplo de redacción (escala 1–5)

| META                         | OBJETIVO                                                                                                               | ACTIVIDAD<br>(propuesta musical)                                                                                                                                                                                                             | INDICADORES (1–5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Expresión emocional positiva | El paciente incorpora lenguaje positivo y lo sostiene durante la creación/interpretación de una canción de bienvenida. | Songwriting guiado: selección de 8–12 palabras emocionales (positivas/neutras), elección conjunta de estilo y tempo, creación de letra breve (4–6 versos) e interpretación. (Ej.: 4/4, tempo vivo-moderado, acompañamiento armónico simple). | <p>5: Integra <math>\geq 5</math> palabras positivas y mantiene coherencia verbal–musical (energía, fraseo, implicación) durante toda la actividad.</p> <p>4: Integra 3–4 palabras positivas y mantiene coherencia la mayor parte del tiempo.</p> <p>3: Integra 2 palabras positivas y muestra conexión parcial (momentos puntuales de coherencia).</p> <p>2: Integra 1 palabra positiva sin sostener coherencia expresiva.</p> <p>1: No integra lenguaje positivo y/o rechaza la propuesta.</p> |

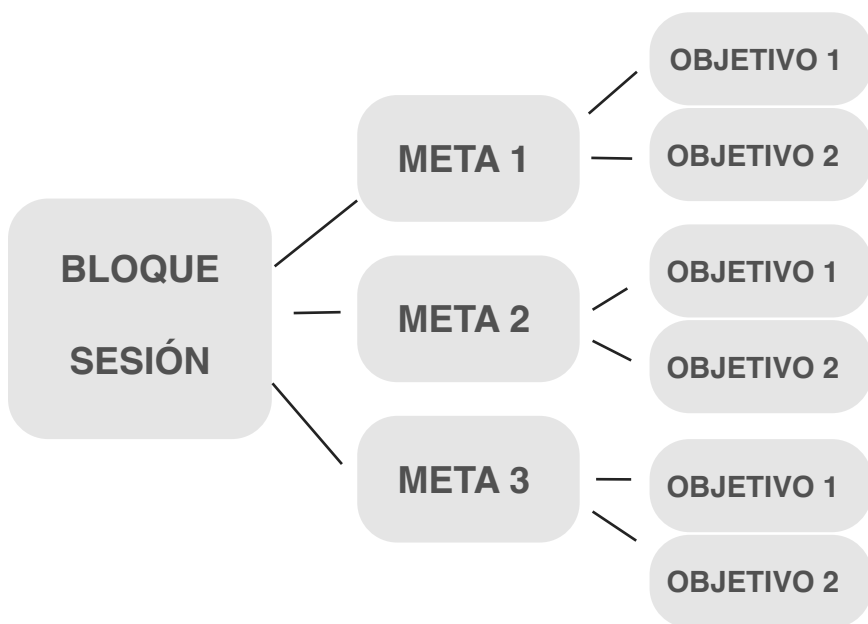
¿Qué mide esta tabla, en realidad: no “la positividad” como concepto abstracto, sino conductas observables (lenguaje, implicación, coherencia expresiva, continuidad) en una tarea musical concreta? Con esto ya podemos registrar tendencia, comparar sesiones y llevar a la supervisión algo más sólido que una impresión general.

Para cerrar: en un bloque de 10 sesiones, solemos trabajar con 3 metas (máximo 4) y 2 objetivos por meta (a veces 3 si está muy justificado). Luego diseñamos un banco de propuestas para cada objetivo, de modo que podamos ajustar sin perder el rumbo. La figura 3.3 ayuda a visualizar esta arquitectura: pocas metas, objetivos claros, muchas propuestas

disponibles y medición constante para saber si avanzamos o si toca replantear.

**Figura 3.3**

Arquitectura del sistema de bloques



**La condición de  
beneficiario  
alcanzada por el  
paciente es lo  
que premia  
nuestra  
intervención  
terapéutica**





### **3.7 El beneficiario y la musicoterapia**

Cuando todas las partes del SdB se encajan entre sí, el sistema funciona como un reloj. Su sincronía es signo de eficacia, y esto es sinónimo de beneficio: una de las palabras clave de la musicoterapia. Entiendo el beneficio como el resultado verificable de un trabajo: la categoría de un logro. Cuando alcanzamos la meta (o el conjunto de metas), la persona deja de ser “paciente/cliente/usuario” y se eleva a la categoría de beneficiario; y, por extensión, nosotros asumimos el rol de benefactores en el sentido estricto del término: hemos contribuido a producir un cambio útil, valioso, comprobable y estable. Es esta manifestación del cambio la que da sentido a la buena praxis y, en términos humanos, difícilmente hay una satisfacción mayor.

Esta conceptualización es relevante porque atribuye la responsabilidad del resultado a nuestras manos. Nuestras decisiones y omisiones cuentan; nuestros aciertos y errores suman o restan. Ahora bien, el SdB no se limita a “declamar” beneficios: los convierte en datos. El beneficio se expresa en tres niveles complementarios: (1) indicadores observables dentro de la sesión (conductas, respuestas, tiempos, participación), (2) tendencias entre sesiones y entre bloques (mejora, estancamiento, retroceso) y (3) transferencia al contexto de vida (lo que cambia fuera de la sala). Esto queda recogido en hojas de registro, notas clínicas/bitácora, escalas cuando proceda y, si se acuerda, grabaciones para supervisión. Cuando el beneficio no se consolida, la musicoterapia queda en modo latente: como un acorde que tensiona, sugiere, pero no resuelve. Puede haber movimiento, incluso momentos de brillo, pero si no hay estabilización y transferencia, no estamos en condiciones de afirmar que el proceso ha cumplido su función terapéutica.

Por eso, en la práctica, la palabra “beneficio” exige evidencia: un antes y un después, una línea base y una distancia recorrida, y un relato compartido con el paciente y/o cuidadores que valide el sentido del cambio. En este capítulo seguimos en un contexto narrativo (no en la sesión real), así que mantendré el término paciente/cliente para referirme a quienes acompañamos; pero conviene dejar claro que la categoría de “beneficiario” no se otorga por intención, sino por resultados observables, revisables y supervisables, y esta es una conquista de cada día, resultado de cada logro.



**Cada proyecto  
de musicoterapia  
precisa el ajuste  
sincrónico de  
muchas piezas**



### 3.8 Funcionalidad del bloque I

El primer bloque es el más importante, si cabe, y requiere una mayor atención operativa. Con él planteamos la estructura y el estilo que tendrá el proceso terapéutico. Nuestra impronta personal y clínica se fija en las primeras sesiones. Esto marca el rumbo de la relación y el modo en que construiremos el vínculo terapéutico. Es pertinente prestar especial cuidado a nuestras primeras acciones y comportamientos: el enfoque del trabajo, el diseño y la organización de las sesiones, el estilo comunicativo, los límites, etc. Sabiendo esto, es necesario ajustarnos a la funcionalidad de cada bloque.

**Tabla 3.4**

Reparto de tareas en las sesiones del Bloque I

| <b>TAREAS PARTE 1 (for Music Therapy)</b>                                                 | <b>TAREAS PARTE 2 (to Music Therapy)</b>                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examinar la expresividad musical.                                                         | Ajustar las metas y objetivos.                                                                           |
| Medir las cualidades rítmicas, tonales y armónicas.                                       | Diseñar actividades acordes a sus competencias y necesidades.                                            |
| Examinar el seguimiento de consignas y las capacidades cognitivas, verbales y de memoria. | Involucrarle en las propuestas musicales.                                                                |
| Examinar la capacidad simbólica y creativa.                                               | Plantear la intensidad del trabajo terapéutico.                                                          |
| Valorar el grado de confianza y motivación.                                               | Realizar un acompañamiento adaptado a su grado de tolerancia; no exigir por encima de sus posibilidades. |
| Conocer sus gustos musicales.                                                             | Conocer cómo evoluciona.                                                                                 |
| Valorar la capacidad de ejecución, atención y concentración.                              | Descubrir el nivel de integración de aprendizajes.                                                       |
| Examinar las cualidades de respuesta motora.                                              | Entender qué tareas requieren más dedicación.                                                            |
| Examinar la respuesta emocional a la música.                                              | Construir la relación terapéutica.                                                                       |
| Valorar su estado psíquico y mental.                                                      | Explorar las fronteras expresivas.                                                                       |
| Examinar las aptitudes y potenciales.                                                     | Priorizar objetivos y definir claramente los tiempos de trabajo.                                         |

El Bloque I se subdivide en dos partes con funciones diferenciadas. En primer lugar, la parte inicial ocupa tres sesiones de examen; la siguiente se orienta ya a cuestiones terapéuticas. En la tabla 3.4 fijamos las tareas principales que se acometen en ambas partes. La semana de entrevistas nos sirve para preconfigurar un marco de trabajo inicial: planteamos un patrón de terapia en bruto que ahora debemos contrastar con la realidad del paciente. Por eso, en las tres primeras sesiones ensayamos el encuadre y realizamos un examen sistemático: no estamos todavía “haciendo terapia” en sentido estricto, sino obteniendo una línea base operativa y conociendo el modo en que la persona responde a las propuestas musicales, a las consignas, al vínculo y al setting. La hoja de registro inicial se amolda a este propósito: objetivos de exploración, indicadores de capacidad y tolerancia, y criterios de observación centrados en competencias expresivas, cognitivas, emocionales y relacionales.

Con los resultados de ese examen, ajustaremos el diseño de las sesiones y pasaremos a una segunda parte del bloque, en la que sí comenzamos a elaborar objetivos terapéuticos y a sostener una intervención orientada al cambio. Es aquí cuando empezamos a dar forma al “traje terapéutico”. Venga, añado otra analogía: podemos equiparar el proceso terapéutico con la confección de un traje, en este caso sonoro.

La construcción de una prenda a medida requiere muchos ajustes y pruebas. Cuando alguien acude a un sastre, quiere lucir en un evento: invierte en su apariencia y en su bienestar. Hacer estas vestimentas implica una confección personalizada. El sastre no trabaja de manera estandarizada; diseña y cose según la forma del cuerpo. Es especialista en perfilar; combinar texturas y colores, manejar el movimiento y la soltura; crea el diseño que más favorece al cliente, da puntadas a mano, mide, ajusta y cuida los detalles. Un vestido así nunca quedará ni demasiado grande ni demasiado pequeño. Quien lo lleve se verá ensalzado. En musicoterapia no tenemos telas ni hilos, pero sí texturas sonoras, acordes de conexión y fragmentos musicales. Con todos los elementos y junto a la persona, tramamos una envoltura sonora que debe quedar como un traje: a medida, funcional y habitable. Hacer terapia es crear una forma de bienestar que se ajuste a las necesidades del cliente. En esta labor tejedora los ajustes y las medidas son continuos: elegimos, probamos, damos

puntadas musicales, unimos piezas y comprobamos cómo quedan hasta completar las hechuras.

Si las tres primeras sesiones son de “prueba de tallaje”, las siete siguientes y los bloques intermedios son de confección y ajuste: hilvanes y puntadas tonales, tijeras para los compases, tallaje en el ritmo, el tempo y la cadencia, texturas armónicas, ribetes melódicos... un sinfín de arreglos con los que iremos afinando el encuadre y consolidando el trabajo. Pero no olvidemos que el vestido terapéutico nunca se termina del todo: va cambiando con la persona, con el proceso, con lo que emerge.

La subdivisión de este primer bloque implica que acometemos tareas distintas y, por tanto, precisamos hojas de registro diferentes; en consecuencia, también es recomendable realizar dos sesiones de supervisión para analizar los resultados. En la primera, abordaremos el esquema de trabajo exploratorio y los ajustes necesarios antes de entrar de lleno en la intervención; en la segunda, obtendremos las primeras conclusiones terapéuticas del tramo “to Music Therapy”. Si en la parte inicial trabajamos tres sesiones (habitualmente tres semanas si vemos al paciente una vez por semana), en la segunda parte elaboramos objetivos durante siete sesiones, tiempo suficiente para observar tendencias y extraer conclusiones preliminares. Con todo ello informaremos al paciente y a sus cuidadores, instándoles, si procede, a continuar con el proceso en los siguientes bloques, describiéndoles cuáles serán las nuevas metas y objetivos que se trabajarán y por qué



**Los  
musicoterapeutas  
somos sastres  
sonoros  
confeccionando  
trajes terapéuticos  
de alta costura**

### 3.9 Funcionalidad de los bloques intermedios

El segundo bloque de trabajo, y todos los sucesivos, antes del bloque de cierre, se centran ya plenamente en los beneficios terapéuticos. Si el Bloque I nos servía para calibrar, ajustar y “tomar medidas”, los bloques intermedios son la zona de construcción del cambio: aquí se sostienen las metas fijadas, se profundiza en los objetivos y, sobre todo, se afianzan los resultados. El proceso tendrá tantos bloques como sean necesarios y el paciente y los cuidadores estén dispuestos a asumir, pero conviene recordar que la continuidad no es un detalle organizativo: es una condición clínica. En un contexto no siempre estable (agenda, salud, cansancio, economía, motivación), es normal que aparezcan interrupciones; por eso, el SdB no solo estructura sesiones, sino que también la permanencia. La anticipación de pagos y el modelo de información periódica basado en datos (explicación de tendencias, logros y pendientes) reducen el riesgo de cierres abruptos. Aquí, nuestra capacidad comunicativa y didáctica, apoyada en evidencias de la hoja de registro, forma parte de la intervención: ayuda al paciente a comprender por qué seguir, qué está cambiando y qué falta por consolidar. Como referencia orientativa, una media de tres bloques (30 sesiones) suele ofrecer un margen razonable para estabilizar los beneficios, siempre con la cautela de que cada caso y cada contexto requieren su propio ritmo.

Los resultados en musicoterapia están ligados a tareas que fomentan el desarrollo de nuevos hábitos. La terapia es aprendizaje o reaprendizaje: no basta con “sentirse mejor” un día; lo importante es que ese cambio encuentre una forma de sostenerse en el tiempo. Por eso, la musicoterapia es insistencia y persistencia: repetir rutinas con sentido, reiterar experiencias con variaciones, permitir que la persona se reconozca capaz dentro de un marco estable.

En los bloques intermedios, las metas y los objetivos se ajustan según el grado de “fraguado” del proceso: habrá objetivos que ya funcionan como base y otros que aún son frágiles, emergentes o variables. Cada paciente tiene una velocidad de asimilación distinta; nuestra tarea es medir las fuerzas y aplicar el empuje adecuado. Las propuestas musicales deben ser el catalizador justo de la reacción terapéutica: si en el primer bloque encendíamos el mecanismo, en la fase intermedia favorecemos la

multiplicación del proceso, afinamos el encuadre, aumentamos la precisión y reducimos el ruido.

A medida que avanza el trabajo, el musicoterapeuta se especializa en el "idioma" del paciente: aprende a leer sus señales, sus resistencias, su estilo de participación y las condiciones que facilitan el cambio. La evaluación continua y la supervisión permiten comprobar qué logros se consolidan y qué áreas requieren más tiempo o un replanteamiento. Y como el tiempo permite profundizar, también aparecen capas más complejas: ambivalencias, defensas, vínculos, emociones difíciles, dinámicas familiares y fenómenos relacionales que exigen una mirada externa. Por eso, además de la supervisión planificada por bloque, en ciertos momentos será prudente solicitar supervisiones complementarias cuando el caso lo requiera (por intensidad emocional, estancamiento, cambios clínicos, crisis familiares o decisiones terapéuticas de alto impacto). En estas sesiones de supervisión se revisan, entre otros, los siguientes aspectos:

- Consecución de metas y objetivos (qué se logra y qué no, y en qué condiciones).
- Lectura de los datos obtenidos y de las tendencias principales (progresión, fluctuación, estancamiento).
- Resistencias y evolución del paciente (qué evita, qué sostiene, qué emerge).
- Relación con familiares y entorno cercano (apoyos, interferencias, pactos implícitos).
- Niveles de participación en distintas actividades (dónde se activa y dónde se apaga).
- Detección y gestión de transferencias y contratransferencias.
- Manejo, por parte del terapeuta, del proceso global (encuadre, límites, ritmo, coherencia).
- Desarrollo del vínculo terapéutico (seguridad, confianza, autonomía, dependencia).
- Utilidad de los recursos musicales empleados y nuevas posibilidades (qué funciona y por qué).
- Limitaciones profesionales/personales del musicoterapeuta (fatiga, sesgos, puntos ciegos).
- Prospectiva estratégica para el siguiente bloque (qué mantener, qué cambiar, qué intensificar).
- Redefinición de la hoja de registro (ajuste de indicadores, niveles y categorías observables).

En proyectos que se renuevan año a año —por ejemplo, intervenciones en residencias de adultos mayores— es útil programar por temporadas. Las metas suelen variar poco (mantener la funcionalidad, el bienestar, el vínculo social, la activación y la regulación), pero sí cambian la intensidad, el repertorio, el tipo de tareas y la forma de sostener la participación según evoluciona el grupo y sus condiciones de salud. Estas variaciones deben quedar reflejadas en las hojas de registro para que el proceso siga siendo legible: no solo “qué hacemos”, sino también “qué cambia”, “por qué cambia” y “qué efecto tiene” dentro del ciclo anual.



**El SdB  
funciona como  
un pequeño  
universo en si  
mismo**



### **3.10 Funcionalidad del bloque final**

Una vez cumplidas las metas o cuando detectamos que el paciente ya no está motivado para continuar, llega el momento de iniciar el cierre del proceso. El fin de una terapia no es un “apagado” del trabajo: es una fase clínica con entidad propia. Siguiendo la pauta del SdB, las siete primeras sesiones de este último bloque mantienen un foco terapéutico (consolidación y estabilización), mientras que las tres finales se reservan para la elaboración de la despedida. Cerrar un proceso es asegurar una salida estable: comprobar que las razones que llevaron al paciente a la musicoterapia han sido resueltas o, como mínimo, que se ha alcanzado una mejora relevante y funcional, traducible en cambios observables en su vida diaria. Un cierre bien planteado protege los logros y reduce el riesgo de regresión, dependencia o un final abrupto; en otras palabras, convierte el cambio en aprendizaje integrado.

En la fase de cierre no buscamos “abrir” nuevas líneas terapéuticas, sino repasar y ordenar lo ya trabajado. Se trata de dar forma a un relato coherente del proceso: qué se hizo, qué cambió, qué costó, qué se logró y qué queda pendiente. Por ello, revisamos qué metas han quedado totalmente cumplidas y qué elementos requieren continuidad en el futuro. Los objetivos dejan de centrarse en “empujar” el cambio y pasan a orientarse a integrar: reforzar recursos, nombrar estrategias que han funcionado, reconocer límites y planificar la transferencia. Esto modifica inevitablemente las propuestas musicales. Volvemos, con otro sentido, a un trabajo de examen: recuperamos las evaluaciones iniciales y comparamos el estado de partida con el actual. Revisitamos temas musicales significativos del recorrido, retomamos materiales que fueron “llave” en fases anteriores y diseñamos piezas que acompañen la despedida y simbolizen la separación inminente. En casos de mayor apego o dependencia, el cierre no es opcional: es imprescindible. Aquí ponemos en valor la fortaleza del paciente, su autonomía y su capacidad real de sostener lo aprendido fuera del espacio terapéutico, con apoyos concretos si fueran necesarios.

No existen cierres ideales ni recetas fijas. Lo importante es detectar qué necesita el paciente en este tramo final: hay quienes requieren verbalizar, otros necesitan simbolizar, otros precisan un “ritual” musical sencillo y

estable que les permita despedirse sin desorganizarse. En cualquier caso, debemos procurar que todas las piezas del puzle terapéutico queden encajadas: dar tiempo para expresar, verbalmente, musicalmente y, si procede, plásticamente, cómo ha vivido el proceso y qué significa decir adiós. Ofrecer recursos musicales coherentes con este momento (estéticos, emocionales y culturales) ayuda a tramitar la despedida con dignidad y sentido. Suele ser especialmente útil cocrear un tema que represente la fase final: una canción, un motivo, una lista sonora, un “objeto musical” que el paciente pueda conservar y usar como anclaje de continuidad.

En esas tres últimas semanas, es recomendable redactar un informe de resultados que describa el recorrido: pauta seguida, grado de consecución de los objetivos, limitaciones y prospectiva. Antes de entregarlo, lo revisaremos con el supervisor, comparando las evaluaciones iniciales y finales y valorando la coherencia entre lo observado, lo registrado y lo interpretado. Un informe mixto resulta especialmente pertinente: una parte cualitativa (narrativa clínica, significado, lectura de proceso) y otra más objetivable (tendencias, registros, indicadores), porque ambas miradas se necesitan para comprender el cambio sin reducirlo ni a números ni a impresiones. Las hojas de registro y los informes intermedios de cada bloque simplifican significativamente esta redacción, aportando continuidad y trazabilidad.

La ventaja del SdB en el cierre es clara: aporta orden, evita improvisaciones y permite reconstruir con precisión el relato terapéutico. Cuando la evolución está bien registrada, el final no es una opinión: es una síntesis argumentada. Y esto tiene dos destinatarios. Primero, el paciente y sus cuidadores necesitan entender qué ha ocurrido y cómo sostenerlo. Segundo, los agentes profesionales e institucionales (otros terapeutas, centros, equipos, derivantes) requieren un lenguaje técnico comparable al de otros dictámenes clínicos. Mostrar con claridad la profundidad y el alcance de la intervención, sin grandilocuencia y con rigor, es una parte esencial de la profesionalidad: protege al paciente, protege el trabajo y dignifica la musicoterapia.



**El SdB está diseñado  
para que todas las  
acciones confluyan  
en el mismo punto:  
cumplir con las  
necesidades del  
paciente**

### 3.1.1. Complementos operativos del SdB

Llegados a este punto, el Sistema de Bloques ya no es solo una idea organizativa, sino una manera concreta de trabajar: planificar, aplicar, medir, analizar y reajustar sin perder el rumbo. Para que el SdB sea realmente útil en la práctica, necesitamos convertir su lógica (metas–objetivos–propuestas) en herramientas visibles, repetibles y fáciles de usar sesión a sesión. Las tablas y el diagrama que siguen cumplen precisamente esa función: traducen el “mapa” del SdB en procedimientos, delimitan qué información hay que recoger y ayudan a mantener la coherencia clínica sin renunciar a la flexibilidad.

**Tabla 3.5.**

Checklist operativo del Sistema de Bloques (SdB)

| Bloque / fase                                                                       | Antes (preparación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Durante (ejecución y registro)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Después (cierre del bloque)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BLOQUE I –<br>PARTE A (3<br>sesiones de<br>exploración /<br>“for music<br>therapy”) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar datos de entrevista + marco teórico mínimo del caso.</li> <li>• Definir foco exploratorio: musicalidad básica, cognición, tolerancia, vínculo, respuesta emocional.</li> <li>• Preparar set instrumental y 6–8 microtareas de exploración (ritmo, voz, turnos, memoria, simbolización, elección musical).</li> <li>• Preparar hoja de registro exploratoria (línea base).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar seguridad, alianza y observación (no “forzar terapia”).</li> <li>• Ejecutar tareas breves (5–10 min) con variación controlada y consignas claras.</li> <li>• Registrar: nivel de participación, atención, tolerancia, expresión emocional, iniciativa, fatiga, necesidad de contención, interacción con cuidadores.</li> <li>• Marcar “señales rojas” (sobrecarga, disociación, rechazo intenso, dolor, agotamiento).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintetizar perfil de entrada (fortalezas, límites, tolerancia, estilo de respuesta).</li> <li>• Ajustar: metas preliminares → metas realistas; redefinir objetivos operativizables.</li> <li>• Decidir intensidad y ritmo del trabajo de la Parte B.</li> <li>• Preparar la supervisión I (si procede): preguntas clínicas + evidencias (registro + vídeo).</li> </ul> |

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BLOQUE I –<br>PARTE B (7<br>sesiones de<br>intervención /<br>“to music<br>therapy”) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccionar 3–4 metas(pilares) y 2–3 objetivos por meta (máximo).</li> <li>• Diseñar banco de actividades (mín. 2 por objetivo) + Plan B por si no engancha.</li> <li>• Preparar indicadores(escala 1–5 o %), estables para poder comparar:</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener estructura estable de sesión (inicio–desarrollo–cierre) para comparar tendencias.</li> <li>• Aplicar actividades alineadas con objetivos; variar “forma” sin romper “función”.</li> <li>• Registrar: indicadores por objetivo + notas cualitativas (contexto, eventos, frases clave, corporalidad).</li> <li>• Señalar micrologros y “puntos de quiebre” (cambios relevantes).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar informe de bloque (1–2 páginas): tendencia por objetivo, logros, dificultades, ajustes propuestos.</li> <li>• Realizar supervisión 2 (revisión de coherencia, sesgos, transferencia/ contratransferencia).</li> <li>• Comunicación al paciente/cuidadores: logros + expectativas + propuesta de bloque siguiente.</li> </ul> |
| BLOQUES<br>INTERMEDIOS<br>(10 sesiones por<br>bloque)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconfirmar metas vigentes (mantener pocas) y redefinir objetivos si ya se cumplieron.</li> <li>• Revisar hoja de registro: ¿sigue midiendo lo importante?</li> <li>• Planificar puntos de control: sesión 5 (revisión media) y sesión 10 (cierre).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostener consistencia metodológica: misma métrica, ajustes graduales.</li> <li>• Profundizar: ampliar dificultad o simbolización sin exceder tolerancia.</li> <li>• Registrar tendencias: estabilidad, avance, regresión, “efecto meseta”.</li> <li>• Detectar y trabajar resistencias; vigilar alianza terapéutica.</li> </ul>                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de bloque + decisión: consolidar / profundizar / replantear:</li> <li>• Supervisión intermedia si hay: estancamiento, crisis, derivación, conflictos familiares, alta carga emocional, dudas éticas.</li> <li>• Renegociar contrato (tiempos, pagos, objetivos) y explicar prospectiva.</li> </ul>                            |
| BLOQUE FINAL<br>– PARTE B (7<br>sesiones<br>terapéuticas<br>finales)                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalar criterios de cierre: metas cumplidas, motivación baja, techo terapéutico, cambio de contexto, derivación.</li> <li>• Preparar recapitulación: actividades “núcleo” que mejor funcionaron.</li> </ul>                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar logros: generalización, transferencia a vida cotidiana, autonomía.</li> <li>• Registrar indicadores finales comparables con bloques previos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preinforme: logros consolidados + áreas pendientes + recomendaciones de continuidad/ derivación.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           |

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>BLOQUE FINAL</b><br>– PARTE C (3 sesiones de cierre) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperar línea base (entrevista, escalas iniciales, registros Bloque IA/IB).</li> <li>• Preparar ritual de despedida (música significativa, canción final, objeto sonoro, carta sonora, etc.).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar hitos y elaborar significado del proceso.</li> <li>• Evaluación final (cuanti/cuali) y comparación con punto de partida.</li> <li>• Trabajo explícito de separación (apego, dependencia, autonomía).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe final mixto (cuali + cuanti) revisado en supervisión.</li> <li>• Entrega y explicación comprensible para paciente/cuidadores.</li> <li>• Plan post-terapia: pautas, señales de recaída, opciones de seguimiento.</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Estos complementos no pretenden rigidizar la intervención, sino hacerla comparable y supervisable. Cuando el registro es estable dentro de un bloque, podemos leer tendencias, justificar decisiones y explicar al paciente y/o cuidadores por qué cambiamos (o no) una actividad. Además, facilitan la supervisión porque condensan lo esencial: qué se buscaba, qué se hizo, qué se observó, qué se concluye y qué se ajusta.

### 3.11.1 Diagrama del microciclo semanal del SdB (trabajo entre sesiones)

#### **Sesión (20–60 min)**

##### **→ Registro inmediato (10–15 min)**

- puntuar indicadores por objetivo
- anotar 3–5 observables clave + contexto (interrupciones, fatiga, medicación, familia, etc.)

##### **→ Microanálisis clínico (15–25 min, el mismo día)**

- ¿qué objetivos avanzaron / se bloquearon?
- ¿qué variables pudieron influir? (estado físico, alianza, consigna, dificultad, timing)

##### **→ Decisión clínica (5 min)**

- mantener / ajustar / simplificar / elevar desafío / pausar

##### **→ Ajuste del plan de la próxima sesión (10–15 min)**

- actividad principal (A) + alternativa (B)
- calibración de intensidad (demanda vs tolerancia)

→ **Preparación (15–30 min)**

- material, set instrumental, letra/consignas, hoja de registro lista

→ **(Si corresponde) Supervisión / consulta breve**

- dudas clínicas, sesgos, transferencia/contratransferencia
- decisiones: mantener / modificar / derivar

→ **Comunicación funcional con paciente/cuidadores (según caso)**

- recordatorio logístico + refuerzo de implicación
- mini-feedback orientado a continuidad (sin “terapeutizar” fuera de sesión)

→ **Próxima sesión**

(Y al final de cada bloque: informe + devolución + renegociación del plan)

**Tabla 3.6.**

Plantilla de “Mapa de coherencia” (Meta → Objetivo → Actividad → Indicadores)

| Meta (3–5 palabras) | Objetivo operativizable (conducta observable) | Actividad/ propuesta musical (qué + cómo + con qué) | Indicadores (escala 1–5 o % con descriptores)  | Riesgos/ contraindicaciones (1 línea) | Plan B si no engancha (1 línea) |
|---------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
|                     |                                               |                                                     | 5: ...<br>4: ...<br>3: ...<br>2: ...<br>1: ... |                                       |                                 |
|                     |                                               |                                                     | 5: ...<br>4: ...<br>3: ...<br>2: ...<br>1: ... |                                       |                                 |
|                     |                                               |                                                     | 5: ...<br>4: ...<br>3: ...<br>2: ...<br>1: ... |                                       |                                 |

Nota de uso: mantén los indicadores estables dentro del bloque para poder comparar tendencias; ajusta solo al iniciar un nuevo bloque y deja constancia del cambio. (tabla vacía para que la rellenes por cada objetivo; una fila por objetivo).

**Tabla 3.7**

Ejemplos de redacción: objetivos útiles vs. objetivos “vacíos”

| <b>Objetivo poco operativo</b> | <b>Objetivo operativo (observable y medible)</b>                                                                     |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| “Mejorar el ánimo”             | “Expresa al menos 2 verbalizaciones positivas durante la actividad songwriting (escala 1–5).”                        |
| “Trabajar emociones”           | “Identifica y nombra 3 estados emocionales propios y los traduce a parámetros musicales (intensidad/tempo/timbre).”  |
| “Aportar bienestar”            | “Reduce signos de activación (respiración agitada/inquietud) al final de la sesión respecto al inicio (escala 1–5).” |
| “Favorecer vínculo”            | “Sostiene contacto visual y turnos musicales durante $\geq 3$ ciclos llamada–respuesta (escala 1–5).”                |
| “Estimular cognición”          | “Recuerda y repite una secuencia rítmica de 4 pulsos con $\leq 1$ error en 3 intentos (escala 1–5).”                 |





**El proceso de  
creación de  
objetivos es  
nuestra primera  
meta creativa  
para abarcar  
toda la  
complejidad del  
paciente**



## SISTEMA DE BLOQUES

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 3?

### 3.1. LOS BLOQUES COMO SISTEMA

El SdB organiza los procesos terapéuticos largos en módulos que dan orden, control y visibilidad al cambio.

Agrupar sesiones permite acotar metas, objetivos y actividades y evaluar con más precisión.

El sistema funciona si todo está alineado: planificación, aplicación continuada y comprensión progresiva del paciente/cuidadores.

Aporta un “mapa” del proceso: dónde estamos, hacia dónde vamos y qué resultados se están consolidando.

La continuidad (10 sesiones por bloque) facilita seguimiento clínico, supervisión y también un encuadre económico claro.

### 3.2. EL ORIGEN DEL SISTEMA DE BLOQUES

El SdB nace de observar modelos de trabajo más regulados y sistematizados en contextos internacionales.

La experiencia en Irlanda mostró que el resultado clínico emerge de un procedimiento compartido, no de la casualidad.

Cuando varios profesionales trabajan con un marco común, los datos se comparan y la disciplina gana consistencia.

La regulación (códigos, estándares, supervisión, registro) sostiene la seguridad y la credibilidad ante instituciones.

El SdB se propone como un “acuerdo de mínimos” útil en contextos no regulados para elevar la calidad del trabajo.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 3?

### 3.3. LA FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA

El SdB da coherencia al proceso porque conecta lo que ocurre en lo micro (una sesión) con lo macro (todo el recorrido).

Exige una mirada doble: estar dentro de la relación terapéutica y, a la vez, fuera para analizar y anticipar.

Distingue examen inicial (for music therapy) de intervención terapéutica (to/of music therapy) para ganar precisión.

La lógica es hipotético-deductiva: observamos, inferimos, medimos, analizamos y reajustamos.

La hoja de registro y la lectura de tendencias convierten la intuición clínica en decisiones justificadas.

### 3.4. LA SUPERVISIÓN CLÍNICA

La supervisión es una pieza estructural del SdB porque valida, corrige y afina el proceso terapéutico.

Se alimenta de datos: hojas de registro, vídeo y bitácora, organizados para que el supervisor “lea” el caso con claridad.

Obliga a argumentar lo que hacemos y evita que el exceso de confianza lo pague el paciente.

Una mirada externa descubre sesgos, resistencias y fenómenos transferenciales que desde dentro se vuelven invisibles.

Integrar supervisión en el presupuesto y en la cultura profesional es clave para sostener rigor y seguridad.

### 3.5. PROFUNDIDAD EXTRACTIVA

El caso terapéutico se entiende como un “yacimiento”: lo relevante suele estar debajo de lo evidente.

El proceso requiere delimitar, secuenciar y clasificar hallazgos para no confundir señales ni perder sentido.

La música permite acceder a capas profundas (memoria, trauma, motivación) que no siempre emergen con palabras.

El SdB ordena esa extracción: qué se halló, cuándo apareció y qué recursos lo hicieron posible.

El valor del hallazgo aumenta cuando el paciente lo integra como propio y lo transforma en autoconfianza y cambio.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 3?

### 3.6. METAS, OBJETIVOS Y PROPUESTAS MUSICALES

Meta, objetivo y propuesta musical forman una cadena: destino, vehículo y combustible del cambio.

La coherencia se comprueba “al revés”: lo que se hace musicalmente debe responder al objetivo y éste a la meta.

La redacción es determinante porque define si podremos medir el cumplimiento y comparar sesiones.

Los calificadores (por ejemplo, 1–5) y los indicadores observables convierten la clínica en datos útiles para supervisión.

En un bloque, pocas metas y pocos objetivos mantienen el rumbo; un banco amplio de actividades da flexibilidad sin perder coherencia.

### 3.7. EL BENEFICIARIO Y LA MUSICOTERAPIA

El beneficio es la evidencia del cambio: la meta se concreta en un logro observable y consolidado.

Cuando hay beneficio, el paciente pasa a ser “beneficiario” y el terapeuta asume la responsabilidad del resultado.

Si no se consolidan beneficios, la musicoterapia queda “latente”: hay movimiento, pero no resolución.

El título no garantiza musicoterapia; la garantiza el método, la ética, la evaluación, la supervisión y la evidencia.

Hablar de beneficios exige medirlos en lo real y sostenerlos con criterios profesionales compartibles.

### 3.8. FUNCIONALIDAD DEL BLOQUE I

El Bloque I fija el estilo del proceso: vínculo, límites, encuadre, ritmo y expectativas.

Se divide en 3 sesiones de examen (for music therapy) y 7 sesiones terapéuticas (to/of music therapy).

Las primeras sesiones prueban el “traje terapéutico”: capacidades, tolerancia, respuesta emocional y potencial creativo.

Con esos datos se ajustan metas, objetivos y actividades para que el trabajo sea realista y seguro.

Esta doble función exige registros específicos y supervisión temprana para corregir rumbo desde el inicio.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 3?

### 3.9. FUNCIONALIDAD DE LOS BLOQUES INTERMEDIOS

Los bloques intermedios son el núcleo del cambio: consolidan hábitos y afianzan beneficios.

Requieren continuidad y pedagogía clínica para evitar abandonos y mantener compromiso.

La repetición estructurada no es rutina vacía: es entrenamiento terapéutico que madura con el tiempo.

La evaluación continua y la supervisión por bloque permiten leer tendencias, resistencias y ajustar estrategia.

En proyectos prolongados (p. ej., residencias) conviene trabajar por temporadas, manteniendo metas estables y variando intensidades y actividades.

### 3.10. FUNCIONALIDAD DEL BLOQUE FINAL

El cierre se inicia cuando las metas se cumplen o cuando la motivación decae y hay que preparar una salida estable.

En el bloque final se mantiene terapia en las primeras sesiones y se dedica el tramo final a despedida y consolidación.

El objetivo no es abrir cambios nuevos, sino revisar hitos, comparar línea base y asegurar transferencia de logros.

Se elaboran recursos musicales de despedida y se cuida especialmente el apego y la separación.

El informe final, revisado con supervisión, integra datos y narrativa clínica para justificar resultados y dejar recomendaciones claras.

### 3.11. COMPLEMENTOS OPERATIVOS DEL SDB

Las tablas y diagramas convierten el SdB en herramientas repetibles para planificar, medir y reajustar.

Su función es aumentar coherencia, comparabilidad y facilidad de supervisión sin rigidizar la intervención.

Estandarizan qué se registra, cómo se interpreta y cómo se comunica el progreso a paciente/cuidadores.

Facilitan decisiones clínicas basadas en tendencias y no solo en impresiones puntuales.

Refuerzan la seguridad del proceso y la credibilidad profesional al hacer el trabajo auditable y claro.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Aigen, K. S. (2018). First-person research in music therapy: A qualitative research method. *Journal of Music Therapy*, 55(3), 309–339. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy011>

Fundamenta cómo convertir la experiencia clínica del/la terapeuta en dato analizable. Útil para justificar la “lectura del proceso” y la narrativa clínica con rigor.

Bellg, A. J., Borrelli, B., Resnick, B., Hecht, J., Minicucci, D. S., Ory, M., Ogedegbe, G., Orwig, D., Ernst, D., & Czajkowski, S. (2004). Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies: Best practices and recommendations from the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychology*, 23(5), 443–451. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.5.443>

Es el “manual base” para asegurar fidelidad: qué se aplica, cómo, por quién y con qué consistencia. Encaja perfecto con SdB, hojas de registro y supervisión como control de calidad.

Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148(4), 295–309. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008>

Aporta criterios para describir intervenciones complejas (como musicoterapia) sin “cajas negras”. Muy alineable con la lógica de bloques: estructura, procedimiento, variabilidad y reporte.

Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed.). Barcelona Publishers.

Marco conceptual sólido para justificar que “musicoterapia” no es tocar canciones, sino proceso con intención. Ayuda a afinar lenguaje: metas/objetivos, rol terapéutico, y límites profesionales.

Bunt, L., & Stige, B. (2014). *Music therapy: An art beyond words*. Routledge.

Visión amplia (clínica y contextual) para sostener la dimensión relacional del SdB. Muy útil para argumentar la necesidad de estructura sin perder enfoque humanista.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Gaden, E., et al. (2023). LongSTEP: A stepped-wedge cluster randomized trial of music therapy with premature infants and their parents. *Trials*, 24, Article 1. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06971-w>

Ejemplo contemporáneo de intervención compleja con estructura, seguimiento y control por fases. Útil para inspirar “bloques” y criterios de fidelidad/implementación en práctica real.

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>

Checklist práctico para que los bloques queden “replicables”: qué, quién, cómo, cuánto, ajustes. Perfecto para convertir SdB en un estándar de documentación y mejora continua.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>

Evidencia clave: la alianza terapéutica predice resultados (y se puede cuidar/monitorizar). Da respaldo teórico a tu insistencia en vínculo, comunicación y “estar ubicados” en el proceso.

Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443–453. <https://doi.org/10.1007/BF01530764>

Método clásico para operacionalizar metas individuales (ideal cuando cada caso es único). Muy compatible con el modelo: metas breves + objetivos medibles + registro por sesiones/bloques.

Levinge, A. (2002). Art therapy supervision in Ireland. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(2), 224–232. <https://doi.org/10.1177/135945750201600206>

Contextualiza cultura de supervisión (Irlanda) y la coloca como garantía de seguridad clínica. Sirve para reforzar el argumento “sin supervisión no hay práctica fiable”.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): Revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 986–992. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>

Guía para reportar mejora de calidad: procesos, cambios, medición y aprendizaje del sistema. Muy útil si quieres “elevar” el SdB a un estándar de calidad transferible a centros.

Robb, S. L., Burns, D. S., & Carpenter, J. S. (2011). Reporting guidelines for music-based interventions. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 342–352. <https://doi.org/10.1177/1359105310374781>

Un puente entre práctica y evidencia: cómo describir música/intervención con precisión. Apoya las tablas de metas-objetivos-actividades y la trazabilidad del cambio.

Robb, S. L., et al. (2025). Reporting Guidelines for Music-Based Interventions (RG-MBI): Explanation, elaboration, and validation. *PLOS One*, 20(??), e?????. <https://doi.org/10.1177/27536130251384180>

Actualiza el estándar de reporte con ejemplos/validación: clave para homogeneizar “idioma común”. Refuerza la tesis: si compartimos método, compartimos datos y avanzamos como colectivo.

Spiro, N., Himberg, T., Chaplin, K., & Baker, F. A. (2017). Music therapy outcome measures: A systematic review. *Music Therapy Perspectives*, 35(1), 37–48. <https://doi.org/10.1093/mtp/mix011>

Te da un mapa de instrumentos/medidas y tendencias (qué se mide, cómo y con qué calidad). Ideal para sustentar la parte “MEDIR–ANALIZAR–REPLANTEAR” del SdB.

Waldon, E. G. (2016). Clinical documentation in music therapy: Standards, guidelines, laws, and ethics. *Music Therapy Perspectives*, 34(1), 57–63. <https://doi.org/10.1093/mtp/miv040>

Base directa para justificar registro clínico, informes y trazabilidad de decisiones. Perfecto para defender que documentación ≠ burocracia, sino seguridad y calidad.



# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Walworth, D. D., et al. (2009). The effect of developmental music groups on the social skills of children with autism spectrum disorders. *Journal of Music Therapy*, 46(3), 204–228. <https://doi.org/10.1093/jmt/46.3.204>

Ejemplo aplicable de objetivos observables y evaluación conductual en intervención musical. Útil para inspirar redacción operativa: indicador claro, escala simple, seguimiento longitudinal.

Wheeler, B. L. (Ed.). (2015). *Music therapy handbook*. Guilford Press.

Visión panorámica para sostener diseño clínico, evaluación, ética y práctica profesional. Buen apoyo bibliográfico para “bloques” como estructura de trabajo en contextos diversos.

Wiens, K. P. (2018). Treatment fidelity in music-based intervention research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1423(1), 389–398. <https://doi.org/10.1111/nyas.13639>

Explica por qué sin fidelidad (y sin describir variaciones) los resultados se vuelven ambiguos. Encaja con tu mensaje: sistema, registro, supervisión y coherencia entre lo planificado y lo aplicado.

Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research and training*. Jessica Kingsley Publishers.

Texto de base para fundamentar método, estructura clínica y formación (útil para “manualizar” sin rigidizar). Aporta vocabulario y marcos para ordenar práctica, evaluación y comunicación con terceros.

A collection of musical instruments is arranged on a wooden surface. In the foreground, a light-colored wooden ukulele with a black bridge and fretboard is positioned diagonally. Behind it, two bongo drums with light-colored heads and dark bodies are visible. To the right, a maraca with a wooden handle and black grip is lying down. The background is slightly blurred, showing more instruments and a dark surface.

**Nuestro lenguaje  
terapéutico emerge  
de las posibilidades  
creativas que nos  
brindan los  
instrumentos  
musicales**

# CAPÍTULO

# IV



# BASADO EN LA EVIDENCIA

## 4.1 Conocimientos situados

Antes de seguir desarmando y analizando las piezas del método de intervención basado en el Sistema de Bloques, y antes de entrar en recursos y herramientas técnicas, quiero rescatar una idea fundamental: en musicoterapia no hay atajos sostenibles si no invertimos en rigor. La única ruta viable es saber explicar el qué, el cómo, el quién y el hasta cuándo, y hacerlo con argumentos que se apoyen en datos, no en intuiciones disfrazadas de certezas. Esta exigencia no es academicismo: es ética aplicada.

La falta de regulación profesional en países como España ha permitido que crezca la confusión, incluso entre personas formadas en musicoterapia, acerca de qué es y qué no es musicoterapia. Cuando no existen patrones de trabajo claramente compartidos, cuando no hay cultura de lectura especializada ni supervisión sostenida, proliferan prácticas erráticas: "ocurrencias" que se presentan como terapia y que, en el peor de los casos, exponen a los pacientes a intervenciones sin marco, sin control y sin responsabilidad.

Por suerte, contamos con una base sólida: hay literatura científica, protocolos contrastados y modelos de intervención que iluminan el camino para realizar tratamientos seguros y justificables. No estamos empezando desde cero. Siguiendo las aportaciones de profesionales como Wigram, Lipe, Gattino, Wheeler, Waldon, Bruscia, Shultis, Polen, Aldridge, Jacobson o Magee, y las de muchos otros, profundizaremos en la importancia de adoptar un enfoque basado en la evidencia. No para volver rígida la clínica, sino para volverla legible, defendible y replicable cuando sea necesario.

La gran ecuación que un musicoterapeuta debe aprender a despejar está en los resultados. ¿Son los esperados? ¿Hemos llegado a ellos de forma intencionada o han sido fruto de la casualidad? Si desconocemos la relación entre nuestras decisiones y los cambios observados, si no sabemos cuál ha sido nuestra contribución real, entonces hay piezas troncales del proceso que conviene rectificar y reconducir. No para castigarnos, sino para recuperar el mapa: saber dónde estamos y hacia dónde vamos.

Numerosos estudios en musicoterapia, especialmente en las dos últimas décadas, confluyen en una idea que conviene decir sin rodeos: el trabajo clínico exige estándares de calidad sostenidos por procesos de evaluación sistematizada. No vale cualquier dato, no sirve cualquier modelo de análisis, no es útil cualquier escala de medición, ni resulta funcional cualquier diseño metodológico. En musicoterapia no vale hacer las cosas “de cualquier manera”, porque lo que está en juego no es solo el prestigio de una disciplina, sino la seguridad y el bienestar de las personas a las que atendemos.

Para construir conocimiento sobre la funcionalidad de la musicoterapia necesitamos un modelo de intervención que soporte un sistema de evaluación consistente. Ese sistema es el que nos permite saber, de forma verificable, qué estamos haciendo, qué está cambiando y por qué pensamos que cambia. La fiabilidad del “modelo de contraste” se alimenta de las pautas del método científico: observar con criterios claros, registrar de forma estable, analizar con prudencia y ajustar con lógica. De ahí emergen las evidencias: descripciones razonadas que explican por qué la música puede ser útil en contextos terapéuticos.

Sin la solidez de este cimiento argumental, no podemos aspirar a que la musicoterapia sea incorporada como servicio sanitario en los sistemas nacionales de salud. Sin una práctica basada en evidencia, esas aspiraciones se convierten en una ensoñación frágil. Podemos creernos lo que queramos, pero sin protocolos rigurosos no hay datos válidos; sin datos válidos no hay publicaciones en revistas de alcance; y sin esos documentos somos invisibles para la administración. Podemos camuflarlo con relatos bonitos, pero la realidad es esta: la musicoterapia solo puede germinar con fuerza en el territorio de la ciencia. Y eso no le quita alma: le da raíces.

No podemos pretender ser musicoterapeutas sin haber leído a quienes han construido los pilares de la disciplina. Pero también hay que ir más allá de Bruscia y Wigram. Kenneth y Tony son un punto de partida magnífico: abrieron caminos fundamentales; nos dieron lenguaje y estructura. Ahora bien, limitarse a ellos es hacer lo grande algo pequeño. La lectura es una tarea continua. Se lee durante la formación, sí, pero luego el hábito suele decaer. Y mientras tanto, cada año aparecen centenares de artículos y libros: es nuestra responsabilidad profesional conocerlos, estudiarlos y evaluar su aplicabilidad. Escribo esto y sé que suena a obviedad, pero me

resisto a borrarlo, porque las obviedades, cuando se olvidan, se convierten en problemas.

Si nos limitáramos a replicar con criterio una parte de las investigaciones ya publicadas —como parte natural de la dinámica científica— tendríamos gran parte del trabajo hecho. Quienes nos han precedido han abierto la calzada: han forjado una ruta hacia la excelencia profesional. Mucho está escrito. Ahora toca leer y entender; recapitular y valorar qué puede trasladarse, qué debe adaptarse y qué, directamente, no aplica a nuestro contexto. Esta es una de las maneras más eficaces de combatir el culto a la confusión: desandar caminos que no llevan a ningún sitio y evitar que, por falta de método, acabemos ofreciendo sucedáneos a quienes depositan su confianza en nosotros.



**Sabiendo nuestra  
situación  
afianzamos el  
rumbo de nuestras  
acciones**





## 4.2 Direcciones complementarias

Si en el epígrafe anterior defendíamos que la musicoterapia solo puede crecer con rigor, con datos, lectura y protocolos que la hagan defendible, ahora toca mirar el reverso de esa misma moneda: cómo se instala esa cultura profesional en la práctica cotidiana. Porque el problema no suele ser “no saber” que la metodología importa, sino no convertirla en hábito ni dejar que atraviese nuestras decisiones clínicas. Y ahí aparecen dos direcciones complementarias: la vía científica, que ordena, y la vía práctica, que aterriza.

La experiencia docente en musicoterapia de los últimos quince años me ha permitido observar algo que se repite con cierta regularidad: el interés por las materias de metodología de la investigación suele ser limitado, especialmente cuando se perciben como un bloque abstracto, ajeno a la clínica, o como un “peaje” académico. Sin embargo, cuando la metodología se presenta como lo que realmente es, una brújula para decidir mejor y cuidar con mayor seguridad, cambia el clima: deja de ser teoría y se convierte en herramienta.

Cuando en 2019 asumí la dirección del Máster en Musicoterapia de UNIR, una de las primeras tareas que acometí fue reformular la asignatura titulada Innovación e Investigación en Musicoterapia. Junto a los profesores José Fernando Fernández Company y José Alberto Sotelo, dedicamos varios meses a reescribir el temario elevando los estándares conceptuales y, sobre todo, su aplicabilidad en el contexto real. Después llegaron otras piezas que completaban el mismo movimiento: la reformulación de los modelos de Trabajo Fin de Máster; la creación de la Revista de Investigación en Musicoterapia MiSOSTENiDO, los talleres de investigación aplicada y el Programa de Innovación Docente InvestIlgA, basado en aplicaciones de análisis de datos con Inteligencia Artificial para aumentar la coherencia teórica de los trabajos académicos. En el fondo, todo respondía a una misma intención: enseñar que la musicoterapia florece en la zona de las artes, pero solo se sostiene si mantiene sus raíces en la tierra de la ciencia.

Percibo que el estudiantado reconoce la necesidad de estos conocimientos, incluso los valora... pero pocas personas los implementan de forma sistemática. Basta con mirar algunos indicadores sencillos: el porcentaje de musicoterapeutas que aparecen en índices de citación,

participan en grupos de investigación, publican en revistas de impacto o presentan trabajos en congresos. Mientras no asumamos, de manera práctica, no solo declarativa, que la musicoterapia es más que música, nuestro vehículo seguirá circulando con una de sus dos ruedas pinchadas.

No sé si el origen de esta resistencia radica en la reticencia al esfuerzo que exige aprender con profundidad, o en una falta de compromiso y de competencia profesional. A veces se cuele una idea que parece “romántica”, pero es profundamente limitante: que aplicar un método, una norma o un protocolo reglado desvirtúa la intervención terapéutica; que enfría el trato, domestica la relación y le resta espontaneidad. Esta creencia, muy extendida, funciona como un freno silencioso. Y, sin embargo, es falsa. Confundimos “estructura” con “rigidez” y “rigor” con “frialidad”, cuando en realidad el rigor es lo que permite ser humano sin ser improvisado.

La musicoterapia se asocia erróneamente con la espontaneidad, la improvisación y la expresividad entendida como “dejar fluir”: provocar emoción, abrir compuertas y facilitar la catarsis. Y sí: abrir compuertas es una de las muchas tareas del proceso. ¿En qué casos y situaciones es recomendable esa liberación? Pero también lo es la contención; también lo es el silencio; también lo es el trabajo por turnos, el sostén rítmico, el encuadre temporal, el límite claro. El problema aparece cuando esa confusión nos arrastra al territorio del “todo vale”, del “cualquiera puede”, del “nada es más importante que una catarsis”. Y ese desliz conecta demasiado bien con el actual culto a la mediocridad que atraviesa tantos estamentos de la sociedad, la educación y la cultura.

La musicoterapia, en realidad, es el resultado de un proceso estratégico de cambio. No hay transformación sin innovación; sin un giro en los acontecimientos; sin exposición a una nueva cadena de acciones. Ese cambio comienza cuando tomamos conciencia de la necesidad de cambiar. El ser humano no transforma ninguna de sus conductas hasta que logra ver, aunque sea de forma incipiente, la posibilidad de obtener un beneficio claro. En ese sentido, los musicoterapeutas somos responsables de activar en las personas atendidas un mecanismo de innovación: ayudarles a percibir alternativas, sostener el intento y traducirlo en experiencia. Pero para activar ese mecanismo, necesitamos comprender cuál es su dinámica particular de metamorfosis.

Creo que la triangulación jerárquica entre el POR QUÉ, el QUÉ y el CÓMO de la terapia puede ayudarnos a comprender este proceso. El musicoterapeuta debe adelantarse en la visión de la ruta de trabajo para diseñar una estrategia y plantear una táctica eficaz (ver Fig. 4.1). La visión es el POR QUÉ del impulso: la razón que orienta el cuidado y permite medir el grado de mejora. El QUÉ nombra los problemas a los que haremos frente y las posibilidades de acción para responder a esa visión. El CÓMO es la ejecución: las tareas concretas, el procedimiento práctico, la artesanía clínica. Cuando interconectamos estos tres planos, emerge la innovación como una oportunidad de cambio.

Este proceso ni es lineal ni sencillo. Integra infinidad de factores y valencias; es pura contingencia. Pero nuestro reto profesional es saber ver oportunidades y hacer posible su manifestación. El musicoterapeuta necesita creer en la potencialidad de la persona atendida y, al mismo tiempo, sostener una doble competencia: la paciencia estratégica propia de la hipótesis científica y la cualidad táctica de quien sabe manejarse en la expresión musical.

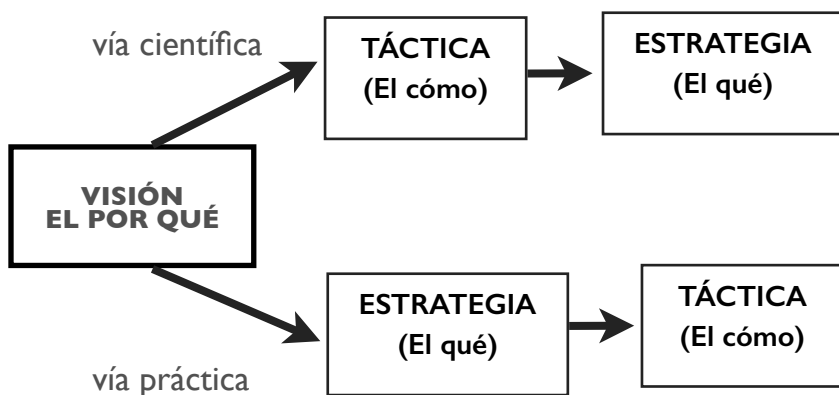
Como vemos, en ningún caso el acompañamiento terapéutico puede ser el resultado de un acto fortuito, aleatorio, imprevisto o accidental.

La musicoterapia parte de una necesidad y solo se entiende como una cadena de acciones orientadas al cambio, en la que aprovechamos lo inesperado y lo contingente para construir significados. Este planteamiento es precisamente el que justifica el uso de los recursos expresivos de las artes: nos permiten trabajar desde lo simbólico y la metáfora; representar lo creado, observarlo y transformar el carácter estético de las experiencias vividas.

Sabiendo que actuamos por algo y para algo, podemos ofrecer un cuidado dirigido que, además de bondadoso y humano, sea seguro y profesional. Las necesidades de la persona atendida merecen siempre un respeto incondicional, y ese respeto también se expresa en forma de método, claridad y responsabilidad.

**Figura 4.1.**

Relación entre el por qué, el qué y el cómo en musicoterapia.



La *vía científica* parte de la visión (POR QUÉ) y baja a la táctica (CÓMO): primero se justifica, luego se operacionaliza y se evalúa. La *vía práctica* suele recorrer el camino inverso: empieza por el hacer (CÓMO) y necesita traducirlo a estrategia (QUÉ) y sentido (POR QUÉ) para que la intervención sea defendible y no se quede en mera espontaneidad.

Estas dos direcciones no compiten: se corrigen y se completan. La vía práctica aporta presencia, sensibilidad y lectura del instante; la vía científica aporta marco, trazabilidad y criterio para distinguir lo terapéutico de lo simplemente expresivo. Cuando ambas se interconectan, el arte deja de ser azar y la ciencia deja de ser trámite: se convierten en una misma arquitectura de cuidado. Con esta idea como bisagra, en el siguiente epígrafe entraremos de lleno en la relación entre arte, ciencia y evidencia, y en por qué la práctica basada en evidencia no limita la vocación del terapeuta, sino que la ordena, la protege y la vuelve clínicamente reconocible.

An abstract geometric artwork featuring a dense arrangement of three-dimensional shapes in red, blue, and yellow. The shapes include triangles, squares, circles, and rectangles, some of which are layered or overlapping. Flowing, ribbon-like lines in blue, yellow, and grey sweep across the composition, creating a sense of movement and depth. The background is a light, textured surface with faint, swirling patterns. The overall effect is a complex, layered composition that suggests a map or a network of interconnected elements.

**La combinación de  
elementos que  
componen nuestros  
exámenes  
terapéuticos genera  
un mapa diferente  
de resultados**

### **4.3 Arte, ciencia y evidencia**

La práctica basada en la evidencia es un plus y una destreza que, lejos de privar al terapeuta de su impulso vocacional o de restarle herramientas expresivas, le aporta el rigor y el orden necesarios para delimitar un servicio terapéutico de calidad. Repito mucho estas palabras porque son la autopista: no la única carretera posible, pero sí la que evita perderse en atajos seductores. La terapia es un terreno delicado. Trabajamos con personas, no con objetos ni con entidades abstractas. Todo empieza por la predisposición personal y termina por los recursos empleados.

Reponiendo alimentos en un supermercado, podemos ir pensando en mil cosas; podemos estar enfadados, disgustados, asustados o desganados. Incluso al hacer un balance fiscal en una oficina, la mente puede vagar y el cuerpo aguanta. Pero en musicoterapia no. Cuidar de otra persona implica hacerlo, además de con métodos y recursos adecuados, con una predisposición y una preparación personales óptimas. La presencia no es un adorno: forma parte del tratamiento.

Si no aplicamos principios científicos, la musicoterapia corre el riesgo de convertirse en un artificio, en un mero juego de azar. Y aquí conviene insistir: la categoría “musicoterapia” no es un título mágico ni un estado que se declara; es algo que se va construyendo. Es una forma en desarrollo que se deriva de la aplicación sistemática de protocolos y evaluaciones. Como efecto que emerge en el proceso, es el destino, nunca un a priori, como ya argumenté en el capítulo previo. Cuando actuamos sin criterio clínico, nos diluimos en el mar de la espontaneidad expresiva de las artes.

Y si nos diluimos ahí, entramos en ese terreno impreciso y fluido de las creencias y los mitos personales. Al promoverlo, contribuimos a que cualquier acto musical pueda considerarse musicoterapia. Cuando los musicoterapeutas no hacen distinguible nuestro trabajo de las intervenciones bienintencionadas de músicos en hospitales, nos hacemos un flaco favor. Lo peor es que no se trata solo de identidad profesional: nuestras faltas de consistencia clínica pueden evidenciar carencias de conocimiento, profesionalidad y ética que no calibran los riesgos reales que suponen para los pacientes los actos descontrolados.

Ahora bien, también es cierto que fundar evidencias no siempre es fácil. A menudo carecemos todavía de herramientas suficientemente precisas para medir el impacto real de la música en dimensiones psíquicas, físicas, emocionales, endocrinas o neuronales, con el nivel de especificidad que nos gustaría. Precisamente por eso la investigación se vuelve inexcusable. Necesitamos desarrollar, afinar y validar instrumentos de control y de medida. Su construcción y aplicación no “garantiza” la efectividad en términos absolutos, pero sí la vuelven más verificable, más comunicable y, sobre todo, más segura.

Un esquema lógico y ordenado de trabajo aumenta nuestra capacidad de respuesta porque nos ofrece un lugar desde el que argumentar sobre qué hacemos, por qué lo hacemos y cómo lo hacemos. Y esa tríada no es una formalidad: es un requisito para ser creíbles ante medicina, enfermería, psicología o psiquiatría, entre otras disciplinas y, al mismo tiempo, para aportar calidad y seguridad terapéutica a las personas atendidas.

Conviene subrayarlo con claridad: la práctica basada en evidencia no es sinónimo de la robotización de las sesiones. El rigor no equivale a la mecanización. La evidencia, más bien, nos lleva a caminar por el lado seguro de la terapia. Es verdad que la musicoterapia no opera en el campo de las ciencias exactas: no puede replicar experimentos en condiciones de laboratorio ni controlar de forma absoluta las variables. Pero tampoco puede instalarse en el territorio de la magia ni en el de las buenas intenciones. Intervenir siguiendo criterios y procedimientos ya probados no reduce la capacidad de adaptación de la persona; no atenúa la creatividad musical; no obliga a abandonar la flexibilidad terapéutica ni veda la libertad expresiva. Si se entiende bien, hace lo contrario: libera energía clínica porque deja de improvisarse en lo estructural y permite improvisar con sentido en lo expresivo.

La práctica basada en la evidencia es, en el fondo, una cuestión de equilibrio entre lo que se requiere hacer y la utilidad real del recurso elegido para lograrlo. Es aplicar eficacia y economía de medios para acortar la brecha entre la necesidad terapéutica de una persona y el método de intervención que utilizamos. La meta, ese punto de llegada, nos exige diseñar una ruta lo más sensata, estable, conveniente e inmediata posible para mejorar las condiciones vitales de quien atendemos. No se trata de ir rápido: se trata de no dar rodeos innecesarios cuando el dolor,

el tiempo o la fragilidad del paciente no permiten “experimentos” sin marco.

En este sentido, el Sistema de Bloques (SdB) evita que trabajemos sin planificación y, por tanto, que incurramos en simulacros. La clave está en integrar un modelo de trabajo que nos ayude a seleccionar adecuadamente los ingredientes terapéuticos, musicales, expresivos, sensoriales, emocionales, físicos y verbales; que sustente un buen diseño de propuestas musicales; que obligue a definir metas y objetivos; y que nos conduzca a utilizar herramientas de evaluación óptimas para la supervisión. Todo ello exige una comprensión anticipada del proceso.

Cuando diseñamos una sesión, predecimos solo en parte el recorrido que queremos facilitar en el proceso terapéutico. A medida que el proceso avanza, incorporamos más detalles al mapa: reajustamos, afinamos, confirmamos o rectificamos. La práctica clínica afianza la ubicación y conecta con mayor claridad el mapa y el territorio. Sin mapa estamos perdidos. Sin un método de intervención, el territorio es una incógnita. Y sin el dominio de ambos resulta inviable construir una relación terapéutica sólida y eficaz, capaz de responder a las necesidades reales que presentan las personas.

Por eso, si el método es el mapa y la creatividad es el modo de caminar, la evidencia es el criterio que nos permite comprobar si avanzamos en la dirección adecuada. No basta con sentir que “algo se mueve”: necesitamos poder observar qué cambia, cuándo cambia y en relación con qué decisiones clínicas. Ahí es donde la práctica basada en evidencia deja de ser un discurso y se convierte en ingeniería del cuidado: en la capacidad de leer el terreno mientras lo recorremos y de ajustar la ruta sin perder el propósito. Con esta lógica llegamos al siguiente paso inevitable: los sistemas de evaluación, es decir, las herramientas que aumentan la credibilidad del mapa y nos permiten demostrar, con respeto, precisión y seguridad, que el territorio terapéutico está siendo realmente transformado.



The background is an abstract composition of several large, solid-colored rectangular blocks. A light beige block occupies the top-left and bottom-left areas. A large red block is in the top-right. A dark blue block is in the middle-right. A teal block is in the bottom-right. An orange block is in the middle-left. The text is centered in the top-left beige area.

**Cuando los  
colores están  
definidos sólo nos  
resta ajustar las  
formas para que  
todo el conjunto  
cuadre**

## 4.4 Sistemas de evaluación

El mapa es nuestro plan: lo que ideamos antes de entrar en contacto con el terreno. La musicoterapia, en cambio, es un ejercicio de materialización: nos permite caminar sobre la piel del territorio. El mapa es una abstracción, sí, pero cumple una función irrenunciable: ayuda a comprender la distribución del terreno, a anticipar rutas, a nombrar hitos y a orientar decisiones. El mapa retrata el territorio, pero no es el territorio; solo lo manifiesta, lo explica, lo describe.

La credibilidad de un mapa aumenta cuando existe una relación clara entre un signo y su posición en el espacio. Y esa credibilidad no es estética: es práctica. Los mapas cambian cuando el territorio cambia. La naturaleza modifica el paisaje en tiempos geológicos, lentos y perdurables; los humanos alteramos el entorno con mucha mayor rapidez. Basta con revisar una gran ciudad tras unos años: infraestructuras nuevas, barrios remodelados, caminos que desaparecen, otros que se abren. Una terapia no dista mucho de esa capacidad de transformación. Como en las ciudades, cada cambio en el territorio redefine el mapa del paciente: las tensiones, las fuerzas expresivas, los vínculos y las experiencias van cambiando su forma y apariencia. Los mapas que manejamos evolucionan a la par que las personas, y con ellos evoluciona todo el proceso narrativo.

La terapia, por definición, es un contexto móvil. Y esa movilidad es, a menudo, señal de que algo está funcionando: los acontecimientos musicales resignifican, desplazan y modelan el paisaje interior y exterior. Pero esa ductilidad nos plantea una exigencia profesional: necesitamos un sistema de evaluación continua. Necesitamos supervisión para constatar la correspondencia entre ideas y acciones, entre planes y la dirección real de los acontecimientos; entre el mapa dibujado y las nuevas configuraciones del territorio.

Sí, como decía antes, evaluar en musicoterapia es complejo; más complejo aún es que todos adoptemos el mismo sistema de medición. Partimos de una heterogeneidad casi congénita. Nuestras intervenciones presentan un eclecticismo metodológico que, aunque puede ser fecundo a nivel clínico, dificulta la replicabilidad de los tratamientos y de los procedimientos de medición de resultados: una de las premisas que sostienen la lógica del método científico.

El reto profesional de las próximas décadas para nuestra comunidad no pasa por uniformar la música ni por reducir la diversidad de modelos. Pasa por unificar; al menos, el modo de construir protocolos y el de evaluar. En la musicoterapia sucede algo similar a lo que ocurre en la medicina: hay muchas especialidades. No se interviene igual con un bebé en UCI que con un adulto mayor en residencia o con un adolescente con adicciones. Lo que nos falta no es variedad: lo que nos falta es un eje que englobe todas las partes, un “modo de hacer” común. Todos los violinistas del mundo afinan su instrumento de forma similar; luego, cada cual interpreta su repertorio. Con la evaluación ocurre lo mismo: podemos tocar distintas músicas, pero no deberíamos afinar cada una con una escala inventada.

La diversidad de casos y situaciones clínicas requiere métodos variados para la aplicación de la musicoterapia. Y las diferencias sociales y culturales exigen adaptaciones incluso dentro de un mismo modelo: cambian los instrumentos, los repertorios, las formas de contacto, los códigos de relación; cambia todo. Pero en lo que no podemos diferir, si aspiramos a ser comparables y acumulativos, es en el modo de acotar metas, planificar objetivos, concretar propuestas musicales y aplicar sistemas de medición. Si conectamos procedimientos y compartimos la base de esas acciones, los resultados podrán compararse, sumarse y leerse en conjunto. Lo común no empobrece: da consistencia.

En lo común está la fuerza del éxito. El futuro no está necesariamente en crear un sistema global de intervención (sería inviable y, en parte, indeseable), sino en un sistema global de gestión del proceso: de acompañamiento del paciente y de sistematización de tareas. Es decir, un modelo compartido para hacer, medir y analizar resultados. Ya existen muchas propuestas, aunque a menudo dispersas, sin un hilo conductor único. Hay autoras y autores que han desarrollado escalas validadas, sistemas de observación, modelos de análisis y supervisión, pautas para crear hojas de registro y marcos para formular metas y objetivos. Y, aun así, todavía son pocos los musicoterapeutas que los conocen e implementan de manera habitual. Cito algunos textos de obligada lectura para construir ese “mapa de mapas”:

- Music Therapy. Research and Evidence-Based Practice (Olivia Swedberg Yinger, 2018).

- Supervision of Music Therapy. A Theoretical and Practical Handbook (Helen Odell-Miller y Eleanor Richards, 2009).
- Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students (Thomas Wosch y Tony Wigram, 2007).
- An Introduction to Music Therapy Research (Barbara Wheeler y Kathleen Murphy, 2016).
- *Music Therapy Assessments* (Eric G. Waldon, Stine Lindahl Jacobsen, Gustavo Schulz Gattino, 2018).
- Investigación en musicoterapia para principiantes. Forma e Conteúdo Comunicação Integrada (Gustavo Schulz Gattino, 2025).

Porque sin estudio no hay toma de conciencia; y sin conciencia no hay comprensión posible, ni organización, ni estructura elemental sobre la que sustentar un proyecto de musicoterapia. Dicho de forma directa: sin un mapa de conocimiento, no podemos ni pisar el territorio.

Y aquí conviene recordar algo que a veces se olvida por familiaridad: cualquier acción terapéutica altera el territorio. La penetrabilidad de la música es potente y deja huella en el ecosistema de la persona. Es una gran responsabilidad saber qué tocamos y en qué parte del terreno estamos entrando. Es esencial intervenir donde corresponde, cuando es pertinente y hasta donde debemos. Las respuestas a estas cuestiones las obtenemos o las contrastamos mediante la evaluación. Sin esas herramientas cartográficas corremos el riesgo de dibujar mapas falsos que, en lugar de ayudarnos a orientar el cuidado, pueden dañar el territorio.

Los principales organismos estadounidenses de musicoterapia cuentan con una larga experiencia en velar por la calidad de la práctica clínica. La American Music Therapy Association (AMTA) y la Certification Board for Music Therapists (CBMT), entre otras instituciones, han establecido principios aplicables a la mayoría de los contextos geográficos. En una de sus aportaciones (2015) remarcan la importancia de cuidar los estándares de evaluación como una forma de dar calidad a los procesos de musicoterapia. Entre las competencias que destacan se encuentran:

- Identificar las categorías pertinentes para evaluar un caso.
- Atender las características nacionales y culturales de la persona atendida.
- Elegir métodos de evaluación ajustados a preferencias y aptitudes del paciente.

- Interpretar resultados de pruebas estandarizadas.
- Integrar los resultados de la evaluación en el informe clínico.
- Decidir la idoneidad del servicio de musicoterapia para el caso.
- Derivar a otros profesionales cualificados cuando sea necesario.
- Evaluar habilidades del paciente en varios dominios.

Como puede apreciarse, estas pautas nos devuelven a los conocimientos situados: son fruto de la observación y de la medición de respuestas obtenidas con herramientas fiables. No sirve un único punto de vista. El yo perceptivo es limitado: presenta sesgos. El tú del paciente completa parcialmente nuestro encuadre. Y ambos requieren el refrendo del nosotros: la mirada del supervisor clínico y el apoyo de herramientas como el microanálisis, el estudio comparado y, cuando procede, operadores estadísticos que nos ayuden a distinguir patrón de ruido.

Aquí volvemos al mantra: como terapeutas, estamos obligados a saber en todo momento qué estamos haciendo, por qué lo estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo, en los distintos niveles del proceso. Siguiendo el principio incuestionable de la no maleficencia, hemos de asumir la responsabilidad de ser benefactores permanentes durante toda la relación terapéutica. Esto implica detectar posibles daños que nuestras propuestas musicales, nuestras intervenciones verbales y no verbales, o incluso la estructura de las sesiones pudieran estar ocasionando. El camino es conocido y, por eso, no admite excusas: evaluación, análisis y observación continua.

Para que todo lo anterior tenga consecuencias reales y no se quede en un mapa bonito, necesitamos asumir una verdad incómoda: en sesión decidimos sin parar. Tocar o no tocar; sostener o cortar; subir el volumen o retirarlo; elegir un timbre, un tempo, una tonalidad; cambiarlos; decir estas palabras y no otras. El campo de posibilidades ya es inmenso en solitario, pero se vuelve exponencial cuando entran en juego las respuestas del paciente y el sistema relacional que se crea con la música. Cada microdecisión reorganiza el paisaje del proceso: abre rutas nuevas, cierra otras, produce respuestas imprevistas y nos obliga a recalcular. Y después llega el imperativo que se repite: medir, evaluar, analizar. Por si aún quedara alguna duda sobre la necesidad de buenas herramientas de control, el siguiente paso es mirar el punto más frágil —y a la vez más humano— de todo el dispositivo: nuestra propia capacidad de atender y procesar

información mientras intervenimos. Porque no decidimos desde un vacío neutral; decidimos desde un cerebro que economiza, automatiza y se cuenta historias para seguir funcionando. En el próximo epígrafe pondremos el foco en esos atajos mentales —los sesgos cognitivos— y nos apoyaremos en las aportaciones de Daniel Kahneman (junto a Tversky) para comprender por qué alternamos un pensamiento rápido e intuitivo con otro lento y reflexivo, y cómo esa arquitectura mental atraviesa, para bien y para mal, cada decisión clínica que tomamos en musicoterapia.

**Las evidencias  
son el sello de  
calidad de la  
musicoterapia**



## 4.5 Los sesgos cognitivos

En las sesiones tomamos decisiones continuas. Tocar o no tocar. Elevar el volumen o reducirlo. Elegir una tonalidad, una armonía, un timbre, un tempo; sostenerlos o variarlos. Usar estas palabras... o callar. El campo de posibilidades es amplísimo y, además, crece exponencialmente cuando confluyen las expresiones y las actuaciones de los pacientes. Cada circunstancia musical condiciona la dirección del proceso y activa nuevas respuestas, rutas y posibilidades. Luego llega la secuencia inevitable: medir, evaluar y analizar. La idea se repite. Por si aún cupiera alguna duda sobre la necesidad de contar con buenas herramientas de control, en este epígrafe pondré el foco en un punto crítico del oficio: nuestra capacidad de decidir en sesión.

Actuamos según cómo atendemos y procesamos la información. Y, en ese terreno, las aportaciones de Daniel Kahneman, psicólogo y premio Nobel, nos ayudan a comprender la naturaleza ejecutiva de nuestras funciones superiores: por qué a veces decidimos con claridad y otras veces nos dejamos arrastrar por automatismos; por qué podemos ser brillantes en la intuición y, a la vez, vulnerables a errores sistemáticos.

Pongamos todo en contexto. Kahneman vivió de niño la experiencia extrema de la persecución nazi y del Holocausto; esa biografía, atravesada por la incertidumbre y el miedo, lo llevó a observar con especial intensidad la diversidad del comportamiento humano. Con el tiempo, se interesó por el procesamiento cognitivo y, junto a su colega Amos Tversky, llegó a una conclusión decisiva: no pensamos con un único motor, sino con dos sistemas que se alternan. Uno es inmediato y directo; el otro, reflexivo y más lento. Sus ideas revolucionaron campos como la psicología, la economía y la toma de decisiones bajo incertidumbre.

El primero es el sistema intuitivo y automático. No requiere esfuerzo mental voluntario: opera de forma rápida y, en gran parte, fuera del foco consciente. Es el sistema que nos permite reaccionar, reconocer patrones, anticipar y movernos con fluidez. Está basado en lo aprendido (de forma voluntaria o involuntaria) y ha contribuido a nuestra supervivencia. Ahí habitan nuestras creencias, nuestros hábitos y todo lo que implica una respuesta “no pensada”. Su potencia es enorme; su riesgo, también:



precisamente porque funciona sin pedir permiso, solemos tener menor acceso y reconocimiento consciente de su contenido.

El segundo sistema es el pensamiento racional. Es más lento porque requiere más operaciones: cuestionar, analizar, comparar, validar bloques de ideas y tomar decisiones exige tiempo —hablamos de milisegundos— e información. Es un mecanismo costoso en términos de energía y atención; requiere entrenamiento y, sobre todo, condiciones internas mínimas para activarse. Todos conocemos ejemplos de cómo se altera la capacidad de concentración cuando superamos ciertos umbrales de exposición, intensidad o saturación emocional.

La gran creación de nuestra especie ha sido desarrollar la capacidad de dirigir el comportamiento hacia metas elegidas de forma consciente. A esto lo llamamos inteligencia ejecutiva. En este punto, recomiendo la lectura de *La mente ejecutiva*, uno de los muchos libros de José Antonio Marina sobre el aprendizaje y la inteligencia. Las funciones superiores de pensamiento nos permiten reducir conductas impulsivas, rigideces de criterio, prejuicios, procrastinación o descuidos atencionales y de memoria: elementos evitables y potencialmente dañinos para todo musicoterapeuta. En nuestra profesión conviven problemas teóricos y problemas prácticos; estos últimos los resolvemos a través de la acción, sí, pero también mediante un conocimiento dinámico capaz de leer el contexto y ajustar la intervención sin perder el rumbo.

En una sesión se congregan expectativas y esperanzas, intereses y metas, expresiones y limitaciones, teorías y normas, lenguajes y significados tan variados y cambiantes que solo pueden abordarse desde una mente consciente y un amplio conjunto de recursos técnicos integrados: una mente verdaderamente ejecutiva. La musicoterapia requiere una unión constante entre la fijación de un objetivo y la acción que lo persigue. Y ahí aparece la advertencia: los mecanismos automáticos, tal como describe Kahneman en *Pensar rápido, pensar despacio*, nos pueden limitar sin que nos demos cuenta.

A continuación resumo algunos sesgos característicos de ese sistema rápido e intuitivo. No los incluyo para demonizar la intuición, sería absurdo en una disciplina artística, sino para recordar que la intuición sin contraste es un terreno fértil para el error.

- **Sesgo de anclaje.** El cerebro se aferra a la primera información. En musicoterapia, la primera impresión no debería tomarse como “la verdad” del caso, sino como una hipótesis provisional.
- **Aversión a la pérdida.** El apego a lo diseñado nos impide ver posibles ganancias. La flexibilidad y la apertura al cambio evitan que nos obcequemos a conservar una propuesta cuando ya no es operativa.
- **Sesgo de disponibilidad.** Damos más verosimilitud a lo conocido y a lo recordado. Revisar la mecánica de nuestras acciones y protocolos reduce el riesgo de actuar desde la creencia en lugar de desde la evidencia y el registro.
- **Sesgo de confirmación.** Si una creencia pesa mucho, tendemos a ignorar lo que la refuta. El rol de la supervisión en musicoterapia ayuda a corregir posibles ofuscaciones.
- **Falacia de la planificación.** Subestimamos el tiempo y los recursos reales de una tarea. Pecamos de optimistas cuando planificamos tiempos, costes o la intensidad terapéutica sin datos suficientes.
- **Sesgo de retrospección.** Cuando ocurre algo, creemos que “ya lo sabíamos”. En realidad, la terapia es un campo contingente: no podemos asumir que todo será como lo imaginamos ni que la coherencia retrospectiva equivale a la predicción.
- **Efecto de encuadre.** La forma de presentar la información influye en cómo decidimos. En clínica, nos recuerda la importancia de apoyarnos en datos validados y registros consistentes para no depender de narrativas seductoras.
- **Falacia del coste hundido.** Mantenemos lo familiar porque ya hemos invertido en ello. Pero el contexto terapéutico camina hacia lo nuevo: anclarnos a lo fijo puede impedir cumplir la premisa del cambio.
- **Exceso de confianza.** Sobreestimamos nuestras capacidades y subestimamos los riesgos. Esto puede afectar seriamente la planificación y la lectura clínica de lo que sucede.
- **Sesgo de presente.** Priorizamos lo fácil y postergamos lo que exige. En musicoterapia, la procrastinación puede traducirse en la dejación de responsabilidades: registrar menos, evaluar tarde, revisar poco y supervisar insuficientemente.

Estos principios confirman la importancia de apoyarnos en los datos, asumir la responsabilidad de evaluar, entrenar de forma profunda nuestras habilidades terapéuticas y sostener el cuidado con un compromiso ético y profesional serio. El trabajo terapéutico es lo suficientemente delicado como para no tomar decisiones arbitrarias cuando estamos en el mar abierto. Los capitanes del barco han de estar al timón incluso cuando la

emoción de la música evoca imaginaciones, sensaciones y recuerdos ajenos.

Y aquí aparece un riesgo adicional, especialmente tentador en una disciplina artística: el sesgo del flow, el “dejarse llevar” por una experiencia que parece estar fuera del tiempo, de lo racional y de lo planificado. El flow puede ser terapéutico, sí, pero también puede convertirse en una coartada si se usa como excusa para perder el encuadre. Cuando no tengamos control del oleaje, conviene recordar una regla sencilla de supervivencia clínica: mejor no salir de las aguas donde hacemos pie, dominamos las corrientes y sabemos volver al mapa.

En el SdB, los sesgos no se “eliminan” porque son parte de cómo funciona el cerebro, pero sí se domestican mediante tareas repetibles: formular hipótesis, vincular propuestas a objetivos, registrar de forma estructurada, triangular datos y supervisar. En otras palabras, el SdB convierte la intuición en una aliada, porque la obliga a dialogar con el mapa, el registro y el análisis. Cada sesgo se combate mejor si sabemos en qué bloque se activa (lectura del caso, diseño, ejecución, evaluación, supervisión) y qué tarea estándar del SdB lo corrige (metas, objetivos, propuestas, registro, triangulación, revisión).

**Tabla 4.1**

Sesgos cognitivos: dónde aparecen en el método y cómo neutralizarlos (adaptada al SdB)

| <b>Sesgo (Sistema I)</b>     | <b>Bloque SdB donde más “engancha”</b>                | <b>Riesgo típico si no se corrige</b>                                                                | <b>Antídoto SdB (tarea estándar + evidencia mínima exigible)</b>                                                                                                                                               |
|------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anclaje</b>               | Bloque de Formulación del caso + Bloque de Metas      | La primera impresión fija el caso y “secuestra” metas; se interpreta todo como confirmación.         | Hipótesis provisional + criterios de revisión: formular 2–3 hipótesis alternativas y definir qué dato las haría cambiar. Revisión planificada del caso (p. ej., cada 3–4 sesiones) + contraste en supervisión. |
| <b>Aversión a la pérdida</b> | Bloque de Metas y Objetivos + Bloque de Planificación | Se mantiene una intervención “porque era la nuestra”, aunque ya no encaje; miedo a ajustar o cerrar. | Definir señales de cambio de fase (stop/go) y umbral de ineficacia: si indicador X no mejora en Y sesiones → ajustar objetivos/propuesta. Registrar la decisión y su justificación en el informe.              |

|                                 |                                                        |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Disponibilidad</b>           | Bloque de Diseño de propuestas musicales               | Se elige técnica/ repertorio por familiaridad, no por pertinencia clínica.                                | Checklist SdB antes de diseñar: "¿qué objetivo trabaja esto?" "¿con qué mecanismo?" "¿qué alternativa sería igual o más adecuada?". Vincular cada propuesta a 1 objetivo y 1 indicador de observación/ medida. |
| <b>Confirmación</b>             | Bloque de Observación/ Registro + Bloque de Evaluación | Solo se atienden señales que sostienen la teoría del terapeuta; se ignoran datos disonantes del paciente. | Triangulación mínima SdB: (1) registro observacional estructurado, (2) un ítem/escala breve del paciente, (3) nota clínica interpretativa. En supervisión: "¿qué dato refuta mi lectura?"                      |
| <b>Falacia de planificación</b> | Bloque de Dosificación/ Plan temporal                  | Se estiman tiempos y progresos irreales; se subestiman barreras (fatiga, adherencia, comorbilidad).       | Plan SdB con márgenes + "plan B" explícito. Registrar tolerancia/ carga (fatiga, engagement) y ajustar dosificación (duración, intensidad, frecuencia) según datos.                                            |
| <b>Retrospección</b>            | Bloque de Registro + Bloque de Revisión del proceso    | "Era obvio que pasaría"; se aprende poco porque el resultado parece predecible.                           | Notas SdB con predicción previa: "espero observar X". Al cierre: "observé Y". Revisión quincenal/mensual de discrepancias (mini-auditoría clínica).                                                            |
| <b>Efecto de encuadre</b>       | Bloque de Evaluación + Comunicación/ Informe           | Narrativas emocionales o el "cómo se cuenta" influyen más que los datos; se sobrevaloran impresiones.     | Estándar SdB para informes: separar dato (observación/ medida) de interpretación. Reportar contexto ("bajo qué condiciones ocurrió") y repetir siempre los indicadores núcleo del caso.                        |
| <b>Coste hundido</b>            | Bloque de Planificación + Ajuste/ Derivación           | Se insiste en el plan por inversión previa (tiempo/ego), aunque no aporte beneficios.                     | Criterios SdB de parada/ajuste/ derivación definidos desde el inicio. En supervisión: "si empezara hoy, ¿elegiría lo mismo?". Priorizar beneficio del paciente sobre coherencia del terapeuta.                 |

|                                       |                                                     |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Exceso de confianza</b>            | Bloque de Ejecución + Bloque de Evaluación          | Se reduce la evaluación ("ya lo veo"), se asumen efectos sin verificarlos.               | "Humildad operativa" SdB: medir siempre 1–2 resultados núcleo (mismos instrumentos/ ítems) + revisión periódica con supervisión y, si procede, revisión de grabaciones para calibración.                            |
| <b>Sesgo de presente</b>              | Bloque de Registro/ Documentación                   | Procrastinación: se pospone registrar/ evaluar; datos pobres y decisiones menos seguras. | Rutina SdB: registro en 10 minutos post-sesión + plantilla fija (metas/objetivos/propuestas/ indicadores). Calendario de evaluación (semanal/quincenal). Automatizar formatos repetibles.                           |
| <b>Sesgo del flow(extra, muy SdB)</b> | Bloque de Ejecución (encuadre) + Bloque de Revisión | Se confunde intensidad estética/ emocional con cambio terapéutico; se pierde el mapa.    | "Ancla de encuadre" SdB: objetivo visible + señal de retorno (cierre estructurado). Registrar 2–3 indicadores observables durante el flow (participación, autorregulación, interacción) y revisarlo en supervisión. |

An abstract, vibrant illustration featuring swirling bands of color in shades of orange, red, blue, and green. Interspersed throughout are various musical notes, clefs, and staves. A prominent treble clef is visible in the upper left, and a bass clef is in the lower right. The composition is dynamic and energetic, suggesting a sense of movement and rhythm. A vertical green bar runs through the center of the image, partially obscuring the background elements.

**La  
musicoterapia  
se desarrolla en  
la confluencia  
entre la fluidez  
expresiva y la  
firmeza de las  
evidencias**

## 4.6 La dirección de las evaluaciones

Las medidas y evaluaciones suelen asociarse de forma inmediata a los comportamientos del paciente. Las usamos para determinar si nuestras propuestas musicales son funcionales y efectivas para alcanzar las metas y objetivos fijados. Ese dato evaluado y supervisado es evidencia: nos permite sostener la validez interna de nuestro enfoque clínico, es decir, argumentar que lo que hacemos guarda relación con lo que cambia. Pero la evaluación no solo mira hacia fuera. Tiene también un carácter intrínseco: la evaluación nos evalúa. Afecta a nuestras acciones, a nuestras determinaciones y al modo en que sostenemos el encuadre profesional.

Cuando planificamos una sesión, decidimos de manera más racional: nos apoyamos en argumentos basados en la evidencia científica, en teorías, en principios técnicos y en lo que conocemos del caso. Cuando estamos dentro de la sesión, en cambio, una parte relevante de las decisiones se toma de forma intuitiva. Activamos un pensamiento rápido que opera con señales sutiles y memoria procedimental, y cuando nos damos el tiempo necesario, activamos también un pensamiento más reflexivo, sostenido por la memoria de trabajo. Ambos sistemas requieren entrenamiento porque pueden ayudarnos... o engañarnos.

Por eso las acciones terapéuticas no se adiestran para repetir las mecánicamente, sino para saber elegir cuál aplicar, cuándo y con qué intención. Es una formación del inconsciente orientada a la autorregulación: aprender a decidir con precisión bajo condiciones de contingencia. Y para esa autorregulación necesitamos un buen sistema de autoevaluación, además de la evaluación del paciente. Si no nos observamos a nosotros mismos, la intuición manda; y si la intuición manda sin contraste, el mapa se convierte en relato.

Dicho de otro modo: en musicoterapia evaluamos en dos direcciones complementarias.

- Hacia el paciente, para comprender estado, necesidades, respuesta y evolución.
- Hacia el terapeuta y el método, para calibrar decisiones, encuadre, fidelidad, dosis y coherencia del proceso.

Esta doble dirección es la que permite sostener un cuidado seguro y, a la vez, creativo. Además, protege la validez ecológica del trabajo: que lo que observamos y medimos tenga sentido en el mundo real del paciente, no solo en un ideal de laboratorio.

Los focos de observación y evaluación en un proceso son diversos. Dependen del tipo de trabajo que realizamos, del estado del paciente y de sus competencias, del momento del proceso y de la evolución de las sesiones. Si lo ordenamos por “objetos de evaluación”, aparecen, al menos, cinco zonas que conviene no confundir:

1. El paciente: su estado, recursos, limitaciones, prioridades y formas de responder.
2. La intervención: si lo que proponemos encaja con las metas/objetivos y si la “dosis” (intensidad, duración, frecuencia) es adecuada.
3. El proceso y la relación: participación, alianza, regulación, microcambios dentro de la sesión.
4. El terapeuta: calidad de decisiones, timing, ajustes, comunicación verbal y no verbal y coherencia del encuadre.
5. El contexto: cuidadores, equipo, entorno, barreras y facilitadores fuera del espacio terapéutico.

Desde esta perspectiva, los ítems más comunes, y más útiles, suelen ser:

- Evaluar qué tipo de trabajo conviene en función de las pruebas diagnósticas y los informes de otros profesionales de salud.
- Evaluar el estado del paciente antes de iniciar el proceso para contrastar y actualizar los datos disponibles.
- Evaluar las competencias vinculadas a la música y el método que deseamos aplicar (y si es pertinente aplicarlo ahora).
- Evaluar la evolución a lo largo de todo el proceso, atendiendo a las respuestas, los comportamientos y las situaciones clínicas que emergen en sesión.
- Evaluar al paciente al final del proceso para determinar cambios, resultados y necesidades futuras.
- Evaluar nuestra actuación terapéutica y el modelo empleado mediante la supervisión clínica.

Las observaciones sobre nuestro propio comportamiento dependen del nivel de comprensión y del grado de conciencia que hayamos adquirido. Por eso existen distintos niveles de práctica clínica, en proporción a la experiencia y al entendimiento. A mayor cualificación, mayor capacidad de



repartir la atención, sostener el encuadre y tomar mejores decisiones. Y cuanto más integremos procedimientos profesionales, metodologías de intervención y sistemas de regulación y evaluación, más capaces seremos de prestar un buen servicio: una musicoterapia de altas prestaciones.

La musicoterapia, como he insistido, es el resultado de un trabajo beneficioso para la persona atendida; no es una entidad preexistente. Sin beneficio, sin mejora, sin resultado observable, su culminación no es posible. Ese beneficio se construye encontrando respuestas a los múltiples afluentes que brotan de la sesión. La música provoca respuestas; estimula conductas que posibilitan comportamientos inesperados. Todo lo nuevo exige análisis y preguntas: no para controlar al paciente, sino para comprender qué estamos moviendo y con qué consecuencias.

En un proceso concurren dos realidades altamente dispares. Cuando tocamos junto al paciente, se entremezclan expresiones e intenciones comunicativas; emergen estados emocionales; se crean significados mientras adquiere sentido lo que suena, lo que se nombra y lo que se hace. Y a la vez, fuera del espacio terapéutico, intervienen el contexto social, los cuidadores y otros profesionales presentes en la vida del paciente. Nuestra intervención es una pieza dentro de esa red de personas y sucesos. Precisamente por eso, la evaluación no puede reducirse a un único punto de vista: exige, como mínimo, triangulación y registro para que el mapa sea más que una intuición bien contada.

Al evaluarnos, obtenemos evidencias sobre nuestras propias acciones. Determinando el alcance de lo que hacemos, afinamos la eficacia del mecanismo terapéutico y elaboramos informes compartibles con otros profesionales. Y esa transmisión clara, basada en hechos observables y en medidas consistentes, no solo mejora la coordinación, sino que nos otorga credibilidad clínica. Con esta base, el siguiente paso es inevitable: definir qué modalidades de evaluación podemos emplear y para qué funciones. Ese es el foco del próximo epígrafe



**Conocer todas  
las partes del  
sistema nos  
ayuda a explicar  
su utilidad**

## 4.7 Los tipos de evaluación

Una vez justificada la utilidad de la evaluación en el proceso de musicoterapia, necesitamos definir qué modalidades podemos emplear. No para llenar formularios, sino para tomar decisiones clínicas con base empírica. Evaluar, en esencia, es responder con datos a tres preguntas que sostienen todo el proceso: dónde estamos, si estamos avanzando y qué conviene ajustar. Con ese propósito, en *Music Therapy Assessment: Theory, Research and Application*, uno de los manuales más influyentes en musicoterapia, Jacobsen, Waldon y Gattino (2018) sintetizan funciones, modalidades y tipos de evaluación a partir de aportaciones clásicas (Bruscia, Wilson) y desarrollos posteriores (Jacobsen y Waldon, entre otros).

### 4.7.1 Evaluación por función: para qué evaluamos (Bruscia)

Recojo, en primer término, las aportaciones de Bruscia (1998), quien clasifica la evaluación según su funcionalidad clínica. Dicho de forma simple: según el tipo de pregunta que queremos responder.

- **Diagnóstico:** conocer el estado del paciente antes del proceso y orientar la intervención.
- **Descripción:** perfilar el estado del paciente (fortalezas, limitaciones, estilo de respuesta).
- **Interpretación:** explicar la evolución del paciente y dar sentido a los cambios observados.
- **Prescripción:** indicar qué necesita el paciente y qué tipo de intervención resulta más pertinente.
- **Evaluación:** determinar los comportamientos y respuestas del paciente en relación con el proceso (qué cambia, cuándo y cómo).

Esta clasificación es útil porque nos evita un error muy común: usar una herramienta adecuada para una pregunta equivocada. No es lo mismo describir que prescribir; no es lo mismo interpretar que evaluar resultados. Cambia el foco y el tipo de dato que necesitamos.

## 4.7.2 Evaluación por momento: cuándo evaluamos (Sattler)

Sattler (2001) puntualiza que las modalidades basadas en pruebas estandarizadas iniciales se utilizan para determinar el estado y la funcionalidad del paciente en relación con informes previos y el trabajo de otros profesionales. Es decir, ayudan a fijar la línea base, el punto de partida desde el que podremos hablar con honestidad sobre el cambio.

Además, propone diferenciar la evaluación según el momento del proceso:

- **Diagnóstica (inicio):** planificar el tratamiento y evaluar la funcionalidad del paciente.
- **Formativa (durante el proceso):** monitorizar progresos, documentar desempeño de metas y objetivos, y ajustar el plan si hace falta.
- **Sumativa (cierre):** resumir la eficacia del tratamiento y justificar su conclusión o su continuidad en otras condiciones.

Este eje temporal encaja de forma natural con el SdB: línea base, seguimiento y cierre. Dicho en tu metáfora del mapa: primero dibujamos el mapa inicial, luego lo vamos corrigiendo según cambia el territorio, y al final revisamos qué rutas se consolidaron y cuáles no.

## 4.7.3 Evaluación por fuente de datos: con qué evaluamos (Wilson y Sattler)

Sattler coincide con Wilson (2005) en que los recursos para obtener datos pueden clasificarse según su tipología. El valor de esta clasificación es práctico: nos recuerda que no existe un único “instrumento rey”, sino un conjunto de fuentes que conviene combinar:

Entre las más habituales destacan:

- Entrevistas (estructuradas, semiestructuradas y abiertas).
- Observaciones y hojas de registro.
- Pruebas, tests y cuestionarios (del terapeuta o de autoinforme)
- Revisión de la documentación (informes previos, historia clínica y notas del equipo).
- Procedimientos informales (útiles si se usan con criterio y se registran de forma consistente).

Aquí aparece una regla empírica sencilla: una medida no debería viajar sola. La robustez aumenta cuando triangulamos, por ejemplo, observación estructurada + voz del paciente + fuente externa (familia, equipo, supervisión). Esto no es burocracia: es control de sesgos, protección clínica y calidad de los datos.

#### **4.7.4 Evaluación como proceso: decisiones basadas en datos (Waldon) y el modelo RIOT**

Waldon (2013) insiste en que la valoración extraída de la musicoterapia debe ser lo suficientemente amplia como para abarcar el proceso completo de recogida y análisis de datos. Esa comprensión es la base para construir un cuerpo de conocimiento estable sobre los participantes en terapia y, sobre todo, para sostener que las decisiones clínicas se apoyen en información objetivada y no en opiniones o creencias.

En esa lógica propone el modelo RIOT, un recordatorio operativo de cuatro vías para obtener información —sin imponer un orden rígido, porque el orden lo decide el caso:

- **R** – Revisar: informes de otros profesionales, historia del paciente, documentación relevante.
- **I** – Entrevistar: al paciente y/o cuidadores; estructurada o abierta según el objetivo.
- **O** – Observar: desde registros sistemáticos (frecuencia/duración, listas) hasta métodos descriptivos (bitácora) y analíticos (microanálisis de vídeo, de texto o de audio cuando procede).
- **T** – Test: escalas de calificación y listas de verificación aplicadas por el terapeuta o autoadministradas por el paciente.

Lo importante no es memorizar el acrónimo. Lo importante es entender lo que representa: evaluar no es “pasar un test”, sino construir evidencia a través de varias ventanas de observación.

#### **4.7.5 Una mirada transversal: evaluación más allá de la sala (Jacobsen y equipo)**

Finalmente, Jacobsen y colaboradores amplían la evaluación más allá de lo observado en el marco terapéutico. Plantean que la evaluación debería

abarcar un trabajo transversal para asegurar una mayor fiabilidad en los criterios de decisión. En esa línea describen modalidades como:

- Evaluación diagnóstica: obtener datos para validar una hipótesis diagnóstica.
- Evaluación general (holística): identificar necesidades generales y preparar intervenciones adecuadas.
- Evaluación de la intervención de musicoterapia: recabar pruebas que avalen su valor como intervención terapéutica.
- Evaluación previa al tratamiento: determinar el tipo de sesión/intervención más efectiva para el paciente (por ejemplo, en las primeras sesiones).
- Evaluación de la eficacia del tratamiento: valorar la utilidad de las sesiones hacia el final del proceso.

Diversas aproximaciones, diversos encuadres y, en el fondo, una misma intención: sistematizar los resultados para que el cuidado sea más seguro y las decisiones más defendibles. Cuando medimos, analizamos y reflexionamos, estamos en disposición de elegir con fundamento. Esto no vuelve la terapia fría; la vuelve responsable. Y en un terreno tan delicado como el terapéutico, esa protección es un deber: para el paciente, para el equipo y para la propia disciplina.

## **Aplicación en SdB. Qué evaluar, cuándo, con qué y cómo registrarlo**

Te planteo un checklist operativo para sostener el rigor empírico sin perder la clínica ni la creatividad, que establece una regla aplicable al SdB. Consiste en evaluar y mantener alineados el mapa y el territorio. Para ello, cada bloque del proceso debe responder a cuatro preguntas: qué observo/mido, cuándo lo hago, con qué herramienta y cómo lo dejo registrado, para poder decidir y supervisar:

### **I) QUÉ evaluar (objetos de evaluación SdB)**

Marca al menos 1–2 indicadores núcleo por objeto (no más, para que sea sostenible):

- Paciente: estado actual, competencias relevantes, respuesta al estímulo musical, regulación/activación, participación.

- Metas y objetivos: grado de avance hacia lo que se pretende lograr (cambio observable).
- Propuesta musical/intervención: adecuación (encaja con el objetivo), dosis (duración/intensidad/frecuencia), fidelidad (se aplicó como se diseñó) y ajustes realizados.
- Proceso/relación: alianza, seguridad, significado, interacción, turnos, iniciativa, tolerancia a la frustración, comunicación.
- Terapeuta: calidad de decisiones (timing), encuadre, comunicación verbal y no verbal, manejo del flow, control de sesgos.
- Contexto: equipo, cuidadores, barreras y facilitadores, generalización fuera de la sesión.

## **2) CUÁNDO evaluar (momento del proceso: diagnóstico–formativa–sumativa)**

- Evaluación diagnóstica (inicio / línea base)
  - Finalidad: describir el punto de partida, los riesgos, los recursos y las prioridades; orientar las metas y el método.
  - En SdB: bloque de formulación del caso + metas iniciales.
- Evaluación formativa (durante / monitorización)
  - Finalidad: comprobar si el proceso avanza, ajustar propuestas y dosis, evitar la deriva por intuición o sesgo.
  - En SdB: bloque de ejecución, microevaluación y revisión periódica.
- Evaluación sumativa (cierre / resultados)
  - Finalidad: sintetizar la eficacia, justificar el cierre, la continuidad y la derivación; documentar el aprendizaje clínico.
  - En SdB: bloque de cierre + informe + transferencia.

### **Frecuencia recomendada SdB (simple):**

- Microevaluación: en cada sesión (breve).
- Revisión de objetivos: cada 3–4 sesiones (o antes si hay señales de alerta).
- Sumativa: cierre (y “follow-up” si el contexto lo permite).

## **3) CON QUÉ evaluar (fuentes y herramientas: triangulación mínima)**

Triangulación SdB mínima (lo más robusto con el menor coste):

1. Observación estructurada (terapeuta): hoja de registro con 3–6 ítems estables.
2. Voz del paciente: autoinforme breve (escala simple, elección, semáforo, narrativa guiada).

3. Fuente externa: cuidador/equipo o supervisión (mirada de “nosotros”).

**Herramientas posibles (elige según la pregunta, no por costumbre):**

- R – Revisar: informes clínicos, historia, notas del equipo (base empírica contextual).
- I – Entrevistar: paciente/cuidadores (estructurada o semiestructurada).
- O – Observar: registros por frecuencia/duración, listas de verificación, bitácora clínica, microanálisis (si procede).
  - T – Test: escalas estandarizadas o listas de evaluación (terapeuta/ autoinforme).

**Criterios SdB para elegir herramienta (4 filtros rápidos):**

Validez (mide lo relevante), fiabilidad (consistente), sensibilidad al cambio (detecta progreso), factibilidad (no rompe la sesión ni la alianza).

## **4) CÓMO registrar (para que la evidencia sea usable y supervisable)**

Plantilla SdB “10 minutos post-sesión”

- A. Meta/objetivo trabajado hoy: (1 línea)
- B. Propuesta musical aplicada: (qué + cómo + dosis)
- C. Indicadores observados (núcleo): 3–6 ítems (marcar / breve nota)
- D. Respuesta del paciente: 2–3 datos observables + 1 dato de autoinforme si existe
- E. Ajustes realizados y por qué: (microdecisiones clave)
- F. Próximo paso (hipótesis breve): “la próxima sesión espero observar
- G. Señales de alerta (si las hubo): seguridad, sobrecarga, disociación, rechazo, etc.

**Registro para revisión cada 3–4 sesiones**

- Resumen de la tendencia (mejora/estable/empeora) por objetivo.
- Decisión SdB: mantener / ajustar / cambiar / derivar.
- Justificación empírica: 2–3 datos (no opiniones).
- Plan de prueba: “si hacemos X, esperamos Y” (y cómo lo mediremos).

## **5) Traducción directa de “tipos de evaluación” a decisiones clínicas (Bruscia en SdB)**

- Diagnóstico: ¿Dónde estamos y qué es prioritario?
- Descripción: ¿Cómo se manifiesta el caso (patrones)?



- Interpretación: ¿Qué significa el cambio observado y cómo se explica?
- Prescripción: ¿Qué necesita el paciente y qué método/propuesta conviene?
- Evaluación (resultado): ¿Qué cambió, cuánto y con qué grado de confianza clínica?

## 6) Señales SdB para ajustar el mapa (alertas de deriva)

Activa revisión inmediata si aparecen:

- Incongruencia entre la meta y la propuesta (se toca “por tocar”).
- Ausencia de cambio sostenida (sin tendencia en 3–4 sesiones).
- Mejora emocional sin transferencia funcional (catarsis sin progreso objetivo).
- Efecto “flow” sin encuadre (intenso pero no trazable).
- Sesgos del terapeuta detectados: anclaje, confirmación, coste hundido..
- Riesgo clínico (desregulación, sobreexposición, retraumatización, deterioro).

En el SdB, la evaluación deja de ser un apéndice técnico y se convierte en una rutina de navegación: define el mapa inicial, recalibra la ruta durante el viaje y documenta el destino. Así, arte y ciencia dejan de disputarse el timón: el arte aporta presencia y significado; la ciencia, trazabilidad y seguridad. Con ambos, la intervención se vuelve defendible, replicable en lo esencial y, sobre todo, responsable ante la fragilidad del territorio humano que acompaña.



**El control de los  
afluentes  
determina el  
curso del río**

## 4.8 Confiabilidad y validez

Siempre que planteamos un protocolo de trabajo en musicoterapia, hemos de identificar dos decisiones inseparables: cómo vamos a recopilar datos y cómo vamos a analizarlos. En ese punto, emergen dos conceptos determinantes en cualquier método empírico: la confiabilidad y la validez. Calibrar nuestra forma de medir da consistencia a los datos y permite confiar en que esa muestra nos sirve para valorar lo que sucede en una sesión. Determinar que las observaciones son válidas es tan necesario como obtener un resultado “objetivo” a partir de ellas. Porque un dato puede ser muy exacto... y aun así no estar midiendo lo que creemos.

Dicho de forma sencilla:

- La confiabilidad es la estabilidad de la medida: si repetimos el procedimiento en condiciones comparables, ¿obtenemos resultados consistentes?
- La validez es la pertinencia de la medida: ¿ese resultado representa realmente el fenómeno que queremos captar?

En clínica esto se traduce en una pregunta práctica: ¿puedo apoyarme en estos datos para decidir? Si la respuesta es “no estoy seguro”, el mapa pierde credibilidad.

La manera de validar una medida depende, en gran medida, de la fiabilidad del instrumento con el que la evaluemos. Usaré un ejemplo. La temperatura de un plato de sopa, medida con un termómetro homologado, es más confiable que nuestra sensación de calor al ingerirlo. Ese aparato nos da una cifra reproducible; nuestros termorreceptores bucales, en cambio, aportan un dato aproximado y muy dependiente del umbral personal de tolerancia. Esta distinción tiene dos consecuencias directas en nuestro trabajo:

1. La idea que construimos del paciente y de su evolución es esencial en cualquier proceso terapéutico.
2. La información que podemos trasladar a otros profesionales, la cadena de contenidos compartida que sostiene la coordinación clínica.

Según cómo estén construidas nuestras herramientas de evaluación, llegaremos a unas conclusiones u otras. No todas miden lo mismo ni lo hacen del mismo modo. Cada una ofrece una “foto” distinta de los

acontecimientos terapéuticos. Así sean las preguntas que nos hacemos, así serán las respuestas que obtendremos. Lo importante es determinar a qué elementos atendemos para decidir cuál es el mejor método para interpelarlos. Según el pez, así es la caña... y el cebo.

El hecho de que puedan darse resultados falseados nos obliga a sopesar con calma el diseño y la aplicación de nuestras hojas de registro. En su confección debemos contemplar factores y circunstancias específicos del proceso terapéutico del paciente. No nos sirven hojas genéricas si el caso requiere precisión. Así como definimos metas y objetivos, planificamos propuestas musicales específicas y determinamos categorías de observación ad hoc, tal y como describimos en el capítulo 3. La combinación de ítems y calificadores resultante, en muchos casos, es válida, sobre todo en ese caso: capta con nitidez lo que ahí importa.

Ahora bien, que una herramienta sea “a medida” no significa que sea arbitraria. Para que un registro sea empíricamente defendible, debe cumplir; al menos, con cuatro requisitos sencillos:

- Claridad: que los ítems estén definidos y que todos entendamos lo mismo al observarlos.
- Consistencia: que se aplique siempre del mismo modo (misma ventana temporal, mismo criterio).
- Sensibilidad: que detecte cambios pequeños pero relevantes (microcambios).
- Factibilidad: que no destruya la sesión ni rompa la alianza terapéutica.

Nos apoyaremos, por tanto, en todas las ideas derivadas del estudio previo del caso. Comprender su naturaleza nos permite valorar qué herramienta resulta más o menos útil para extraer información. Y aquí aparece una tensión estructural que atraviesa la disciplina: trabajamos en un contexto mediado por la expresividad musical, la espontaneidad y la creatividad; un terreno de contingencia ecléctica. Esa riqueza es una fortaleza clínica, pero también exige un contrapeso: sistemas de observación lo suficientemente confiables como para no confundir intensidad con eficacia, ni emoción con progreso, ni “bonito” con “beneficioso”. Este es, en parte, nuestro talón de Aquiles. Sabemos intervenir, sabemos modificar estados emocionales, sabemos acompañar en situaciones de dificultad, pero a menudo tenemos limitaciones para explicar objetivamente cómo todo eso sucede con el rigor que demandan las profesiones circundantes en el campo de la salud.

Volvamos a la imagen de los afluentes. En una misma sesión concurren diversas fuentes de información: manifestaciones simples y complejas, evidentes y sutiles, directas e indirectas; signos indescifrables y señales claramente significativas. Los datos emergen como un caudal incesante que avanza por múltiples frentes expresivos.

Está el lenguaje musical; el lenguaje no verbal; respuestas físicas y emocionales; respuestas psicológicas; lo consciente y lo inconsciente; bloqueos y desbloqueos; resistencias; acciones recurrentes; liberaciones; conductas inhibidas y desinhibidas... Todo un río de necesidades terapéuticas y de estados mentales, emocionales, cognitivos y físicos altamente cambiantes, que evolucionan en función de una variable independiente poderosísima: la música.

Como sucede en las desembocaduras, en este espacio de confluencias que es la sesión de musicoterapia, las “aguas” de los datos se mezclan y se enturbian. La mirada puede confundirse y la observación se vuelve difícil. ¿Qué parte es “agua dulce” y cuál es “salada”? ¿Qué porcentaje de cada una hay en este tramo del cauce? Son muchos focos de atención, muchas señales. Tantas que las primeras experiencias clínicas de un musicoterapeuta novel suelen ser agotadoras: la percepción se satura y, sin entrenamiento, solo se alcanzan a ver las acciones más sonadas, las más evidentes, las que hacen más ruido.

Por este motivo es primordial aprender, desde los primeros estadios de la formación, el uso de sistemas de medida. Las técnicas de intervención deben ir emparejadas con las de observación. El musicoterapeuta debe volverse sensible a los datos y convertirlos en una prioridad clínica: aprender a ordenar señales, categorizar contenidos y reconstruir —con prudencia— el relato lógico de lo sucedido. Para algunas situaciones nos sirven modelos de evaluación estandarizados; en otras será pertinente construir herramientas específicas. Pero en ambos casos, la exigencia es la misma: que lo medido sea confiable y válido.

En esas fases de entrenamiento terapéutico, conviene ensayar también el rol del coterapeuta/observador; una figura centrada en el registro de datos. Mantiene una distancia emocional, no interviene con el paciente y funciona como un “segundo par de ojos” más neutro. Su valor es enorme: sintetiza y anota evoluciones, graba, registra y ayuda a definir qué sucede, por qué

puede estar sucediendo y para qué nos sirve lo que sucede. Es, en la práctica, un corrector de sesgos y un aliado de la validez.

Cuando disponemos de un patrón de medición coherente y confiable, podemos aplicar ese sistema a otros casos. Esto es una de las ideas de fondo de este manual: si aprendemos a evaluar con criterios afines, podremos establecer diálogos comparativos sobre los resultados y la utilidad de las metodologías de intervención; podremos hacer estudios de caso comparados, acumular evidencias y hacer crecer el campo conceptual de la musicoterapia. No se trata de uniformar la música, sino de compartir un lenguaje mínimo para describir y analizar el cambio. La uniformidad metodológica —en lo esencial— es el fundamento para construir un discurso consensuado sobre las cualidades terapéuticas de la música.

#### **4.8.1. Cómo aumentar confiabilidad y validez en 7 acciones**

Te ofrezco una guía rápida para que el “mapa” mida bien el territorio sin matar la sesión. EL principio que aplica al SdB es que, en musicoterapia, no basta con “ver cosas”. Hay que ver lo mismo de forma consistente y asegurarse de que lo que vemos corresponda a lo que decimos que estamos viendo. Confiabilidad = consistencia; validez = pertinencia.

##### **1) Definir qué se observa (operacionalizar)**

- Convierte conceptos amplios (“regulación”, “participación”, “vínculo”) en conductas observables.
- Ejemplo SdB: en vez de “mejor regulación”, usar 2–3 marcadores: latencia para entrar; capacidad para sostener turnos, recuperación tras interrupción.

**Impacto:** sube la confiabilidad (todos miran lo mismo) y la validez (mides el fenómeno, no una impresión).

##### **2) Mantener pocos indicadores núcleo (y estables)**

- Selecciona 1–2 resultados núcleo por objetivo y manténlos durante varias sesiones.
- Evita la “inflación de ítems” (medir 20 cosas y no medir ninguna bien).

**Impacto:** aumenta la sensibilidad al cambio y reduce sesgos por saturación atencional.

### 3) Diseñar registros con ventana temporal fija

- Define la ventana: ¿observas por minuto, por fases de la sesión, por segmentos (inicio–núcleo–cierre)?
- Repite la misma estructura para comparar.

**Impacto:** mejora la confiabilidad del test-retest clínico (consistencia de la aplicación) y permite identificar tendencias.

### 4) Usar anclas (ejemplos de referencia) para calificar

- Si usas escalas (0–3, 1–5), crea 1–2 ejemplos por nivel.
- Ejemplo: “2 = participa con apoyo”, “3 = inicia y sostiene sin apoyo”.

**Impacto:** aumenta la concordancia entre observadores y reduce la deriva interpretativa.

### 5) Aplicar la triangulación mínima SdB

Asegura siempre (si el caso lo permite):

1. Observación estructurada (terapeuta/observador)
2. Voz del paciente (autoinforme breve o elección guiada)
3. Fuente externa (cuidador/equipo/supervisión o registro independiente)

**Impacto:** aumenta la validez (menos “relato único”) y protege contra sesgos (como confirmación, encuadre y retrospcción).

### 6) Entrenar y dividir roles: coterapeuta/observador cuando sea posible

- Ensayar el rol de observador: distancia, neutralidad, foco en registrar.
- Si no hay coterapeuta, usa alternativas: grabación breve + revisión posterior, o supervisión con fragmentos.

**Impacto:** mejora la confiabilidad (segundo par de ojos) y aumenta la validez (separar la intervención de la medición).

### 7) Hacer “calibración” periódica del sistema (auditoría ligera)

Cada 3–4 sesiones:

- Revisa si los indicadores siguen siendo pertinentes (validez).
- Revisa si se están aplicando igual (confiabilidad).
- Decide: mantener, ajustar o cambiar, y deja constancia del porqué.

**Impacto:** evita mapas falsos debido a cambios en el territorio y mantiene el SdB vivo (no burocrático).

## Mini-checklist

- ¿Mis ítems son observables y están definidos?
- ¿Tengo 1–2 indicadores de núcleo por objetivo?
- ¿Siempre registro con la misma ventana temporal?
- ¿Uso anclas para puntuar?
- ¿Triángulo al menos con paciente + observación?
- ¿Tengo segunda mirada (observador/supervisión/grabación)?
- ¿Reviso el sistema cada 3–4 sesiones?

Confiabilidad y validez no son tecnicismos: son el modo en que el SdB evita que confundamos emoción con efecto, intuición con evidencia y una sesión intensa con una sesión terapéuticamente eficaz





**Saber cuál es el color,  
la forma, la proporción,  
la textura o el tamaño  
de la música nos ayuda  
a explicar su impacto  
terapéutico**

## 4.9 El qué de la música

Ya he comentado que estamos ante una realidad terapéutica tan compleja de impartir como de medir. Todos los profesionales hemos vivido experiencias clínicas en las que la música ha funcionado como elemento de transformación física, mental, emocional, psíquica, comunicativa, estética e incluso trascendental. Hemos visto con nuestros propios ojos cómo algunas personas mejoran su estado tras una sesión. Pero la cuestión de fondo —la que separa la experiencia del conocimiento clínico— es otra: cómo traducimos esas situaciones a un lenguaje verificable, a una gramática compartible por el resto del sistema sanitario.

La música establece puentes de comunicación y de diálogo estético entre terapeuta y paciente. En muchos casos, ese puente es indispensable para afrontar episodios complejos, preverbales o difíciles de verbalizar que, con herramientas exclusivamente conversacionales, resultarían lentísimos de abordar. La música activa resortes sensoriales profundos que sortean las fronteras de la razón: mueve y remueve, suelta y agita, calma y reconforta. Sus cualidades evocativas nos permiten modular el ánimo y acompañar procesos de cambio, porque su lenguaje es adaptativo: se amolda a la necesidad terapéutica de cada persona y a la contingencia del proceso.

Ahora bien, en el ejercicio de la traducción a la lengua de la ciencia no basta con observar acciones, comportamientos y respuestas del paciente. Para explicar el fenómeno terapéutico con rigor, necesitamos analizar todos los elementos concurrentes, lo que, en jerga científica, llamamos variables. Y aquí conviene hacer una corrección conceptual clave para sostener el argumento: en musicoterapia, las respuestas (cambios conductuales, emocionales, fisiológicos, comunicativos) suelen funcionar como variables dependientes; y aquello que “aplicamos” o modulamos —la música en sus manifestaciones concretas dentro del encuadre terapéutico— opera como variable independiente (o como conjunto de variables independientes) en interacción con el contexto y el estado del paciente.

Cuando hablamos de musicoterapia, tenemos la obligación de definir primero la música. Y aquí “música” no es una etiqueta cómoda, sino un problema clínico: musicalidad, forma sonora, lenguaje musical, estructura, prosodia, simbolismo... todas las dimensiones sonoras presentes en una sesión. Del mismo modo que un laboratorio de farmacología detalla los

compuestos de un medicamento, nosotros debemos descomponer los elementos constitutivos de nuestra herramienta principal. Si solo usamos el término música como acepción genérica, eludimos concretar y, con ello, renunciamos a entrar en un terreno de significación técnica. Sin ese paso, la intervención se vuelve difícil de describir; imposible de comparar y frágil para replicarse.

Saber cómo ha operado el elemento sonoro es esencial para despejar la ecuación del efecto terapéutico de la música en las personas. Y aquí aparece una dificultad endémica: acotar el impacto de esa variable independiente sigue siendo complejo, incluso con los sistemas de análisis y notación musical disponibles. Más allá de la observación fenomenológica de reacciones y vivencias, todavía no disponemos —de forma completa y aplicable a la clínica cotidiana— de un relato neurológico integrado que describa la cadena de reacciones químicas, fisiológicas y psicológicas que la música produce en cada contexto. Eso no invalida el trabajo: lo sitúa en el punto exacto donde debemos apretar más el método.

En la musicoterapia necesitamos correlacionar causa y efecto —causas y efectos— porque nos encontramos ante un entorno multifactorial. Medir solo las respuestas, sin detallar el momento del proceso en que emergen ni delimitar qué tipo de sonoridad las ha ocasionado, impide fijar la distancia a nuestras metas. Vincular el elemento sonoro con la respuesta es el elemento troncal para comprender y explicar qué aporta la musicoterapia. Considero que nuestras interacciones con los pacientes están mediadas por la música en torno al 75%: esto nos obliga a describir su composición y su evolución, no como un lujo musicológico, sino como una responsabilidad clínica.

Cuando somos capaces de describir la tipología musical empleada y su evolución en una unidad de tiempo (tempo, dinámica, ritmo, densidad, registro, timbre, modo/tonalidad, contorno melódico, tensión-resolución armónica, silencio, repetición, variación), podemos empezar a construir hipótesis más sólidas sobre qué está actuando y por qué. No se trata de “explicar la música” como si fuera un objeto aislado, sino de describir la música en relación: lo que se hace, lo que se responde, lo que cambia y en qué condiciones cambia.

Para aterrizar este enfoque, el siguiente listado puede servir como brújula de preguntas clínicas. Son preguntas que, si pudiéramos responderlas de forma consistente, elevarían de inmediato el valor empírico de nuestros informes y publicaciones:

- ¿De qué elementos formales se compuso la comunicación sonora (ritmo, timbre, dinámica, tono/modo, densidad, silencio)?
- ¿Qué evolución formal tuvo la música a lo largo tiempo (estabilidad, escalada, ruptura, retorno)?
- ¿Qué estructura melódica, rítmica y armónica predominó en un fragmento y con qué función terapéutica?
- ¿Qué rol desempeñaron esos elementos para facilitar o contener la expresión emocional?
- ¿Qué grado de influencia tuvo la música en el cambio de estado emocional (y cómo lo registramos)?
- ¿Qué elementos musicales fueron desechados y por qué motivo (rechazo, sobrecarga, evitación, desajuste)?
- ¿Qué fragmento o cualidad sonora desencadenó evitación, oposición o retraimiento?
- ¿Qué cambios de comportamiento se observaron a lo largo de la sesión en relación con modificaciones musicales concretas?
- ¿Qué implicación mostró el paciente en la producción musical (iniciativa, turnos, sostén, liderazgo, retirada)?
- ¿Qué activación corporal generó la música, o qué música emergió según el estado corporal del paciente?
- ¿Qué influencia tuvieron el tempo, el ritmo y la intensidad en la respuesta (activación, regulación, interacción)?
- ¿Qué influencia marcaron el modo, la tonalidad y los timbres en la conducta y la expresión?
- ¿Qué capacidad tuvo el paciente para conectar el sentimiento con la producción sonora (simbolización, coherencia afectiva, congruencia)?

Caben muchas más cuestiones. Cada intervención suscita sus propios interrogantes y es nuestra misión exponerlos. Y, a pesar de esta relevancia, no es habitual encontrar en los estudios publicados descripciones suficientemente precisas de la música como variable. Muy pocos investigadores se atreven a definirla sin caer en ambigüedades ni en generalidades impropias de un contexto empírico.

Para la redacción de un artículo reciente, revisé trabajos publicados en las últimas ediciones de tres de las revistas más prestigiosas y especializadas en musicoterapia: *Journal of Music Therapy*, *Nordic Journal of Music Therapy* y *Music Therapy Perspectives*. Pues bien: en los estudios de caso resultaba difícil encontrar descripciones detalladas del elemento sonoro asociado a los resultados observados. Apenas había rastros de datos concretos: tempo, modo/tonalidad, timbres, patrones rítmicos, estructuras, fragmentos o decisiones musicales observables. Cuando veo estas carencias pienso inevitablemente en los estándares de la medicina: jamás se admitiría la publicación de una técnica novedosa, pongamos en cardiología, sin describir con precisión el instrumental, el procedimiento y las condiciones de aplicación. En la musicoterapia, si la música es la herramienta, debe describirse.

Por tanto, si solo atendemos a respuestas y comportamientos, y pensamos en efectos sin atender a las causas que los originan, nunca podremos explicar el grado de impacto real ni sostener hipótesis clínicas robustas. Nuestros análisis del fenómeno terapéutico musical serán sesgados, incompletos y arbitrarios. Y, en consecuencia, seguiremos alimentando una visión simplista —y profundamente injusta—: la idea de que la música sirve para entretener, no para impactar de forma terapéutica. Esa narrativa opera en el inconsciente colectivo e impide poner en valor los importantes procesos terapéuticos basados en las artes creativas. Si queremos que la musicoterapia sea ciencia sin dejar de ser arte, debemos empezar por nombrar con precisión aquello que la hace singular: el qué de la música.

#### **4.9.1. Plantilla SdB “6 líneas” (para completar en 2–3 minutos post-sesión)**

1. Objetivo (1): ¿qué pretendíamos mover hoy? (p. ej., autorregulación / iniciativa / vínculo / tolerancia)
2. Contexto/encuadre: inicio–núcleo–cierre y condición relevante (fatiga, medicación, conflicto previo, presencia de cuidador, etc.)
3. Música aplicada/emergente (descripción mínima):
  - Tempo/ritmo: (lento/medio/rápido; pulso estable vs. fluctuante; patrón X)

- Dinámica/intensidad: (suave→media→alta; crescendos; acentos; silencios)
  - Timbre/registro/densidad: (instrumentos; grave/agudo; textura: monofónica/heterofónica/densa)
4. Estructura (función): ¿Cómo se organizó? (llamada-respuesta, turnos, ostinato, improvisación libre, canción, forma A–B–A, etc.)
  5. Microcambios musicales clave (2–3): “cuando cambié X, ocurrió Y” (ej.: bajé tempo → disminuyó agitación; introduce pausas → aumentó contacto visual)
  6. Respuesta del paciente (indicadores del núcleo): 2–4 datos observables + 1 dato de voz del paciente (si existe).

### **Lista de “variables musicales” permitidas (elige 3–5, siempre las mismas por caso)**

- Tempo / pulso (estable–inestable)
- Ritmo (patrón, sincronía, turnos)
- Dinámica (intensidad, acentos, silencios)
- Timbre (instrumento, color, brillo/opacidad)
- Registro (grave–agudo)
- Densidad/textura (simple–densa)
- Modo/tonalidad (si es relevante)
- Contorno melódico (ascenso/descenso; repetición/variación)
- Tensión–resolución (armónica o perceptiva)
- Estructura formal (A–B–A, ostinato, canción, libre, etc.)

Regla práctica: si no puedes registrar 10 variables, registra 3–5 variables siempre iguales. La consistencia vale más que la exhaustividad.

### **Mini-ejemplo**

- Objetivo: disminuir la activación y aumentar la tolerancia al turno.
- Música: pulso estable lento, dinámica suave con pausas, timbre grave (tambor + voz), textura simple.
- Estructura: turnos + llamada–respuesta.
- Cambio clave: al introducir silencios de 2–3 s → el paciente esperó sin interrumpir (x3).

- Respuesta: ↓movimiento repetitivo, ↑contacto visual, ↑iniciativas rítmicas; autoinforme “me siento más tranquilo”.

### **Cómo usarlo dentro del SdB (sin añadir burocracia)**

- Inicio (línea base): define 3–5 variables musicales más probables para ese caso.
- Durante (formativa): registra solo cambios clave “X→Y” (causa probable → efecto observable).
- Cierre (sumativa): resume patrones: “qué música ayudó / qué música activó evitación / qué cambió con el tiempo”.

Registrar la música como variable no es un lujo académico: es la forma en que el SdB hace visible la relación entre el qué sonoro y el qué clínico, permitiendo que la creatividad sea trazable, que el cambio sea discutible y que la musicoterapia pueda explicarse con precisión ante cualquier equipo de salud.

A large, bold, red number '1' is positioned on the left side of the image. It is set against a dark, textured background that appears to be a wall or a large piece of paper. The number has a slight shadow, giving it a three-dimensional appearance.A large, bold, red number '1' is positioned on the right side of the image. It is set against a dark, textured background that appears to be a wall or a large piece of paper. The number has a slight shadow, giving it a three-dimensional appearance.

**La  
correspondencia  
entre acciones y  
resultados  
fundamenta  
nuestras  
evidencias**



## 4.10 La uniformidad de los datos

El siguiente frente de atención consiste en diseñar nuestros instrumentos de medida para observar variables dependientes e independientes. Recapitulación: para medir, necesitamos un “aparato de medida” que nos dé datos veraces y un protocolo sistematizado para obtenerlos. Es decir: debemos decidir cuándo tomar la medida, bajo qué circunstancias, cuántas observaciones necesitamos, qué elementos se miden y cuáles no, qué criterios determinan si el dato es válido o no, cómo se clasifica y qué operaciones o cálculos realizaremos con esos valores. Solo así el dato es útil. Solo así el dato expresa la naturaleza del fenómeno observado y deja de ser una impresión numérica.

Una de las maneras de medir consiste en emplear datos cuantitativos obtenidos mediante una correlación numérica: el comportamiento A vale 1, el B vale 2, y así sucesivamente. Los psicólogos emplean pruebas estandarizadas; los facultativos, instrumental médico (por ejemplo, un escáner) o procedimientos analíticos (por ejemplo, una analítica de sangre). Son instrumentos testados que describen un estado conforme a un baremo: establecen una línea base y una escala de puntuación. Los resultados alejados de la frontera de la normalidad se consideran anómalos y se interpretan como un “fallo del sistema” o una alteración funcional. El dato ofrece un punto de referencia. Y cuando lo vemos de forma comparada —entre sesiones, entre fases, entre condiciones— podemos identificar tendencias: progresión, estancamiento o retroceso. Medir nos ayuda a corroborar señales de cambio y a localizar puntos fuertes y vulnerables en la evolución de las personas.

Ahora bien, lo decisivo de un sistema de medidas no es solo que “dé números”, sino que esos números cumplan un criterio esencial: la uniformidad. La uniformidad significa que los ítems, sus calificaciones y los criterios de valoración se aplican de forma consistente bajo un criterio unívoco. En términos simples: las peras solo se comparan con otras peras. Los datos son uniformes cuando los valores expresan elementos comparables y han sido obtenidos con métodos igualmente parejos. Si un día medimos “atención” como contacto ocular, otro como permanencia en tarea y un tercero como silencio, estamos mezclando variables distintas con la misma etiqueta. Eso confunde el mapa y enturbia el territorio.

En los principales manuales se insiste en la necesidad de realizar evaluaciones basadas en evidencia (evidence-based assessment, EBA). Esto significa sustentadas en teoría y respaldadas por instrumentos que hayan superado controles de validez y calidad. Un sistema terapéutico es inestable si no cuenta con ese respaldo. Una teoría no es una opinión: es una cadena de conocimientos probados en el curso de la investigación, los contrastes y los ensayos. En la musicoterapia, esto es crucial: la teoría guía la formulación del protocolo, el modo de recopilar datos y la manera de analizarlos. Ninguna de estas cuestiones puede quedar al albur de la improvisación ni de ocurrencias técnicas. Trabajamos con personas, afrontamos problemas complejos y debemos aplicar procedimientos seguros que velen por la integridad y el beneficio del paciente.

Aterrizo la idea con un ejemplo. Si definimos una categoría de observación en una propuesta musical concreta, por ejemplo, la capacidad de atención, necesitamos una escala de valores que permita medir cuánto es constante, cuánto voluntaria, cuánto focalizada en una cualidad del sonido, del instrumento o de la interacción. Para construir esa escala, conviene conocer cómo se ha medido la atención en otras disciplinas, ya que en nuestro caso es imprescindible detectar mejoras reales en esa competencia.

Una forma útil, especialmente en entornos clínicos, es recurrir a valores porcentuales vinculados a una ventana de tiempo o a una tarea definida. Por ejemplo:

- Mantiene la atención al 100% (en el sonido / en la interpretación / en...) durante la actividad X.
- Mantiene la atención al 80% durante la actividad X.
- Mantiene la atención al 50% durante la actividad X.
- Mantiene la atención al 30% durante la actividad X.

El primer valor representa la conexión total con la tarea: la propuesta musical ha suscitado interés y motivación, y el paciente se mantiene vinculado. Los siguientes valores indican grados de logro. Y esos grados, lejos de ser un juicio moral, son una puerta de entrada a preguntas clínicas relevantes.

¿Por qué no se logró el 100%? ¿Por una cuestión intrínseca del paciente (estado mental, emocional, cognitivo)? ¿Por una variable extraña (una interrupción, ruido, alguien que entró en la sala)? ¿Por qué la propuesta musical no fue lo suficientemente ajustada? ¿Por qué el terapeuta no acertó en la conducción? El dato, cuando está bien construido y bien contextualizado, no humilla: orienta. Nos ayuda a comprender qué sucede, por qué sucede y qué implica eso en el proceso terapéutico.

Aquí conviene insistir: un dato no debe verse como un elemento aislado, sino en relación con el contexto que lo ha creado. Estamos en un ámbito multifactorial. Encontrar razones para un resultado forma parte del trabajo clínico, no un lujo académico. Para que los calificadores reflejen con efectividad la naturaleza del comportamiento, deben cumplir el criterio de uniformidad: usar siempre los mismos niveles, aplicarlos del mismo modo y cuidar que sirvan para medir el acontecimiento en su extensión. La clave de las medidas es la reiteración. La constatación de un logro se obtiene comprobando reiteradas veces la medida: sin repetición no hay tendencia, y sin tendencia no hay relato empírico del cambio. La musicoterapia, en este sentido, está íntimamente ligada al tiempo de exposición y a la consistencia del encuadre.

Con estas ideas, queda remarcada la importancia de la validez de los datos. Y, para sostenerla, necesitamos saber desde dónde posicionamos la mirada. ¿Tenemos clara la teoría que sustenta nuestras intervenciones? ¿Conocemos las teorías que fundamentan la musicoterapia? ¿Son más eficientes los principios psicodinámicos, conductuales, humanistas, centrados en el cliente, transpersonales o integrales? ¿El enfoque biomédico pesa más que el psicosocial o el neurológico? ¿Dónde confluyen estas teorías? ¿Teoría y método son lo mismo? Responder estas preguntas no busca resolver una guerra de escuelas, sino comprender y razonar por qué hacemos lo que hacemos. Porque la uniformidad de los datos no es solo un problema de escalas, sino problema de coherencia conceptual.

Íntimamente ligados a estos aspectos, y aquí abro la puerta a un futuro libro, se encuentran los principios éticos de la evaluación. Son requisitos profesionales que establecen líneas de control y de cuidado. Entre ellos destaco:

- Valorar nuestra capacitación y experiencia en evaluaciones.
- Detectar posibles sesgos y estimar su impacto en el proceso de evaluación.
- Conocer las normativas vigentes y los marcos profesionales para interpretar los resultados con prudencia.
- Proteger los procedimientos de evaluación y custodiar adecuadamente los datos obtenidos.

Solo a través de un enfoque sistemático y holístico podremos responder a las cuestiones que emergen en la clínica. En el capítulo 9 recomendaré manuales de referencia en los que se detallan con mayor profundidad los procesos de examen y evaluación aplicados a la práctica clínica.

#### **4.10.1 Cómo construir una hoja de registro uniforme**

El principio que aplica al SdBes que la uniformidad no significa rigidez, sino que el dato sea comparable a lo largo del tiempo y entre condiciones. Sin uniformidad no hay tendencia; sin tendencia no hay evidencia clínica.

##### **1) Decide el objeto de medida (qué vas a comparar)**

Antes de escribir ítems, responde en 1 línea:

- ¿Qué variable dependiente quieres observar? (p. ej., atención, autorregulación, iniciativa, interacción, tolerancia al turno)
- ¿Qué variable independiente musical vas a manipular/registrar? (tempo, dinámica, timbre, estructura, etc.)

**Regla:** 1 hoja de registro = 1 objetivo clínico principal + 1–2 secundarios (máximo).

##### **2) Define los ítems como conductas observables (operacionaliza)**

Convierte etiquetas vagas en observables:

- NO: “Mejor vínculo”
- SÍ: “Inicia contacto musical” / “Responde a llamada–respuesta” / “Mantiene turnos 3 veces seguidas”

**Regla:** cada ítem debe poder ser entendido igual por otra persona sin “leer tu mente”.

##### **3) Usa una escala estable (y la misma siempre)**

Elige una de estas y no la cambies en mitad del caso:

- Porcentaje en ventana temporal (ideal para atención/participación): 0–30–50–80–100%

- Escala 0–3 / 1–5 con niveles definidos (ideal para cualidades)
- Frecuencia/duración (conteo/tiempo) para conductas claras

**Regla:** lo sencillo y repetible gana a lo sofisticado e inconsistente.

#### 4) Fija la ventana temporal (para que “peras comparen con peras”)

Define cómo observarás:

- Por segmentos: inicio / núcleo / cierre
- Por minutos: cada 2–3 min (muestreo)
- Por eventos: cada vez que ocurre X (conteo)

**Regla:** misma ventana = comparabilidad.

#### 5) Crea anclas de puntuación (2 ejemplos por nivel)

Si usas escala 0–3 o 1–5, define ejemplos:

- 3 (alto): “mantiene atención sin redirección durante toda la tarea”
- 2 (medio): “requiere 1–2 redirecciones”
- 1 (bajo): “abandona la tarea o cambia foco constantemente”
- 0 (nulo): “no entra en la tarea”

**Regla:** sin anclas, la escala se vuelve subjetiva aunque tenga números.

#### 6) Registra el contexto mínimo (para no aislar el dato)

Incluye 3 campos fijos:

- Condición del paciente (fatiga, dolor, medicación, estado emocional)
- Variables externas (interrupciones, ruido, presencia de terceros)
- Decisión clínica clave (qué ajustaste y por qué)

**Regla:** dato sin contexto es una cifra huérfana.

#### 7) Integra la música como variable con tu “TIDieR musical” (3–5 rasgos)

En cada sesión registra 3–5 rasgos constantes (siempre los mismos en ese caso):

- tempo/pulso, dinámica, timbre, estructura, densidad... (elige)

**Regla:** uniformidad musical = poder vincular “qué sonó” con “qué cambió”.

#### 8) Entrena la observación (y ensaya el rol del observador/coterapeuta)

- Ensayo en seco con 5–10 min de vídeo/audio: puntuar y comparar.
- Si hay observador: definir su distancia y foco (no intervenir).

**Regla:** la confiabilidad nace del entrenamiento, no de la buena voluntad.

## 9) Calibra cada 3–4 sesiones (mini-auditoría SdB)

### Revisión breve:

- ¿Los ítems siguen siendo pertinentes? (validez)
- ¿Se están aplicando igual? (confiabilidad)
- ¿La escala detecta cambios? (sensibilidad)
- Decisión: mantener / ajustar / sustituir (y registrar el porqué)

**Regla:** el territorio cambia; el mapa se actualiza, pero sin romper la comparabilidad.

### Plantilla lista para usar

Caso: \_\_\_\_\_ Meta núcleo: \_\_\_\_\_ Ventana temporal: \_\_\_\_\_

Escala: (porcentaje / 0–3 / frecuencia-duración)

Ítems (3–6 máximo)

1. Ítem observable: \_\_\_\_\_ | Puntuación: \_\_\_\_ | Nota breve: \_\_\_\_

2. Ítem observable: \_\_\_\_\_ | Puntuación: \_\_\_\_ | Nota breve: \_\_\_\_

3. Ítem observable: \_\_\_\_\_ | Puntuación: \_\_\_\_ | Nota breve: \_\_\_\_

Música (3–5 rasgos constantes)

Tempo/pulso: \_\_\_\_ Dinámica: \_\_\_\_ Timbre: \_\_\_\_ Estructura: \_\_\_\_ Densidad: \_\_\_\_

Contexto mínimo

Estado paciente: \_\_\_\_ Variables externas: \_\_\_\_ Ajuste clínico clave: \_\_\_\_

### Mini-ejemplo resuelto

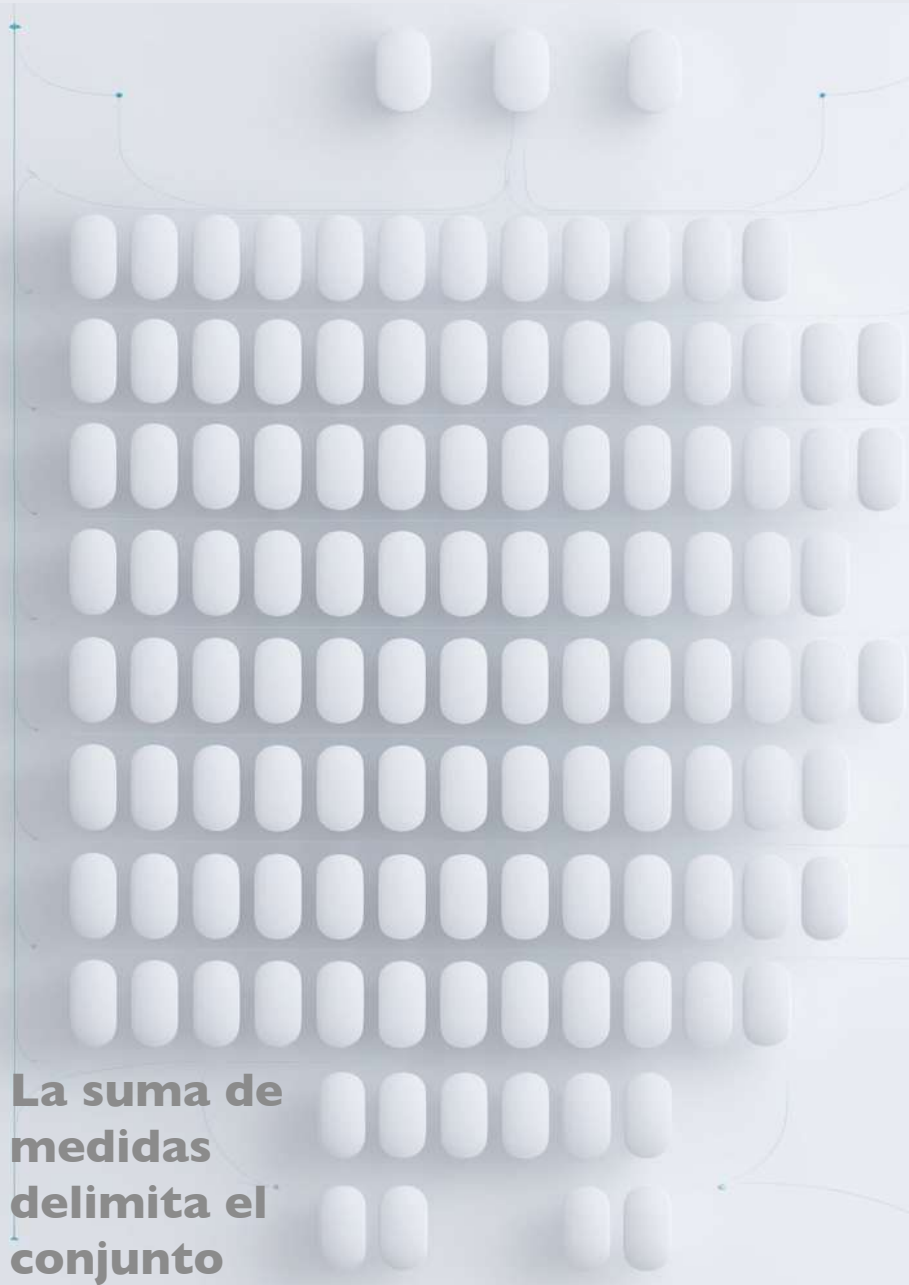
Ítem: Atención sostenida en actividad X (ventana: 5 min)

Escala: 30–50–80–100%

Anclas:

- 100% = mantiene foco sin redirección
  - 80% = 1 redirección leve
  - 50% = varias redirecciones
  - 30% = abandona foco repetidamente
- Música registrada: tempo estable lento + dinámica suave + timbre grave + estructura turnos
- Resultado: 80% (sin interrupciones); en sesión siguiente 50% (entró personal → variable externa)

Una hoja de registro uniforme convierte la intuición en evidencia: permite comparar; detectar tendencias y justificar ajustes sin traicionar la naturaleza artística de la sesión. El arte sigue siendo libre; el dato, en cambio, debe ser consistente.



**La suma de  
medidas  
delimita el  
conjunto**

## 4.1.1 Conceptos aplicados

Terminaremos el capítulo con dos ejemplos de evaluación clínica. Se los debemos a Tony Wigram y provienen del caso de Joel, recogido en el capítulo 5 de *A Comprehensive Guide to Music Therapy* (Lindahl Jacobsen, Nygaard Pedersen y Ole Bonde, eds.; Jessica Kingsley Publishers, 2002).

En la Tabla 4.1 se recogen las expectativas que el terapeuta formula para abordar el caso.

**Tabla 4.1**

Expectativas terapéuticas en el caso de Joel

| ÁREA DE ESTUDIO         | ELEMENTOS DE ESTUDIO                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comunicación            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activación de la conducta intersubjetiva</li> <li>- Inicio espontáneo del contacto</li> <li>- Desarrollo de gestos y signos significativos</li> <li>- Desarrollo del uso comunicativo de la voz</li> <li>- Uso de la voz en canciones</li> </ul> |
| Desarrollo social       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interacción motivada</li> <li>- Experiencias compartidas y comprensibles</li> <li>- Construcción de relaciones</li> <li>- Tolerancia al cambio</li> <li>- Respuesta apropiada y coordinada</li> <li>- Flexibilidad</li> </ul>                    |
| Necesidades emocionales | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentido de sí mismo desarrollado y mejorado</li> <li>- Sincronicidad empática: emociones compartidas</li> <li>- Capacidad de contener la expresión de las emociones</li> <li>- Percepción y autoestima emergentes</li> </ul>                     |
| Desarrollo cognitivo    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de la atención y la concentración</li> <li>- Desarrollo de la capacidad de organizar</li> <li>- Desarrollo de la memoria</li> </ul>                                                                                                   |
| Generales               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolerancia al sonido</li> <li>- Uso significativo de objetos, en lugar del uso estereotipado e imaginario de objetos parciales</li> <li>- Alejarse del comportamiento rutinario, estereotipado, ritualista, repetitivo y compulsivo.</li> </ul>  |



**Tabla 4.2**

Fragmento de evaluación de sesión con Joel de Tony Wigram

| <b>Respuesta e interacción con Joel</b> | <b>Eventos en la evaluación terapéutica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Relación con las expectativas de la terapia</b>                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Evaluación de manejo del lenguaje    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra baja concentración.</li> <li>- No muestra iniciativas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Responde a las preguntas.</li> <li>- Entiende el lenguaje.</li> </ul>                                                            |
| 2. Dúo al piano I                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le acompaño al piano.</li> <li>- El combina tempo y ritmo.</li> <li>- Empieza el contacto visual.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de la atención</li> <li>- Desarrollo de la concentración.</li> <li>- Se activan conductas intersubjetivas.</li> </ul> |
| 3. Dúo al piano 2                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Improvisación pentatónica. - Aumenta la referencia a mí</li> <li>- Modera conmigo tempo y volumen: (de Fa a La, del allegro al adagio)</li> <li>- El piano desciende cromáticamente.</li> <li>- Se hace cargo de la melodía</li> <li>- Comienza a mover su cuerpo.</li> <li>- Inicia cambios, patea las piernas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolerancia a los cambios</li> <li>- Flexibilidad</li> <li>- Respuestas apropiadas</li> <li>- Interacción motivada</li> </ul>     |
| 4. Continúa en el piano                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empieza a variar: pide parar</li> <li>- Reconoce un ritmo musical: se detiene</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de la organización</li> <li>- Experiencia compartida</li> </ul>                                                       |

El esquema se organiza en cinco áreas que servirán de matriz para derivar metas y objetivos. Estas ideas nos remiten al inicio del proceso: esa fase en la que delimitamos las áreas de intervención, definimos lo relevante y empezamos a trazar el mapa.

Los contenidos provienen de entrevistas y de análisis preliminares. Esos datos actúan como brújula: orientan el proceso, justifican el foco de las observaciones y, sobre todo, evitan que el trabajo se convierta en un

paseo aleatorio por el territorio. Wigram no “prueba cosas”: plantea hipótesis clínicas y organiza la intervención para confirmar, matizar o refutarlas con observaciones posteriores.

En la Tabla 4.2 vemos el siguiente paso: el vínculo explícito entre el área de observación y las actividades musicales diseñadas para provocar y medir, aquello que se necesita analizar. Hay una correlación directa entre necesidad, acción y evaluación: lo que el paciente necesita trabajar se traduce en decisiones terapéuticas y estas, a su vez, se describen en términos observables y comparables.

En cada sesión emerge mucho material de estudio: interrogantes sin resolver, ecuaciones terapéuticas que alimentan el trabajo clínico siguiente. Conforme avanza el proceso terapéutico, el campo conceptual del caso crece. Los datos generan nuevas hipótesis, las cuales motivan el diseño de nuevas actividades que producen nuevos resultados. La lógica operativa de un proceso de musicoterapia es acumulativa: cada análisis permite explorar más a fondo, detectar necesidades no visibles al inicio y redirigir la acción sin perder el encuadre.

Recordemos la metáfora central del capítulo: el musicoterapeuta no echa a andar por cualquier rumbo. Antes de intervenir, observa el territorio, traza un mapa provisional y fija las rutas principales: define el punto de partida y una dirección inicial. A partir de ese supuesto, organiza la intervención... hasta que el propio territorio le enseñe lo que hay que hacer. Esta es la madurez clínica: sostener un plan sin rigidizarlo y corregirlo sin perder el propósito.

La mirada de Wigram se centra en la comunicación, el desarrollo social, las necesidades emocionales, el desarrollo cognitivo y otras dimensiones generales. Ese es su marco de trabajo. Las actividades y los sistemas de medida gravitan en torno a ese centro. Tras los primeros ensayos, se adentra en el trabajo clínico, afinando el setting y preparando los recursos musicales que mejor articulen la comunicación creativa. Pero su eficacia no se decide en el escritorio: solo se confirma cuando entra en contacto con el paciente. Ahí se aprecia si las propuestas son operativas, si las herramientas de medición son oportunas y si el alcance del planteamiento abarca el caso en sus múltiples dimensiones.

En estos fragmentos se observa un alto nivel descriptivo y un lenguaje especialmente concreto. Los principios de partida y los resultados obtenidos ofrecen información clara: cada dato es consecuencia directa de una observación orientada y de un diseño de acciones construido en función de necesidades específicas. Ese encuadre —necesidad → propuesta → observación → ajuste— es lo que convierte el proceso en una práctica basada en evidencia.

En la segunda tabla se describe el tipo de acción y el resultado observado. Cada entrada concreta qué se ha hecho, cómo se ha hecho y con qué se ha hecho, y explicita su vínculo con la meta de trabajo. De este modo, Wigram puede argumentar con solidez el sentido de sus decisiones terapéuticas, estableciendo un nexo entre las necesidades, el planteamiento y el resultado. No hay magia ni arbitrariedad: hay creatividad con dirección y dirección con registro.

Este es el camino. La carretera está trazada desde hace décadas por quienes sostuvieron la musicoterapia con arte, con clínica y con método. Nuestra responsabilidad no es reinventar la disciplina cada vez que entramos en una sala, sino aprender a nombrar lo que hacemos, medir lo que cambia y explicar por qué cambia. Cuando miramos a los maestros, no estamos copiando: estamos heredando una forma de cuidar que protege al paciente y dignifica la profesión. Implementar intervenciones basadas en lo ya validado —leyendo, entrenando, registrando, supervisando— es la única manera de ofrecer experiencias de éxito sostenibles y comparables. Un caso acometido con rigor y soporte empírico no solo ayuda a una persona: alimenta un cuerpo de conocimiento compartido, fortalece la credibilidad ante otros profesionales y abre la puerta a que la musicoterapia crezca donde debe crecer: en el territorio de la ciencia sin perder su raíz artística.

**Musicoterapia tiene  
que ser sinónimo de  
análisis, estudio y  
evaluación para  
recabar evidencias**



# IV

## BASADO EN LA EVIDENCIA

### EN POCAS PALABRAS ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 4?

#### 4.1. CONOCIMIENTOS SITUADOS

La musicoterapia solo puede sostenerse con rigor y argumentos basados en datos.

La falta de regulación favorece confusiones y prácticas improvisadas que ponen en riesgo.

La evidencia no es una moda: es la vía para explicar qué hacemos y por qué funciona.

Leer, replicar y aprender de la literatura es una obligación profesional continua.

Sin protocolos y evaluación no hay publicaciones, ni credibilidad, ni reconocimiento sanitario.

#### 4.2. DIRECCIONES COMPLEMENTARIAS

La práctica clínica y la vía científica no se excluyen: se necesitan mutuamente.

La intervención requiere visión (POR QUÉ), estrategia (QUÉ) y táctica (CÓMO).

La creatividad sin método se diluye; el método sin arte se vuelve estéril.

La innovación terapéutica aparece cuando conectamos propósito, acción y ejecución musical.

El encuadre protege al paciente y hace que lo expresivo sea clínicamente útil.

#### 4.3. ARTE, CIENCIA Y EVIDENCIA

La evidencia no robotiza: ordena y protege la intervención.

La musicoterapia no es magia ni azar; es un proceso estratégico de cambio.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 4?

Seguir criterios probados permite adaptarse mejor, no menos, al paciente.

La terapia exige equilibrio entre necesidad, recurso y economía de medios.

Sin mapa y sin método, el territorio se vuelve incierto y la relación se fragiliza.

### 4.4. SISTEMAS DE EVALUACIÓN

El territorio cambia y el mapa debe actualizarse: evaluar es revisar la correspondencia.

La evaluación sostiene la calidad, la seguridad y la trazabilidad del proceso.

La diversidad de contextos exige variedad de métodos, pero un modo común de medir.

Sin instrumentos y supervisión, el juicio clínico queda atrapado en sesgos.

La evaluación es la base para comunicar resultados y dialogar con otros profesionales.

### 4.5. LOS SESGOS COGNITIVOS

En sesión decidimos constantemente, y eso nos hace vulnerables a atajos mentales.

Kahneman ayuda a entender el choque entre pensamiento rápido y pensamiento reflexivo.

Sesgos como anclaje, confirmación o coste hundido distorsionan la clínica sin avisar.

Medir, registrar y supervisar reduce la arbitrariedad y mejora el encuadre.

El “flow” puede ser terapéutico, pero sin brújula puede convertirse en deriva.

### 4.6. LA DIRECCIÓN DE LAS EVALUACIONES

Evaluamos hacia el paciente y también hacia nuestra propia actuación y el método.

Planificamos con razón, intervenimos con intuición: ambas necesitan entrenamiento.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 4?

La evaluación guía ajustes, evita sesgos y sostiene decisiones defendibles. Triangulación y registro convierten la experiencia en evidencia compartible. Sin evaluación continua, la intervención pierde dirección y se vuelve opaca.

### 4.7. LOS TIPOS DE EVALUACIÓN

Evaluar significa responder con datos: dónde estamos, si avanzamos y qué ajustar.

Las modalidades se ordenan por función (Bruscia), por momento (Sattler) y por fuente (Wilson).

RIOT (revisar; entrevistar; observar; test) organiza la recogida de información sin rigidez.

La evaluación debe ser transversal: dentro y fuera de la sala, con contexto.

Triangular fuentes aporta robustez y convierte el proceso en empírico sin perder clínica.

### 4.8. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Confiabilidad es consistencia; validez es pertinencia de lo que medimos.

Un dato puede ser preciso y aun así no medir lo que creemos: ahí está el riesgo.

La contingencia creativa exige observación sólida para no confundir intensidad con eficacia.

El entrenamiento y la figura del observador ayudan a sostener calidad del dato.

Medir bien permite comparar casos y construir conocimiento acumulativo en la disciplina.

### 4.9. EL QUÉ DE LA MÚSICA

No basta con medir respuestas: hay que describir la música como variable de intervención.

“Música” es demasiado genérico; debemos operacionalizar tempo, timbre, dinámica, estructura, etc.

Vincular cualidades sonoras con cambios observables es el núcleo de la explicación terapéutica.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 4?

Muchos estudios omiten esta descripción, debilitando la replicabilidad y el argumento clínico.

Nombrar el qué sonoro eleva la musicoterapia de entretenimiento a intervención defendible.

### 4.10. UNIFORMIDAD DE LOS DATOS

Medir exige protocolo: qué, cuándo, cómo, con qué criterios y con qué comparabilidad.

La uniformidad permite comparar “peras con peras” y detectar tendencias reales.

Las escalas deben ser estables, contextualizadas y repetidas para sostener evidencia.

La teoría fundamenta la medición; sin ella el dato pierde sentido clínico.

La ética atraviesa la evaluación: competencia, sesgos, normativa y custodia de datos.

### 4.11. CONCEPTOS APLICADOS

El caso de Joel muestra cómo se traduce necesidad clínica en diseño y evaluación.

Las expectativas iniciales estructuran metas, objetivos y foco observacional.

Las actividades musicales se vinculan explícitamente con aquello que se desea medir.

El proceso es acumulativo: datos → hipótesis → nuevas propuestas → nuevos resultados.

Mirar a los maestros es heredar un método de cuidado: creatividad con registro y dirección.



# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Bonde, L. O., Pedersen, I. N., & Jacobsen, S. L. (Eds.). (2019). *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research, and training* (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.

Aporta una panorámica integradora (modelos, clínica, investigación y formación). Te sirve como “marco paraguas” para situar SdB/SbD y evaluación como columna vertebral del proceso clínico.

Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148(4), 295–309. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008>

Es un estándar de reporte para intervenciones complejas (rehabilitación/psicoterapia), muy alineado con musicoterapia: describe “qué/quién/cómo/cuánto” para sostener evidencia y replicabilidad.

Bruscia, K. E. (1998). *Defining music therapy* (2nd ed.). Barcelona Publishers..

Da una definición y límites del concepto “musicoterapia”; útil para el argumento sobre la diferenciación profesional y el riesgo del “todo vale”.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>

Es el fundamento clásico de consistencia interna; te ayuda a explicar por qué una escala “se sostiene” y cuándo un dato no es confiable.

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>

Describe un checklist para describir intervenciones con precisión. Encaja perfecto con tu insistencia: explicar qué, cómo, quién y hasta cuándo.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Jacobsen, S. L., Waldon, E. G., & Gattino, G. S. (Eds.). (2018). *Music therapy assessment: Theory, research, and application*. Jessica Kingsley Publishers.

Es uno de los manuales “nodo” del capítulo: funciones de evaluación, modalidades, instrumentos, y puente entre práctica clínica e investigación.

Jacobsen, S. L., Wigram, T., & Rasmussen, A. M. (2019). Assessment and clinical evaluation in music therapy. En L. O. Bonde, I. N. Pedersen, & S. L. Jacobsen (Eds.), *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research, and training* (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.

Sistematiza la evaluación como motor de decisión clínica (antes/durante/después) y refuerza tu idea de evaluación como dirección del proceso.

Kahneman, D. (2003). Maps of bounded rationality: Psychology for behavioral economics. *American Economic Review*, 93(5), 1449–1475. <https://doi.org/10.1257/000282803322655392>

Remarca la base “académica dura” para justificar que decidimos con sesgos; útil para tu 4.5–4.6 (decisión terapéutica, control, supervisión).

Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.

Divulgación rigurosa de Sistema 1/Sistema 2 para traducir los sesgos a lenguaje accesible; ideal para alumnado/lectores generales.

Marina, J. A. (2012). *La mente ejecutiva*. Ariel.

Refuerza tu noción de inteligencia ejecutiva como competencia clínica (autorregulación, dirección de metas, control de impulsos y sesgos).

Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., Elbourne, D., Egger, M., & Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340, c869. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>

Aporta un estándar para reportar ECA; ayuda a sostener tu tesis de que “sin datos válidos no hay publicaciones” (y sin publicaciones, invisibilidad institucional).

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Odell-Miller, H., & Richards, E. (Eds.). (2009). *Supervision of music therapy: A theoretical and practical handbook*. Jessica Kingsley Publishers.

Un énfasis en supervisión clínica como “nosotros” que corrige el sesgo del “yo perceptivo” y protege al paciente.

Rubin, D. B. (1987). *Multiple imputation for nonresponse in surveys*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470316696>

Fundamento metodológico para datos faltantes y combinación de estimaciones (“reglas de Rubin”), útil para el subtexto de rigor empírico del capítulo.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Aporta una definición canónica de práctica basada en evidencia; da un “ancla” para defender que evidencia ≠ robotización.

Sattler, J. M. (2001). *Assessment of children: Cognitive applications* (4th ed.). J. M. Sattler.

Es una referencia “clásica” de psicometría aplicada: línea base, interpretación, usos de pruebas; útil para la distinción diagnóstica/formativa/sumativa.

Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420–428. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420>

Es una columna vertebral para hablar de acuerdo entre evaluadores (p. ej., co-terapia/observador externo) y sostener “confiabilidad” más allá de la intuición.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124–1131. <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124>

Es el origen empírico de heurísticos (disponibilidad, anclaje, etc.); te sirve para legitimar tu listado de sesgos como algo más que “opinión”.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Waldon, E. G. (2013). Data-based decision making in music therapy. *Imagine: Early Childhood Music Therapy*, 4, 46–50.

Define idea-fuerza: decisiones clínicas apoyadas en datos; encaja con tu “mantra” de saber qué/por qué/cómo y con 4.6 (dirección de evaluaciones).

Waldon, E. G., Lesser, A., Weeden, L., & Messick, E. (2016). The Music Attentiveness Screening Assessment, Revised (MASA-R): A study of technical adequacy. *Journal of Music Therapy*, 53(1), 75–92. <https://doi.org/10.1093/jmt/thv021>

Es un ejemplo concreto de instrumento con evidencia psicométrica (validez/confiabilidad). Te ayuda a materializar “cómo medir” en musicoterapia.

Wheeler, B. L., & Murphy, K. M. (Eds.). (2016). *An introduction to music therapy research*. Barcelona Publishers.

Puente docente entre clínica e investigación; ideal para dar “aire empírico” a tu 4.7 sin convertirlo en estadística dura.

Wigram, T. (1999). Assessment methods in music therapy: A humanistic or natural science framework? *Nordic Journal of Music Therapy*, 8(1), 6–24. <https://doi.org/10.1080/08098139909477950>

Eje conceptual “arte/ciencia”: plantea el dilema (y la conciliación) entre lo humanista y lo científico en evaluación.

Wigram, T. (2000). A method of music therapy assessment for the diagnosis of autistic and communication disordered children. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 13–22. <https://doi.org/10.1093/mtp/18.1.13>

Ejemplo de evaluación con orientación diagnóstica y foco comunicativo; refuerza tu exigencia de describir procedimientos, no solo impresiones.

Wilson, B. L., & Smith, D. S. (2000). Music therapy assessment in school settings: A preliminary investigation. *Journal of Music Therapy*, 37(2), 95–117. <https://doi.org/10.1093/jmt/37.2.95>

Evidencia aplicada en contexto educativo; ayuda a sostener que evaluación y estandarización no son “enemigas” de la creatividad.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Wilson, B. L. (2005). Assessment of adult psychiatric clients. En R. F. Unkefer & M. H. Thaut (Eds.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions*. MMB Music.

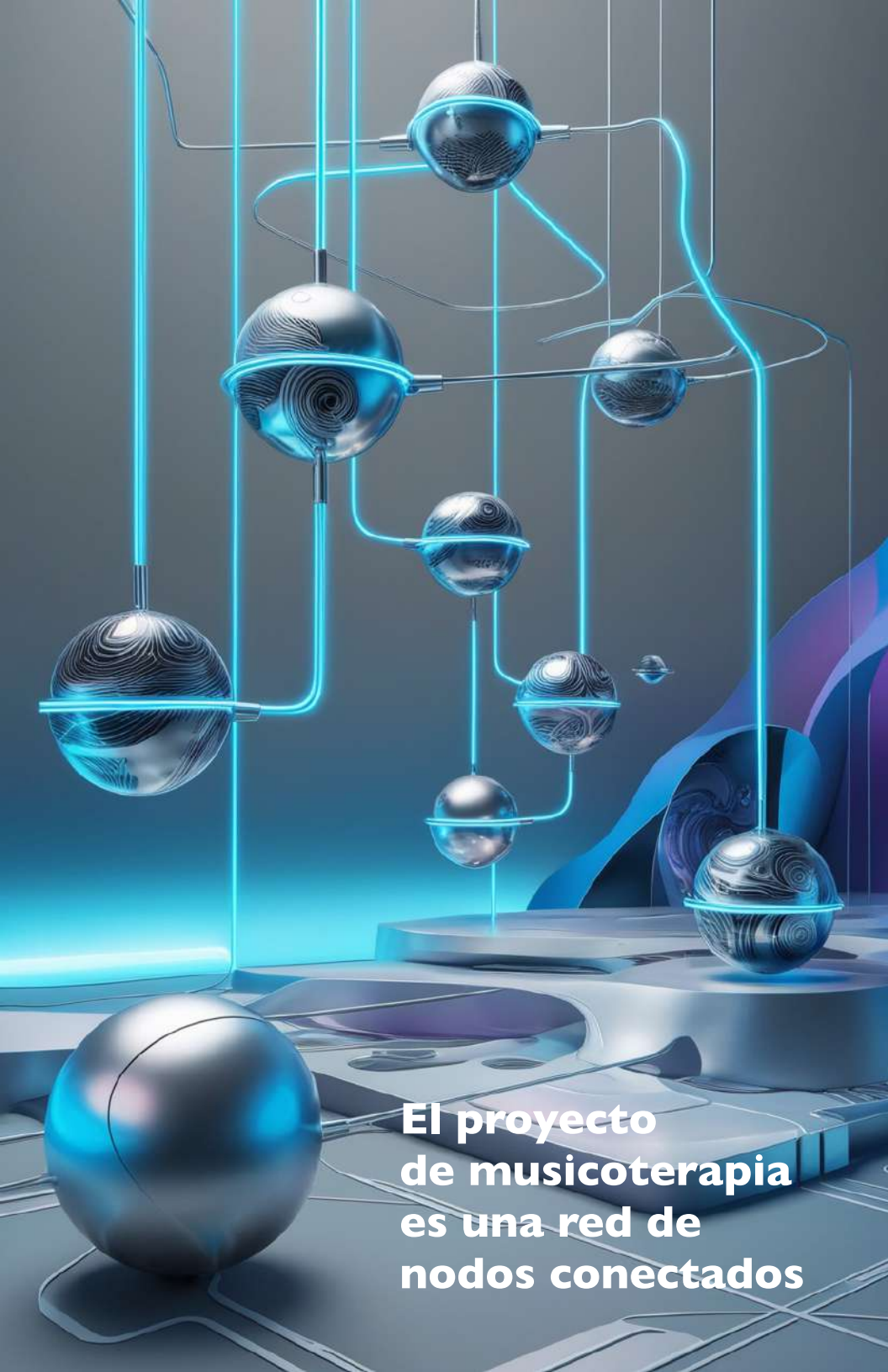
Guía clínica por población (salud mental adulta); útil para argumentar que no hay “una” evaluación universal, pero sí un modo común de gestionar el proceso.

Wosch, T., & Wigram, T. (Eds.). (2007). *Microanalysis in music therapy: Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers.

Sustento técnico para defender del microanálisis, registro fino y triangulación; convierte la sesión (territorio) en material analizable con rigor.

Yinger, O. S. (2017). *Music therapy: Research and evidence-based practice*. Elsevier.

Manual moderno de práctica basada en evidencia (visión clínica y de sistemas). Ayuda a reforzar el “eje autopista” de 4:3: evidencia como orden, no como pérdida de vocación.



**El proyecto  
de musicoterapia  
es una red de  
nodos conectados**

# CAPÍTULO

V



# RECOGIDA DE DATOS



## 5.1 El sentido de tomar datos

Una vez repasados los argumentos que evidencian la necesidad de articular un sistema de observación reglado y disponer de un sistema de evaluación para determinar la evolución de los procesos terapéuticos, pondremos ahora el foco en algunas de las herramientas que pueden ayudarnos a hacerlo, por supuesto, en el marco del SdB. Dejaremos, por el momento, a un lado la producción musical, la aplicación de técnicas de intervención y el repertorio de habilidades terapéuticas. Aquí la pregunta es más básica y más exigente. Cuando acompañamos a una persona, debemos entender qué está sucediendo y debemos poder evaluar el grado de cambio que nuestras intervenciones están produciendo.

La recolección sistemática de datos nos permite verificar la cantidad y la calidad de esos cambios. Un dato aislado suele ser irrelevante; no es más que una fotografía sin contexto. Pero adquiere sentido cuando se integra en una serie, cuando lo colocamos junto a otros datos y lo leemos como tendencia. Además, según la escala o el baremo que empleemos y las operaciones que apliquemos a esos registros, los datos expresarán un nivel de medida u otro. De ahí la importancia de algo que a menudo se subestima. No basta con “tener datos”; hay que saber cómo analizarlos e interpretarlos antes de decidir si la intervención es efectiva.

Cuando hablo de observación no me refiero a mirar, sino a ver. La percepción visual, auditiva y sensorial en musicoterapia no es pasiva; busca respuesta mediante preguntas. Indaga, contrasta, escruta. Para ello, necesitamos un método, un sistema capaz de registrar, con disciplina y humildad, lo que sucede en sesión. En ello insisten los especialistas citados en el capítulo anterior: necesitamos datos de calidad (eso aporta información), procedentes de diversas fuentes (eso aporta diversidad), y un criterio de análisis consistente para determinar la funcionalidad real de lo que proponemos.

Trazar un sistema de medida implica planificar operaciones de registro ejecutadas con regularidad y homogeneidad, cumpliendo un protocolo de tiempos y acciones. La validez de la que hablábamos en el capítulo anterior no es un adorno académico; aquí se juega, en la coherencia de la recogida. Si decidimos registrar cada diez minutos o al finalizar cada propuesta musical, debemos mantener el criterio para que las medidas puedan

compararse entre sí. Eso es “tener un sistema”: actuar siguiendo un patrón. Y cada proyecto requerirá un diseño específico, ajustado a sus metas, a su población y a su contexto.

Ese diseño debe contemplar las variables dependientes e independientes que emerjan en la sesión. Estarán los datos de comportamiento y conducta; expresiones verbales; gestos físicos; respuestas psicológicas; estados emocionales; actitudes voluntarias e involuntarias; manifestaciones volitivas y espontáneas. Ese conjunto de fenómenos constituye los efectos, las consecuencias de múltiples causas, las acciones terapéuticas, la música, las proposiciones, nuestras actitudes y comentarios, el encuadre, las técnicas de intervención. Este mapa de señales y signos debe quedar fielmente representado si queremos acceder después a su análisis, interpretación y comprensión.

La musicoterapia ocurre en dos planos. Primero está la capa de inmersión. Nos adentramos en la sesión en la que todo ocurre rápido y, a menudo, solapadamente: sonidos, silencios, música, gestos, acciones, movimientos. Ahí captamos una parte de los indicadores y logramos una lectura preliminar del hilo de los acontecimientos. Según nuestra capacidad perceptiva, así serán nuestras decisiones frente al paciente. En este sentido, la experiencia profesional suele ser proporcional a la capacidad de ver, entender y dirigir una sesión compleja sin perder el encuadre.

Luego está la capa de reflexión. Es la vuelta a lo sucedido desde una mirada constructiva e investigadora. En esa segunda lectura intentamos comprender el trasfondo de los comportamientos, atender lo esperado y lo anómalo, lo repetido y lo nuevo, lo cual sugiere cambios y avances. Entonces convertimos el signo en una pieza de conocimiento, lo ordenamos, le damos sentido y lo colocamos en la dirección de las metas. Sin esa capa, la sesión se evapora; con ella, deja rastro.

Las sesiones hay que releerlas como los libros. No podemos quedarnos con las sensaciones primarias. Para hacer un buen trabajo clínico debemos revisar y comprobar que hemos hecho lo que creímos haber hecho. Aquí vuelve a aparecer la supervisión como un recurso estructural, no opcional. Los sesgos perceptivos nos llevan a la deriva y, con nosotros, arrastran al

paciente. Las suposiciones y valoraciones anticipadas pueden llevarnos a decisiones infundadas. Y los prejuicios terapéuticos, los automatismos musicales y los procedimientos rutinarios niegan el síntoma, anteponen lo que “ya sabemos” a lo que estamos observando. La habilidad terapéutica es un grado, sí, pero también conlleva un riesgo al heredar soluciones de casos anteriores y a sobrevalorar nuestras capacidades. La sobreestima es un peligro profesional serio. No es solo un error técnico; es una falta de respeto hacia la persona. En la clínica no hay lugar para la arrogancia, porque la arrogancia se paga en forma de negligencia.

En esta profesión siempre faltan ojos y manos para hacer y reflexionar sobre lo hecho. Si algo hacemos en musicoterapia, es dejar rastros. Cada nota comporta una huella corporal, emocional, psíquica, estética. Solo tenemos que aprender a observarlas, señalarlas y explicar la senda que trazan. Lanzamos una tonalidad y decidimos si es pertinente, según la reacción del paciente. Agregamos un ritmo, una intensidad; el paciente responde; emerge una letra; todo progresa hacia un silencio; el timbre de un nuevo instrumento relanza la pieza en otra dirección; el paciente toma protagonismo y se levanta para bailar mientras sigue cantando; sostenemos el momento observando sus movimientos por la sala.

Cambiamos la armonía y el tempo, y la expresión corporal se amina. El paciente capta que la pieza concluye. Juntos hemos creado un instante significativo mediado por lo estético y lo sensorial. Este relato podría resumirse en cinco minutos de sesión. Pero si nos quedamos en la superficie, si no registramos, si no preguntamos, si no analizamos, no estaremos haciendo musicoterapia, sino que estaremos simulándola. Seremos como niños que juegan a ser médicos: operan, auscultan, vendan y curan... pero, en realidad, no operan, no auscultan, no vendan ni curan; lo representan.

Cuando baja el telón de la sesión, comienza el trabajo de reconstrucción de las causas y los efectos. Comienza el momento de las preguntas. La expresión de satisfacción de un paciente al irse puede confirmar que “todo parece haber ido bien”. Perfecto, es un indicio valioso. Pero debemos ir más allá. El interés clínico está en desvelar qué detonó esa expresión de bienestar; en qué momento y en qué contexto sonoro y relacional, para entender su sentido dentro del proceso terapéutico global. Lo demás, por brillante que parezca, son fuegos artificiales.

[illegible]

# El proceso ordenado de tomar datos construye una memoria fidedigna de los hechos

## 5.2 La dirección de la mirada

Si tomar datos es dejar huella, la pregunta es qué huellas necesitamos registrar para decidir con seguridad. Para que la mirada sea útil y productiva en musicoterapia, hay que saber hacia dónde mirar y a qué signos atender. Esto implica entrenamiento sensorial y cualificación técnica. La musicoterapia es, en gran medida, fenomenológica. Trabaja con lo que acontece y con lo que se manifiesta. Por eso nuestra observación debe estar a la altura de ese fenómeno.

En este ejercicio hay que estar muy presente en el presente, hacerse presente para entender lo que el otro nos presenta de su presente. La redundancia no es un capricho; delimita el perímetro de nuestra actitud perceptiva. La calidad atencional es clave en la sesión, pero, como ya sabemos, nuestros órganos sensoriales nos engañan y nuestra mente completa lo que no ve. A esto se suma un riesgo silencioso. Cuando nos especializamos y adquirimos experiencia, la percepción se habitúa y esa habituación nos hace bajar la guardia. Es la consecuencia directa del carácter ahorrador del cerebro, que prefiere lo automatizado y desprecia los detalles de lo inmediato.

Entrar en modo “esto ya lo sé” conduce a interpretaciones premeditadas y a conclusiones infundadas. Por eso no me canso de reiterar que trabajamos con personas en dificultad y que el compromiso de cuidarles y acompañarles es inviolable. El primer cuidado es nuestra presencia. Una consciencia profesional capaz de atender incluso a los detalles pequeños, porque de ellos depende, muchas veces, la respuesta que conduce al bienestar.

La labor que desempeñamos exige adelantarnos, responder con rapidez y sensibilidad, sostener el encuadre sin perder la música. Para ello hemos de entrenar habilidades de observación, atención y memoria. Observar implica sensibilizarse ante las señales propias de la terapia.

En esa primera misión perceptiva, nuestra inteligencia generativa detecta carencias y propone soluciones; después, el criterio racional de la mente ejecutiva selecciona y ejecuta. Para actuar adecuadamente debemos estar receptivos, despejados mentalmente y vinculados a lo que sucede.

Como muchas veces explico en mis clases, la condición física también es una variable clínica. El compromiso profesional nos lleva a cuidar hábitos de vida, porque lo que ocurre fuera de las sesiones se manifiesta en ellas. Una noche sin descanso no solo afecta al humor, sino también a la atención, la tolerancia a la complejidad y la calidad de la toma de decisiones. Cuidar del otro implica energía y dedicación. La sucesión de acciones y reacciones en una sesión puede ser tan intensa que no nos basta con una atención superficial.

Mirar debe implicar ver y responder; tomar decisiones, dirigir el proceso, valorar el rumbo y corregir sobre la marcha lo que lo desvirtúa. Y aun así, ese primer nivel de observación personal, volitivo, inmediato, inmerso, no basta. Necesitamos recursos técnicos que nos ayuden a corroborar decisiones y a analizar lo concurrente con más calma y perspectiva.

Nuestro objetivo es ayudar y prestar el mejor servicio posible. Para ello, necesitamos tomar buenas decisiones y contar con herramientas precisas. Una maniobra terapéutica es correcta cuando resulta funcional y su probabilidad de resolver la situación es razonable. ¿Ha servido? ¿Mejora la continuidad de la sesión? ¿El paciente responde? ¿Está alineada con los objetivos? Estas son algunas de las preguntas internas que guían la acción.

Operamos en función de relaciones, de la expresión musical como variable principal de intervención y de las respuestas y comportamientos del paciente como señales de efecto que debemos interpretar con prudencia. (Aquí el SdB actúa como brújula, pues evita que la sesión se convierta en un mar de intuiciones.)

El proceso de percepción va asociado a un modo de pensar pausado, reflexivo y relacional. Hemos de aprender a hacernos preguntas terapéuticas, plantear conjeturas y construir respuestas que orienten la acción. Necesitamos un pensamiento en red para ver cómo opera el conjunto, analizar cada gesto como parte de un todo, porque la musicoterapia es un sistema de confluencias. A mayor complejidad del caso y mayor profundidad del proceso, más variables aparecen y más imprescindible se vuelve ordenar la mirada.

Encontrar relaciones es primordial para entender lo que sucede por debajo de la piel de la música y de las expresiones emocionales. Por eso la

mirada debe repartirse entre lo inmediato y el conjunto; entre lo pequeño y la trayectoria global. Ver la parte en el todo y el todo en las partes. Vamos sumando signos y esos detalles, bien organizados, serán después el orden narrativo del caso.

En musicoterapia necesitamos construir un relato fiel de los acontecimientos. Para que la sucesión de escenas sea significativa y legible, hemos de respetar la línea de tiempo, precisar los comportamientos y conservar el contenido esencial. No por amor al detalle, sino por necesidad clínica: para detectar lo eficaz y lo deficiente, confirmar lo correcto y rectificar lo impropio.

Para sostener esta tarea tenemos tres recursos principales. Por una parte, la hoja de registro; por otra, las grabaciones audiovisuales; y, finalmente, el cuaderno de bitácora. La hoja de registro traduce acciones y comportamientos en valores comparables mediante escalas y calificadores. La grabación permite recrear lo acontecido para corroborarlo y analizarlo con calma.

La bitácora aporta el componente narrativo: recoge vivencia, hipótesis, dudas y matices que no entran en lo cuantificable, pero sí orientan el sentido. Cuando reconstruimos la secuencia de una sesión con estos tres formatos, aparecen significados nuevos y vetas terapéuticas que pasan desapercibidas a simple vista. Y, además, nos permite presentar el caso en supervisión con materiales consistentes.

Hacer esta tarea en solitario tiene sus límites. Las situaciones terapéuticas nos sumergen en un mar de sensaciones: empatizamos, nos implicamos y vivimos lo que el paciente vive. Compaginar a la vez los modos analítico, técnico, reflexivo y emocional no siempre es posible. Por eso hablamos de la musicoterapia como trabajo en equipo, y por eso es importante asumir roles.

Dada la complejidad de hacer y observar al mismo tiempo, lo ideal es repartir funciones. Alguien está en la música y en las decisiones terapéuticas, y alguien ocupa el rol de observador. Esa posición es más neutra. Toma datos, anota el curso de los hechos, controla la grabación y puede aportar indicaciones a quien está inmerso en el trato directo con el

paciente. No es un “extra”, es una condición que mejora la confiabilidad de la mirada y reduce el riesgo de deriva.

Lo fundamental es no perdernos en lo que está aconteciendo. Hemos de saber dónde estamos y hacia dónde vamos. Educar la mirada nos posiciona y sitúa al paciente en el mapa. Mirar es ver y comprender. Mirar es saber. Y, en el SdB, mirar también es poder demostrarlo.



**El profesional de  
la musicoterapia  
mira con orden  
y organiza la  
línea de  
acontecimientos  
para decidir  
cuál es el siguiente  
paso**



## 5.3 Categorías de observación

Una de las principales dificultades al diseñar una hoja de registro es definir qué vamos a analizar. No es lo mismo medir un proceso en un caso de TDAH que en uno de autismo o de depresión. Cambian los objetivos, las prioridades y los signos a los que conviene atender. La pregunta no es solo qué es importante, sino qué es importante primero, qué es importante ahora y qué es importante en este caso.

El musicoterapeuta, como director del proceso, debe encontrar una respuesta antes de arrancar las sesiones. Sin comprender las necesidades terapéuticas de la persona, no se pueden diseñar metas, objetivos, categorías de observación, encuadre, setting ni repertorio. Sería como ponernos al volante sin ver nada a través del parabrisas. En un mismo paciente pueden darse resultados clínicos muy diferentes en función del encuadre metodológico, de las técnicas empleadas, del tipo de instrumentos y del sentido que les demos, así como de aquello que decidimos considerar relevante en su conducta. Según sea nuestro foco de observación, así será nuestra construcción mental del caso, así serán nuestras decisiones y, por extensión, así será el beneficio terapéutico que ayudamos a construir.

De nuestra capacidad de ver, analizar, discernir y operar depende un porcentaje importante del resultado. Definir con precisión la dirección de la mirada permite comprender el curso de los acontecimientos y mantener un rumbo constructivo alineado con las aspiraciones del paciente. Observar no es acumular señales; es priorizarlas, organizarlas y darles sentido en un mapa.

Uno de los focos de observación más sobresalientes se encuentra en la dimensión musical. Las respuestas psicológicas, sensitivas, estéticas, emocionales, evocativas y mentales que se activan al involucrarnos en la interpretación musical constituyen una fuente inagotable de gestos y comportamientos clínicamente significativos. Cada colaboración sonora del paciente nos ofrece datos sobre cómo vive el momento. Más allá de su experiencia interna, hay signos que se manifiestan en el lenguaje corporal, en la expresividad musical y en el contenido de la producción sonora. Podemos fijarnos, por ejemplo, en la frecuencia con la que emergen interpretaciones repetitivas y estructuradas, en el grado de fragmentación

de los juegos musicales, en la intencionalidad expresiva de las producciones sonoras, en la sencillez o complejidad del fraseo, en la aparición de sonidos espontáneos sin fraseo, en el desarrollo rítmico, melódico u armónico, en los silencios intencionados o en la producción incesante de sonido.

También en los niveles de intensidad, en dinámicas más complejas o más sencillas, en la construcción de letras representativas o aleatorias, en el grado de creatividad y simbolismo, en el nivel de musicalidad, en la atención sostenida durante la creación, en la preferencia por ciertos instrumentos o temas sonoros, en la emotividad musical, y en la coherencia entre emoción y sonido.

Como puede verse, solo en el plano de la ejecución musical existe un universo de lugares a los que dirigir la mirada. Estas áreas son indicativas de conducta en musicoterapia. Pero además de detectarlas, lo importante es saber qué aporta atenderlas para resolver el caso y contribuir a su mejora. Es decir, debemos sostener una relación lógica entre lo que la persona necesita, lo que proponemos, lo que su acción expresa y lo que analizamos de esa acción. Sin esa cadena, la observación se dispersa y la hoja de registro termina siendo una acumulación de casillas sin dirección.

Cuando tenemos claro hacia dónde mirar, debemos crear un sistema de medición con calificadores que nos ayuden a valorar el grado de implicación, de trabajo y de respuesta, para estimar cuánto nos acercamos al cumplimiento de los objetivos. El mero hecho de tocar o no tocar, de mostrarse más o menos receptivo a una propuesta o de proponer esbozos musicales ya es indicativo de conducta. En ellos debemos fomentar el diálogo reflexivo sobre la funcionalidad del encuadre, sin confundir la actividad con la eficacia.

Existen muchos modelos de clasificación de la acción. Recurro a una propuesta clásica de Bruscia, recogida en el IAP (Improvisation Assessment Profile), que procede de *Improvisational Models of Music Therapy* (1987) y sirve como referencia para establecer criterios de evaluación; ver Tabla 5.1. La lógica es sencilla. Cada perfil se valora en una escala gradual y esa gradación se traduce en cualidades observables. Con ello se obtiene un lenguaje común para describir la improvisación sin reducirla a un “toca” o a un “no toca”.

**Tabla 5.1**

Perfiles de evaluación de improvisación (Bruscia, 1987)

| Perfiles            | Grados de la escala y cualidades correspondientes |            |             |              |                   |
|---------------------|---------------------------------------------------|------------|-------------|--------------|-------------------|
|                     | 1                                                 | 2          | 3           | 4            | 5                 |
| <b>Integración</b>  | indiferenciado                                    | fusionado  | integrado   | diferenciado | sobrediferenciado |
| <b>Variabilidad</b> | rígido                                            | estable    | variable    | contrastado  | aleatorio         |
| <b>Tensión</b>      | hipotenso                                         | calmado    | cíclico     | tenso        | hipertenso        |
| <b>Congruencia</b>  | sin compromiso                                    | congruente | equilibrado | incongruente | polarizado        |
| <b>Prominencia</b>  | retraído                                          | amoldado   | colaborador | dominante    | sobrepoderoso     |
| <b>Autonomía</b>    | dependiente                                       | seguidor   | emparejado  | líder        | resistente        |

La tabla organiza perfiles observables de improvisación en una escala gradual que permite describir cambios sin perder la riqueza musical

La integración, la variabilidad, la tensión, la congruencia, la prominencia o la autonomía son ejemplos de categorías que se manifiestan mediante el uso de la música. Nos sirven para entender qué estamos provocando o con qué estamos trabajando en una propuesta. Si solo registramos si el paciente toca o no, sonrío o no, nos quedaremos en la superficie. Lo interesante, desde un enfoque integral, es remontar a las causas, operar sobre ellas y comprender el origen de la problemática para abordarla de forma sistémica. Las reparaciones cosméticas reaparecen; lo profundo insiste.

Además del plano estrictamente musical, podemos establecer categorías vinculadas a la comunicación emocional, al uso de gestos, a las respuestas fisiológicas, al comportamiento psíquico y a otras dimensiones. Añadiré un segundo ejemplo: ver la Tabla 5.2, sobre la variabilidad tonal asociada a estados emocionales. Está tomado del capítulo 8 de *Microanalysis in Music Therapy* (Wosch y Wigram, 2007). En esta tabla, Felicity Baker plantea una manera de analizar la voz hablada y cantada mediante patrones de expresión que varían según cuatro estados emocionales: felicidad, tristeza, ira y miedo. La autora relaciona el modo de uso de la voz con la manifestación de una emoción, lo que le permite argumentar si el paciente

está más focalizado en un estado u otro, en función de rasgos como la longitud, la gradación o la amplitud del sonido. A esto me refería cuando insistía en la necesidad de sostener una relación lógica entre la acción planteada, la respuesta observada y lo que esa respuesta manifiesta.

**Tabla 5.2**

Entonaciones según los estados emocionales básicos

| <b>Componentes de la entonación</b> | <b>Ira</b> | <b>Tristeza</b> | <b>Felicidad</b> | <b>Miedo</b>              |
|-------------------------------------|------------|-----------------|------------------|---------------------------|
| <b>Variación del tono</b>           | largo      | pequeño         | largo            | combinada (inconsistente) |
| <b>Altura del tono</b>              | alto       | bajo            | alto             | alto                      |
| <b>Inclinación</b>                  | empinada   | gradual         | empinada         | combinada                 |
| <b>Rango tonal</b>                  | amplio     | estrecho        | amplio           | amplio                    |

La tabla propone indicadores prosódicos que ayudan a objetivar tendencias afectivas en la voz hablada y cantada.

Estos dos ejemplos ayudan a entender cómo estructurar hojas de registro, definir contenidos y apartados, y relacionar música, objetivos y la progresión del proceso terapéutico. En la musicoterapia hay un plan, una estrategia que determina lo pertinente y descarta lo inadecuado. Para que esa brújula marque siempre el norte del beneficio terapéutico, necesitamos pruebas de control, datos de funcionamiento. Para ello debemos tener claro qué nos dicen las conductas del paciente, qué estamos provocando con la música y para qué trabajamos en una dirección determinada.

A close-up portrait of an elderly woman with short, wavy grey hair, smiling warmly at the camera. She is wearing a light grey, textured polo shirt and teal-colored pants. She is seated and holding an acoustic guitar, with her right hand positioned near the soundhole and her left hand on the fretboard. The background is a warm, out-of-focus interior with a brown wall and a white, cone-shaped decorative object hanging from above. The lighting is soft and warm, creating a cozy atmosphere.

**Sabiendo dónde  
enfocamos nuestra  
atención podemos  
confiar en el  
impacto de la  
música**

## 5.4 Soportes de registro

Como no podemos captarlo todo en el mismo instante, necesitamos herramientas que nos permitan volver a la sesión para analizarla con calma. La memoria es permeable al olvido y a la mezcla de escenas, sonidos y tiempos, lo cual contamina seriamente el recuerdo. Por eso resulta de gran ayuda la grabación audiovisual, para la que, insisto, debemos contar con los permisos pertinentes y con consentimientos informados bien formulados.

Antes de registrar el más simple de los datos, conviene detenerse en un punto innegociable, la ética. En musicoterapia trabajamos con información sensible, a veces íntima, que no solo describe conductas, sino que también revela estados emocionales, patrones relacionales, historia clínica y, en ocasiones, identidad y vulnerabilidades. Por eso todo registro requiere un consentimiento informado explícito, comprensible y revisable, que delimite qué se recoge, con qué finalidad clínica o docente, durante cuánto tiempo, quién tendrá acceso y cómo se almacenará y protegerá. La protección de datos no es un trámite administrativo; es una forma de cuidado que preserva la dignidad y la confianza del paciente, reduce el riesgo de exposición y asegura que nuestro trabajo se mantenga dentro de los marcos legales y deontológicos. Registrar con rigor implica, por tanto, registrar con responsabilidad, aplicar el principio de minimización, recoger solo lo necesario, anonimizar cuando sea posible y custodiar la información como parte del propio tratamiento.

Si no logramos la autorización para grabar en vídeo, conviene solicitar al menos audio. No es lo mismo: perdemos el lenguaje corporal y la gestualidad, pero ganamos una ventaja decisiva: poder repasar el diálogo sonoro, su continuidad, sus cambios, sus silencios y sus momentos de inflexión. En muchos casos, escuchar de nuevo permite detectar decisiones musicales que, en la inmersión, pasan inadvertidas.

Los avances tecnológicos han facilitado enormemente esta tarea. Hasta hace poco, además de cargar con instrumentos, debíamos llevar cámaras, trípodes, baterías y cintas, y después editar y convertir formatos para reproducirlos en un ordenador o en una televisión. Hoy un buen smartphone integra todo en un solo dispositivo. Además, suele pasar más desapercibido, lo que ayuda a mantener la naturalidad y la concentración

del paciente. Aquellas cámaras grandes eran un invitado extraño en medio de la sesión, un tercero silencioso que alteraba el clima.

Ahora bien, grabar implica asumir cierto control sobre la escena. Captamos audio y vídeo para analizarlos después y eso exige que el material sea útil. Conviene cuidar la iluminación de la sala, el ángulo de grabación y la calidad del sonido. En no pocas sesiones de supervisión he recibido vídeos a contraluz, grabaciones con el paciente sin cabeza o tomas desde la espalda que anulan lo más relevante. No se trata de convertirnos en realizadores de cine. Se trata de leer el espacio, decidir la ubicación del teléfono y anticipar la zona de la sala donde se desarrollará la sesión, para que el registro sea interpretable.

Después vienen el trabajo menos vistoso y más decisivo, la descarga en un ordenador, la etiquetación y la clasificación. Archivar bien no es burocracia; es método. Si no mantenemos los materiales ordenados por fechas y por pacientes, y no protegemos el acceso, el registro deja de ser un recurso clínico y se convierte en un problema. Hay que contemplar la seguridad, copias de respaldo y una lógica de organización simple que evite pérdidas inoportunas.

El material grabado permite realizar microanálisis de vídeo, como detallaré al final del capítulo. Existen diversas modalidades, pero la idea de fondo es un estudio comparativo de las intervenciones del terapeuta y del paciente, así como del rol de la música, segmentando el tiempo en unidades observables. Este análisis pormenorizado abre una ventana a lo que suele quedar oculto en la experiencia en directo; permite ver con precisión momentos clave y valorar la relevancia de conductas que parecían pequeñas. La funcionalidad de la musicoterapia reside en conocer la utilidad de lo realizado, cruzar miradas y datos, e interpretar los hechos dentro de una lógica de mejora y beneficio para el paciente.

El vídeo muestra lo específico de un instante o de una sucesión de instantes, pero ese detalle no es funcional si no contamos con una referencia del conjunto. Aquí el SdB nos protege porque organiza el relato sin perder el norte. Cuando diseñamos un plan de diez sesiones, concretamos propuestas musicales en función de metas y objetivos y construimos categorías de observación. El cronograma de acciones nos sitúa en el tiempo terapéutico y funciona como brújula. Tenemos día de



sesión, esquema de tareas, compendio de recursos y técnicas. Solo falta un sistema de evaluación correlativo y el más inmediato y directo es la hoja de registro.

La hoja de registro se crea en función de todos los elementos anteriores; por eso funciona como huella observacional de la sesión. Con ella objetivamos lo sucedido. Si planificamos una actividad X, podremos analizar un comportamiento Y y medir un grado de alcance Z. La lógica es simple y poderosa: acción, respuesta, verificación. Cada hoja remite a una unidad de tiempo concreta y obliga a ser concisos. Permite anotar de forma guiada lo que ha sucedido, mantener en mente los objetivos del día y ordenar los pasos y los tiempos. La acumulación de hojas a lo largo del proceso nos permite observar la evolución, detectar patrones y realizar ajustes metodológicos, especialmente cuando lo llevamos a supervisión.

Las hojas sucesivas marcan puntos en el recorrido terapéutico. Todas juntas definen una trayectoria. Esa visión comparada permite detectar momentos cumbre, fases de avance, de estancamiento o de retroceso, así como la velocidad con la que el paciente asimila los cambios. Nuestro cometido es asociar respuestas a acontecimientos musicales, ubicar en qué punto de la sesión ocurrieron y comprender qué propuestas las propiciaron. Ahí se determina buena parte del valor clínico del trabajo.

Cuando hablamos de hoja nos referimos a un documento compacto en el que, idealmente, un DIN A4 esquematiza las variables principales en una tabla, como veremos después. Al finalizar cada sesión, puede completarse con diligencia, antes de que la memoria de trabajo se debilite. Cada casilla remite a un dato concreto de las áreas que se han decidido trabajar. Cada caso, cada tramo del SdB, requiere un diseño específico. Las categorías de calificación varían según las necesidades del paciente, y con ellas cambian las metas, los objetivos y las propuestas musicales.

Como la hoja de registro solo abarca una parte de la información, necesitamos apoyarnos en el cuaderno de bitácora. Es un libro de campo para anotaciones personales, con un tono más libre e informal, en el que se recoge la percepción sensitiva de lo observado. Allí queda la fenomenología de lo vivido, las impresiones, las suposiciones, las reflexiones intuitivas que complementan lo que las tablas no pueden reflejar. Aquí

cabén la metáfora y lo simbólico, lo comparativo y lo narrativo, todo lo que represente el alcance emocional y clínico de la sesión.

Que exista libertad de escritura no significa la ausencia de orden. Estas notas deben estar fechadas, ancladas a la sesión y orientadas a lo sucedido. Conviene archivarlas junto a las hojas de registro para consultarlas después al redactar informes o preparar supervisiones. Todos estos tipos de datos, los narrativos, los analíticos y las mediciones, amplían el ángulo de visión y permiten comprender con mayor profundidad el alcance del trabajo.

Hacer este doble control, registro propio y supervisión, es una garantía de calidad del servicio, tan importante como cualquier acción musical. Estudiar el caso, hacer música, anotar comportamientos, analizar resultados y supervisar el proceso son cinco acciones que sustentan una musicoterapia basada en evidencia. Si falta alguna de ellas, lo que hacemos puede seguir siendo una intervención musical bienintencionada, incluso útil, pero pierde el armazón que permite nombrarla con propiedad como musicoterapia clínica de calidad.

## **5.4.1 Checklist de soportes de registro**

Para tener en cuenta antes, durante y después de la grabación, para que el dato sea útil, seguro y comparable. No olvidemos, como decía, que antes de cualquier toma de datos, hemos de contar con el consentimiento informado por seguridad de los pacientes.

### **1) Antes de grabar, lo imprescindible**

- Confirmo que existe consentimiento informado específico para la grabación y el uso clínico-docente, con límites claros.
- Verifico el criterio de minimización, grabo lo necesario para el análisis, no más.
- Defino el objetivo de registro de la sesión, qué busco observar y en qué ventana temporal.
- Elijo el formato adecuado: vídeo si necesito cuerpo y gesto; audio si el foco es el diálogo sonoro.
- Compruebo las condiciones ambientales, la luz suficiente, el ruido, la reverberación y la ubicación estable del dispositivo.
- Decido el ángulo y el encuadre: que se vean lo relevante, el paciente, el terapeuta, los instrumentos y la zona de acción.

- Hago una prueba de 10 segundos, reviso la imagen y el sonido, y ajusto si hay contraluz o saturación.
- Aseguro que el dispositivo tiene batería y espacio, activo el modo avión si es posible.

## **2) Durante la sesión, control mínimo sin invadir el proceso**

- Mantengo el registro estable; no lo convierto en un objeto protagonista.
- Evito interrupciones; si hay un cambio de lugar, recoloco con criterio y discreción.
- Si es un proceso sensible, priorizo el audio o el encuadre parcial que proteja la identidad si procede.
- Registro en hoja o marcas temporales mentales de momentos clave para facilitar el análisis posterior.

## **3) Después de grabar, el método que hace útil el registro**

- Descargo el material el mismo día, lo guardo en una carpeta segura y no lo dejo en el móvil sin control.
- Etiqueto con un código coherente: paciente, fecha, sesión, formato, ejemplo: Pxx\_2026-02-03\_S05\_VID.
- Archivo por paciente y por orden temporal; mantengo un índice de sesiones y de materiales asociados.
- Protejo el acceso con contraseña y, si es posible, cifrado, y establezco quiénes pueden verlo.
- Realizo copia de respaldo en soporte seguro; evito pérdidas y duplicos sin dispersar.
- Anoto en la bitácora el contexto del registro, las incidencias, las interrupciones, los cambios de encuadre y el estado del paciente.
- Cruzo el registro con la hoja de datos, localizo 2–3 segmentos para microanálisis o supervisión.
- Defino una regla de retención y de borrado: cuánto tiempo se guarda y en qué condiciones se elimina.

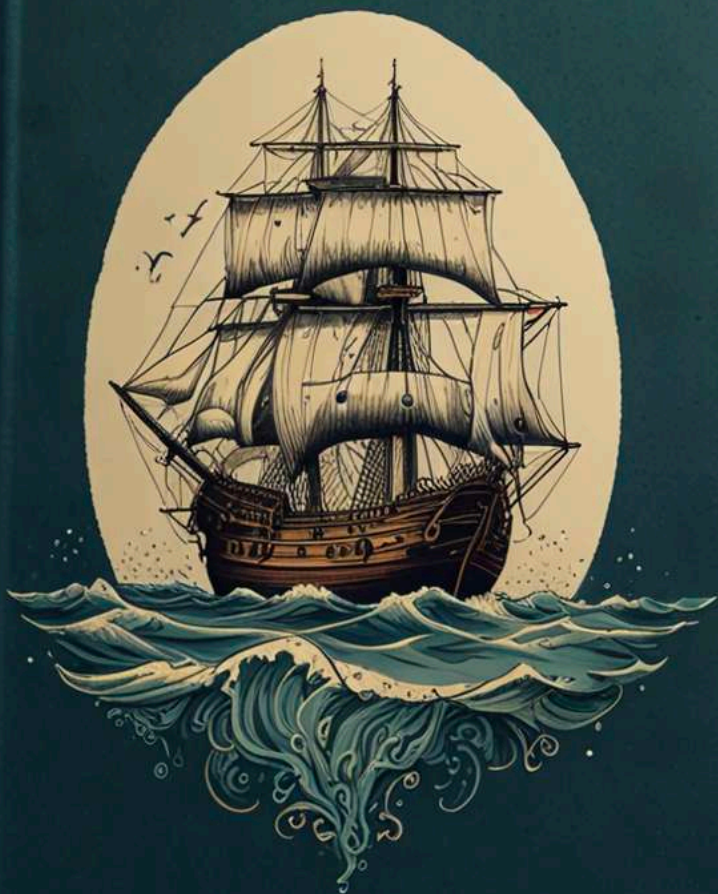
## **Errores frecuentes y cómo evitarlos**

- Grabar “porque sí” sin un objetivo: se acumulan horas inútiles. Define foco y ventana.
- Vídeo a contraluz o fuera de plano, prueba previa, encuadre estable, zona de acción visible.
- Audio saturado o lejano: acerca el micrófono, reduce el ruido y prueba durante 10 segundos.
- Archivos sin nombre ni orden; etiqueta el mismo día; carpeta por paciente; orden por sesión.

- Seguridad improvisada: no en el teléfono ni en la nube sin control; protege y respalda.
- Confundir el registro con la evaluación; grabar no evalúa; evalúan el análisis y la triangulación.

FOR  
WITHACTOMA

SEYO BLTBAL LAAV



**El proceso de  
musicoterapia es un viaje  
compartido que se narra en  
primera persona**

## 5.5 Manejo de la hoja de registro (HdR)

Siguiendo el procedimiento de construcción de herramientas del SdB, describiré ahora todo lo relativo a un tipo de hoja de registro específico, que en adelante denominaré HdR. Partiremos de una idea simple y exigente. Este documento se diseña desde lo concreto de lo que se quiere conseguir, desde el medio que se emplea para lograrlo y desde un baremo de evaluación correspondiente. Estos tres elementos deben engranar con precisión para que la HdR cumpla su función: transcribir la evolución del paciente sin deformarla ni perder el hilo terapéutico.

Parte de su eficacia radica en la claridad del diseño, la precisión del lenguaje y la especificidad de los ítems. Una HdR debe poder completarse en pocos minutos al finalizar la sesión. Esa es una condición de la realidad, no una preferencia. Si es lenta, el terapeuta la abandonará; si es confusa, la rellenará con prisa; y si es ambigua, producirá datos irrelevantes. Por eso, el formato de tabla suele ser el mejor recurso: permite clasificar la información por categorías y tener en mente, de un vistazo, aquello que se pretende observar.

Según el contexto de trabajo, puede ser conveniente usar hojas impresas, sobre todo cuando la sesión exige movilidad y el soporte digital resulta invasivo o poco práctico. Aun así, el formato digital ofrece ventajas claras: almacenamiento, clasificación, acceso desde distintos dispositivos y posibilidad de operar con resultados de manera directa. En cada caso habrá que valorar la opción más sensata. Sea cual sea el formato, la HdR es un documento de consulta y análisis; por eso debemos cuidarla como parte del propio encuadre y mantenerla organizada y archivada junto con el resto de la documentación clínica del caso.

Los campos de una HdR varían según el contexto, el perfil del paciente y el tipo de dato que se maneje. En un proceso estructurado en bloques, no se diseña una única hoja para todo. Se diseñan tantas HdR como bloques se desarrollen y se ajustan conforme el paciente evoluciona. En la Figura 5.1 se aprecian cinco tipos básicos: A y B en el bloque de inicio, C en los bloques intermedios y D y E en el bloque final. El planteamiento es coherente con la lógica del SdB; comenzamos con un instrumento de mirada amplia y lo vamos afinando a medida que el proceso revela qué es realmente relevante.

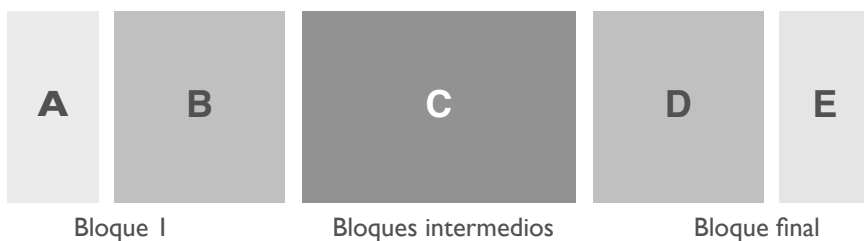
Los apartados principales que debería incluir una HdR son estos.

- Datos identificativos del caso, siempre en clave.
- Fecha de sesión.
- Número de sesión y bloque al que pertenece.
- Metas: dos o tres como máximo, y objetivos correspondientes: no más de tres por meta.
- Propuestas musicales diseñadas para la sesión.
- Categorías de observación vinculadas a esas propuestas.
- Indicadores de evaluación para medir el cumplimiento de objetivos, con una escala numérica clara y consistente.
- Espacio para anotaciones puntuales u observaciones breves.
- Unidades de tiempo para ubicar acontecimientos terapéuticos relevantes.

La consigna de fondo es siempre la misma. Las metas orientan los objetivos, los objetivos orientan la actividad musical, y la actividad musical provoca respuestas que podemos observar y evaluar mediante indicadores cuantificables. De este modo, conocemos los resultados, ajustamos la continuidad del proceso y evitamos que la intervención derive en impresiones sin contraste.

### Figura 5.1

Distribución de hojas de registro en el sistema de bloques



Sobre la escala, conviene evitar redundancias y mantener la simetría. Si propones una escala de cinco puntos, lo lógico es usar 1–5 o 0–4. Si quieres conservar el sentido positivo de “más es mejor”, una opción limpia es usar una escala de 1–5 con anclajes verbales breves. Si mantienes signos, puedes trabajar con –2 y +2 para capturar retrocesos y avances sin forzar interpretaciones. Lo importante no es el número, sino que la escala sea estable y que cada punto signifique lo mismo sesión a sesión.

Como analizaremos más adelante, la custodia de estos documentos debe ser rigurosa. Las HdR contienen información sensible y, por tanto, requieren protección, acceso restringido y un archivo seguro. Son documentos vivos en los que se describe la evolución de una persona y, en ese sentido, también son una “partitura perceptiva” del proceso. Nos ayudan a leer lo que ocurre y a presentarlo a otros profesionales con un lenguaje defendible.

Vistas desde fuera, las HdR revelan, además, algo incómodo y valioso. Reflejan nuestra capacidad de percibir, la profundidad de la mirada y los límites del entendimiento del caso. Por eso insisto en la supervisión, no solo para proteger al paciente, sino también para preservar la calidad del método. En la supervisión, es oportuno revisar omisiones, ajustar categorías y verificar que nuestra interpretación, en la medida de lo posible, coincida con la vivencia del paciente. Podemos suponer que ciertos comportamientos implican avance o retroceso, pero su sentido clínico real se completa cuando contrastamos cómo la propia persona los vive e interpreta. Su experiencia es la clave de lo que llega y de lo que queda integrado.

La diversidad de utilidades de las HdR en el primer bloque permite aclarar dos conceptos muy utilizados en el ámbito anglosajón. Se diferencia entre *assessment*, entendido como examen o prueba inicial antes de arrancar el proceso, y *evaluation*, entendido como evaluación continua de las sesiones y sus resultados. En español, tendemos a llamarlo todo “evaluación” y perdemos ese matiz funcional. Mantenerlo presente ayuda a leer bien la literatura y, sobre todo, a diseñar mejor los instrumentos, porque no se mide igual cuando se explora que cuando se monitoriza.

Antes de analizar la primera HdR, conviene recordar el criterio que emplean nuestros colegas de Munster Music Therapy en Cork (véase la Tabla 5.3). En la fase de examen trabajamos “por la musicoterapia”, “for music therapy”. Exploramos las aptitudes y competencias del cliente para determinar en qué elementos podemos fundamentar el proceso. En la fase de evaluación trabajamos “de musicoterapia”, “of music therapy”. El foco se desplaza hacia cuestiones propiamente clínicas, ligadas a metas, objetivos, respuesta a propuestas y evolución. Las HdR que revisaremos a continuación se apoyarán en este doble encuadre.



Con este marco, la HdR deja de ser una tabla más y se convierte en un dispositivo de dirección clínica. Ordena la mirada, fija un lenguaje común para describir lo observado y permite comparar, sesión a sesión, si avanzamos hacia las metas o si necesitamos reajustar el rumbo. A partir de aquí bajamos al terreno práctico y veremos la primera HdR del sistema, tal como se aplica en el bloque inicial. Entraremos en su estructura, en la lógica de sus campos y, sobre todo, en cómo se rellena sin traicionar la sesión, para que el dato sea una huella útil y no un simple trámite.

### **Tabla 5.3**

*Formulación empleada en los ejemplos de hojas de registro*

| <b>Tabla 5.3</b>  | <b>Parte anterior</b> | <b>Parte posterior</b> |
|-------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>Examen</b>     | I A                   | 2 A                    |
| <b>Examen</b>     | I A (variante grupal) |                        |
| <b>Evaluación</b> | I B                   | 2 B                    |

**El trabajo clínico en musicoterapia no se desarrolla en entornos tan controlados como un laboratorio, lo que nos exige un mayor rigor en el registro de datos para evitar sesgos**



## 5.6 Hoja de registro 1A, individual (examen)

Siguiendo la estructura A/B, C y D/E descrita en la Figura 5.1 (epígrafe 5.5), expondré ahora la configuración de las HdR que emplearemos en cada bloque. La primera, según la Tabla 5.4, corresponde al inicio del bloque 1 (HdR 1A). Se utiliza en las tres primeras sesiones y, por tanto, está destinada únicamente al examen del paciente, entendido aquí como fase de exploración y delimitación del terreno clínico, antes de entrar de lleno en la evaluación continua del tratamiento. Se subdivide en tres regiones (1, 2 y 3) que paso a describir:

En la región 1 se consignan los datos de sesión y de contexto, número de sesión y de bloque, identificación del caso en clave, fecha, franja horaria y centro. En la 2 se ubican las metas y objetivos, de modo que estén siempre presentes antes de diseñar y desplegar las propuestas musicales. En la región 3 se concretan las propuestas e indicaciones de intervención, que operan como hoja de ruta para la sesión y, al mismo tiempo, como soporte de observación, como luego veremos aplicado en el ej. Tabla. 5.5.

En esa parte inferior se describen las propuestas musicales y se delimita su uso, qué recurso se emplea, cómo se emplea y con qué finalidad. En términos del SdB, aquí queda fijada la cadena operativa. Así, las metas y objetivos marcan la dirección, las propuestas musicales terapéuticas definen el vehículo y las pautas de observación verifican el recorrido.

Concretamente, esta sección organiza el plan de trabajo en tres columnas que conviene entender como tres niveles de concreción:

- **Intervención.** Se enuncia la propuesta musical; en este ejemplo, el tipo de canción. Si es pertinente, puede añadirse título, estilo, autor o referencia, siempre que esa información sea útil para la replicabilidad o el análisis posterior; y fijar cada propuesta.
- **Procedimiento.** Se fijan decisiones técnicas, tonalidad, progresión armónica e instrumentación, y se describe cómo se empleará el recurso, qué acciones se desplegarán y qué tipo de respuesta se espera favorecer o explorar: Aquí se concreta el “cómo” sin caer en exceso de descripción; basta con lo suficiente para mantener la consistencia.
- **Meta y área de observación.** Se consignan las categorías de observación asociadas a la actividad, aquello que conviene atender de

**Tabla 5.4**

Hoja de registro 1A para fase de examen

| DATOS DE LA SESIÓN                    |                                                                           | METAS y OBJETIVOS                        |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|
| Nº SESIÓN                             |                                                                           | META A: _____                            |  |
| CÓDIGO DE PACIENTE                    | 1                                                                         | OBJETIVO A1: _____<br>OBJETIVO A2: _____ |  |
| FECHA Y HORA                          |                                                                           | META B: _____                            |  |
| CENTRO                                |                                                                           | OBJETIVO B1: _____<br>OBJETIVO B2: _____ |  |
| BLOQUE                                |                                                                           | OBSERVACIONES: _____                     |  |
| INTERVENCIÓN (FASES)                  | PROCEDIMIENTO                                                             | META Y ÁREAS DE OBSERVACIÓN              |  |
| PROPUESTA 1.<br>BIENVENIDA            | Descripción de los elementos musicales, pautas, desarrollo y temporalidad | Meta y objetivo al que se vincula        |  |
| PROPUESTA 2.<br>(título, descripción) | Descripción de los elementos musicales, pautas, desarrollo y temporalidad | Meta y objetivo al que se vincula        |  |
| PROPUESTA 3.<br>(título, descripción) | Descripción de los elementos musicales, pautas, desarrollo y temporalidad | Meta y objetivo al que se vincula        |  |
| PROPUESTA 4.<br>(título, descripción) | Descripción de los elementos musicales, pautas, desarrollo y temporalidad | Meta y objetivo al que se vincula        |  |
| PROPUESTA 5<br>CIERRE                 | Descripción de los elementos musicales, pautas, desarrollo y temporalidad | Meta y objetivo al que se vincula        |  |

- Forma prioritaria en relación con la meta que inspira la propuesta. Es el punto en el que la música deja de ser solo música y se convierte en un instrumento clínico, porque se le asigna un foco verificable.

En la plantilla se han incluido cinco espacios musicales como posibles líneas de trabajo. Según el desarrollo de la sesión y el nivel de implicación del paciente, podrán emplearse en su totalidad o parcialmente. Es preferible planificar más materiales de los que probablemente se usarán, porque así se cuenta con margen de adaptación sin perder el encuadre. La clave está en que cualquier ajuste conserve la lógica del SdB, no se cambia por cambiar; se cambia para proteger el objetivo y responder a lo que el paciente muestra

**Tabla 5.5**

Ejemplo resuelto HdR 1A (fase I, examen).

| <b>DATOS DE LA SESIÓN</b> |                                   | <b>METAS y OBJETIVOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nº SESIÓN</b>          | I                                 | <b>META A:</b> Capacidad de respuesta y participación ante propuestas musicales estructuradas                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>CÓDIGO DE PACIENTE</b> | P-07<br>(infantil)                | <b>OBJETIVO A1:</b> Orienta la atención hacia el terapeuta o la fuente sonora cuando se le llama o se introduce una señal musical<br><b>OBJETIVO A2:</b> Sigue consignas musicales simples en al menos 3 ocasiones, con apoyo gestual o modelado                                                                                                               |
| <b>FECHA Y HORA</b>       | 2026-02-18 / 17:00–17:40          | <b>META B:</b> Comunicación funcional y expresividad observable en interacción musical                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>CENTRO</b>             | Centro de Atención Temprana (CAT) | <b>OBJETIVO B1:</b> Muestra señales comunicativas no verbales, gesto, mirada, proximidad, imitación, turnos, al menos en 3 momentos<br><b>OBJETIVO B2:</b> Emite verbalizaciones o elecciones simples relacionadas con la actividad, “sí/no”, “otra vez”, “fuerte/suave”, al menos en 2 ocasiones, o las señala si no verbaliza                                |
| <b>BLOQUE</b>             | I (Examen, 1A)                    | <b>OBSERVACIONES:</b> Sesión de examen. Se prioriza observar tolerancia al sonido, capacidad de atención compartida, respuesta a señales, imitación y turnos. Evita mirada directa prolongada, pero responde a su nombre cuando se acompaña de señal sonora. Mayor respuesta con instrumentos de percusión que con voz cantada. No se fuerza la verbalización. |
| <b>INTERVENCIÓN</b>       |                                   | <b>PROCEDIMIENTO</b> <b>ÁREAS DE OBSERVACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROPUESTA 1.<br/>BIENVENIDA</b>                                                        | Señal de inicio breve con guitarra o metalófono, 3 notas ascendentes repetidas. Se dice el nombre del paciente una vez y se observa orientación. Se presenta un instrumento a elegir entre dos opciones, sin insistir. Duración 3–4 minutos.                                                         | META A (A1): Orientación atencional a la señal y al terapeuta. Tiempo de latencia de respuesta. Tolerancia al sonido y a la proximidad.                                                                      |
| <b>PROPUESTA 2.</b><br>Exploración de preferencia instrumental, "Elige y prueba"          | Se ofrecen 3 instrumentos por turnos, pandero, shaker, tambor. Se permite exploración libre 20–30 segundos por instrumento. Se propone una pauta mínima, tocar y parar, fuerte y suave. Se registra si acepta, rechaza, ignora, si requiere modelado. Duración 8–10 minutos.                         | Meta A (A2). Seguimiento de consignas básicas, parar-iniciar; fuerte-suave. Meta B (B1) como observación, iniciativa, imitación, petición, mirada funcional, regulación ante cambio de instrumento.          |
| <b>PROPUESTA 3.</b><br>Imitación rítmica simple, "Eco"                                    | Patrón de 2 y 3 pulsos con palmadas o tambor. El terapeuta ejecuta y espera. Se ofrecen ayudas graduadas, modelado, señal gestual, reducción de dificultad. Se registra si imita, si inicia por sí mismo, si pierde el turno. Duración 6–8 minutos.                                                  | Meta A (A2). Capacidad de imitación y seguimiento. Atención sostenida breve. Turnos. Coordinación motora básica. Meta B (B1) como observación secundaria, respuesta social, sonrisa, evitación, frustración. |
| <b>PROPUESTA 4.</b><br>Regulación básica y tolerancia a transición, "Movimiento y parada" | Música simple en pulso estable con alternancia clara, moverse-parar. Se empieza con paradas largas y se acortan si hay buena respuesta. Se observa reacción al corte sonoro y a la espera. No se busca "regular", se explora tolerancia a cambio y control inhibitorio básico. Duración 6–8 minutos. | Meta A (A2). Responder a señal de parada. Inhibición. Meta B (B1). Señales comunicativas al cambio, protesta, risa, acercamiento, evitación. Umbral de activación.                                           |
| <b>PROPUESTA 5.<br/>CIERRE</b>                                                            | Señal de final con 2 notas descendentes repetidas. Se muestra el instrumento de despedida, se invita a una acción simple, guardar o dar al terapeuta. Se ofrece elección final entre dos opciones, repetir una vez o terminar. Duración 3–4 minutos.                                                 | Meta A (A1). Respuesta al final y transición. Meta B (B2). Elección simple o gesto comunicativo. Tolerancia a la despedida.                                                                                  |

Primera sesión de examen con un paciente infantil que presenta necesidades complejas de apoyo. La tabla recoge un formato de exploración de competencias básicas de respuesta ante estímulos musicales, orientación atencional, seguimiento de consignas simples, imitación, turnos y comunicación funcional, con el fin de delimitar una línea base y establecer qué condiciones musicales facilitan participación sin sobrecarga.

En la HdR-IA todavía no tratamos terapéuticamente; sólo delimitamos el terreno. Busca responder a tres preguntas. ¿A qué estímulos musicales responde, qué tipo de estructura puede sostener y qué condiciones facilitan la interacción y la participación sin sobrecargarle? Con esos datos afinaremos el plan y la HdR (IB) del bloque de examen.

En el ejemplo puede apreciarse cómo se conectan metas, objetivos y actividades, así como el estilo de redacción y el nivel de concreción que se persigue. Con ello queda configurada la primera cara de la HdR (si pensamos en un Din A4). El plan de trabajo queda resumido; en sesión puede estar delante como hoja de ruta. Esa visibilidad reduce los descuidos, sostiene la atención clínica y recuerda al terapeuta lo esencial: mirar con intención, actuar con criterio y registrar con fidelidad.



**Las  
herramientas de  
observación  
desvelan capas  
de la realidad  
inapreciables a  
simple vista**



## 5.7 Hoja de registro IB, individual (examen)

Al dar la vuelta a la hoja HdR-IA encontramos la segunda parte del documento, IB, que completa la fase de examen (ver Tabla 5.6). Esta parte está pensada para que, al finalizar la sesión, podamos calificar de forma rápida y consistente las competencias observadas, sin perder de vista las metas y objetivos definidos. Por eso se mantienen visibles éstos (región 5); así evitamos voltear la hoja cuando llega el momento de puntuar.

En esta segunda parte, también reaparecen dos elementos que sostienen la utilidad del registro. Por un lado, el listado de áreas de observación de la región 4 funciona como un recordatorio del abanico de competencias potencialmente relevantes. Por otro lado, la escala de calificación de la región 6 traduce lo observado en una puntuación breve. Como el propósito aquí no es “demostrar eficacia terapéutica”, sino describir el nivel de respuesta, estableceremos una línea base para delimitar en qué condiciones el paciente muestra mayores competencias musicales y de comportamiento.

Para comprender mejor su función, describiré cada bloque informativo en un lenguaje sencillo y operacional.

- **Áreas de observación (región 4).** En este apartado se presenta un listado de competencias y áreas generales. Las seleccionadas en el ejemplo se subrayan como foco principal de atención y trabajo. A partir de ellas se construyen las metas y los objetivos de la HdR. Esta lista cumple una función de “control del mapa terapéutico”. Nos recuerda que el paciente puede expresar señales en dominios distintos y evita que el terapeuta se quede mirando siempre lo mismo o solo aquello que más llama la atención.
- **Metas y objetivos asociados (región 5).** Las metas, en este formato, actúan como áreas de examen. Son el centro del encuadre; definen qué gran dimensión de la respuesta queremos explorar en estas primeras sesiones de examen, por ejemplo: respuesta a propuestas, expresividad y comunicación, habilidad musical o corporal. Se les asigna una letra (A, B, C...) para mantener el orden y permitir una lectura rápida. Insisto en que en la fase I del SdB, estas metas no significan “resultado terapéutico” sino dominio competencial a explorar, un punto cardinal para situar al paciente en el mapa del proceso terapéutico.
- **Objetivos calificables (región 6).** Como los objetivos concretan lo observable, se asocian a cada meta y se redactan en presente y en

**Tabla 5.6**

Cara IB de la HdR de examen del SdB I

|                                                                                                                                                                                       |                                                             |                                |                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| <b>ÁREAS DE OBSERVACIÓN</b>                                                                                                                                                           | <b>METAS y OBJETIVOS</b>                                    |                                |                                |  |
| <div>Se incluye un listado de áreas potenciales de trabajo enunciadas con una o dos palabras. Aquellas que trabajamos específicamente en la sesión son subrayadas.</div> <div>4</div> | <div>META A: _____</div>                                    |                                |                                |  |
|                                                                                                                                                                                       | <div>OBJETIVO A1: _____</div> <div>OBJETIVO A2: _____</div> |                                |                                |  |
|                                                                                                                                                                                       | <div>META B: _____</div>                                    |                                |                                |  |
|                                                                                                                                                                                       | <div>OBJETIVO B1: _____</div> <div>OBJETIVO B2: _____</div> |                                |                                |  |
|                                                                                                                                                                                       | <div>5</div>                                                |                                |                                |  |
| <b>CALIFICADORES</b>                                                                                                                                                                  |                                                             |                                |                                |  |
| <b>OBJETIVO A1</b>                                                                                                                                                                    | <b>OBJETIVO A2</b>                                          | <b>OBJETIVO B1</b>             | <b>OBJETIVO B2</b>             |  |
| 5. Descripción del calificador                                                                                                                                                        | 5. Descripción del calificador                              | 5. Descripción del calificador | 5. Descripción del calificador |  |
| 4. Descripción del calificador                                                                                                                                                        | 4. Descripción del calificador                              | 4. Descripción del calificador | 4. Descripción del calificador |  |
| 3. Descripción del calificador                                                                                                                                                        | 3. Descripción del calificador                              | 3. Descripción del calificador | 3. Descripción del calificador |  |
| 2. Descripción del calificador                                                                                                                                                        | 2. Descripción del calificador                              | 2. Descripción del calificador | 2. Descripción del calificador |  |
| 1. Descripción del calificador                                                                                                                                                        | 1. Descripción del calificador                              | 1. Descripción del calificador | 1. Descripción del calificador |  |
| <div>6</div> <div>7</div>                                                                                                                                                             |                                                             |                                |                                |  |

afirmativo, con un lenguaje que permita decidir si la conducta aparece, cómo aparece y con qué consistencia. Por eso evitamos formulaciones vagas. Un objetivo bien formulado deja poco espacio al “me parece” y mucho al “se observa”. Se nombran con letra y número: A1, A2, B1, B2... y así sucesivamente, vinculados a la meta correspondiente. Esto facilita luego revisar el caso en supervisión, porque se puede hablar con precisión: “A2 mejoró” no es una frase vacía si sabemos que A2 corresponde a un comportamiento definido. Se vuelven a colocar en esta región para conectar con los calificadores (región 7), con quienes evaluaremos las respuestas del paciente.

- **Escala de calificación (región 7).** La escala organiza el juicio clínico mínimo necesario. No es un examen académico; es una forma de objetivar el nivel de desempeño del paciente en relación con cada objetivo. Lo importante es que cada valor tenga un anclaje descriptivo y que el criterio se mantenga igual en las 3 sesiones de examen del Bloque I. Si un 5 significa “respuesta consistente”, debe significar lo mismo en las sesiones 1, 2 y 3. La puntuación se asigna al final de la sesión, considerando el conjunto de actividades, no un instante aislado. Esa simple regla evita que puntuar se convierta en premiar el último minuto.

### 5.7.1. Función del HdR I (A y B) dentro del bloque inicial

Tal como está diseñada, esta HdR para las tres primeras sesiones de examen permite contrastar las hipótesis formuladas en la semana 0, resultado de la entrevista inicial y de la redacción del marco teórico. Validamos lo que encaja, corregimos estimaciones erróneas y, sobre todo, identificamos condiciones de respuesta. Con esos datos podremos decidir con mayor seguridad cuáles serán las metas y objetivos que pasarán al tramo terapéutico del bloque I (sesiones 4 a 10) y qué tipo de propuestas musicales merecen convertirse en el eje del trabajo.

A partir de ahí, el proceso cambia de naturaleza. Rediseñamos la HdR, ajustamos metas y objetivos para que ya sean de índole terapéutica, planificamos la metodología y la intensidad, y delimitamos el setting con mayor precisión. Es en ese punto cuando comienza la musicoterapia como intervención, cuando el examen deja paso a un tratamiento orientado al cambio.

En el ejemplo (Tabla 5.7), la redacción de los ítems se centra en aptitudes y competencias, y ello es deliberado. Estamos en fase for music therapy, por

tanto, no registramos logros terapéuticos; registramos capacidad de responder, de sostener atención, de seguir propuestas, de expresar o comunicar de alguna forma, de coordinarse con el pulso o de tolerar la interacción musical. Si durante la sesión hemos aplicado las propuestas fijadas en la cara 1A, al finalizar calificaremos cada objetivo marcando el valor correspondiente y, si procede, añadiremos una nota breve en observaciones: una frase basta, algo específico, no interpretaciones largas.

**Tabla 5.7**

Ejemplo resuelto HdR IB (fase I, examen).

| ÁREAS de OBSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                             | META A: RESPUESTA PROPUESTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                         |                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Contacto visual</u><br><u>Seguimiento de instrucciones</u><br>Motivación/participación<br><u>Interacción social</u><br>Respuesta emocional<br><u>Verbalización</u><br>Coordinación motora<br>Adaptación<br>Habilidad motora<br>Regulación / nivel de activación<br>Tolerancia a la transición | <b>META A:</b> Capacidad de respuesta y participación ante propuestas musicales estructuradas                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                         |                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>OBJETIVO A1:</b> Orienta la atención hacia el terapeuta o la fuente sonora cuando se le llama o se introduce una señal musical<br><b>OBJETIVO A2:</b> Sigue consignas musicales simples en al menos 3 ocasiones, con apoyo gestual o modelado                                                                                |                                                                                                         |                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>META B:</b> Comunicación funcional y expresividad observable en interacción musical                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                         |                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>OBJETIVO B1:</b> Muestra señales comunicativas no verbales, gesto, mirada, proximidad, imitación, turnos, al menos en 3 momentos<br><b>OBJETIVO B2:</b> Emite verbalizaciones o elecciones simples relacionadas con la actividad, “sí/no”, “otra vez”, “fuerte/suave”, al menos en 2 ocasiones, o las señala si no verbaliza |                                                                                                         |                                                                                                                            |
| CALIFICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                                            |
| OBJETIVO A1 Orientación atencional                                                                                                                                                                                                                                                               | OBJETIVO A2 Seguimiento de consignas                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OBJETIVO B1 Comunicación no verbal                                                                      | OBJETIVO B2 Verbalización / elección                                                                                       |
| 5. Orienta de forma inmediata y consistente ante señal musical o llamada, lo hace en la mayoría de transiciones sin ayuda                                                                                                                                                                        | 5. Sigue consignas simples en 4 o más ocasiones, con mínima ayuda, mantiene turnos y acepta cambios                                                                                                                                                                                                                             | 5. Muestra señales comunicativas en 3–4 momentos, acepta turnos y contacto funcional, imitación parcial | 5. Emite o señala 3 o más verbalizaciones/ elecciones funcionales y pertinentes, sin insistencia, con comprensión evidente |
| 4. Orienta con latencia breve en la mayoría de ocasiones, requiere una ayuda puntual o repetición de la señal                                                                                                                                                                                    | 4. Sigue consignas en 3 ocasiones, necesita apoyo gestual o modelado en parte de la sesión                                                                                                                                                                                                                                      | 4. Muestra señales comunicativas en 3–4 momentos, acepta turnos y contacto funcional, imitación parcial | 4. Emite o señala 2 elecciones/verbos funcionales con apoyo leve o preguntas cerradas                                      |

|                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                         |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Orienta de forma irregular; responde aproximadamente en la mitad de ocasiones o solo ante señales muy marcadas | 3. Sigue consignas en 2 ocasiones, requiere ayudas frecuentes, se desorganiza en transiciones | 3. Señales comunicativas ocasionales, 2–3 momentos, interacción breve, turnos inestables o discontinuos | 3. Emite o señala 1 elección/verbalización funcional, requiere apoyo claro y repetido           |
| 2. Orienta solo en 1–2 ocasiones, con ayuda intensa, la atención se pierde con facilidad                          | 2. Sigue 1 consigna simple solo con modelado directo, la mayoría no se sostienen              | 2. Comunicación mínima, 1–2 señales aisladas, evita turnos o no mantiene el intercambio                 | 2. No verbaliza ni elige de forma funcional, solo respuestas ambiguas o ecolalias no operativas |
| 1. No orienta a la señal ni a la llamada, o lo hace de manera no funcional, sin conexión observable               | 1. No sigue consignas incluso con ayuda, rechaza o se mantiene desconectado de la tarea       | 1. No aparecen señales comunicativas funcionales, evitación persistente o desconexión                   | 1. No hay verbalización ni elección, ni señalamiento funcional incluso con apoyo                |

Ejemplo de HdR 1B en fase de examen del SdB. La escala 1–5 califica competencias básicas de respuesta, seguimiento e interacción musical para establecer línea base y decidir qué objetivos pasan al tramo terapéutico posterior.

## 5.7.2. Resultados simulados, fase I del SdB (3 sesiones de examen)

**Tabla 5.8**

Conjunto de puntuaciones recabadas por sesión (1 a 5)

| Objetivo                                               | Sesión 1 | Sesión 2 | Sesión 3 | Suma 3 días | Media |
|--------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-------------|-------|
| A1 Orientación atencional a señal o llamada            | 2        | 3        | 4        | 9           | 3,0   |
| A2 Seguimiento de consignas musicales simples          | 1        | 2        | 3        | 6           | 2,0   |
| B1 Comunicación no verbal funcional, turnos, imitación | 2        | 3        | 3        | 8           | 2,7   |
| B2 Verbalización o elección simple funcional           | 1        | 2        | 2        | 5           | 1,7   |

### Lectura breve de estos datos (examen, no terapia)

- Mejora clara en A1; la orientación a la señal musical progresa con la repetición y la anticipación; sugiere buena sensibilidad a los marcadores sonoros y a la estructura.
- A2 sube, pero sigue baja. El seguimiento de consignas requiere todavía modelado y apoyos. Conviene mantener consignas de un solo paso y señalización clara.

- B1 se estabiliza en el nivel medio; aparecen señales comunicativas y turnos breves; se sostiene mejor cuando hay instrumentos preferidos y una rutina predecible.
- B2 es el más débil; la elección o la verbalización funcional emerge de forma limitada; mejor plantearlo como objetivo secundario al inicio del tramo terapéutico, apoyado en señalamientos y alternativas cerradas.

### **Cómo podrías “traducir” la suma a decisiones SdB (orientativo)**

- Si el umbral mínimo para “pasar a terapia” fuera un promedio  $\geq 3$  en A1 y al menos 2 en A2 y B1, el caso se consideraría parcialmente cumplido.
- Esto justificaría entrar al tramo terapéutico con un plan que priorice la estructura rítmica, turnos simples, señal de inicio y cierre, y objetivos terapéuticos iniciales muy operativos, con B2 como objetivo de apoyo, no como eje..

Con los resultados obtenidos en estas tres sesiones de examen, incluso cuando los presentamos aquí de manera simulada, ya disponemos de una base suficiente para tomar decisiones clínicas con criterio. A partir de esta línea base diseñaríamos el tramo terapéutico del bloque I, las sesiones 4 a 10, en las que dejamos de medir solo la capacidad de respuesta y pasamos a intervenir de forma intencional, ya en un encuadre “of music therapy”, con metas y objetivos terapéuticos formulados en términos de cambio y beneficio. No está de más añadir alguna escala validada que nos permita establecer un T0 y compararlo con un T1 y un T2 finales. Más adelante abordaremos esta cuestión.

Este primer estudio implica redefinir el plan. Dejaríamos la fase de examen y pasaríamos a la de terapia como tal y habría que seleccionar nuevas actividades musicales ajustadas a lo que hemos observado que facilitó o bloqueó la participación, y construir una nueva HdR con categorías de observación más específicas, descriptores más finos y calificadores coherentes con esos objetivos.

En paralelo, este giro requiere transparencia. Informaríamos al paciente y a su familia o cuidadores del sentido del plan, de lo que se va a trabajar, de cómo se va a medir el progreso y de qué señales concretas esperamos observar si el proceso avanza, porque una intervención basada en la evidencia no solo organiza la sesión, sino que también organiza el acuerdo terapéutico y alinea expectativas para maximizar la probabilidad de beneficio.

# Estudio del caso 22/7 Centro de Día "El Carmen"

## BLOQUE 1 + 2

ANÁLISIS DEL CASO



INFORMACIÓN GENERAL

ANÁLISIS DEL CASO

| DATOS GENERALES |                           | INFORMACIÓN GENERAL |                               |
|-----------------|---------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Nombre          | Centro de Día "El Carmen" | Dirección           | Avda. de la Constitución, 100 |
| Ubicación       | Barrio de San Juan        | Horario             | De 9:00 a 15:00               |
| Coord.          | 40° 40' N, 4° 40' E       | Personal            | 10 personas                   |
| Clase           | Centro de Día             | Actividades         | Artísticas, deportivas, etc.  |

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO



**Clasificar y organizar los datos nos permite confirmar la efectividad del tratamiento y consolidación de los resultados**

INFORMACIÓN GENERAL

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO



INFORMACIÓN GENERAL

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO



INFORMACIÓN GENERAL

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

INFORMACIÓN GENERAL

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO



INFORMACIÓN GENERAL

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

## 5.8 Hoja de Registro IB, grupal (examen)

El diseño de las HdR que hemos visto hasta ahora se aplica a sesiones individuales. Pero claro, también trabajamos con varios pacientes a la vez. Cuando el encuadre es grupal, la lógica de registro se mantiene, pero la estructura del documento debe adaptarse para resolver un reto evidente: en una misma unidad de tiempo observamos a varias personas y, además, algo más que personas: relaciones. En un grupo, la interacción entre participantes no es ruido de fondo; es un fenómeno clínico en sí mismo, una variable adicional que modifica la respuesta individual y, por tanto, debe contemplarse en el examen.

En esta HdR grupal IB (ver Tabla 5.9) conservo las zonas superiores destinadas a metas, objetivos y observaciones, porque necesitamos seguir trabajando con un mapa claro. También se mantiene el bloque central con los descriptores de la escala (región 8), aunque aquí se presenta de forma más compacta para liberar espacio. La principal diferencia se observa en la sección de calificación. Se añade en la parte inferior un listado con las iniciales o códigos abreviados de las personas participantes, con casillas en blanco para consignar las puntuaciones de cada objetivo (región 9).

En el ejemplo he usado iniciales ficticias, pero es igual de válido un sistema de codificación PI–P6 o un código alfanumérico, siempre que sea estable y pueda vincularse al expediente protegido del caso.

En la práctica, la observación grupal exige un mayor nivel de atención que la individual. Aumentan las respuestas simultáneas; los estímulos se multiplican y emergen microeventos difíciles de captar a primera vista, miradas cruzadas, contagio emocional, imitaciones, rivalidades, alianzas, esperas, interrupciones. Por eso, si queremos registrar con calidad, el trabajo en equipo deja de ser un lujo y se convierte en un requisito. Cuando no contamos con un o una coterapeuta que observe, anote y mantenga el registro, lo prudente es no asumir grupos grandes y grabar las sesiones en video para poder analizar el comportamiento con posterioridad.

Como criterio conservador, sin apoyo profesional adicional, no recomendaría trabajar con más de cuatro participantes. Si la casuística es compleja, si hay dificultades severas de comunicación, limitaciones motoras



relevantes, desregulación conductual o alta impulsividad, el umbral debe ser aún más estricto.

**Tabla 5.9.**

Hoja de registro 1A para sesión grupal en fase de examen.

| ÁREAS de OBSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                              | META A: RESPUESTA PROPUESTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Contacto visual</u><br><u>Seguimiento de instrucciones</u><br>Motivación/ participación<br><u>Interacción social</u><br>Respuesta emocional<br><u>Verbalización</u><br>Coordinación motora<br>Adaptación<br>Habilidad motora<br>Regulación / nivel de activación<br>Tolerancia a la transición | <b>META A:</b> Capacidad de respuesta y participación ante propuestas musicales estructuradas                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>OBJETIVO A1:</b> Orienta la atención hacia el terapeuta o la fuente sonora cuando se le llama o se introduce una señal musical<br><b>OBJETIVO A2:</b> Sigue consignas musicales simples en al menos 3 ocasiones, con apoyo gestual o modelado                                                                                |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>META B:</b> Comunicación funcional y expresividad observable en interacción musical                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>OBJETIVO B1:</b> Muestra señales comunicativas no verbales, gesto, mirada, proximidad, imitación, turnos, al menos en 3 momentos<br><b>OBJETIVO B2:</b> Emite verbalizaciones o elecciones simples relacionadas con la actividad, "sí/no", "otra vez", "fuerte/suave", al menos en 2 ocasiones, o las señala si no verbaliza |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| CALIFICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| PACIENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OBJETIVO A1<br>Orientación atencional                                                                                                                                                                                                                                                                                           | OBJETIVO A2<br>Seguimiento de consignas                                                                                                                                                                                      | OBJETIVO B1<br>Comunicación no verbal                                                                                                                                                                                                          | OBJETIVO B2<br>Verbalización / elección                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5. Orienta de forma inmediata y consistente ante señal musical o llamada, lo hace en la mayoría de transiciones sin ayuda<br>4. Orienta con latencia breve en la mayoría de ocasiones, requiere una ayuda puntual o repetición de la señal                                                                                      | 5. Sigue consignas simples en 4 o más ocasiones, con mínima ayuda, mantiene turnos y acepta cambios<br>4. Sigue consignas en 3 ocasiones, necesita apoyo gestual o modelado en parte de la sesión<br>3. Sigue consignas en 2 | 5. Muestra señales comunicativas en 3–4 momentos, acepta turnos y contacto funcional, imitación parcial<br>4. Muestra señales comunicativas en 3–4 momentos, acepta turnos y contacto funcional, imitación parcial<br>3. Señales comunicativas | 5. Emite o señala 3 o más verbalizaciones/ elecciones funcionales y pertinentes, sin insistencia, con comprensión evidente<br>4. Emite o señala 2 elecciones/ verbos funcionales con apoyo leve o preguntas cerradas<br>3. Emite o señala 1 elección/ |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <p>3. Orienta de forma irregular, responde aproximadamente en la mitad de ocasiones o solo ante señales muy marcadas</p> <p>2. Orienta solo en 1–2 ocasiones, con ayuda intensa, la atención se pierde con facilidad</p> <p>1. No orienta a la señal ni a la llamada, o lo hace de manera no funcional, sin conexión observable</p> | <p>ocasiones, requiere ayudas frecuentes, se desorganiza en transiciones</p> <p>2. Sigue 1 consigna simple solo con modelado directo, la mayoría no se sostienen</p> <p>1. No sigue consignas incluso con ayuda, rechaza o se mantiene desconectado de la tarea</p> | <p>ocasionales, 2–3 momentos, interacción breve, turnos inestables o discontinuos</p> <p>2. Comunicación mínima, 1–2 señales aisladas, evita turnos o no mantiene el intercambio</p> <p>1. No aparecen señales comunicativas funcionales, evitación persistente o desconexión</p> | <p>verbalización funcional, requiere apoyo claro y repetido</p> <p>2. No verbaliza ni elige de forma funcional, solo respuestas ambiguas o ecolalias no operativas</p> <p>1. No hay verbalización ni elección, ni señalamiento funcional incluso con apoyo</p> |
| <b>JFR</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>PGG</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>RFT</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>ALP</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |

La ética profesional tiene que estar por delante de las demandas organizativas. Un grupo sobredimensionado compromete la seguridad, reduce la precisión del examen y termina generando el peor de los resultados, sesiones aparentes con datos pobres, decisiones clínicas frágiles y un proceso que se deshilacha.

Conviene remarcar que en la fase I del examen, el tipo de actividades musicales que elegiremos en estas tres primeras sesiones se circunscribe a estimar el nivel de respuesta, los umbrales de tolerancia, las preferencias instrumentales, la capacidad de turnos, la tendencia a imitar, el estilo de participación y, sobre todo, la forma en que el grupo modula a cada individuo. Esto determina qué ítems de evaluación tienen sentido y cuáles no.

Al reducir el campo de observación, evitamos caer en el “registro enciclopédico”, que en grupo resulta inviable y conduce a la pérdida de consistencia. Lo que buscamos es información clara para la toma de decisiones clínicas.

Con tres sesiones de examen bien registradas podremos, una vez conocidas esas aptitudes y competencias básicas, llegar a establecer qué áreas tienen sentido intervenir y cómo reorganizar metas, objetivos y propuestas para el trabajo terapéutico de las semanas siguientes. En otras palabras, con el examen definimos las condiciones para que la musicoterapia pueda desarrollarse con solvencia. En el siguiente epígrafe veremos cómo cambia el contenido de la HdR cuando pasamos de “for music therapy” a “of music therapy”: la hoja deja de medir solo capacidades de respuesta y empieza a registrar el cambio clínico.

**Las cifras que  
registramos en las  
sesiones marcan  
tendencias.  
Son una abstracción de  
la vivencia musical  
compartida con los  
pacientes**

22

10

21

13

## 5.9 Hoja de Registro para fase 2 (terapia)

Ahora entramos en un punto decisivo del sistema de bloques. Seguimos en el bloque 1, pero cambiamos de fase. Dejamos atrás el examen inicial “for music therapy” y pasamos a la fase 2, ya terapéutica, “of music therapy”. Esta transición no es un cambio estético del documento; es un cambio de naturaleza clínica. Hasta aquí hemos observado capacidades, umbrales y formas de respuesta. A partir de ahora intervenimos con intención de cambio y registramos si ese cambio ocurre, cómo ocurre y bajo qué condiciones.

Ya contamos con los datos de las tres sesiones de examen; los hemos analizado y confirmado la dirección del abordaje. Con esa línea base delimitamos qué objetivos tienen sentido, qué propuestas musicales facilitan la participación, cuáles generan sobrecarga y qué estilo de conducción resulta más estable. Con ese mapa definido, antes de iniciar la sesión 4, debemos concretar los ítems terapéuticos en los que vamos a trabajar. Desde este punto en adelante, todo el proceso se entiende como una evaluación continua. Cada sesión es, a la vez, intervención y contraste. Actuamos, observamos, medimos, interpretamos y reajustamos.

La HdR mantiene una maquetación similar a la empleada en el examen porque necesitamos continuidad visual y operativa, pero cambia lo esencial. Las metas y los objetivos pasan a formularse en términos de logro terapéutico; por tanto, también cambian las propuestas musicales, el foco de observación y el tipo de descriptores que utilizaremos para calificar la evolución. En la fase terapéutica, ya no basta con describir “si responde”. Necesitamos describir “qué mejora”, “cuánto”, “en qué condiciones” y “con qué estabilidad a lo largo del tiempo”. De ahí que la HdR 2A y 2B, ver Tablas 5.10 y 5.11, deban estar construidas con un lenguaje aún más operacional, más medible y más conectado con el objetivo.

El manejo del instrumento es similar a lo visto en 1A y 1B, pero con una exigencia añadida. Las categorías de observación y sus calificadores no pueden ser genéricos. Deben responder a la pregunta clínica concreta. A nivel estratégico, tendremos que ajustar cuándo es apropiado introducir una tarea, con qué intensidad, con qué duración y qué papel desempeña dentro del conjunto. Algunas actividades serán de exploración dirigida, otras de entrenamiento, otras de integración, otras de generalización. En el

SdB, la sesión no es una suma de “cosas bonitas que hacemos”; es una secuencia con sentido; cada parte empuja el proceso hacia el objetivo.

Aquí conviene recordar una idea que atraviesa todo el manual. Las HdR son documentos vivos. Conforme se consolidan competencias y disminuyen ciertas limitaciones iniciales, emergen nuevas posibilidades y aparecen objetivos más finos. El trabajo continuado genera cambios orgánicos que modifican la sesión. La evaluación continua es la herramienta que nos permite detectar el momento adecuado para introducir un ajuste, retirar un apoyo, aumentar la complejidad o, por el contrario, simplificar para estabilizar el avance. La hoja no es un registro pasivo; es un timón. Nos impide navegar por impresión y nos obliga a navegar por criterio.

En este capítulo, ejemplifico la HdR en la modalidad individual, en las Tablas 5.10 y 5.11, para facilitar la comprensión. La adaptación al formato grupal es directa y sigue la lógica ya explicada en el epígrafe anterior. Se conserva la estructura, se preserva la identidad mediante códigos y se amplía el espacio de calificación de cada participante. Lo que cambia en grupo es la carga de observación, por tanto, la necesidad de reparto de roles y el carácter más exigente de la supervisión del registro.

Muestro así un ejemplo simulado creado a partir de los resultados de las tres primeras sesiones de examen de la fase I, desarrollados en el punto 5.7.2

**Tabla 5.10**

Ejemplo resuelto HdR 2A (fase 2, terapéutica).

| DATOS DE LA SESIÓN |                 | METAS y OBJETIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº SESIÓN          | 4               | <b>META A:</b> Participación terapéutica sostenida en propuestas musicales estructuradas, con incremento de autonomía y reducción gradual de apoyos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| CÓDIGO DE PACIENTE | P-07 (infantil) | <p><b>OBJETIVO A1:</b> Mantiene orientación atencional compartida hacia terapeuta o fuente sonora durante <u>al menos el 70% de los marcadores</u> de sesión, con latencia <u>≤ 3 s en la mayoría de ocasiones</u>, usando señal musical estable.</p> <p><b>OBJETIVO A2:</b> Sigue consignas musicales de un paso en <u>al menos 5 ocasiones</u>, con apoyo gestual mínimo o modelado parcial, y recupera la consigna tras una redirección breve.</p> |

| <b>FECHA Y HORA</b>                                              | 2026-02-18 / 17:00–17:40                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>META B:</b> Comunicación funcional y coordinación social básica en interacción musical, con prioridad en turnos e intención comunicativa observable.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CENTRO</b>                                                    | Centro de Atención Temprana (CAT)                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>OBJETIVO B1:</b> Realiza turnos con el terapeuta en <u>al menos 6 intercambios</u> , mediante instrumento o cuerpo, manteniendo pauta de esperar-responder sin desorganización significativa.<br><b>OBJETIVO B2:</b> Realiza <u>3 elecciones funcionales</u> durante la sesión, señalando o verbalizando una alternativa cerrada, por ejemplo “otra vez”, “cambio”, “fuerte/suave”, “sí/no”, sin forzar producción verbal si no emerge. |
| <b>BLOQUE</b>                                                    | I (Examen, IA)                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>OBSERVACIONES:</b> Inicio de fase terapéutica dentro del mismo bloque. Se prioriza consolidar estructura, anticipación y turnos, aprovechando la buena sensibilidad a marcadores sonoros observada en A1. Se reduce la carga de instrucciones, se mantiene consigna única por episodio y se trabaja tolerancia a transición con apoyos predictivos. B2 se registra como apoyo, sin convertirlo en eje.                                  |
| <b>INTERVENCIÓN</b>                                              | <b>PROCEDIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>ÁREAS DE OBSERVACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>PROPUESTA 1. BIENVENIDA</b><br>“Señal y saludo predecible”    | Señal de inicio con <b>3 notas ascendentes</b> repetidas, mismo tempo y dinámica. Se nombra al paciente una vez. Se ofrece una <b>elección cerrada</b> entre dos instrumentos preferidos, se valida la elección con gesto y se inicia un pulso simple compartido. Duración 3–4 min. | <b>Meta A (A1)</b> orientación a marcador; latencia de respuesta.<br><b>Meta B (B2)</b> elección funcional por señalamiento. Se registra tolerancia a proximidad y a inicio.                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>PROPUESTA 2.</b><br>“Pulso compartido y turnos”               | Con instrumento preferido, se establece pulso estable. Se alterna <b>mi turno / tu turno</b> con señal clara, gesto de mano y pausa breve. Se empieza con turnos largos y se ajusta a turnos más cortos si mantiene respuesta. Duración 8–10 min.                                   | <b>Meta B (B1)</b> número de intercambios en turnos, capacidad de esperar-responder. <b>Meta A (A1)</b> mantenimiento de atención compartida. Se observa frustración y recuperación tras pausa.                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>PROPUESTA 3.</b><br>“Consigna única con variación controlada” | Se plantea una sola consigna por bloque, por ejemplo tocar-parar con señal musical de parada. Se realizan 6–8 ensayos. Se reduce ayuda en escalera, modelado completo, modelado parcial, gesto, solo marcador sonoro. Duración 6–8 min.                                             | <b>Meta A (A2)</b> seguimiento de consigna de un paso y necesidad de apoyo. <b>Meta A (A1)</b> respuesta a marcador de parada. Se registra éxito por ensayo y calidad de reenganche tras error.                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>PROPUESTA 4.</b><br>“Transición y tolerancia a cambio”        | Se pasa de instrumento preferido a un segundo instrumento con <b>anticipación sonora</b> , se muestra la secuencia con dos pictos o gesto simple, primero, después. Se acepta protesta breve, se refuerza retorno a pauta. Duración 6–8 min.                                        | <b>Meta A (A2)</b> tolerancia a transición dentro de estructura.<br><b>Meta B (B2)</b> elección simple entre “seguir” o “cambiar”, señalamiento. Se observa evitación, protesta, recuperación, umbral de activación.                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>PROPUESTA 5. CIERRE</b><br>“Despedida y elección final”       | Señal de final con <b>2 notas descendentes</b> repetidas, siempre igual. Se invita a una acción simple, guardar o entregar. Se ofrece elección final, repetir una vez o terminar. Duración 3–4 min.                                                                                 | <b>Meta A (A1)</b> respuesta a final y transición de salida. <b>Meta B (B2)</b> elección funcional final y tolerancia a despedida sin desorganización.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Una vez definida esta cara del HdR 2A, en la otra cara de la hoja tendríamos los descriptores que nos permitirían evaluar y calificar la participación del paciente. Tal como hice en el ejemplo de la fase de examen, simularemos resultados de las 7 sesiones de terapia para mostrar cómo computar todos los datos de estas sesiones.

A la tabla se le pueden añadir espacios para recoger un checklist rápido de los resultados de la sesión y espacio para observaciones breves e incidencias: **A1** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

- **A2** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- **B1** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- **B2** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

**Tabla 5.1 I**

Ejemplo resuelto HdR 2A (fase 2, terapéutica).

| ÁREAS de OBSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | META A: RESPUESTA PROPUESTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Habilidad motora<br>Coordinación motora<br><u>Seguimiento de instrucciones</u><br><u>Atención compartida</u><br><u>Contacto visual funcional</u><br>Imitación<br>Turnos<br>Inhibición / parar<br><u>Adaptación a transición</u><br>Tolerancia a cambio<br><u>Motivación/participación</u><br><u>Regulación/activación</u><br>Respuesta emocional<br>Interacción social<br><u>Elección funcional</u><br>Verbalización/Señalamiento<br>Bienestar | <b>META A:</b> Participación terapéutica sostenida en propuestas musicales estructuradas, con incremento de autonomía y reducción gradual de apoyos.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>OBJETIVO A1:</b> Mantiene orientación atencional compartida hacia terapeuta o fuente sonora durante <u>al menos el 70% de los marcadores</u> de sesión, con latencia <u>≤ 3 s en la mayoría de ocasiones</u> , usando señal musical estable.<br><b>OBJETIVO A2:</b> Sigue consignas musicales de un paso en <u>al menos 5 ocasiones</u> , con apoyo gestual mínimo o modelado parcial, y recupera la consigna tras una redirección breve. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>META B:</b> Comunicación funcional y coordinación social básica en interacción musical, con prioridad en turnos e intención comunicativa observable.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>OBJETIVO B1:</b> Realiza turnos con el terapeuta en <u>al menos 6 intercambios</u> , mediante instrumento o cuerpo, manteniendo pauta de esperar-responder sin desorganización significativa.<br><b>OBJETIVO B2:</b> Realiza <u>3 elecciones funcionales</u> durante la sesión, señalando o verbalizando una alternativa cerrada, por ejemplo "otra vez", "cambio", "fuerte/ suave", "sí/no", sin forzar producción verbal si no emerge.  |
| CALIFICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>OBJETIVO A1.</b><br>Atención compartida y orientación a señal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>OBJETIVO A2.</b><br>Seguimiento de consignas de un paso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>OBJETIVO B1.</b><br>Turnos e interacción básica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>OBJETIVO B2.</b><br>Elección funcional / verbalización o señalamiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>5.</b> Orienta y sostiene atención en <b>≥ 80%</b> de marcadores, latencia <b>≤ 3 s</b>, recupera tras distracción con señal musical sola.</p> | <p><b>5.</b> Cumple consignas (parar/iniciar; fuerte/ suave, mi turno/tu turno) en <b>≥ 6 ocasiones</b>, con <b>apoyo mínimo</b> o solo señal sonora.</p> | <p><b>5</b> Mantiene <b>≥ 8 intercambios</b> de turno, espera-responde con pauta clara, muestra ajuste al otro, sin desorganización.</p>   | <p><b>5.</b> Realiza <b>≥ 4 elecciones</b> funcionales en contexto, señala o verbaliza de forma clara, generaliza a dos momentos distintos de la sesión.</p> |
| <p><b>4.</b> Orienta en <b>60–79%</b>, latencia <b>≤ 5 s</b>, requiere <b>una</b> redirección breve o gesto en momentos puntuales.</p>               | <p><b>4.</b> Cumple en <b>5 ocasiones</b>, requiere apoyo gestual intermitente o modelado parcial, errores ocasionales con recuperación rápida.</p>       | <p><b>4.</b> Mantiene <b>6–7 intercambios</b>, espera-responde con alguna intrusión, necesita recordatorio puntual de turno.</p>           | <p><b>4.</b> Realiza <b>3 elecciones</b>, con alternativas cerradas, puede requerir señalamiento del terapeuta como apoyo inicial.</p>                       |
| <p><b>3.</b> Orienta en <b>40–59%</b>, latencia variable, necesita redirección repetida o ayuda gestual frecuente para volver al foco.</p>           | <p><b>3.</b> Cumple en <b>3–4 ocasiones</b>, necesita modelado frecuente, pierde la consigna tras cambios o transiciones.</p>                             | <p><b>3.</b> Mantiene <b>4–5 intercambios</b>, alternancia irregular; requiere ayuda explícita para esperar o para reiniciar el ciclo.</p> | <p><b>3.</b> Realiza <b>2 elecciones</b>, necesita apoyo consistente, la elección aparece pero no se sostiene en distintos momentos.</p>                     |
| <p><b>2.</b> Orienta en <b>20–39%</b>, atención muy frágil, se desengancha con facilidad, solo mantiene foco con apoyo continuo.</p>                 | <p><b>2.</b> Cumple en <b>1–2 ocasiones</b>, solo con modelado completo y repetición, abandono frecuente de la pauta.</p>                                 | <p><b>2.</b> Mantiene <b>2–3 intercambios</b>, alternancia muy frágil, tendencia a invadir o retirarse, precisa guía continua.</p>         | <p><b>2.</b> Realiza <b>1 elección</b> aislada, ambigua o solo por imitación, requiere mucha facilitación.</p>                                               |
| <p><b>1.</b> Orienta en <b>&lt; 20%</b>, no se vincula a señal/ terapeuta, evita o se desconecta de forma sostenida.</p>                             | <p><b>1.</b> No cumple consignas funcionalmente, rechazo, desorganización o no hay respuesta operativa.</p>                                               | <p><b>1.</b> No hay turnos operativos, no tolera alternancia o se desorganiza ante la espera.</p>                                          | <p><b>1.</b> No hay elecciones funcionales, rechazo o indiferencia ante alternativas, no señala ni verbaliza.</p>                                            |

## 5.9.1 La clave de la fase terapéutica, objetivos que se puedan medir

La funcionalidad del proceso depende de una evaluación adecuada, la cual comienza, de forma ineludible, con una correcta redacción de los objetivos. En la fase terapéutica, un objetivo debe delimitar el área de información que queremos obtener y permitir responder con datos. Eso se puede expresar en forma numérica o porcentual, por unidades de tiempo, por frecuencia de conducta, por número de repeticiones o por niveles en una escala bien descrita. Si el objetivo no se puede puntuar, no se puede verificar, y si no se puede verificar, no sabemos si avanzamos o si solo estamos produciendo una experiencia agradable.

Por eso no sirven formulaciones del tipo trabajar las emociones, generar bienestar, empoderar, mejorar la calidad de vida. Son intenciones y pueden inspirar metas, pero no son objetivos evaluables. Si no podemos medir su nivel de consecución, nunca sabremos el impacto real de la intervención ni cuál debe ser el siguiente paso del proceso.

Un ejemplo sencillo lo aclara. La frase «empoderar al paciente» puede transformarse en objetivos medibles si la llevamos al terreno de la conducta observable.

- El paciente asume el rol de líder en la improvisación en al menos dos momentos de la sesión. Se califica por la duración o la frecuencia.
- Las propuestas musicales del paciente son seguidas por el grupo en al menos tres ocasiones. Se califica por el número de apoyos o por la estabilidad del seguimiento.

Lo importante no es la palabra bonita, lo importante es el descriptor que nos permitirá decidir si hay progreso.

### **5.9.2 El cierre del bloque, síntesis, supervisión y comunicación clínica**

El bloque I no termina en la sesión I0 con un “ya está”. Todo lo contrario. El final del bloque exige convergencia. Las HdR de la fase terapéutica generan un conjunto de datos que debe confluir en una evaluación general del bloque y en una lectura sintética que permita responder a tres preguntas esenciales. ¿Qué se ha intentado hacer, qué ha ocurrido realmente y qué decisiones se derivan de ello? Este cierre es el material de trabajo para una supervisión clínica externa que nos ayuda a contrastar hipótesis, detectar sesgos, validar decisiones y ajustar el método.

De esa síntesis también se deriva el informe clínico. No como un documento burocrático, sino como un relato técnico y comprensible que conecte metas, objetivos, procedimientos y resultados. Y, por supuesto, el cierre del bloque implica comunicar al paciente y a su familia o cuidadores lo que se ha observado, qué cambios han aparecido, con qué señales lo sabemos y qué plan seguiremos a continuación para maximizar el beneficio. Esta comunicación no es un añadido final. Es parte del encuadre

ético y terapéutico. Alinea expectativas, refuerza la adherencia y sostiene la continuidad del proceso.

Con esa evaluación final del bloque I, estamos en condiciones de planificar el siguiente. Definimos nuevas metas o reformulamos las existentes, ajustamos objetivos, redefinimos actividades y reconfiguramos los descriptores y calificadores de la HdR. En el SdB, cada bloque es un ciclo de observación, intervención y aprendizaje. Cada cierre prepara el siguiente comienzo.

Por la relevancia de construir objetivos terapéuticos sólidos, dedicaré el siguiente epígrafe a explicar con más detalle cómo formularlos, evitar ambigüedades y convertir un propósito clínico en un objetivo evaluable. Llevo años revisando actividades académicas y TFM y sigo viendo el mismo problema. Se entienden bien las metas, pero cuesta traducirlas al lenguaje operativo de los objetivos. Esa traducción es, literalmente, una de las llaves del rigor:

### 5.9.3 Resultados simulados, fase 2 (7 sesiones de terapia), Bloque I

Paciente: P-07 (infantil)

Sesiones terapéuticas: 4–10 ( $n = 7$ )

Objetivos puntuados: A1, A2, B1, B2 (1–5)

**Tabla 5.12**

Puntuaciones por sesión (HdR 2B)

| Sesión | A1 Atención a señal | A2 Sigue consignas | B1 Turnos/interacción | B2 Elección/funcional |
|--------|---------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4      | 3                   | 2                  | 3                     | 1                     |
| 5      | 3                   | 3                  | 3                     | 2                     |
| 6      | 4                   | 3                  | 3                     | 2                     |
| 7      | 4                   | 3                  | 4                     | 2                     |
| 8      | 4                   | 4                  | 4                     | 2                     |
| 9      | 4                   | 4                  | 4                     | 3                     |
| 10     | 5                   | 4                  | 4                     | 3                     |

## **Suma y promedio del tramo terapéutico (7 sesiones)**

- A1 (orientación/atención a señal): suma 27, promedio 3,86  
Tendencia: progreso sostenido, con un salto final a 5 en la sesión 10.
- A2 (seguimiento de consignas): suma 23, promedio 3,29  
Tendencia: mejora gradual, consolida 4 al final (sesiones 8–10).
- B1 (turnos e interacción): suma 25, promedio 3,57  
Tendencia: estable-alza, pasa de 3 a 4 y lo mantiene desde la sesión 7.
- B2 (elección/verbalización funcional): suma 15, promedio 2,14. Tendencia: débil pero emergente; sube a 3 en las dos últimas sesiones.

## **Lectura clínica breve para cierre del Bloque I**

1. Eje fuerte del bloque: A1 se consolida como competencia base. La orientación a la señal musical y la atención compartida pasan de “intermitente” a “consistente”, lo que permite mantener la estructura terapéutica sin sobrecarga.
2. Progreso funcional claro: A2 mejora de forma realista. El paciente empieza necesitando apoyos frecuentes y acaba cumpliendo consignas de un paso con apoyos mínimos, especialmente cuando la pauta es rítmica y el inicio y el cierre están marcados.
3. Interacción en crecimiento: B1 avanza hacia una alternancia más estable. Los turnos dejan de ser “breves e irregulares” para convertirse en secuencias mantenidas, sobre todo con instrumentos preferidos y una rutina predecible.
4. Objetivo de apoyo confirmado: B2 sigue siendo el más frágil, pero ya aparece elección funcional en contexto (señalar/decidir), lo que justifica mantenerlo como objetivo secundario al inicio del bloque 2, sin convertirlo todavía en el eje central.

## **Síntesis para supervisión externa e informe (en 4 líneas)**

En el cierre del Bloque I se observa una mejora clínicamente relevante en la orientación atencional a marcadores sonoros (A1) y en el seguimiento de consignas simples (A2), con estabilización de turnos e interacción (B1). La elección funcional (B2) permanece baja, aunque con señales de emergencia al final del tramo. El patrón sugiere que el paciente se beneficia de una estructura musical predecible, consignas de un paso, ayudas graduadas y rutinas de inicio y cierre claras. Con esta base, el siguiente bloque debe aumentar progresivamente la complejidad sin perder la previsibilidad.

## **Cómo lo comunicaría a familia/paciente (modelo breve)**

“En estas siete sesiones hemos visto que responde cada vez mejor a las señales musicales, mantiene la atención más tiempo y sigue consignas sencillas con menos ayuda. También empieza a sostener turnos con más estabilidad cuando la dinámica es predecible. La parte más difícil sigue siendo elegir o verbalizar lo que quiere, pero ya hay pequeñas señales de avance. El siguiente bloque lo enfocaremos a consolidar estas mejoras y a introducir elecciones de forma más frecuente y funcional, sin forzar.”

**Los objetivos  
terapéuticos  
crecen  
entrelazados**



## 5.10 El objetivo del objetivo

Vengo insistiendo una y otra vez en la importancia de construir un buen objetivo, porque es la pieza que articula todo el mecanismo del proceso terapéutico. Un objetivo determina los componentes de la música y las tareas que debemos desempeñar, define nuestro rol en la sesión y marca el tipo de setting que necesitamos. Un buen objetivo nos proyecta hacia la meta final de nuestro trabajo. Si está bien enfocado y se ajusta a la necesidad específica del paciente, lo demás tiene muchas más probabilidades de funcionar.

Conocer esa necesidad también forma parte del aprendizaje que realizamos como profesionales. Desde el primer minuto hasta el último, el paciente es un territorio de conocimiento que empieza por la empatía y se afina mediante procedimientos de observación y análisis. No es una mirada fría, sino una mirada responsable. Si no sabemos qué estamos buscando, tampoco sabremos qué estamos encontrando ni podremos explicar por qué una propuesta musical fue útil o inoperante.

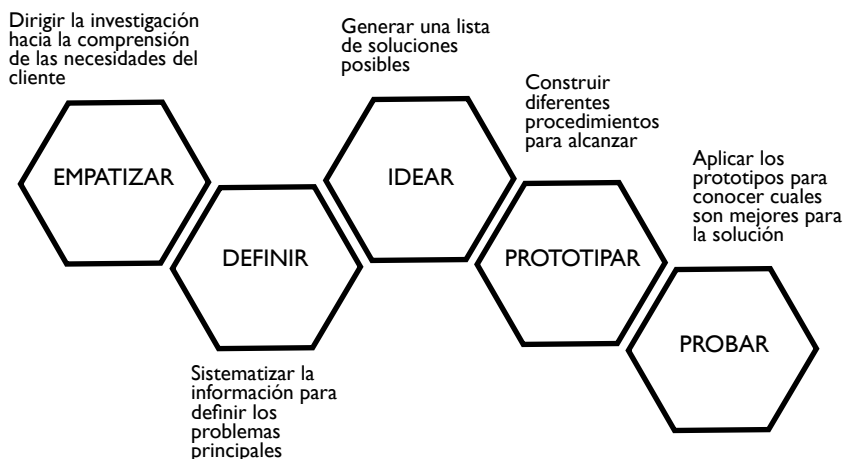
El proceso de creación de objetivos puede asemejarse al modelo de Design Thinking (ver Figura 5.2), ya que plantea la resolución de problemas complejos a partir de la comprensión de las necesidades reales de las personas. Esta metodología se despliega en cinco etapas y orienta la acción hacia soluciones plasmadas en productos o servicios tangibles.

Este enfoque favorece una comprensión profunda del paciente, lo que permite que las soluciones tengan un impacto. También estimula la creatividad del musicoterapeuta porque obliga a explorar una amplia gama de posibilidades y recursos.

Para ello necesitamos flexibilidad y capacidad de adaptación, dos cualidades intrínsecas de la musicoterapia, que se alimenta de lo que el cliente expresa, de lo que tolera, de lo que rechaza y de lo que descubre en el camino. En términos prácticos, formular un objetivo exige responder con claridad a preguntas como estas. ¿Qué queremos exactamente? ¿Qué queremos cambiar para compensar, reducir o atenuar algo que actualmente está presente? ¿Qué elementos contribuirían a mejorar al paciente?

**Figura 5.2**

Esquema de Design Thinking



La operatividad de un objetivo radica en que sea específico y forme parte de una estrategia global. Una meta no se alcanza con una sola acción ni con un solo frente de trabajo. Los objetivos representan líneas de intervención que se despliegan progresivamente en cada sesión. La suma de pequeños impactos es lo que, con el tiempo, sostiene la resolución de la meta.

Aquí entra en juego la idea del tiempo. Cada objetivo opera en lo micro de la actividad musical repetida. Lo trabajado hoy se suma a lo de ayer y, juntos, preparan lo de mañana. La musicoterapia es acumulativa. Visto de cerca, el resultado puede parecer pequeño, casi imperceptible. Visto en conjunto, es enorme. Como en la forja del metal, el calor vuelve dúctil el material y los pequeños golpes van dándole forma. La consecución de un objetivo es proporcional a la repetición, al refuerzo y a la consistencia en el trabajo.

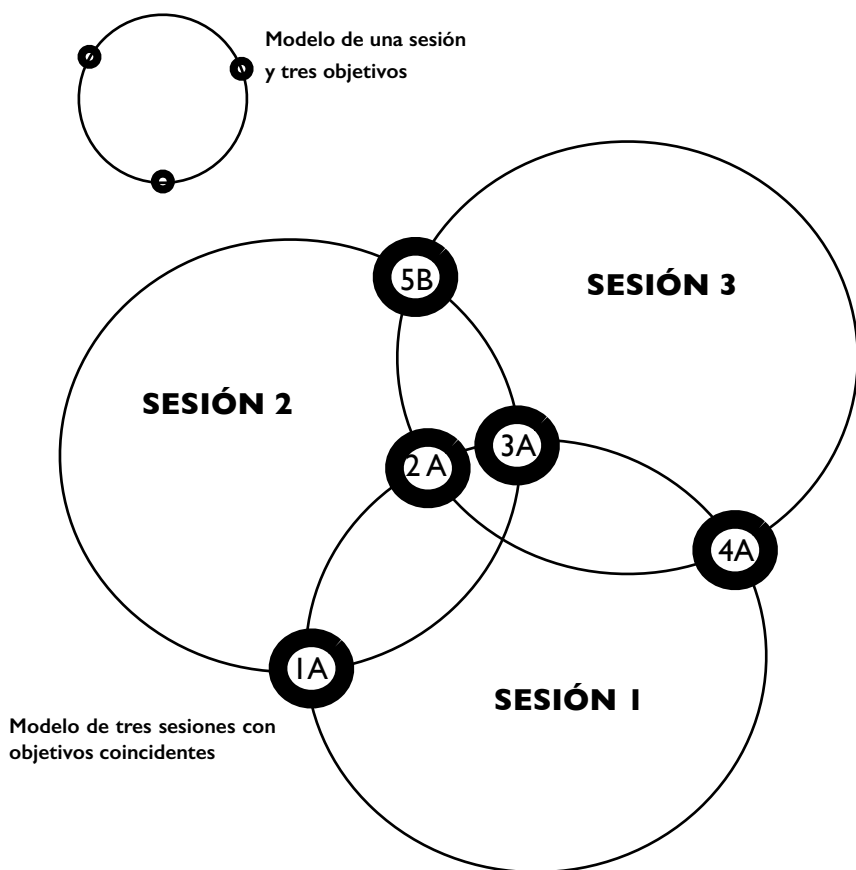
En este sentido, propongo un modelo cíclico de asignación de tareas para consolidar los objetivos. Es una abstracción que debe adaptarse a cada caso, pero aquí interesa más la lógica que el detalle. Como se observa en



la Figura 5.3, cada circunferencia presenta puntos de intersección. Representan el conjunto de objetivos de un periodo de trabajo, imaginemos, de tres sesiones. A medida que el proceso avanza y constatamos resultados, incorporamos nuevos objetivos, pero sin abandonar del todo los anteriores. Así se construye una progresión lógica basada en el refuerzo de tareas con un enfoque constructivista. En la sesión 1 abordamos cuatro objetivos: 1A, 2A, 3A y 4A. En la sesión 2 seguimos trabajando en 1A y 3A y añadimos 5B. En la sesión 3 mantenemos 5B y retomamos 2A y 4A.

**Figura 5.3**

Configuración progresiva de objetivos



Un objetivo ha de funcionar como un vehículo que nos traslada de un punto A a otro B. El acierto de la llegada depende de que las coordenadas de destino sean correctas en nuestro GPS (estudio del caso, definición de metas, evolución del paciente, etc.). Este desplazamiento forma parte de un plan general y opera junto a otros objetivos (movimientos) para producir un resultado determinado. Planificar implica calcular la ruta, las etapas, los recursos, las capacidades humanas y materiales y los riesgos de la misión. Cada punto del mapa terapéutico responde a un diseño funcional en el que no caben movimientos aleatorios. Nos vale lo útil y lo operativo.

Para calibrar si un objetivo está bien planteado, conviene preguntarse cuestiones como estas:

- ¿Qué quiero lograr, de forma concreta?
- ¿Cuántos objetivos necesito y en qué orden?
- ¿Si puedo describirlos con precisión, sin ambigüedades?
- ¿Qué observaré cuando estén alcanzados?
- ¿Qué tiempo necesito y cuántas repeticiones serán razonables?
- ¿Con qué indicadores mediré su progreso y con qué frecuencia?
- ¿Qué señales me dirán que estamos avanzando y cuáles que estamos estancados?
- ¿Cuándo hay saturación de medida y puedo considerarlo consolidado?
- ¿Cómo haré que el paciente lo constate y lo integre como logro?
- ¿Qué alternativas tengo si un objetivo no funciona o se vuelve contraproducente?

Estas premisas muestran que un objetivo es un elemento estructural del cambio que se espera de la terapia. Sostiene la estabilidad de la meta y hace posible que la influencia de nuestras acciones sea visible y defendible. Además, contribuye a que el cliente perciba sus propios beneficios y a que podamos comunicarlos con claridad. La evaluación y supervisión de cada objetivo nos confirmarán si avanzamos por el camino correcto y nos obligarán, cuando sea necesario, a recalcular la ruta sin perder el norte.

**La precisión de  
los instrumentos  
de observación  
en musicoterapia  
garantizan la  
calidad de las  
intervenciones.**



## 5.1.1 La evaluación continua

Los principales manuales anglosajones de musicoterapia insisten en que la evaluación no puede entenderse como un acto puntual, sino como un hilo conductor que atraviesa toda la relación clínica. Evaluar de forma continuada implica sostener la mirada sin dejar que se vuelva cómoda. Nos protege de la parcialidad perceptiva, de los hábitos, del sistema de pensamiento intuitivo y de la tentación de leer cada caso como si fuera una repetición del anterior. Estos sesgos ordinarios se atenúan cuando contrastamos fuentes, cruzamos registros y obligamos a los datos a dialogar entre sí.

En la práctica, siempre emergen reacciones inesperadas que nos llevan a gestionar lo contingente. El devenir musical abre puertas, desplaza prioridades, revela necesidades inesperadas y, a veces, altera la estructura inicial del plan. Sin embargo, cuando el registro está sistematizado y el patrón de medición es estable, podemos volver al diseño de partida, comparar lo previsto con lo ocurrido y comprender qué fuerzas nos condujeron a ese desvío. La evaluación continua no impide la flexibilidad terapéutica; le da un suelo firme para que la adaptación no se convierta en improvisación sin control.

Para describir la evolución del paciente a lo largo del proceso necesitamos combinar herramientas complementarias. Entrevistas estructuradas e informales, observaciones recogidas en las HdR, pruebas estandarizadas en formato pre y post test, microanálisis de vídeo y narrativa descriptiva en el cuaderno de bitácora. A esto se suman las conversaciones con familiares o cuidadores y los encuentros con los profesionales implicados. Cada método aporta un ángulo distinto. Lo cualitativo ofrece el punto de vista interpretativo de los actores clave, lo cuantitativo aporta la objetividad de los datos, y su suma configura un espectro más completo de patrones, competencias y cambios. Nuestra tarea consiste en compararlos, identificar relaciones y traducirlos en conocimiento clínico, es decir, explicar qué revelan y qué significado tienen en el mapa terapéutico.

En este marco, algunas de las medidas más útiles que podemos integrar son las siguientes:

- Evaluación del paciente previa al tratamiento para fijar la línea base.

- Evaluación del paciente tras el tratamiento para estimar el cambio global.
- Autoevaluación de las acciones terapéuticas propuestas para detectar sesgos y ajustar las decisiones.
- Evolución del paciente según metas y objetivos, como eje de la progresión clínica.
- Evaluación del contenido y del desarrollo de las sesiones, atendiendo a la estructura, los tiempos y las transiciones.
- Valoración de la tipología musical creada y de su función terapéutica.
- Valoración de conductas y respuestas, tanto en frecuencia como en calidad y en contexto.
- Valoración estética y comunicativa de la música, como indicador de vínculo y sentido.
- Evaluación de la reducción de síntomas o de indicadores de malestar, cuando sea pertinente.
- Valoración de los cambios en el entorno del paciente por su impacto en el proceso.
- Valoración de la adquisición de competencias y habilidades como evidencia de consolidación.
- Medidas de capacidad de cambio y de avance, en términos de flexibilidad, tolerancia y autorregulación.
- Medidas de conexión emocional y de capacidad expresiva, cuando formen parte del foco clínico.

Lo esencial es no dejar de medir y de confirmar el peso de lo obtenido. Los diferentes evaluadores distribuidos a lo largo del proceso nos permiten tomar decisiones sostenidas por evidencias y no por impresiones. La observación es el continuo bajo que estructura la relación terapéutica. Mirar es comprender y comprender es poder sostener que lo que hacemos está produciendo el resultado beneficioso que se espera de la musicoterapia.

Evaluar no es “recoger por si acaso”, sino pactar un lenguaje común sobre el cambio y sus pruebas. Por eso conviene distinguir entre señales de avance y ruido contextual, mantener una estandarización mínima del procedimiento sin perder la individualización del caso, y asegurar que lo planificado se aplique con fidelidad para que los resultados no se vuelvan ambiguos. La triangulación no consiste en acumular métodos, sino en cruzar pocos datos de alta calidad para decidir con criterio en los puntos de corte del SdB cuándo mantener, ajustar o reformular objetivos,

actividades y setting. Sólo así podemos hablar de cambios clínicamente significativos, aquellos que no sólo aparecen dentro de la sesión, sino que se generalizan fuera de ella y se mantienen con el tiempo.

Analizar los  
resultados es  
tan importante  
como saber  
componer  
canciones



## 5.12 La marca temporal de cada registro

Hasta aquí, las HdR nos han permitido “cerrar” cada sesión con una fotografía global. Ese resumen final es útil, pero tiene una limitación evidente: aplanar la dinámica temporal y diluir el sentido de los cambios que se producen a lo largo de la sesión. En la práctica clínica, el cuándo ocurre una respuesta es casi tan informativo como el qué ocurre. No significa lo mismo que el paciente mantenga contacto visual, iniciativa y participación desde la bienvenida hasta el cierre que esos indicadores emerjan sólo en los minutos finales. Tampoco tiene el mismo valor clínico que la activación aparezca tras una estructura rítmica estable que tras un estímulo externo o una motivación incidental. El tiempo sitúa el comportamiento en su contexto y el contexto es lo que nos permite comprenderlo.

### 5.12.1 Mejora de la HdR

Este epígrafe introduce, por tanto, un giro operativo que nos acerca a la parte final del capítulo. Se trata de una mejora de la HdR que optimiza la toma de datos y refuerza el hilo conductor del SdB, al permitir monitorizar la lógica interna de la sesión. La clave es que el musicoterapeuta pueda alinear con precisión la secuencia de actividades con los objetivos y las metas, y que esa alineación pueda cruzarse con observaciones directas, de carácter fenomenológico, realizadas en vivo durante la interacción con el paciente. Dicho de otra forma, no basta con decir “hubo mejora”; debemos poder explicar en qué tramo de la sesión, bajo qué tarea musical y con qué tipo de interacción emergió el cambio.

Para lograrlo, es recomendable establecer puntos de control o ventanas temporales estables dentro de la sesión. Cuando establecemos un patrón de medición, por ejemplo, en los minutos 10, 20, 30, 40 y cierre, y lo mantenemos sesión a sesión, generamos una estructura comparativa (ver Tabla 5.13). Ese patrón aumenta la validez del dato, porque nos permite confrontar mediciones equivalentes y distinguir tendencias, picos de activación, caídas de implicación o momentos de saturación. En términos prácticos, pasamos de un juicio global a una lectura con relieve, con “curva” temporal.



**Tabla 5.13**

Marcas temporales en la HdR añadidas a la tabla 5.11 sobre las propuestas de la tabla 5.10

| ÁREAS de OBSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | META A: RESPUESTA PROPUESTAS                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>Habilidad motora</p> <p>Coordinación motora</p> <p><u>Seguimiento de instrucciones</u></p> <p><u>Atención compartida</u></p> <p><u>Contacto visual funcional</u></p> <p>Imitación</p> <p>Turnos</p> <p>Inhibición / parar</p> <p><u>Adaptación a transición</u></p> <p>Tolerancia a cambio</p> <p><u>Motivación/participación</u></p> <p><u>Regulación/activación</u></p> <p>Respuesta emocional</p> <p>Interacción social</p> <p><u>Elección funcional</u></p> <p>Verbalización/Señalamiento</p> <p>Bienestar</p> |  | <p><b>META A:</b> Participación terapéutica sostenida en propuestas musicales estructuradas, con incremento de autonomía y reducción gradual de apoyos.</p>                                                                                                           |  |                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <p><b>OBJETIVO A1:</b> Mantiene orientación atencional compartida hacia terapeuta o fuente sonora durante <u>al menos el 70% de los marcadores</u> de sesión, con latencia <math>\leq 3</math> s en la <u>mayoría de ocasiones</u>, usando señal musical estable.</p> |  |                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <p><b>OBJETIVO A2:</b> Sigue consignas musicales de un paso en <u>al menos 5 ocasiones</u>, con apoyo gestual mínimo o modelado parcial, y recupera la consigna tras una redirección breve.</p>                                                                       |  |                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <p><b>META B:</b> Comunicación funcional y coordinación social básica en interacción musical, con prioridad en turnos e intención comunicativa observable.</p>                                                                                                        |  |                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <p><b>OBJETIVO B1:</b> Realiza turnos con el terapeuta en <u>al menos 6 intercambios</u>, mediante instrumento o cuerpo, manteniendo pauta de esperar-responder sin desorganización significativa.</p>                                                                |  |                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <p><b>OBJETIVO B2:</b> Realiza <u>3 elecciones funcionales</u> durante la sesión, señalando o verbalizando una alternativa cerrada, por ejemplo "otra vez", "cambio", "fuerte/ suave", "sí/no", sin forzar producción verbal si no emerge.</p>                        |  |                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                              |  |
| CALIFICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                              |  |
| <p><b>OBJETIVO A1.</b></p> <p><b>Atención compartida y orientación a señal</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <p><b>OBJETIVO A2.</b></p> <p><b>Seguimiento de consignas de un paso</b></p>                                                                                                                                                                                          |  | <p><b>OBJETIVO B1.</b></p> <p><b>Turnos e interacción básica</b></p>                                                                                     |  | <p><b>OBJETIVO B2.</b></p> <p><b>Elección funcional / verbalización o señalamiento.</b></p>                                                                                  |  |
| <p><b>PI Y P2</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <p><b>P3</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <p><b>P4 Y P5</b></p>                                                                                                                                    |  | <p><b>PI, P3 Y P4</b></p>                                                                                                                                                    |  |
| <p><b>5.</b> Orienta y sostiene atención en <b><math>\geq 80\%</math></b> de marcadores, latencia <b><math>\leq 3</math> s</b>, recupera tras distracción con señal musical sola.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <p><b>5.</b> Cumple consignas (parar/iniciar; fuerte/ suave, mi turno/tu turno) en <b><math>\geq 6</math> ocasiones</b>, con <b>apoyo mínimo</b> o solo señal sonora.</p>                                                                                             |  | <p><b>5</b> Mantiene <b><math>\geq 8</math> intercambios</b> de turno, espera-responde con pauta clara, muestra ajuste al otro, sin desorganización.</p> |  | <p><b>5.</b> Realiza <b><math>\geq 4</math> elecciones</b> funcionales en contexto, señala o verbaliza de forma clara, generaliza a dos momentos distintos de la sesión.</p> |  |
| <p><b>4.</b> Orienta en <b>60–79%</b>, latencia <b><math>\leq 5</math> s</b>, requiere <b>una</b> redirección breve o gesto en momentos puntuales.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <p><b>4.</b> Cumple en <b>5 ocasiones</b>, requiere apoyo gestual intermitente o modelado parcial, errores ocasionales con recuperación rápida.</p>                                                                                                                   |  | <p><b>4.</b> Mantiene <b>6–7 intercambios</b>, espera-responde con alguna intrusión, necesita recordatorio puntual de turno.</p>                         |  | <p><b>4.</b> Realiza <b>3 elecciones</b>, con alternativas cerradas, puede requerir señalamiento del terapeuta como apoyo inicial.</p>                                       |  |
| <p><b>3.</b> Orienta en <b>40–59%</b>, latencia variable, necesita redirección repetida o ayuda gestual frecuente para volver al foco.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <p><b>3.</b> Cumple en <b>3–4 ocasiones</b>, necesita modelado frecuente, pierde la consigna tras cambios o transiciones.</p>                                                                                                                                         |  | <p><b>3.</b> Mantiene <b>4–5 intercambios</b>, alternancia irregular; requiere ayuda explícita para esperar o para reiniciar el ciclo.</p>               |  | <p><b>3.</b> Realiza <b>2 elecciones</b>, necesita apoyo consistente, la elección aparece pero no se sostiene en distintos momentos.</p>                                     |  |

|                                                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2.</b> Orienta en <b>20–39%</b> , atención muy frágil, se desengancha con facilidad, solo mantiene foco con apoyo continuo. | <b>2.</b> Cumple en <b>1–2 ocasiones</b> , solo con modelado completo y repetición, abandono frecuente de la pauta. | <b>2.</b> Mantiene <b>2–3 intercambios</b> , alternancia muy frágil, tendencia a invadir o retirarse, precisa guía continua. | <b>2.</b> Realiza <b>1 elección</b> aislada, ambigua o solo por imitación, requiere mucha facilitación.    |
| <b>1.</b> Orienta en <b>&lt; 20%</b> , no se vincula a señal/terapeuta, evita o se desconecta de forma sostenida.              | <b>1.</b> No cumple consignas funcionalmente, rechazo, desorganización o no hay respuesta operativa.                | <b>1.</b> No hay turnos operativos, no tolera alternancia o se desorganiza ante la espera.                                   | <b>1.</b> No hay elecciones funcionales, rechazo o indiferencia ante alternativas, no señala ni verbaliza. |
| <b>0-10 min.</b>                                                                                                               | <b>10-20 min.</b>                                                                                                   | <b>20-30 min.</b>                                                                                                            | <b>30 a cierre</b>                                                                                         |
| A1: 0<br>A2: 0<br>B1: 1<br>B2: 0                                                                                               | A1: 1<br>A2: 0<br>B1: 0<br>B2: 0                                                                                    | A1: 1<br>A2: 1<br>B1: 0<br>B2: 1                                                                                             | A1: 1<br>A2: 1<br>B1: 2<br>B2: 0                                                                           |

En una sesión confluyen múltiples variables. Influyen tanto nuestras acciones musicales y relacionales como el estado previo del paciente, los acontecimientos del día, los aprendizajes de sesiones anteriores y el contexto familiar o institucional. Por eso, el registro temporal no pretende reducir la complejidad, sino ordenarla. Si ubicamos una respuesta en el tiempo y la vinculamos a una tarea concreta, podemos construir hipótesis clínicas más razonables sobre la relación causa–efecto y tomar decisiones más finas: qué mantener; qué ajustar; qué retirar; qué intensificar.

Las HdR anteriores estaban diseñadas para una lectura final de la sesión. Al concentrarse en una puntuación media o en un juicio global, desatienden el momento exacto en que aparece cada indicador. Para completar esa información podemos introducir dos adaptaciones complementarias. La primera es codificar las propuestas de la sesión con una nomenclatura breve, por ejemplo, P1, P2, P3, y vincular cada tarea a los objetivos que pretende activar (región 10).

La segunda es añadir una línea de tiempo con franjas orientativas, ajustadas a la duración real de la sesión, y anotar debajo de cada franja la calificación obtenida en los objetivos trabajados en ese tramo (región 11). Con este sistema, el dato numérico deja de ser un resultado aislado y se convierte en un marcador situado, conectado a una intervención concreta.

Esta ampliación permite lecturas clínicas mucho más útiles. Por ejemplo, podemos comprobar que el paciente entra desconectado y sólo se vincula tras veinte minutos de estructura predecible, o que participa cuando el instrumento es de su preferencia y se retira cuando introducimos cambios bruscos, o que la verbalización funcional aparece únicamente en tramos de baja demanda motora.

También podemos detectar patrones de fatiga, la secuencia exacta que precipita la evitación o el tipo de música que facilita la regulación. La HdR, así, no sólo recoge “lo que pasó”, sino que empieza a describir cómo pasó y por qué pudo pasar:

En el ejemplo, procedente de la simulación de la sesión 4 del SdBI, ya en fase terapéutica y, por tanto, aún con puntuaciones moderadas en la escala de 1 a 5, la lectura temporal permite ver no solo qué objetivos se activan, sino también cuándo y bajo qué condiciones de la sesión. Se aprecia que el objetivo A1 comienza a consolidarse a partir del minuto 10 y se mantiene con relativa estabilidad en las franjas posteriores, lo que sugiere una buena respuesta a la estructura y a los marcadores sonoros iniciales. En cambio, el objetivo A2 no emerge hasta unos 20 minutos, lo que señala que requiere un tiempo de calentamiento, habituación o seguridad relacional antes de activar la participación que demanda.

El objetivo A3 aparece de forma leve al inicio, posiblemente como respuesta puntual al arranque o a una tarea concreta, y no se fortalece hasta el tramo final, cuando el paciente ya está más disponible y la interacción ha ganado confianza. Por último, el objetivo A4 se registra únicamente con una respuesta discreta en la franja de 20 a 30 minutos, lo que apunta a que su detonante fue una actividad muy específica de ese intervalo o a que todavía no hay consistencia suficiente como para sostenerlo en otras fases.

El análisis puede afinarse aún más si aislamos la lectura de cada meta y la relacionamos con las franjas horarias predeterminadas. En la Tabla 5.14 se establece una relación operativa entre metas, objetivos, marcas temporales y calificadores, lo que permite seguir con mayor precisión la lógica interna de la sesión y nos aproxima al enfoque del microanálisis de grabaciones de vídeo que abordaremos en el siguiente epígrafe.

**Tabla 5.14**

Relación entre meta, objetivo, marca temporal y calificación

| <b>META 1</b>     | <b>Participación terapéutica sostenida en propuestas musicales estructuradas, con incremento de autonomía y reducción gradual de apoyos.</b>    |         |        |         |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|---------|
| <b>Minutos</b>    | 0 -10                                                                                                                                           | 10 - 20 | 20 -30 | 30 - 35 |
| <b>Objetivo 1</b> | 0                                                                                                                                               | 1       | 1      | 1       |
| <b>Objetivo 2</b> | 0                                                                                                                                               | 0       | 1      | 1       |
| <b>META 2</b>     | <b>Comunicación funcional y coordinación social básica en interacción musical, con prioridad en turnos e intención comunicativa observable.</b> |         |        |         |
| <b>Objetivo 1</b> | 1                                                                                                                                               | 0       | 0      | 2       |
| <b>Objetivo 2</b> | 0                                                                                                                                               | 0       | 1      | 0       |

Esta incorporación de franjas temporales convierte la HdR en un mapa dinámico que refuerza la coherencia metodológica del SdB. Permite vincular cada pico o caída con la tarea musical que se estaba realizando en ese momento y, en consecuencia, afinar el diseño de la siguiente sesión.

Si el bloque tiene una estrategia y las sesiones tienen una ruta, el registro temporal es el recurso que permite verificar que esa ruta se está cumpliendo y que cada actividad realiza realmente el trabajo que se le asignó. Al acabar cada sesión, la lectura conjunta de tareas, tiempos y calificaciones nos ayuda a decidir el siguiente paso, a sostener lo que funciona, a modular la intensidad, a redistribuir objetivos, a ajustar el orden de actividades y a anticipar transiciones más seguras. Las hipótesis y observaciones que surgen de esta lectura conviene recogerlas en el cuaderno de bitácora, porque son la base del razonamiento clínico y el puente hacia la supervisión.

En definitiva, incorporar el tiempo al registro es una forma de hacer más visible la lógica de la intervención. No es un adorno técnico, es una

herramienta de precisión. Nos permite traducir la complejidad de la sesión a un relato analizable, cruzar lo musical con lo conductual y sostener con evidencia la pregunta que atraviesa todo el capítulo: si lo que hacemos está realmente alineado con lo que buscamos y si esa alineación se manifiesta, aquí y ahora, en el paciente.

A collection of vintage cameras and lenses arranged on a wooden surface. The items include several lenses of various sizes, some with filters, and camera bodies with visible brand names like 'AULSTOF', 'MLLUA', and 'ZILAS'. The arrangement is dense and artistic, with the lenses and cameras overlapping and reflecting light. The background is a blurred outdoor scene with greenery and a wooden structure.

**El punto de vista  
determina la  
comprensión de los  
hechos.  
La musicoterapia es  
eficaz cuando  
sabemos demostrar  
su impacto**

### 5.13 Microanálisis de vídeos

Ya estamos en el tramo final del capítulo y entramos en uno de los recursos de observación más precisos de los que disponemos en musicoterapia. El microanálisis de vídeo no sustituye a la presencia clínica ni a la escucha terapéutica, pero sí corrige una debilidad estructural de nuestro oficio, la distancia inevitable entre lo que creemos haber visto y lo que realmente ocurrió. La sesión es un entorno denso, rápido y simultáneo, con múltiples focos de atención y decisiones en cadena. Aunque tengamos intención y entrenamiento, la percepción y la memoria son selectivas; el cansancio reduce la nitidez y la carga de decisiones consume atención. En esas condiciones, basta con un giro de cabeza de dos segundos para perder un gesto, una microexpresión o un cambio de postura que, en determinados casos, modifica el sentido de lo que viene después.

En esa saturación sensorial aparecen dos riesgos clásicos. El primero es el registro intermitente; atendemos con intensidad por momentos y “rellenamos” involuntariamente los huecos con inferencias. El segundo es la coherencia inventada; el cerebro tiende a cerrar el relato para que tenga continuidad. Ambos sesgos contaminan la interpretación y pueden llevarnos a decisiones clínicas mal calibradas, no por falta de cuidado, sino por límites humanos normales. Por eso, la grabación, realizada con corrección técnica y ética, es una herramienta de control de calidad del proceso. Permite revisar el detalle, reconstruir la secuencia y sostener el análisis en evidencias observables, no en impresiones.

Conviene recordar que, salvo en contextos en los que existan medidas fisiológicas monitorizadas, la mayor parte de nuestros datos clínicos provienen de conductas exteriorizadas. Medimos lo que se ve y se escucha y lo calificamos en relación con un criterio previamente definido. Precisamente por eso la grabación es tan valiosa: devuelve al análisis aquello que en vivo pudo pasar desapercibido y, además, permite la triangulación. Cruzamos lo observado en el vídeo con las HdR, el cuaderno de bitácora, las entrevistas y los datos del contexto. Este cruce reduce la unilateralidad de la mirada y fortalece la toma de decisiones.

El microanálisis exige, eso sí, un método. No basta con “ver la sesión”; hay que convertir lo sucedido en información ordenada. La recomendación

operativa es hacerlo cuando el recuerdo aún es reciente, de manera que podamos localizar con rapidez los momentos críticos o significativos. Una secuencia lógica de trabajo sería cumplimentar la HdR, registrar impresiones y conjeturas en el cuaderno de bitácora, realizar el microanálisis de los fragmentos seleccionados, llevar el material a supervisión y, a partir de ahí, redactar informes y ajustar el plan. Todo ello, por supuesto, bajo permisos, consentimientos informados y custodia segura de los archivos, ya que una grabación es un dato sensible de máxima exposición.

Las grabaciones son útiles en dos niveles de lectura. En un primer visionado general buscamos estructura y coherencia de proceso. Revisamos fases y transiciones, tiempos dedicados a cada tarea, nivel de directividad, respuestas globales del paciente, momentos de desregulación o de conexión, pertinencia del recurso musical y consistencia con las metas y los objetivos. Esta lectura nos ofrece una vista panorámica, útil para confirmar si el diseño de la sesión se ejecutó según lo previsto y si la dirección general resultó funcional.

Si en ese primer barrido aparecen puntos ciegos, giros inesperados o situaciones especialmente reveladoras, pasamos al microanálisis, que es un examen pormenorizado de un fragmento breve, habitualmente de entre dos y tres minutos. En este formato fijamos unidades de tiempo, por ejemplo, cada 5–10 segundos o según eventos relevantes, y describimos secuencialmente qué hace el terapeuta, qué hace el paciente y qué papel desempeña la música en esa interacción. El objetivo es detectar relaciones funcionales: qué antecedente musical o interactivo precede a qué respuesta, qué mantiene una conducta, qué la interrumpe, qué facilita un cambio de estado, qué amplifica o reduce la participación y en qué condiciones aparecen el contacto, la imitación, el turno, la regulación o la evitación.

La tabla 5.15 del microanálisis propone una estructura sencilla y potente. En la columna central se fijan marcas temporales y, a ambos lados, se consignan las acciones del musicoterapeuta y las respuestas del paciente. Esta disposición obliga a leer en paralelo y a relacionar. Se aprecia, por ejemplo, cómo una variación de intensidad, una pausa o un cambio en el patrón rítmico puede correlacionarse con un aumento del contacto visual, una sincronización progresiva al pulso o un cambio de iniciativa. Ese nivel



de detalle nos permite poner nombre y función a lo que sucede, identificar detonantes, confirmar hipótesis y, sobre todo, ajustar la lógica de las acciones terapéuticas con evidencia observable.

**Tabla 5.15**

Esquema de datos de microanálisis

| MUSICOTERAPEUTA                                                                | TIEMPO | PACIENTE                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------|
| Solo guitarra (Dm, Gm, C) arpeggio                                             | 05:25  | no hay contacto visual pero toca un pandero         |
| Rasgueo guitarra y comienza a cantar (Hola Darío)                              | 05:35  | sigue tocando aleatoriamente pero mira al terapeuta |
| Hace una parada (silencio)                                                     | 05:50  | vuelve a conectar con la mirada                     |
| Vuelve a tocar y cantar manteniendo al intensidad anterior (¿hola cómo estás?) | 06:00  | Sonríe y toca con fuerza pero sin sincronía         |
| Sube la intensidad de la guitarra                                              | 06:12  | Sonríe y comienza a conectar con el pulso           |
| Hace una segunda parada (silencio)                                             | 06:25  | Sigue tocando aunque sin contacto visual            |
| Contacta con su pulso y hace stacatto con la voz                               | 06:36  | Comienza a cantar y deja la percusión               |
| Sigue acompañando cantando                                                     | 06:47  | Se levanta y va a por un pandero más grande         |
|                                                                                | ...    |                                                     |

La calidad del microanálisis también depende de la calidad de la toma. Iluminación suficiente, encuadre que permita ver el cuerpo y las manos, y un audio inteligible. Cuando trabajamos solos, suele ser necesario un plano general fijo. Asumimos que perderemos detalles finos si el paciente se desplaza fuera del campo, pero ganamos en continuidad. Si contamos con un coterapeuta, puede asumir tareas de registro y pequeñas correcciones

técnicas sin interferir en la dinámica, además de aportar una segunda mirada que ayuda a reducir sesgos.

En resumen, el microanálisis es una ampliación del SdB que convierte la sesión en un material legible y contrastable. Nos permite comprobar si la música, las consignas y las transiciones estaban verdaderamente alineadas con los objetivos y las metas, y cómo esa alineación se tradujo en respuestas observables del paciente. Con este recurso cerramos el capítulo en la misma línea de rigor, porque el siguiente paso natural es volver a las categorías de observación, afinar qué miramos, cómo lo nombramos y cómo lo medimos, para que toda la arquitectura de la intervención se sostenga con coherencia clínica y evidencia.

**Cuando miramos el  
proceso  
entendemos las  
relaciones  
entre causas  
y efectos**



## 5.14 La redacción de informes

Tras finalizar un proceso controlado de toma de datos, el siguiente paso es analizar y comparar los resultados para determinar la efectividad del trabajo realizado y redactar conclusiones operativas. A este documento lo denominamos informe de resultados. Sirve para comunicar al paciente y a sus cuidadores qué se ha observado y qué significa, y también para presentar el caso en una supervisión clínica externa con una línea argumental clara. En el SdB este informe se elabora al cierre de cada bloque, porque es ahí donde el proceso se vuelve legible, comparable y clínicamente interpretable. En el bloque 1 se redacta tras la sesión 3 y tras la sesión 10; en los bloques posteriores, como pauta general, tras la sesión 5 y la sesión 10, de modo que la evaluación no se acumula al final, sino que acompaña el avance y permite corregir la ruta.

La finalidad del informe es situarnos con precisión respecto del cumplimiento de metas y objetivos, explicando qué propuestas musicales se utilizaron, qué respuestas se observaron y con qué grado de consistencia. Los valores registrados en las HdR, junto con el cuaderno de bitácora, las entrevistas y los microanálisis de vídeo cuando se hayan realizado, constituyen las evidencias con las que justificamos nuestras decisiones. Por eso, el informe no es un trámite administrativo ni un documento “de relleno”, sino un test de funcionalidad clínica. Responde a una pregunta central: si lo que estamos haciendo produce cambios verificables y si esos cambios son útiles para el paciente.

Si el muestreo ha sido sistemático, buena parte del esfuerzo está ya hecho. Cuando cada HdR ha quedado archivada con orden y se ha ido registrando lo significativo con continuidad, el informe se redacta con fluidez porque el caso ya está “escrito” en los datos. Aun así, conviene recordar un principio clave: no basta con que la puntuación suba; importa valorar si el cambio es clínicamente significativo, si se mantiene con estabilidad, si se observa en más de un contexto de sesión y si tiene potencial de transferencia a la vida cotidiana. En este sentido, el informe no solo reporta valores, sino que también interpreta patrones.

El documento suele organizarse en una parte técnica y estructural, seguida de una parte narrativa y clínica (ver Tabla 5.16). En primer lugar se incluyen los datos de identificación en clave, el marco temporal del bloque, el

**Tabla 5.16**

Simulación del informe final de evaluación con frases guía en formato tabla

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--|--|--|
| <b>USUARIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Iniciales                                                                                                    | <b>FECHA DEL INFORME</b> | xx/xx/xxxx          |  |  |  |
| <b>MARCO TEMPORAL DEL BLOQUE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | xx/xx/xxxx - xx/xx/xxxx                                                                                      | <b>MUSICOTERAPEUTA</b>   | Nombre              |  |  |  |
| <b>ASISTENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nº de sesiones                                                                                               | <b>TIPO DE SESIÓN</b>    | Individual - Grupal |  |  |  |
| <b>METAS Y OBJETIVOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| META A: RESPUESTA PROPUESTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1. Contacta visualmente con el staff<br>2. Sigue las instrucciones y propuestas musicales                    |                          |                     |  |  |  |
| META B: EXPRESIVIDAD EMOCIONAL/VERBAL Y NO VERBAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1. Expresa emociones e interactúa con el staff<br>2. Verbaliza sus emociones                                 |                          |                     |  |  |  |
| META C: HABILIDAD MUSICAL/CORPORAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1. (Propone/sigue) Canta, baila o toca instrumento<br>2. Mantiene el pulso/ritmo y se coordina corporalmente |                          |                     |  |  |  |
| <b>ACTIVIDADES Y OBJETIVOS VINCULADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| Actividad x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1. Contacta visualmente con el staff<br>2. Sigue las instrucciones y propuestas musicales                    |                          |                     |  |  |  |
| Actividad x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1. Expresa emociones e interactúa con el staff<br>2. Verbaliza sus emociones                                 |                          |                     |  |  |  |
| Actividad x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1. Expresa emociones e interactúa con el staff<br>2. Verbaliza sus emociones                                 |                          |                     |  |  |  |
| <b>DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCESO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| <p>Desde el primer día el paciente ha estado ... La expresión facial era generalmente ... Después de x minutos se mostraba ... Verbalmente ha expresado .... En la sesión X (fecha) comenzó a ... usando la canción "Me siento muy feliz" (2A,2B,1A). En la primera sesión ...</p> <p>Su tiempo de atención ... x minutos. Se muestra ... Responde al ritmo... Cerramos todas las sesiones... lo que produce... (1B,2B).</p> <p>En relación a la comunicación ... para fomentar... (1A). Los recursos expresivos... usando los instrumentos...(2A). El paciente propone... Su instrumento favorito es ... siguiendo el ritmo...(1A,2A). Regularmos su energía ... (1A,3). Un ejemplo es la sesión 2 (fecha)...A veces tocamos... En la sesión 7... (fecha).</p> |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| <b>MEJORAS OBSERVADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor capacidad de ...</li> <li>- Mayor regulación en ...</li> <li>- Aumento de ...</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| <b>PROSPECTIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| En el siguiente bloque mantendremos ... Dada su .... modificaremos... Incorporaremos además ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| <b>INCIDENCIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| Las ausencias (fechas) fueron a causa de...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| <b>RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES/FAMILIARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| <p>Dado que hemos conseguido avances ... se recomienda seguir...</p> <p>A medida que se vayan desarrollando ... podremos centrarnos en ... para así...</p> <p>En el siguiente bloque ...</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
| <b>ESCALAS Y GRÁFICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                              |                          |                     |  |  |  |

número de sesiones realizadas y la modalidad (individual o grupal). En el SdB, es recomendable incorporar siempre una referencia explícita a la dosis terapéutica, cuántas sesiones se planificaron, cuántas se realizaron y qué incidencias afectaron al proceso, porque la asistencia condiciona la lectura de los resultados. A continuación se presentan las metas y objetivos, así como la relación entre las actividades y los objetivos vinculados, de modo que quede clara la lógica del diseño. Este primer cuerpo puede verse representado en el modelo de tabla del informe. Después, se desarrolla una descripción narrativa del proceso que explica la evolución del caso con ejemplos concretos, sin caer en generalidades, y señala cuándo y en qué condiciones aparecen las respuestas relevantes.

Tras esta parte, se incorporan apartados breves que mejoran la calidad clínica del informe sin hacerlo más largo. Uno es el resumen de las mejoras observadas, redactado con un lenguaje claro y observable. Otro es la prospectiva, que define qué se mantendrá y qué se ajustará en el siguiente bloque. Otro: las incidencias, donde se registran ausencias, interrupciones o cambios de contexto, así como señales de alerta, estancamientos o retrocesos puntuales, cuando los haya, no para dramatizar, sino para que el caso sea honesto y útil. Finalmente, se añaden recomendaciones para cuidadores o familiares, redactadas como pautas de transferencia, qué conductas se esperan fuera de sesión, en qué momentos, con qué apoyo y cómo se observará su progreso.

Para reforzar la comprensión, el informe se beneficia del apoyo visual de tablas y gráficos. Los diagramas permiten agrupar calificaciones, observar tendencias y respaldar con datos las decisiones clínicas. Por ejemplo, un gráfico puede mostrar la evolución de un único objetivo dentro de una sesión, asociándolo a marcas temporales, lo que ayuda a detectar picos de respuesta, caídas y momentos de activación. Otra modalidad útil es comparar dos objetivos a lo largo de varias sesiones y observar si la progresión es paralela o divergente, lo que orienta ajustes en la directividad, la estructura musical o las tareas relacionales. Estos apoyos no sustituyen la narrativa; la vuelven verificable.

En términos de rigor, conviene añadir una breve línea sobre la calidad del dato: quién lo registró, si hubo coterapeuta, si se trianguló con vídeo o bitácora, y si existieron condiciones que pudieran introducir sesgo, fatiga, ruido, interrupciones o cambios de sala. Este gesto metodológico no es

“académico”, es clínico, porque protege la interpretación y evita conclusiones exageradas. Asimismo, cuando un objetivo muestra mejora, es importante indicar si dicha mejora es estable o si solo aparece en condiciones específicas, por ejemplo, con instrumentos preferidos o bajo rutinas muy predecibles. Esto conecta el dato con el mecanismo de cambio y prepara la siguiente fase del trabajo.

En la práctica, redactar un informe nos obliga a pensar: ¿A qué obedecen estas curvas? ¿Qué variables musicales están actuando como palanca? ¿Qué condiciones del entorno facilitan o bloquean la respuesta? ¿Qué parte del cambio parece atribuible a la estructura, al vínculo, a la repetición, a la regulación, al desafío? Estas preguntas no son retóricas; son el motor para mejorar el diseño. Además, la supervisión clínica se vuelve más eficiente cuando el caso llega bien documentado. Si el informe está claro y los datos están ordenados, la persona supervisora puede comprender rápidamente la lógica seguida y asesorar con precisión, lo cual optimiza un recurso que, además, tiene coste y requiere preparación.

El cierre SdB de este epígrafe debería dejar explícito que el informe no es solo un resumen del bloque, sino el documento que ancla la transición al siguiente tramo. Con cada informe validamos qué objetivos quedan consolidados, cuáles requieren refuerzo y cuáles deben reformularse. Esa trazabilidad es el núcleo del sistema; pasamos de impresiones a decisiones argumentadas. Con ello podemos comunicar al paciente y a su familia resultados comprensibles, un plan coherente y realista y un horizonte de continuidad. En musicoterapia no trabajamos con recetas ni con promesas de “cura”; trabajamos con hipótesis clínicas, exposición progresiva, evaluación continua y evidencias acumuladas. Por eso, cada informe es una pieza de seguridad profesional: confirma dónde estamos, justifica por qué seguimos y orienta, con rigor, el siguiente paso del proceso terapéutico.

### **5.14.1 Dos modelos de informe**

Para cerrar el capítulo presento dos modelos complementarios de informe de cierre de bloque, contruidos a partir del mismo caso de ejemplo (P-07) y de los datos simulados obtenidos en el Bloque I del SdB. El primero está pensado para la comunicación con la familia, los cuidadores y el centro; por eso emplea un lenguaje claro, directo y orientado a la

continuidad del proceso, explicando qué se ha observado, qué ha mejorado y qué conviene mantener en el día a día.

El segundo adopta un formato técnico-profesional, útil para la supervisión clínica externa y para el archivo del caso, ya que organiza la trazabilidad entre metas, objetivos, actividades y resultados, integra la lógica de la evaluación continua y facilita la toma de decisiones para planificar el siguiente bloque de intervención. Ambos documentos persiguen lo mismo: hacer visible el sentido del trabajo realizado y sostener, con evidencias, el rumbo terapéutico.

Este cierre del Bloque I permite documentar con claridad qué competencias están consolidadas, cuáles están en progreso y cuáles requieren continuidad. Con esta información se puede presentar el caso en supervisión externa, redactar el informe con trazabilidad entre objetivos y evidencias, y comunicar a la familia un plan realista de continuidad para maximizar los beneficios terapéuticos en el siguiente bloque.

## **A) INFORME I. Versión técnica (para supervisión/archivo clínico)**

**Usuario:** P-07 (infantil).

**Dispositivo:** Centro de Atención Temprana (CAT).

**Marco:** SdB, Bloque I. Tramo terapéutico, sesiones 4–10 ( $n = 7$ ).

**Objetivos puntuados:** A1, A2, B1, B2. Escala 1–5.

### **I. Marco del bloque y foco de intervención**

Tras el examen inicial del Bloque I, se inicia el tramo terapéutico del mismo bloque con un encuadre de estructura musical predecible, rutinas de inicio y cierre estables, consignas de un paso y ayudas graduadas. Se prioriza la capacidad de sostener la participación terapéutica, con reducción progresiva de apoyos y el establecimiento de una interacción social básica mediante turnos e intención comunicativa observables, manteniendo la elección funcional como objetivo de apoyo.

### **2. Metas y objetivos operativos del tramo terapéutico**



**META A.** Participación terapéutica sostenida en propuestas musicales estructuradas, con incremento de autonomía y reducción gradual de apoyos.

- OBJETIVO A1. Mantiene orientación atencional compartida hacia terapeuta o fuente sonora durante al menos el 70% de los marcadores de sesión, con latencia  $\leq 3$  s en la mayoría de ocasiones, usando señal musical estable.
- OBJETIVO A2. Sigue consignas musicales de un paso en al menos 5 ocasiones, con apoyo gestual mínimo o modelado parcial, y recupera la consigna tras una redirección breve.

**META B.** Comunicación funcional y coordinación social básica en interacción musical, con prioridad en turnos e intención comunicativa observable.

- OBJETIVO B1. Realiza turnos con el terapeuta en al menos 6 intercambios, mediante instrumento o cuerpo, manteniendo pauta de esperar-responder sin desorganización significativa.
- OBJETIVO B2. Realiza 3 elecciones funcionales durante la sesión, señalando o verbalizando una alternativa cerrada, por ejemplo “otra vez”, “cambio”, “fuerte/suave”, “sí/no”, sin forzar producción verbal si no emerge.

### 3. Resultados simulados del tramo terapéutico (sesiones 4–10)

Las HdR 2B muestran un patrón de mejora progresiva en tres de los cuatro objetivos, con un objetivo de apoyo que permanece bajo pero con señales de emergencia al final del tramo.

- A1 (orientación/atención a la señal): suma 27, promedio 3,86. Tendencia de progreso sostenido, con un salto final a 5 en la sesión 10. La orientación a marcadores sonoros y la atención compartida se consolidan como competencia base del bloque. Esto facilita mantener la estructura terapéutica con menor necesidad de redirecciones, reduce la variabilidad de la sesión y aumenta la fiabilidad del encuadre.
- A2 (seguimiento de consignas de un paso): suma 23, promedio 3,29. Tendencia de mejora gradual, consolidando 4 al final (sesiones 8–10). El paciente pasa de requerir apoyos frecuentes a cumplir consignas simples con apoyos mínimos, especialmente cuando las consignas se integran en una pauta rítmica, con señal clara de inicio y fin y una secuencia estable. Aumenta también la capacidad de recuperar la consigna tras una breve redirección.

- B1 (turnos e interacción): suma 25; promedio: 3,57. Tendencia estable-alza, evoluciona de 3 a 4 y se mantiene desde la sesión 7. Los turnos dejan de ser breves e irregulares para convertirse en secuencias más sostenidas. El desempeño mejora con instrumentos preferidos y una dinámica de alternancia predecible, lo que indica que el soporte estructural musical actúa como organizador de la conducta social básica.
- B2 (elección/verbalización funcional): suma 15, promedio 2,14. Tendencia débil pero emergente: asciende a 3 en las dos últimas sesiones. La elección funcional continúa siendo el componente más frágil, pero también aparecen episodios de decisión contextual (señalar o elegir entre alternativas cerradas). Se confirma como objetivo secundario adecuado, con progresión al final del tramo, lo que justifica su mantenimiento en el Bloque 2 sin forzar la producción verbal.

#### **4. Interpretación clínica y coherencia SdB**

El patrón global sugiere que P-07 se beneficia de un encuadre con predictibilidad y de marcadores sonoros consistentes. A1 opera como una "habilidad plataforma" que sostiene la eficacia del resto de la sesión al estabilizar la atención compartida y reducir la latencia de respuesta. La mejora de A2 y B1 muestra que la participación y la alternancia social responden a la combinación de consignas breves, ayudas graduadas y una estructura musical clara. B2, pese a su nivel bajo, muestra el inicio de una emergencia funcional cuando la demanda comunicativa se plantea como una elección cerrada y se respeta el canal no verbal.

#### **5. Cierre del Bloque 1 y decisiones para el siguiente bloque**

Con los resultados del tramo terapéutico del Bloque 1, se dispone de evidencia suficiente para cerrar el bloque con una lectura clara de los logros y las limitaciones. A1 queda consolidado como base de continuidad, y A2 y B1 muestran una progresión funcional compatible con el aumento controlado de complejidad en el Bloque 2. B2 debe mantenerse como objetivo de apoyo, aumentando las oportunidades de elección en contexto, sin convertirlo todavía en el eje central y sin presión verbal.

En la devolución al entorno se informará sobre los progresos observados, el papel que desempeñan las rutinas y los marcadores sonoros, y el plan de continuidad. El cierre del bloque quedará preparado para la supervisión externa mediante la presentación conjunta de HdR, la narrativa clínica y la

lectura comparada de tendencias por objetivo, vinculando actividades, respuestas y decisiones terapéuticas.

## **B) INFORME 2. Versión divulgativa (familia/cuidadores)**

**Usuario:** P-07 (infantil).

**Periodo:** Bloque I, sesiones 4 a 10, siete sesiones de musicoterapia.

### **1. Qué hemos trabajado en estas siete sesiones**

En este tramo nos centramos en dos líneas principales. La primera es que P-07 pueda mantenerse más tiempo conectado a la sesión, atendiendo a señales musicales claras y participando en actividades estructuradas con cada vez menos ayuda. La segunda es que pueda interactuar de forma más organizada en la música, sobre todo a través de turnos con el terapeuta y de pequeñas elecciones funcionales, sin forzar la palabra si todavía no le resulta natural.

### **2. Qué avances se han observado**

En estas siete sesiones se observa una mejora clara en tres aspectos.

P-07 responde cada vez mejor a las señales musicales. Al principio, la atención era más intermitente y ahora se mantiene de forma más consistente; tarda menos en orientarse cuando suena la señal y es más fácil mantener la estructura de la sesión.

También se aprecia progreso al seguir consignas sencillas. Todavía necesita apoyos en algunos momentos, pero al final del tramo consigue cumplir más veces las consignas de un paso y recupera mejor la actividad cuando se le redirige brevemente. Esto funciona especialmente bien cuando la consigna está integrada en un ritmo o en una rutina que se repite.

Además, la interacción mediante turnos ha mejorado. P-07 puede sostener más intercambios en dinámicas de “mi turno-tu turno”, sobre todo cuando la actividad es predecible y se usan instrumentos que le resultan motivadores.

### **3. Qué sigue siendo difícil, pero empieza a aparecer**

La parte más costosa sigue siendo elegir o expresar elecciones funcionales durante la sesión. Aun así, en las dos últimas sesiones ya aparecen pequeñas señales de avance, sobre todo cuando se le ofrecen alternativas cerradas y puede señalar o decidir sin necesidad de hablar. Esto indica que vamos en la dirección adecuada, pero conviene seguir trabajando en este punto sin presión.

#### **4. Qué plan proponemos para el siguiente bloque**

En el siguiente bloque mantendremos lo que está funcionando, señales musicales claras, rutinas de inicio y cierre, consignas de un paso y ayudas graduadas, porque eso está sosteniendo los avances. A partir de esta base, aumentaremos poco a poco la dificultad, introduciendo más oportunidades de turnos y más momentos de elección funcional en actividades sencillas y predecibles. La idea es consolidar la atención y la participación, y que la comunicación funcional vaya creciendo de forma natural, primero con gestos y señalamientos y, si aparece, con palabras.



**La planificación  
terapéutica nos  
da seguridad ante  
los retos que plantea  
cada paciente**



## RECOGIDA DE DATOS

### EN POCAS PALABRAS ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 5?

#### 5.1. EL SENTIDO DE TOMAR DATOS

El capítulo abre poniendo el acento en una pregunta exigente: cómo saber, con criterio, qué está ocurriendo cuando acompañamos a una persona y cuánto cambio real produce lo que hacemos.

Los datos, por sí solos, no “hablan”; cobran sentido cuando se registran con regularidad, se ordenan como serie y se interpretan como tendencia.

Aquí aparece con fuerza la idea de las dos capas de la musicoterapia: inmersión (decisiones en vivo) y reflexión (lectura analítica posterior), donde la sesión deja rastro y se convierte en conocimiento.

Sin registro y sin análisis, la terapia corre el riesgo de quedarse en una representación bienintencionada: “parece que fue bien” no basta si no podemos explicar qué lo detonó, cuándo y bajo qué condiciones.

#### 5.2. LA DIRECCIÓN DE LA MIRADA

Tomar datos obliga a decidir hacia dónde mirar: qué huellas conviene registrar para no perderse en un mar de estímulos simultáneos.

El texto subraya un peligro silencioso: la experiencia y la habituación pueden convertirnos en “ciegos competentes”, creyendo que ya sabemos lo que vemos.

Sostener presencia, atención y memoria no es un lujo, es una variable clínica que depende también de hábitos de vida, descanso y tolerancia a la complejidad.

La salida práctica es triangular tres soportes: HdR, grabación audiovisual y bitácora, y cuando sea posible, repartir roles (terapeuta y observador) para aumentar la confiabilidad del proceso.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 5?

### 5.3. CATEGORÍAS DE OBSERVACIÓN

Aquí se resuelve una dificultad central del diseño: qué medir en cada caso y en qué orden, porque no se observa igual un TDAH que un TEA o una depresión.

La dimensión musical se presenta como un “universo” de indicadores clínicos (estructura, fragmentación, fraseo, silencios, intensidad, creatividad, coherencia emoción-sonido, etc.), pero con una condición: la observación debe seguir una cadena lógica necesidad → propuesta → respuesta → interpretación.

Para pasar de impresiones a medidas, entran en escena los calificadores y los modelos de referencia: Bruscia (IAP) como lenguaje común para describir la improvisación, y el ejemplo de Baker (Wosch & Wígram) para relacionar patrones vocales con estados emocionales.

El epígrafe termina recordando que mirar sin brújula dispersa la intervención; mirar con criterios permite sostener el norte del beneficio terapéutico.

### 5.4. SOPORTES DE REGISTRO

La sesión es demasiado densa para “captarlo todo”, por eso se necesitan herramientas que permitan volver al material con calma y corregir memoria y sesgos.

Antes de cualquier registro se fija un punto innegociable: ética, consentimiento informado, minimización del dato, custodia y límites de uso.

El vídeo es la opción más rica; si no es viable, el audio sigue siendo valioso para analizar diálogo sonoro, silencios y decisiones musicales.

La HdR aparece como “huella observacional” que objetiva y ordena, mientras que la bitácora conserva el matiz fenomenológico y las hipótesis; juntas sostienen un trabajo basado en evidencia y hacen posible la supervisión con material defendible.

### 5.5. MANEJO DE LA HOJA DE REGISTRO (HdR)

La HdR se define como un dispositivo construido desde lo concreto: objetivo, medio musical y baremo de evaluación deben engranar con precisión.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 5?

El capítulo marca una condición de realidad: la hoja debe poder completarse en pocos minutos; si es lenta, confusa o ambigua, producirá datos pobres.

En el SdB no existe “una hoja para todo”, sino un sistema por bloques que se afina a medida que el caso revela lo relevante.

Se introduce además un matiz clave para leer la literatura: assessment (examen inicial) frente a evaluation (evaluación continua), y se vincula con la distinción for music therapy / of music therapy.

### 5.6. HOJA DE REGISTRO 1A, INDIVIDUAL (EXAMEN)

La primera cara del registro se usa en las tres sesiones iniciales y funciona como una hoja de ruta para explorar competencias, no para “hacer terapia” todavía.

El documento se organiza en regiones: datos de sesión, metas/objetivos y plan de propuestas con su procedimiento y el foco de observación correspondiente.

La tabla inferior trabaja con tres niveles —intervención, procedimiento y meta/área observada— para asegurar replicabilidad sin caer en descripciones interminables.

El ejemplo aplicado muestra cómo quedan conectadas metas, objetivos y actividades, y cómo esa visibilidad durante la sesión reduce omisiones y sostiene una conducción más consciente.

### 5.7. HOJA DE REGISTRO 1B, INDIVIDUAL (EXAMEN)

La cara 1B completa el examen incorporando las áreas de observación, las metas/objetivos visibles y una escala de calificación consistente para puntuar al final de la sesión.

Aquí cobra importancia el lenguaje operacional: objetivos redactados para decidir si algo aparece, cómo aparece y con qué consistencia, minimizando el “me parece”.

La puntuación se plantea como juicio clínico mínimo, estable sesión a sesión, evitando premiar el último minuto o un pico aislado.

La función no es demostrar eficacia terapéutica, sino fijar una línea base y detectar condiciones de respuesta.



# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 5?

### 5.8. HOJA DE REGISTRO IB, GRUPAL (EXAMEN)

El registro grupal conserva la lógica, pero añade una variable decisiva: en grupo no solo se observan personas, se observan relaciones.

La plantilla se adapta con códigos/ iniciales y casillas por objetivo para cada participante, y se advierte que la carga atencional crece de forma exponencial.

Por eso se recomienda coterapeuta/observador y, en ausencia, limitar el tamaño del grupo y grabar para revisar con posterioridad.

El epígrafe cierra con una idea ética y metodológica: grupos sobredimensionados generan datos pobres y decisiones frágiles.

### 5.9. HOJA DE REGISTRO PARA FASE 2 (TERAPIA)

Aquí se produce el giro del bloque: con la línea base ya establecida, el sistema entra en fase terapéutica y cada sesión se convierte en intervención + contraste.

La maquetación puede parecer similar, pero cambian metas, objetivos, descriptores y el tipo de evidencia: ya no se registra “si responde”, sino “qué mejora, cuánto, en qué condiciones y con qué estabilidad”.

La HdR se entiende como documento vivo que guía ajustes: retirar apoyos, aumentar complejidad o simplificar para estabilizar.

El epígrafe introduce además la idea de añadir checklists y espacios de incidencias para facilitar lectura rápida y comparabilidad.

### 5.10. EL OBJETIVO DEL OBJETIVO

El objetivo se presenta como la bisagra de todo el sistema: determina música, tareas, rol terapéutico, setting y evaluación, y por eso su calidad condiciona el éxito del proceso.

El texto conecta formulación de objetivos con Design Thinking: comprender necesidad real, explorar alternativas y construir soluciones operativas.

Aparece con fuerza la idea acumulativa: lo micro de hoy se suma a lo de ayer y prepara lo de mañana, como una forja de pequeños impactos que terminan moldeando la meta.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 5?

Se propone un modelo cíclico de objetivos que se solapan y se refuerzan entre sesiones, y una batería de preguntas para “auditar” si el objetivo está bien calibrado.

### 5.11. LA EVALUACIÓN CONTINUA

La evaluación se entiende como hilo conductor, no como acto puntual, y su misión es evitar que hábitos y pensamiento intuitivo contaminen la lectura del caso.

El texto reivindica triangulación: entrevistas, HdR, pre-post tests, microanálisis, bitácora y aportes del entorno (familia y profesionales), cada uno con un nivel distinto de información.

La flexibilidad terapéutica no se opone al sistema; se apoya en él para comparar lo previsto con lo ocurrido y entender por qué cambió la ruta. El cierre refuerza una idea: medir es pactar un lenguaje común sobre el cambio y sus pruebas, buscando señales de avance que además puedan generalizar fuera de la sesión.

### 5.12. LA MARCA TEMPORAL DE CADA REGISTRO

Este epígrafe añade un matiz de alta potencia clínica: el “cuándo” de la respuesta cambia su significado y permite distinguir participación estable de picos tardíos o efectos contextuales.

Se propone fijar ventanas temporales constantes para aumentar validez y comparabilidad, y conectar cada calificación con la tarea musical concreta que estaba ocurriendo.

La HdR deja de ser una foto final y pasa a comportarse como un mapa dinámico: picos, caídas, fatiga, saturación, detonantes de evitación o momentos de regulación.

El texto prepara así el puente hacia el microanálisis, donde tiempo y causalidad se analizan con todavía más precisión.

### 5.13. MICROANÁLISIS DE VIDEOS

El microanálisis aparece como herramienta de control de calidad: corrige la distancia entre lo vivido en vivo y lo que realmente ocurrió en una sesión saturada de estímulos.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 5?

Se describen dos profundidades: un visionado general para revisar estructura, transiciones, directividad y coherencia, y un microanálisis de fragmentos breves para transcribir acciones del terapeuta, respuestas del paciente y rol de la música en marcas temporales.

La tabla propuesta organiza el relato en paralelo y facilita detectar detonantes, cadenas de interacción y condiciones bajo las que emerge una respuesta relevante.

También se destaca su doble valor: analizar al paciente y aprender del propio desempeño terapéutico, siempre bajo consentimiento informado y criterios técnicos de grabación.

### 5.14. LA REDACCIÓN DE INFORMES

El informe se define como síntesis técnica del bloque: compara resultados, justifica decisiones y hace comunicable el proceso tanto en supervisión como a familia/paciente.

El texto insiste en que no es burocracia sino una prueba de funcionalidad: cada dato debe servir para argumentar qué vale, qué no vale y qué conviene ajustar.

Se propone una estructura clara (contexto, metas/objetivos, actividades vinculadas, narrativa del proceso, mejoras, prospectiva, incidencias, recomendaciones y gráficos) y se refuerza el valor de lo visual para mostrar tendencias.

El cierre vincula informe y supervisión: a mejor organización documental, más precisa y rentable será la consulta; y con cada informe se validan objetivos superados y se define el plan del siguiente bloque.

Dos salidas comunicativas construidas sobre el mismo caso y los mismos datos: una versión técnica para archivo/supervisión y otra divulgativa para familia/cuidadores

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR): A synthesis of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(12), 1245–1251. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.12.006>

Mejora la calidad y auditabilidad de la parte narrativa/bitácora/informe (procedimiento, evidencia, límites), clave en el epígrafe 5.14.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Aunque es para revisiones, ofrece un estándar de transparencia y estructura útil para enseñar a redactar resultados/conclusiones con lógica de evidencia.

Raglio, A., Gnesi, M., Manzoni, D., & Granieri, E. (2019). Music Therapy Session Assessment Scale (MT-SAS): Preliminary psychometric evaluation. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31, 607–613. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0975-3>

Escala centrada en la sesión (proceso), inspiradora para construir ítems, descriptores y anclajes en HdR cuando buscas consistencia.

Rasing, S. P. A., van de Geer, F., & Smeijsters, H. (2025). [Trabajo con análisis de vídeo/microanálisis en musicoterapia]. *Journal of Music Therapy*. <https://doi.org/10.1093/jmt/thaf007>

Ejemplo reciente de uso de vídeo para analizar interacción y conducta en contexto musical; encaja con el 5.13 (microanálisis y triangulación).

Robb, S. L., Hanson-Abromeit, D., & Burns, D. S. (2025). Reporting guidelines for music-based intervention research. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1551920>

Guía específica para investigación de intervenciones musicales (componentes, dosis, procedimientos), reforzando replicabilidad y calidad del reporte.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Fortalece entrevistas/focus con familia/cuidadores y su reporte, muy alineado con tu triangulación en 5.11 y la escritura del informe en 5.14.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148(4), 295–309. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00005>

Aporta criterios para controlar sesgos de implementación (quién aplica, entrenamiento, adherencia, cointervenciones), muy alineado con tu énfasis en calidad del dato, supervisión y trazabilidad.

Borrelli, B. (2005). A new tool to assess treatment fidelity and evaluation of treatment fidelity across 10 years of health behavior research. *Health Education Research*, 20(5), 608–617. <https://doi.org/10.1093/her/cyh014>

Marco directo para crear un checklist de fidelidad (qué debe ocurrir en sesión, qué se cumple, qué se adapta), útil si quieres que tus HdR y el microanálisis no solo midan resultados, sino también calidad de implementación.

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., et al. (2014). Better reporting of interventions: Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>

Presenta una estructura muy práctica para que tus “propuestas musicales” queden descritas como intervenciones reproducibles (materiales, procedimientos, dosis, adaptación, fidelidad), algo clave cuando luego justificas resultados en el informe.

McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2014). The development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *Ageing & Society*, 34(4), 593–612. <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000985>

Ejemplo sólido de construcción de medida en musicoterapia (definición de dominios, operacionalización), muy transferible a tu lógica de metas–objetivos–indicadores.



**Si sabemos traducir  
cada emoción a un  
dato podremos  
explicar las desde  
dónde opera la  
música  
terapéuticamente**

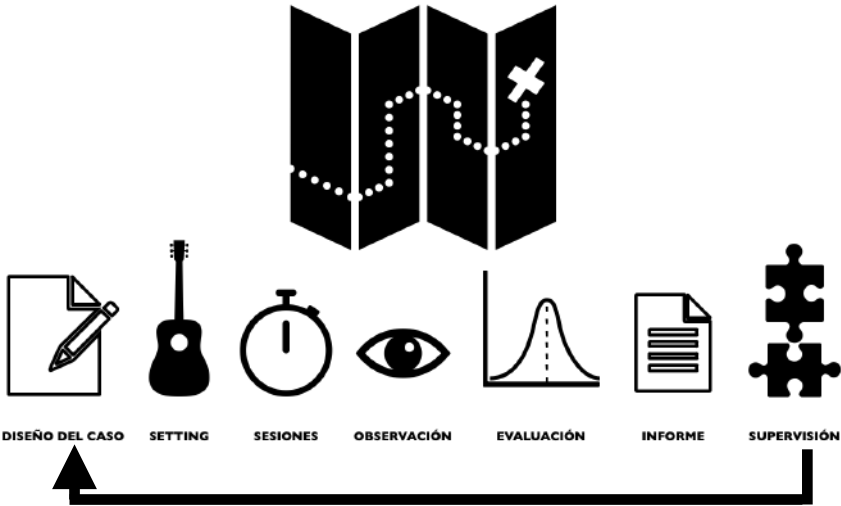
# **RESUMEN GRÁFICO PARTE I**



**FASE PREVIA DEL PROCESO TERAPÉUTICO**



**EL CICLO DEL PROCESO TERAPÉUTICO**

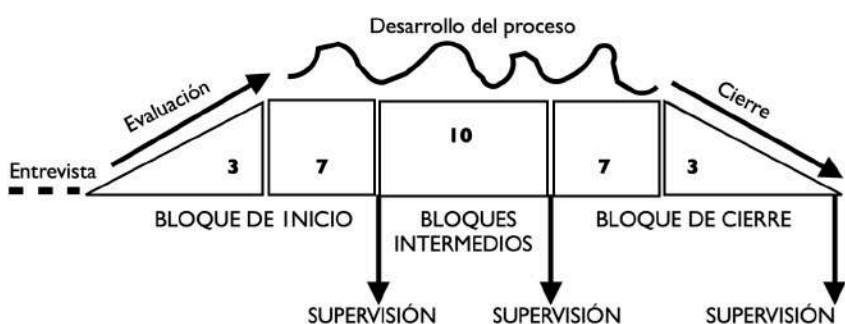




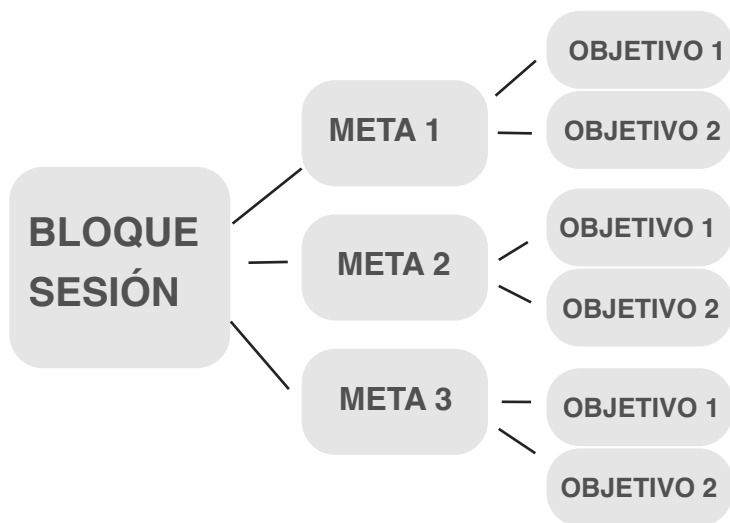
## ALINEAMIENTO DE PROPUESTAS MUSICALES, OBJETIVOS Y METAS



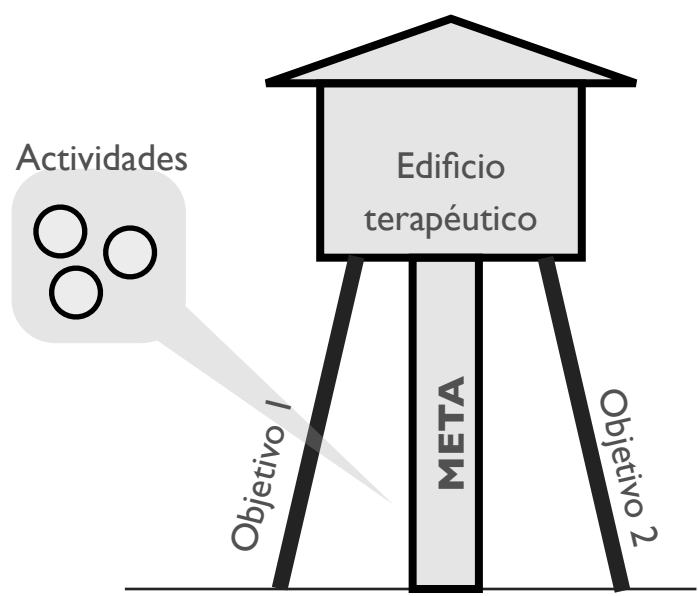
## ESTRUCTURA BÁSICA DEL BLOQUE INICIAL (SdB)



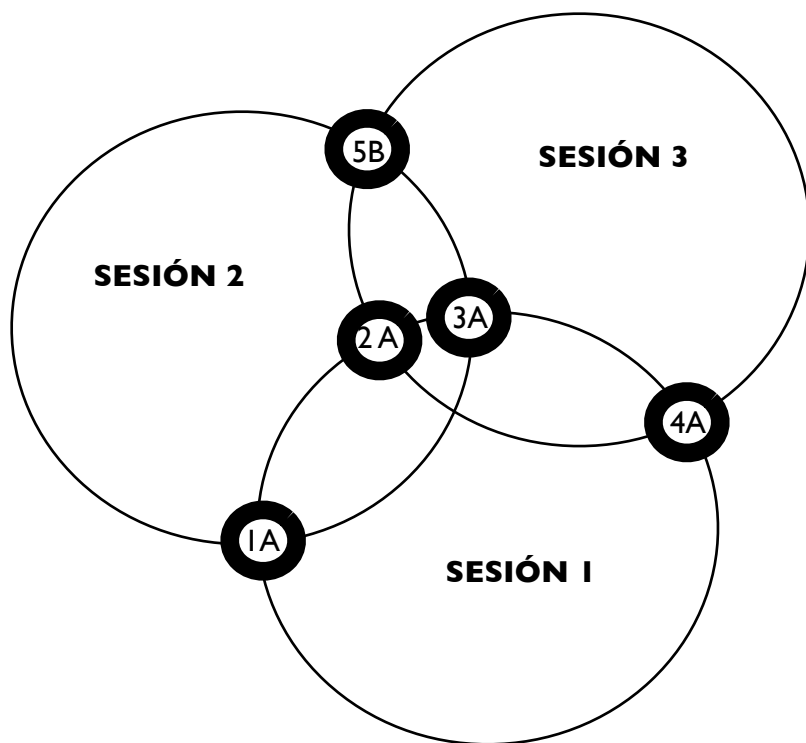
**RELACIÓN ENTRE METAS Y OBJETIVOS EN EL SdB**



**EL PROCESO TERAPÉUTICO COMO UN EDIFICIO**



## INTERCONEXIÓN ENTRE OBJETIVOS



INFÓGRAFÍA CAPÍTULO I



INFÓGRAFÍA CAPÍTULO 2



## INFÓGRAFÍA CAPÍTULO 3

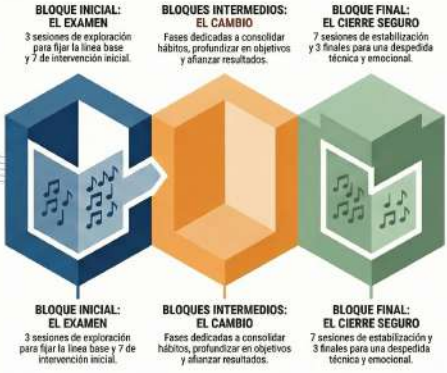
### El Sistema de Bloques (SdB) en Musicoterapia: Estructura y Control Clínico

El Sistema de Bloques (SdB) es un esquema de trabajo que organiza procesos terapéuticos en módulos de 10 sesiones. Su objetivo es interconectar metas, objetivos y actividades mediante un registro continuo, facilitando la supervisión clínica y asegurando que el paciente perciba logros tangibles.

#### Fundamentos y Lógica del Sistema



#### Fases del Recorrido Terapéutico



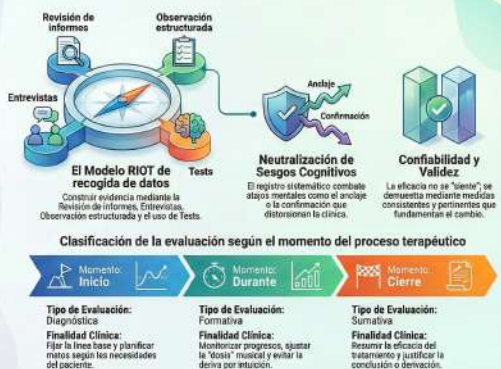
## INFÓGRAFÍA CAPÍTULO 4

### Musicoterapia Basada en la Evidencia: El Camino hacia la Excelencia Clínica

#### El Riesgo de la Intuición vs. El Rigor de la Ciencia

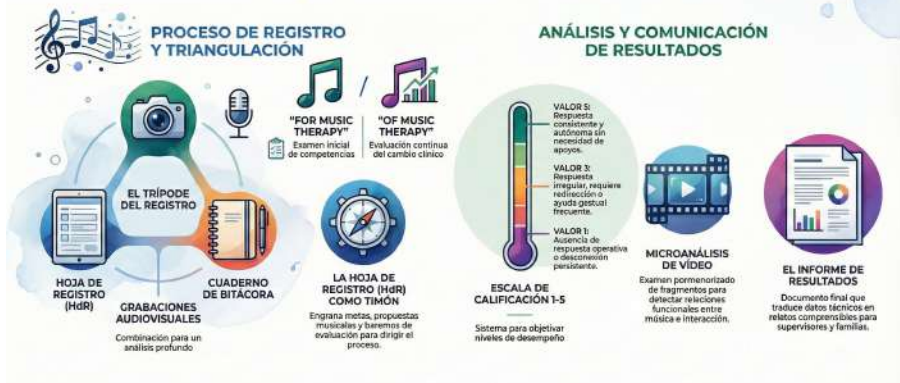


#### El Sistema de Evaluación como Brújula Clínica



## INFÓGRAFÍA CAPÍTULO 5

### Recogida de Datos en Musicoterapia: Del Signo a la Evidencia Clínica







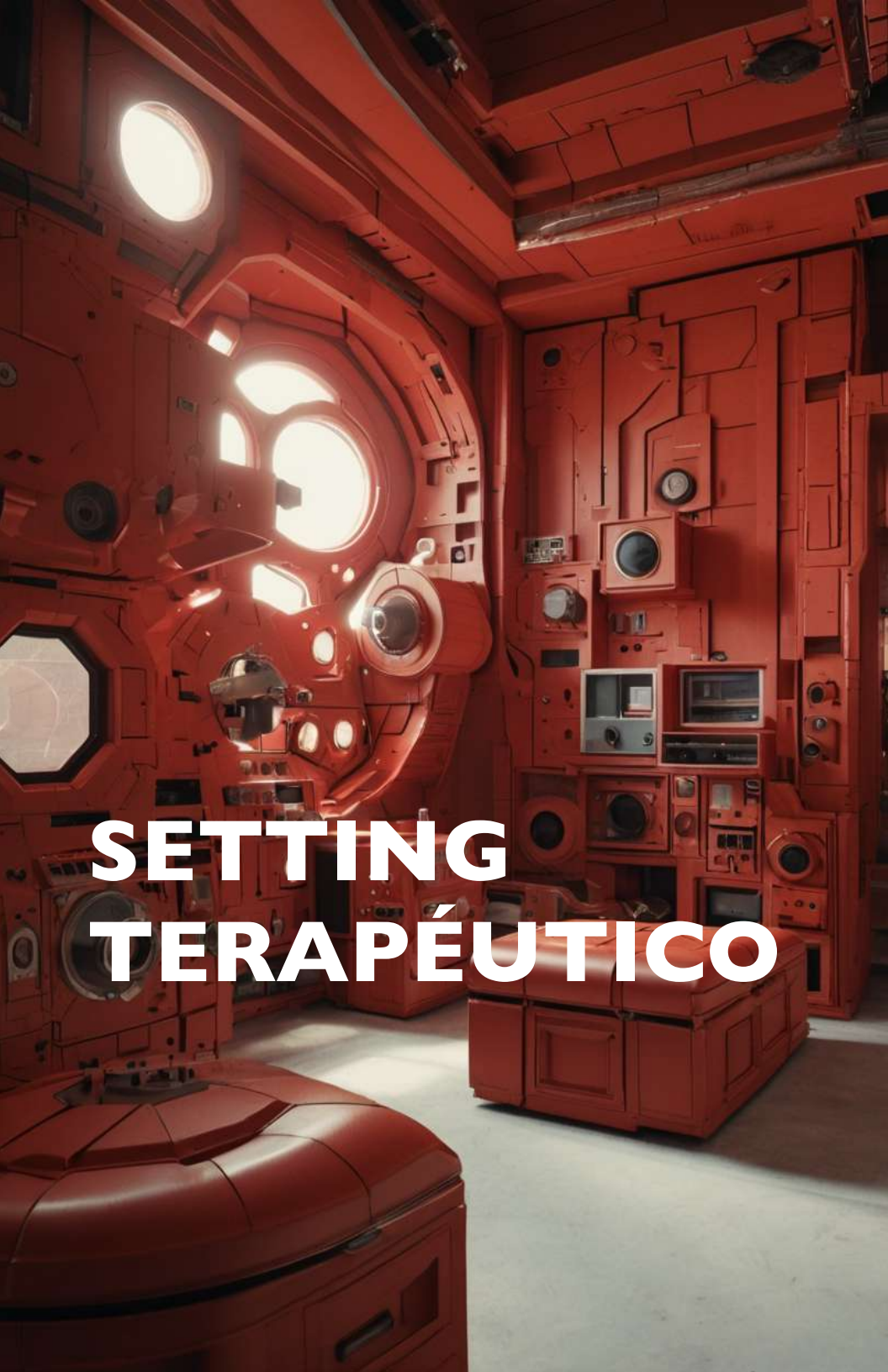
# **PARTE II**

**HERRAMIENTAS  
HABILIDADES Y  
RECURSOS**

# CAPÍTULO

# VI



The image shows a highly detailed, red-painted interior of a futuristic or industrial space. The walls and ceiling are covered in various mechanical components, pipes, and panels. A large, circular window on the left side allows bright light to enter, creating a strong contrast with the red environment. In the foreground, there is a large, rounded, red object that looks like a piece of equipment or a container. The overall aesthetic is one of a high-tech, possibly medical or scientific, facility.

# SETTING TERAPÉUTICO

## 6.1 Desde la trastienda

Comenzamos la segunda parte del manual. Hasta aquí hemos afinado el contenido a partir de la diferencia entre intervenciones puntuales y procesos de largo recorrido, y hemos definido el principio de un proceso terapéutico en musicoterapia. Abordamos así la evaluación inicial, la entrevista con el paciente o con los cuidadores y el diseño del proyecto terapéutico con el sistema de bloques. Analizamos cómo organizar las sesiones desde la fase de examen hasta la de terapia. Planteamos un modelo de hoja de registro adaptado al SdB para el seguimiento y la evaluación de resultados desde un plano fenomenológico. Todo ello para sustentar la lógica de la práctica basada en la evidencia, con el apoyo de referencias bibliográficas pertinentes para los diversos capítulos y sus epígrafes. Todo eso sostiene el “qué” y el “por qué” de la intervención. Ahora toca mirar el “dónde” y el “cómo”, en torno al concepto de setting terapéutico.

En muchos manuales este asunto aparece de pasada, como si fuera un detalle logístico. Sin embargo, en la práctica, el setting actúa como un cofactor clínico. Puede facilitar la alianza, mejorar la regulación, reducir distractores, sostener la atención y hacer más viable el plan... o, por el contrario, sabotearlo sin que nos demos cuenta. A esta dimensión menos visible la llamaremos “la trastienda”: aquello que rodea el encuentro terapéutico y que, aunque no sea música ni escalas de evaluación, modula todo ello y condiciona el vínculo terapéutico.

Para dejar claro qué es el setting terapéutico, diré que alude a un conjunto de condiciones físicas, temporales, relacionales e institucionales que enmarcan la intervención y determinan qué es posible, qué es seguro y qué se percibe como significativo durante la sesión.

Conviene distinguir en el setting dos niveles:

1. **Lo diseñable:** aquello sobre lo que tenemos control directo (disposición de la sala, iluminación complementaria, selección de instrumentos, rituales de inicio/cierre, organización de materiales, gestión de distractores, volumen y dinámica sonora, etc.).
2. **Lo negociable/compensable:** aquello que depende del centro, de la normativa, de la disponibilidad de espacios o del contexto (sala compartida, ruido del pasillo, interrupciones, mobiliario fijo, horarios

encorsetados, etc.). Aquí no siempre podemos cambiar, pero sí podemos anticipar, adaptar y proteger.

Esta parte del libro se centra precisamente en eso: en el continente, en el envoltorio. No para convertir la musicoterapia en decoración, sino para asumir con rigor profesional que la intervención clínica empieza antes de tocar la primera nota, e incluso antes de que el paciente entre en la sala. Por eso además de aspectos materiales hablaré de elementos personales, de habilidades blandas, de actitudes.

### **6.1.1 Supuestos y alcance**

- Este capítulo está pensado para acondicionar settings clínicos, educativos y comunitarios, tanto en salas propias como en espacios prestados.
- Se prioriza lo aplicable: decisiones realistas, de bajo coste y alto impacto, sin necesidad de reformas estructurales ni de inversiones costosas.
- Cuando se citan ejemplos de centros o estilos, se hace como inspiración práctica, no como un estándar único.
- En cuanto a las habilidades terapéuticas, las recomendaciones tienen un carácter general y deben entenderse con un oportuno ajuste cultural y social.



**Hay espacios que nos  
invitan a quedarnos  
para sentirnos  
cuidados y reparar  
nuestras heridas**



## 6.2 El espacio de trabajo

La musicoterapia no es un hecho neutro. No lo es porque cada gesto cuenta: la expresividad del rostro, una variación mínima de distancia, un cambio de tonalidad, una intensidad instrumental ligeramente más alta, una pausa bien colocada o un silencio mal sostenido. Son microdecisiones que, sumadas, alteran el “producto” final; no solo lo musical, sino también lo relacional y lo terapéutico.

Sobre ese entramado de indicadores actúa un factor que muchas veces dejamos en segundo plano: el espacio de trabajo. Las salas en las que realizamos las sesiones condicionan la aplicación de nuestros tratamientos. Así como afinamos una guitarra o preparamos la hoja de registro, también deberíamos acondicionar y atender el entorno físico, porque forma parte del encuadre. El setting no es un decorado: es un elemento activo que favorece o limita lo que puede suceder en él.

Me gusta la idea de que los musicoterapeutas son “diseñadores de interiores”, pero no del interiorismo ornamental, sino de los interiores personales. La imagen simbólica de la arquitectura es muy potente. Nos ocupamos de ordenar el espacio psíquico, de reacondicionar conductas, sistemas de creencias y tendencias expresivas. A veces es un trabajo integral: hay que sustituir vigas mentales, reparar cimientos emocionales o levantar nuevos edificios personales. En musicoterapia trabajamos, en gran medida, de puertas para dentro: atendemos lo que la persona siente y piensa, su modo de habitar la enfermedad, las incomodidades del dolor o las limitaciones espaciales de determinados trastornos de la psique.

Y, sin embargo, por especializarnos tanto en lo de dentro, corremos el riesgo de desatender lo de fuera: la superficie, el medio, el entorno desde el que operamos. Ese envoltorio, el espacio arquitectónico real en el que trabajamos, es importante e incide directamente en nuestras propuestas y posibilidades. El lugar habla: antes incluso de emitir una nota, ya ofrece un mensaje de acogida o de frialdad, de calma o de tensión, de orden o de saturación.

Ese espacio importa porque afecta a:

- **Seguridad (física y emocional):** posibilidad de moverse sin riesgo, control de entradas/salidas, ausencia de estímulos amenazantes.

- **Regulación:** un entorno demasiado brillante, ruidoso o desordenado puede elevar la activación; uno excesivamente apagado puede inducir desconexión o somnolencia no deseada.
- **Atención:** los distractores visuales y sonoros compiten con la tarea musical.
- **Vínculo:** la sensación de acogida y cuidado también se comunica con el lugar.

Cuando hacemos terapia, todas las energías deberían operar en la misma dirección. Y con esto nos referimos a cuestiones perceptivas que parecen “menores”, pero son decisivas: colores, acústica, confortabilidad, condiciones lumínicas, elementos decorativos, tipos de materiales y, en general, todos aquellos aspectos físicos que influyen en la experiencia del lugar. No son adornos: son moduladores.

Hay sillas y sillas. Las hay cómodas e insufribles. Hay maneras de dar luz a un espacio para ensalzarlo y otras que lo convierten en un lugar lúgubre. Solo estos dos aspectos, iluminación y mobiliario, cambian diametralmente el espacio de trabajo y, con ello, la actividad que en él se lleva a cabo. Todo lo que nos rodea condiciona en gran medida las sensaciones espaciales. Factores como el color de las paredes, el tamaño de la sala, la forma y el cromatismo de los elementos decorativos, la luz ambiental o el tipo de mobiliario son algunos de los ingredientes físicos que debemos empezar a valorar con una mirada clínica. No podemos lograr “armonía musical” para “armonizar al paciente” si lo que nos rodea carece de “armonía ambiental”.

Además, la educación estética de la sociedad ha ido cambiando en las últimas décadas. Las empresas de interiorismo han sabido identificar el gap: nos ofrecen soluciones sencillas y asequibles para mejorar la habitabilidad con detalles funcionales, aunque nos las vendan desmontadas. Sus consejos y productos han contribuido a que entendamos mejor la importancia de armonizar colores, introducir cambios de textura y combinar materiales. Y, de hecho, esos recursos han permitido que muchas casas antes inhabitables o asépticas muten en espacios acogedores. La experiencia de habitar cambia cuando el entorno es estéticamente coherente, porque no hay mayor comodidad que sentirse en casa. En esto, la confortabilidad es un grado.

Acogida, confort, cuidado. Son palabras que aplicamos habitualmente a las personas con las que trabajamos. Pero si cuidamos cómo el/la paciente

vive su proceso, conviene levantar la cabeza y mirar más allá de los instrumentos, de las teorías y de los métodos. Al hacerlo, podremos atender también a lo que nos rodea y tratar de alinear lo circundante con nuestras acciones y objetivos terapéuticos. El continente sostiene al contenido: lo prepara, lo refuerza, lo protege.

Es cierto que muchas intervenciones se desarrollan en espacios públicos, escuelas, residencias, clínicas y hospitales, donde las condiciones ambientales son limitadas. A menudo estos lugares han sido diseñados (en el mejor de los casos) para cumplir una función principal y apenas permiten cambios. Por eso, casi sin darnos cuenta, dejamos de cuestionar alternativas y apostamos todo a la ficha del contenido de la sesión y al encuentro con el paciente. No obstante, aun en entornos rígidos, no está de más observar y cuidar los detalles espaciales, prestar atención a esos aspectos “superficiales” que sí podemos modificar y que, sin embargo, tienen un impacto profundo.

Un ejemplo claro es la iluminación. Un simple foco LED puede hacer milagros: es barato, transportable, ligero y ocupa poco espacio. Un solo punto de luz, colocado estratégicamente, cambia el color ambiental y, con ello, la apariencia de los objetos. La luz pinta todo lo que toca, como veremos después. Podemos también reacondicionar la disposición de sillas y mesas y, si procede, atender al olor con un ambientador suave o un desodorante neutro: el olfato es un condicionante emocional muy potente. En entornos acústicos muy ruidosos, el ruido blanco puede ser un recurso eficaz para atenuar el impacto sonoro. Y, en ocasiones, una simple tela permite enmascarar objetos, evitando distracciones y contaminación visual.

Se trata, en suma, de resignificar el espacio para que las personas ocupen lugares más propicios y accedan a la experiencia terapéutica de una forma distinta, aunque estén en la misma sala de siempre. Nosotros llegamos y cambiamos el interior y el exterior. O, mejor aún: cambiamos el adentro desde el afuera. Ya sabemos que la música es evocadora y altera el ecosistema, pero lo hace con más fuerza cuando el entorno acompaña.

Apelamos, por supuesto, a la capacidad estética y creativa de cada profesional. Formémonos también en este sentido: miremos revistas de diseño, observemos cómo se preparan ciertos escaparates, entremos en museos, veamos canales de reformas y aprendamos a ordenar los lugares

de trabajo. Así como diseñamos objetivos y seleccionamos el repertorio, organicemos también la sala. Como directores/as de procesos terapéuticos, asumimos la responsabilidad de favorecer otros aspectos formales y espaciales para que la experiencia terapéutica sea un éxito global: por dentro y por fuera, en la música y en el marco que la hace posible.

Vayamos viendo estos elementos por separado, comenzando por las cuestiones visuales y cromáticas. La imagen es la primera impresión que recibimos al entrar en una sala. Su disposición y su orden pueden favorecer la confianza o el rechazo, y generar comodidad y seguridad, o todo lo contrario.





**La integración de  
recursos expresivos  
de todas las terapias  
creativo artísticas  
amplifica nuestro  
campo de acción**

## 6.3 Cuestiones cromáticas

Las formas y los colores que nos rodean influyen directamente en nuestra manera de experimentar un espacio. De esto saben mucho los artistas plásticos, los arquitectos, los interioristas o los escenógrafos: no hay neutralidad perceptiva. Con pequeñas variaciones cromáticas, se puede transformar una sala y llevarla hacia lo acogedor o lo inquietante, hacia lo reposado o lo tenso. A veces, solo con el tono del color, un lugar se vuelve confortable... o todo lo contrario.

Este apartado reúne ideas que pueden resultar especialmente útiles para quienes estáis valorando abrir un centro propio, y también para quienes ya lo tenéis en marcha y queréis revisar si el continente acompaña, de verdad, al contenido. Porque sí conviene afirmar con claridad que el diseño interior del espacio de trabajo debería estar entre las primeras tareas de las musicoterapeutas. El continente debe estar ligado al contenido. En espacios ajenos (escuelas, hospitales, residencias) nuestras posibilidades de intervención suelen ser mínimas; pero en espacios propios, aunque siempre limitados por el presupuesto y por las condiciones físicas del local, sí podemos, y conviene, invertir en un diseño adecuado, eficaz y operativo.

### 6.3.1 La “piel” de la sala: paredes y techo

Empecemos por lo más determinante: las paredes y el techo. Su color es un aspecto estético esencial porque es la “piel” de la sala: se hace presente donde miremos. No entraremos aquí en teorías extensas sobre el color y sus efectos perceptivos, porque nos alejaría del propósito del libro. Pero sí conviene introducir un criterio práctico: para un espacio terapéutico, lo más recomendable suele ser trabajar con gamas neutras y pálidas, los llamados colores pastel, especialmente en espacios reducidos.

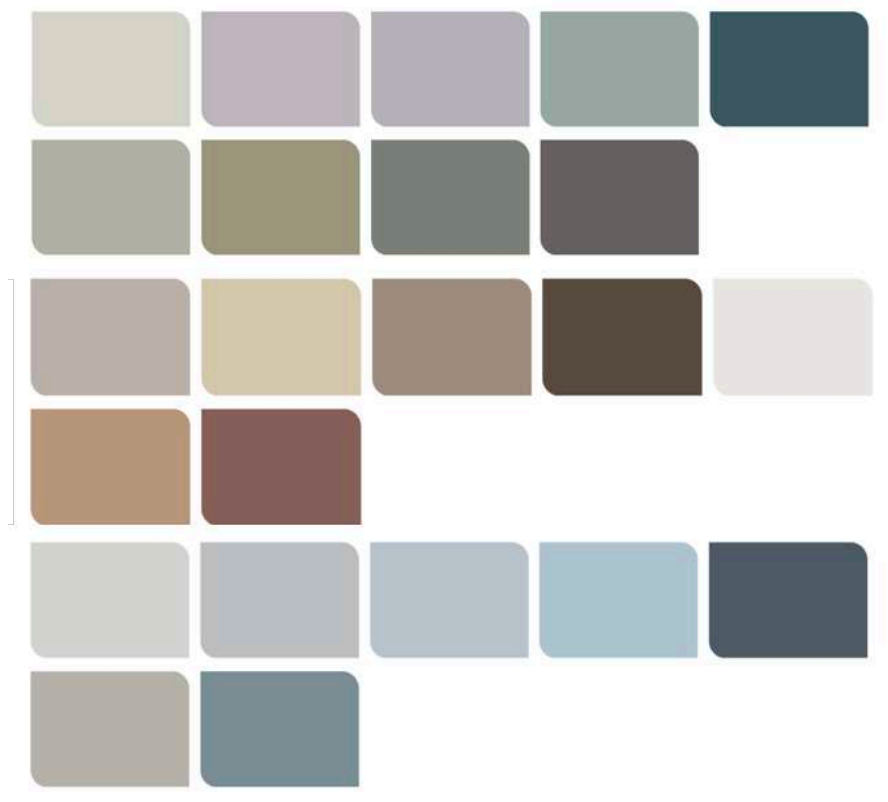
Dentro de esas gamas hay matices con efectos muy diferentes:

- Los tonos que se acercan al azul y al verde suelen inducir sensaciones de calma y reposo.
- Las gamas tostadas y parduzcas tienden a resultar más cálidas y acogedoras (ver Fig. 6.1).
- Todas ellas combinan especialmente bien con el blanco, que aporta luminosidad y amplitud visual.

Si queremos combinar colores, aquí conviene advertirlo: las soluciones se complican. Una regla sencilla es no sobrepasar el máximo de tres colores. Y la clave para que armonicen es seleccionar colores cercanos en el diagrama cromático (ver Fig. 6.2). Los colores “dialogan” bien cuando comparten proximidad tonal y lumínica.

### Figura 6.1.

Ejemplos de gamas cromáticas neutras.



### 6.3.2 Proximidad, pureza y protagonismo: cómo “se pelean” los colores

Los colores armonizan, en gran medida, por proximidad lumínica y tonal. Cuanto más “puros” están, más cercanos al borde externo de la estructura cromática del sistema de color Munsell, más contrastan y, por tanto, más difícil resulta equilibrarlos con otros. En cambio, cuanto más atenuados

están (más cercanos a las zonas centrales y superiores del sistema), más apropiados suelen ser para fines terapéuticos: acompañan sin invadir.

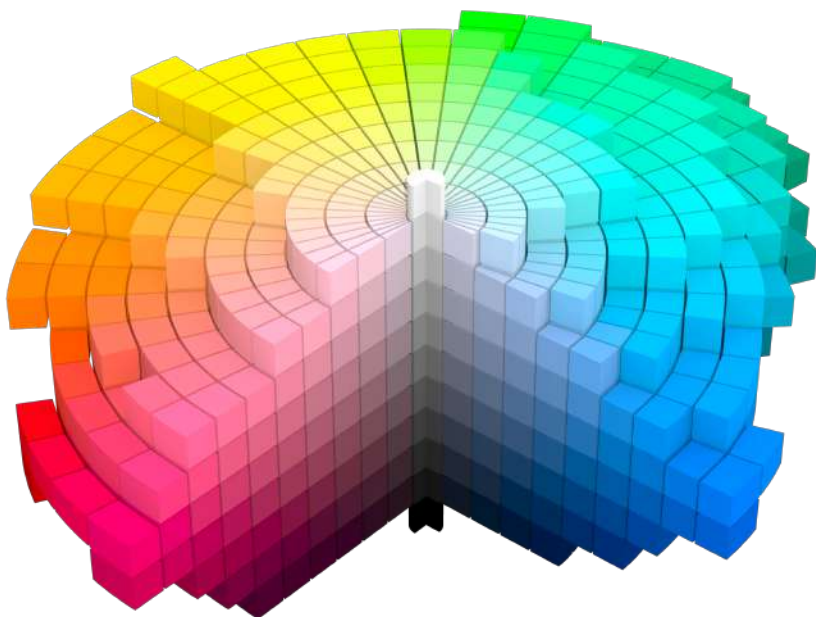
Podemos pensar aquí en el concepto de color “expansivo”. Cuando un color es muy cercano al color base, brillante y potente, se vuelve protagonista, atrae la mirada y compite por el primer plano. En un centro de musicoterapia conviene tender hacia colores que acompañen sin competir entre sí.

Una estrategia práctica para una sala de cuatro paredes es esta: un muro con un color algo más intenso (sin estridencias) y el resto de las paredes con otro color muy neutro. Así se introduce un punto de carácter sin saturar el conjunto.

Y aquí funcionan bien las analogías musicales. Pensemos en una sinfonía interpretada por una orquesta. Hay un instrumento solista y otros que lo sostienen. La gradación de timbres e intensidades se ordena para que la pieza se perciba con claridad.

### **Figura 6.2.**

Sistema de color Munsell



El color de las paredes debería operar también como una “sinfonía” de tres colores, medida, ordenada y equilibrada, para que el espacio quede equilibrado y transmita seguridad y acogida. En esto del color, la proporción influye. No es lo mismo: siguiendo la indicación, una pared de 2 x 2 metros de color fucsia en una sala de 30 m<sup>2</sup>, que una de 6 x 2 metros en una sala de 10 m<sup>2</sup>. La primera sería soportable, visualmente hablando; la segunda invadiría todo el espacio.

### **6.3.3 El sistema Munsell: tres preguntas para decidir bien**

Volviendo a la Fig. 6.2, diremos que el sistema de color Munsell, en el que se basa la ilustración, es un modelo que organiza el color basándose en tres propiedades fundamentales:

- Tono (color base).
- Croma (intensidad del color).
- Valor (claridad u oscuridad).

Este sistema, diseñado por el profesor Albert H. Munsell en la primera década del siglo XX, sigue siendo un referente internacional. Y, para nuestros fines, nos ofrece una ventaja: nos obliga a formular tres preguntas sencillas antes de elegir una gama cromática: ¿qué tono?, ¿con qué intensidad? ¿con qué luminosidad?

Desde aquí se entiende por qué las mezclas más “disonantes” aparecen cuando juntamos colores muy distantes en el círculo cromático (ver Fig. 6.3). Esa oposición en el diagrama (son colores complementarios) manifiesta una distancia perceptiva que conviene evitar si lo que buscamos es un encuadre terapéutico estable, ordenado y no distractor, aunque sean un buen recurso en el ámbito publicitario, donde buscan precisamente captar nuestra atención.

### **6.3.4 Paredes, techo y suelo: la tríada cromática como acorde**

Las posibilidades de manejar el color en un centro de terapia se deciden principalmente entre paredes, techo y suelo. Los objetos y el mobiliario, como elementos superpuestos, se integran sobre ese “fondo” y deben dialogar con él.

- Techo: la opción más versátil suele ser el blanco, especialmente en espacios de poca altura, porque aporta amplitud y luminosidad.
- Paredes: podemos optar por un color único distinto del blanco o por combinar dos. Con el techo blanco, eso ya configura una tríada cromática, semejante a un acorde de tres notas. Conviene que uno de los colores sea el principal (la “nota base”) para que domine sobre los demás. Esa dominancia se logra de dos maneras: por la extensión de la superficie (más área pintada) y por sus valores (tono, croma y valor).

Aquí influye mucho el tamaño de la sala, como comentaba antes. En espacios grandes, el color pierde algo de poder; en espacios pequeños, cualquier decisión cromática se vuelve muy protagonista. En términos generales, una proporción habitual y efectiva es: dejar un paño con un color algo más oscuro e intenso (sin llegar a la estridencia) y los otros tres con un tono más claro y suave. De nuevo: resulta más seguro trabajar dentro de una misma “familia” cromática (verdosos parduzcos, azulados cielo, etc.).

### **Figura 6.3.**

Círculo cromático



### **6.3.5 El suelo: color, textura y tacto (también es terapia)**

En el caso del suelo aparecen dos factores decisivos. Por un lado, el color, que debe estar en sintonía con las paredes. Por otro lado, la textura. En la musicoterapia es frecuente que las personas trabajen en el suelo en ciertos momentos: juegos rítmicos, actividades corporales, relajación,

escucha y trabajo con instrumentos alrededor del cuerpo. Por eso conviene valorar la calidez del material y su sensación táctil.

Hoy hay una oferta enorme: lamas de madera, materiales sintéticos, vinilos técnicos, etc. Y, además, el suelo puede transformarse con alfombras o moquetas, que aportan matices cromáticos y cambios de textura. Más aún: pueden aportar funcionalidad terapéutica si ayudan a delimitar zonas, amortiguar el sonido o aumentar la sensación de acogida.

Concepto clave a añadir (sin recortar nada): el suelo no es solo un soporte; es un “dispositivo” de regulación. Su temperatura, su tacto y su respuesta acústica pueden facilitar o dificultar las actividades de movimiento, relajación y juego.

### **6.3.6 Un ejemplo de coherencia: cuando el color forma parte del constructo**

Un ejemplo interesante es el Centro Umayquipa, uno de los gabinetes de psicoterapia gestáltica de referencia en Madrid (con origen en Lima, Perú), dirigido por la psicóloga peruana Loreta Cornejo Parolini. Allí, el color es un elemento más de su constructo terapéutico y se utiliza con una clara transferencia cultural. Loreta incorpora un lenguaje cromático coherente con su filosofía terapéutica que además dialoga culturalmente con su origen. Es un buen ejemplo de cómo el continente puede ayudar al desempeño del contenido: el espacio, bien pensado, no decora; sostiene.

A photograph of an empty room with dark wood flooring. The left wall is painted a deep blue, and the right wall is painted a warm orange. A window is set into the blue wall, letting in bright light that reflects on the floor. Both walls show vertical cracks. The text is overlaid on the bottom right of the image.

**Analizar el espacio  
de trabajo es tan  
relevante como  
estudiar el caso del  
paciente o  
disponer los  
recursos musicales**



## 6.4 La iluminación ambiental

La calidad lumínica de las salas es, con frecuencia, una de las variables menos cuidadas. Y, sin embargo, es determinante. La luz no solo “permite ver”: construye atmósfera, modela el espacio, modula el nivel de activación y contribuye, a favor o en contra, a que el lugar resulte acogedor, seguro y funcional para el trabajo terapéutico. En otras palabras: la iluminación también forma parte del encuadre.

La iluminación, natural y/o artificial, es el elemento que dialoga continuamente con el color de las paredes, del suelo y del mobiliario. Todo el conjunto define el ambiente de la sala. Por eso, una buena iluminación es el ingrediente diferenciador de cualquier espacio: no hay obra de teatro, concierto, spot publicitario o producción cinematográfica, por no hablar de hoteles, museos o grandes empresas, que no cuente con un diseño de iluminación. Nuestro contexto de trabajo es más sencillo y claro, pero esto no hace que estas cuestiones sean menos relevantes. Al contrario: en terapia, donde el clima emocional importa tanto, un pequeño estudio de posibilidades lumínicas puede mejorar notablemente la sensación de acogida y bienestar de la persona.

Un enfoque práctico consiste en pensar la luz en capas. Una cosa es la luz general (la que baña el conjunto) y otra son las luces de relleno, esos puntos de luz complementarios que suavizan sombras, reducen la dureza de una iluminación cenital y permiten modular la atmósfera sin tener que cambiar toda la instalación. Para un setting terapéutico, esta estrategia suele ser especialmente eficaz: aporta control y flexibilidad con pocos recursos.

### 6.4.1. Luz natural vs. luz artificial: no es lo mismo

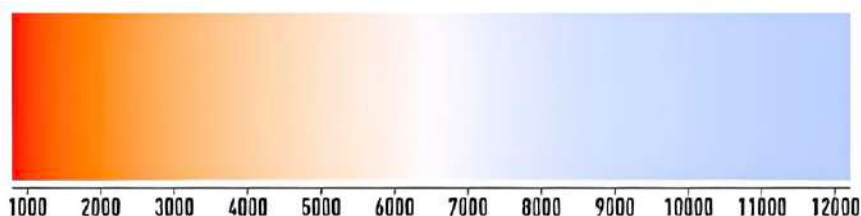
No es lo mismo trabajar en una sala con buena iluminación natural, sobre todo en días soleados, cuando llega una luz agradable y cálida, que trabajar en una sala dominada por la luz artificial dura, con fluorescentes amarillentos o azulados en el techo. La diferencia se percibe en el cuerpo: cambia el confort, la atención, la lectura emocional del espacio y el modo en que se habitan los silencios.

La luz se mide en temperatura de color, expresada en grados Kelvin (ver Fig. 6.4). De manera orientativa, esto genera tres grandes categorías:

- Luz fría (aprox. 8000 a 12.000 K).
- Luz neutra (aprox. 5000 a 7000 K).
- Luz cálida (aprox. 1000 a 3500 K).

### **Figura 6.3**

Temperatura de color expresada en grados Kelvin.



La luz cálida la producen fuentes de baja intensidad, como velas o una hoguera; también la encontramos en atardeceres y se caracteriza por tonos rojos y anaranjados. La luz fría es propia del punto más alto del sol en los días despejados de verano; se considera luz blanca y tiende a los tonos azules.

Estas condiciones se recrean en interiores mediante diferentes tipos de bombillas. De ahí que, en comercios especializados, suele recomendarse luz cálida para salones (lugares de reposo y calma) y luz más fría para espacios de mayor actividad como cocinas, baños o pasillos. No es una receta terapéutica universal, pero sí una pista importante: el cuerpo interpreta la luz como señal de relajación o de acción.

#### **6.4.2. Dirección, sombras y reflejos: la calidad de la luz también importa**

Además de la temperatura, importa la dirección. El ambiente varía si colocamos una luz envolvente e indirecta, cálida, frente a una luz cenital,

directa y fría. Ambas opciones pueden ser terapéuticamente útiles según el tipo de trabajo que estemos acometiendo. Lo importante es estudiar el espacio y planificar la opción más oportuna, evitando que el propio entorno compita con nuestros objetivos.

Aquí entran dos factores que suelen pasarnos desapercibidos hasta que molestan: las sombras y los reflejos. Una luz cenital prolongada puede proyectar sombras incómodas en el rostro, alterar la percepción de las expresiones y generar una sensación de “lugar clínico” o de exposición. Del mismo modo, los reflejos en suelos brillantes, pantallas o superficies metálicas pueden fatigar y distraer. En muchos casos, basta con un punto de luz indirecta o lateral para suavizar sombras, reducir reflejos y aumentar el confort sin perder funcionalidad.

También conviene considerar un fenómeno más sutil: el parpadeo. Algunas fuentes antiguas, sobre todo ciertos fluorescentes, pueden generar un parpadeo apenas perceptible que, en personas sensibles, incrementa el cansancio, la irritabilidad o la inquietud. No hace falta convertirlo en un tema técnico: basta con una regla práctica. Si notas fatiga, tensión o “ruido” corporal que no encaja con el contenido de la sesión, revisa primero la iluminación.

### **6.4.3. La luz como corrector del color: neutralizar o potenciar**

La luz reinterpreta el color. Una sala con pintura desgastada y tonos muy tostados, poco armónicos, puede cambiar de apariencia con una iluminación más fría que la neutralice. Y, a la inversa, una sala con tonos azulados o excesivamente fríos puede volverse más acogedora con una iluminación cálida. En términos sencillos: la luz “pinta” todo lo que toca.

De nuevo, es una cuestión de proporciones y equilibrios. Por eso es importante prestar atención a los ingredientes que confluyen en nuestra sala de terapia y detectar aquellos que puedan entrar en contradicción: paredes cálidas con luz fría agresiva; una iluminación demasiado baja para tareas activas; un ambiente “bonito” pero insuficiente para moverse con seguridad; o un exceso de sombras que añade incomodidad.

#### **6.4.4. Cuando no hay luz natural: estrategias realistas y de bajo coste**

No siempre contaremos con fuentes de luz natural y, en muchos locales, el sistema de iluminación es antiguo. Cambiarlo puede requerir obras o inversiones poco viables. En estos casos, la luz artificial es nuestra principal herramienta para transmitir la cualidad ambiental deseada. Hoy contamos con un recurso muy versátil para incorporar iluminación complementaria sin grandes inversiones: las lámparas LED regulables que ya mencionábamos.

Existe una amplia gama de tonalidades con una sola bombilla y a golpe de clic. Esto nos permite generar diferentes ambientaciones según el momento energético de la sesión (activación o relajación) y, además, son fácilmente transportables, por lo que también pueden incorporarse a sesiones fuera del centro. Sumemos a esto otra ventaja: además del parámetro de calidez/fríaldad, con los LED podemos calibrar la cantidad de luz, lo que nos da un ingrediente más a nuestro favor.

#### **6.4.5. Poner el continente en sintonía con el contenido**

Prestando atención a la luz, a los colores de los paramentos y al conjunto de elementos presentes en nuestras salas de terapia, podemos poner en sintonía el continente con el tipo de trabajo que necesitemos realizar. Si no se tiene experiencia en acondicionar estos lugares, es recomendable consultar ejemplos en revistas y webs de decoración, observar cómo trabajan los espacios escénicos o consultar a profesionales. Una vez afinadas estas cuestiones, nuestro foco podrá quedar fijado con mayor claridad en el lugar donde debe estar: en la gestión terapéutica de la música y del vínculo, sin que el entorno nos obligue a ir “a contracorriente” en cada sesión.

# En musicoterapia, no siempre más es sinónimo de mejor

## **6.5 Mobiliario y objetos**

Una vez preparados el fondo, el color, la luz, la acústica y las condiciones generales del espacio, conviene pensar en los objetos que incorporamos. Son figuras de la escenografía que se superponen y captan la atención, siguiendo las leyes de la Gestalt. El mobiliario y los objetos que habitan la sala, aun siendo inertes, siempre dicen mucho. Su presencia y su colocación dicen mucho de nosotros.

Aquí nos encontramos, una vez más, con la diatriba sobre trabajar en un espacio propio o en un centro en el que compartimos sala con otros profesionales y en el que el lugar se destina a usos múltiples. En el primer supuesto tenemos un inmenso campo de posibilidades; en el segundo, todo se reduce. Pero esa limitación no implica renuncia. Incluso con poco margen, siempre podemos adaptar el setting a nuestro criterio y a nuestras necesidades terapéuticas.

Como antes refería, el mobiliario y los objetos de la sala pueden ser distractores o convertirse en recursos que contribuyan al desarrollo del proceso terapéutico. Por eso es importante analizar qué protagonismo tiene cada elemento en el conjunto. Observa en tu sala qué “pide” ser mirado, qué invita a tocarse, qué interrumpe el movimiento, qué lo facilita, cuáles transmiten orden y cuáles estorban. El espacio también tiene una narrativa y los objetos forman parte del guion.

### **6.5.1. Espacios comunitarios: exceso, carencia y simbolismo**

En los espacios comunitarios hay que valorar qué objetos pueden resultar molestos, tanto visual como físicamente, para el desempeño de nuestras funciones. Comprobaremos qué posibilidades tenemos para apartarlos o integrarlos en la sesión. Hemos de buscar la opción más sencilla y directa, porque son lugares en los que tampoco podemos intervenir con total libertad. El mobiliario en esos lugares de uso múltiple no suele estar pensado para las sesiones de terapia. En ellos tienden o al exceso de objetos, que sobrepasa nuestras necesidades y satura, o a la carencia, que limita ciertas actividades y encuadres.

Podemos imaginar lo complejo que puede ser realizar una sesión con niños con hiperactividad en un aula de música de un colegio, donde las estanterías tienen un sinnúmero de instrumentos a su alcance. O sesiones con alumnos disruptivos que rechazan todo lo que les recuerde al colegio, dentro de un aula con pupitres, pizarra y toda la escenografía típica de un lugar de aprendizaje. Como responsables y directores del proceso terapéutico, debemos adecuar el entorno de trabajo y plantear estrategias de diseño para evitar que los elementos físicos operen, física y simbólicamente, en contra de nuestros fines. Una propuesta de musicoterapia puede ser impecable sobre el papel, pero venirse abajo en la práctica si el espacio va en contra de lo que marca la teoría.

Conviene añadir una idea que suele pasar desapercibida: no todo lo que “estorba” lo hace solo por saturación visual. A veces, el problema es la seguridad y la accesibilidad. Un cable en el suelo, una esquina mal colocada, una silla inestable, una alfombra que resbala o un pasillo de paso bloqueado son pequeñas cosas que, sin embargo, pueden cambiar la sensación corporal de la persona (y la nuestra), elevar la alerta, recortar la exploración o impedir ciertos movimientos. En terapia no solo diseñamos atmósferas, sino que también diseñamos condiciones de seguridad. Lo estético, aquí, se vuelve clínico.

### **6.5.2. El ideal: lo útil permanece, lo demás sale de escena**

El ideal es que en la sala de terapia solamente esté el mobiliario útil para el desempeño de nuestra labor; lo que no ayuda debe quedar fuera. Volviendo a lo que se muestra en las redes sociales, vemos espacios que, más que salas de musicoterapia, parecen un bazar de instrumentos musicales con todo el material expuesto. Puede ser adecuado para un post, pero en la práctica clínica ese “todo a la vista” suele convertir la sesión en un esfuerzo constante por contener la dispersión.

Si lo pensamos desde la Gestalt, la lógica es clara. Si el objeto que ejerce como figura principal compite con demasiadas formas, el fondo desaparece; y cuando el fondo desaparece, el encuadre se diluye. Una sala saturada de distracciones obliga a apagar fuegos atencionales en lugar de dirigir la experiencia musical hacia lo terapéutico.

Una herramienta muy simple para ordenar el espacio sin necesidad de realizar grandes reformas es la zonificación. En una misma sala pueden convivir microespacios terapéuticos. Una zona de bienvenida (donde “entramos” a la sesión), una zona instrumental (donde el cuerpo y el sonido se activan) y una zona de escucha o de reposo (donde el trabajo se integra). A veces basta con la disposición de las sillas, una alfombra, un biombo, una estantería móvil o un pequeño cambio de orientación para que la persona entienda, sin palabras, dónde empieza cada cosa. La sala, entonces, deja de ser un lugar genérico y se convierte en un escenario con sentido. Recuerda que la iluminación nos ayuda a ordenar el espacio y a generar distintas atmósferas. Nuevamente te invito a observar los buenos escaparates por las calles, a revisar revistas de interiorismo y a pasearte por las salas de los museos donde hay buena pintura. Los artistas plásticos tienen un gran control sobre la composición y el manejo de las proporciones, las luces, las sombras y los colores.

### **6.5.3. Un ejemplo inspirador: Nordoff Robbins (Londres)**

Por si pudiera servir de ejemplo, quiero describir lo observado en uno de los centros de Nordoff Robbins de Londres. En sus salas de musicoterapia solo tienen fijo un piano, de cola o de media cola, y junto a él, dos o tres sillas. Como el instrumento tiene ruedas, puede desplazarse y reubicarse en el espacio.

Las salas son amplias, de aproximadamente 30 o 40 m<sup>2</sup>. El suelo es de madera o está enmoquetado. La iluminación es cenital y perimetral, y además es regulable en intensidad. Los instrumentos musicales, una gran colección, están ocultos en armarios empotrados en las paredes circundantes, todos ellos paneleados de madera. Por supuesto, son salas insonorizadas.

En cada sesión se seleccionan los instrumentos que previsiblemente serán útiles para el trabajo planificado. El resto permanece fuera del alcance de los pacientes y apartado de su vista. De esta manera, el trabajo clínico parte de un principio de orden y estructura, básico para controlar el proceso de terapia y los objetivos de trabajo. El proceso, como contenido, está planificado y organizado; el continente está igualmente ordenado; por



tanto, resulta más fácil materializar terapéuticamente aquello que se busca. El espacio no roba energía; la entrega.

Estas salas han sido subvencionadas por grandes empresas, como el Manchester United o Hard Rock Café. Obviamente, con ayudas como estas se puede acondicionar un espacio de manera excelente. Pero más allá de lo económico, quedémonos con el trasfondo. En el centro Nordoff Robbins tienen claro que el lugar condiciona y que, por tanto, hay que cuidarlo en todos sus detalles. Tomémosles como ejemplo y operemos dentro de nuestras posibilidades; imitemos su filosofía y busquemos soluciones creativas con los recursos que tengamos a mano.

#### **6.5.4. Revisar, retirar, incorporar... y convertirlo en parte del encuadre**

Analicemos siempre si los enseres que tenemos en nuestros settings (sillas, mesas, decoraciones, instrumentos que no se van a emplear y demás elementos) nos ayudan o nos entorpecen. Retiremos lo inapropiado e incorporaremos todo lo que mejore la eficacia de nuestro trabajo. Si hemos logrado crear un orden interno planificando metas, objetivos, actividades y criterios de evaluación, cuidemos también la disposición externa para que figura y fondo coincidan creando una perfecta gestalt. Comparemos luego los resultados.

Y aquí entra un detalle que puede parecer menor, pero que en algunos casos marca una diferencia enorme: el ritual de montaje y desmontaje. Cómo preparamos la sala antes de la sesión y cómo la recogemos después pueden formar parte del propio encuadre terapéutico. En determinados pacientes, esa secuencia aporta más regulación que cualquier explicación verbal: anticipa, ordena, marca el inicio y el cierre, y deja claro que lo que sucede allí tiene límites y estructura. No se trata de convertir la logística en una ceremonia, sino de comprender que el modo en que “ponemos en escena” la sesión también comunica cuidado.

En definitiva, el mobiliario y los objetos no son un añadido superficial: son parte de la arquitectura del proceso. Si los organizamos con intención, el espacio se vuelve aliado. Si los dejamos al azar, el entorno empieza a dirigir la sesión por nosotros.

**Los nuevos instrumentos  
musicales abren campos de  
experimentación para  
nuevas experiencias  
musicoterapéuticas**



## 6.6 Setting instrumental

Nuestros objetos por excelencia son los instrumentos musicales. En el punto anterior ya hemos apuntado algunas ideas, pero aquí conviene detenernos con más precisión, porque el setting instrumental no es un accesorio: es la caja de herramientas con la que vamos a construir la experiencia terapéutica. Y una caja de herramientas se diseña, no se improvisa.

Como en cualquier taller mecánico, las herramientas permiten una infinidad de operaciones. Según tengamos que “apretar o aflojar” este o aquel mecanismo, requerimos del uso de unos u otros utensilios. En nuestro caso, los instrumentos musicales son facilitadores de la expresión que construyen y articulan un lenguaje. Nos conectan y nos comunican. Su vibración nos hace vibrar y sentir; nos evoca recuerdos; estimula sensaciones; abre rutas de relación que a veces no se consiguen por la vía verbal.

Un instrumento requiere movilidad, acción y voluntad creativa. A través de la acción, los instrumentos nos proyectan simbólicamente: nos permiten representarnos y ser vistos. Cada uno cumple funciones determinadas. Sus características sonoras y físicas brindan posibilidades interpretativas y expresivas específicas. Por eso, igual que una llave en un taller se elige para una tuerca concreta, en musicoterapia, un instrumento debe ser seleccionado y convocado para cumplir finalidades terapéuticas concretas: sostener, activar, estructurar, contener, invitar, retar, organizar el tiempo, abrir la narrativa, facilitar la regulación.

### 6.6.1 El primer criterio: que la herramienta esté viva (y sea segura)

Lo primero que debemos pedir a nuestras herramientas es que estén operativas y en condiciones adecuadas. Antes de pensar en repertorios o técnicas, hay un test esencial: el sonido. Ya sea una maraca, un pandero, un triángulo, un metalófono, una guitarra o un piano, lo que usemos debe tener buena vibración sonora. Un instrumento que suena pobre, desafinado o roto no solo limita la música, sino que también puede

generar frustración, irritación o desconexión. En terapia, la calidad del sonido forma parte del cuidado.

Y, junto a lo sonoro, una condición imprescindible: la seguridad. Hay instrumentos que, por su peso, bordes, piezas pequeñas o posibilidades de golpe, requieren una selección cuidadosa según la población y el momento del proceso. El instrumento tiene que ser accesible, amable en el cuerpo y no convertirse en una amenaza ni en un foco de conflicto.

### **6.6.2 Calidad, resistencia y contexto: el criterio profesional (no estético)**

La calidad de los instrumentos importa. Un buen instrumento suele ser costoso y el mejor trabajo se realiza con materiales en perfectas condiciones. Pero no todas las sesiones son igual de seguras para ellos. En entornos de salud mental, en sesiones con menores inquietos o en grupos de alta intensidad, ocurren percances. En esas circunstancias, los instrumentos delicados sufren.

Por eso hay que conjugar tres variables: calidad sonora, capacidad financiera y necesidad terapéutica. Afortunadamente, existen instrumentos de gama media que son acústicamente resistentes y dignos. Son idóneos para el día a día. El instrumento “perfecto” no siempre es el mejor: el mejor es el que permite trabajar con fluidez sin tener que protegerlo constantemente.

### **6.6.3 Configurar el setting: inversión, planificación y adaptación (también cultural)**

Configurar un buen setting instrumental implica inversión económica y planificación. No todos los instrumentos sirven para todas las modalidades ni para todos los contextos. Debemos priorizar y adquirir lo más adecuado para el entorno clínico en el que trabajamos habitualmente. Si nos desplazamos a domicilios, necesitaremos instrumentos ligeros y transportables. Si trabajamos en un centro fijo, podremos incorporar instrumentos más voluminosos y una mayor variedad tímbrica. Si

trabajamos con grupos, conviene pensar en instrumentos duplicados, resistentes y fáciles de repartir y recoger.

Y aquí conviene introducir una idea clave que atraviesa toda la práctica: la adaptación cultural. El setting instrumental no es universal. La cultura musical de las personas, sus ritmos, sus timbres familiares, sus instrumentos cotidianos y sus géneros condicionan qué suena “propio” y qué “ajeno”. En Latinoamérica, por ejemplo, existen instrumentos que no forman parte del paisaje habitual en Europa, y viceversa. No es un detalle folclórico: es pertinencia terapéutica. Si el instrumento conecta con la memoria y el cuerpo cultural del paciente, el acceso al vínculo suele ser más rápido y más profundo.

Por eso, además de preguntarnos “qué necesito para este objetivo clínico”, conviene preguntarnos: ¿qué es significativo para esta persona en su mundo musical?. En el setting instrumental también se juega el respeto.

#### **6.6.4 Instrumentos troncales y complementarios: el “ecosistema” de la sala**

Dentro del setting conviene distinguir entre instrumentos troncales (los que sostienen la arquitectura musical) e instrumentos complementarios (los que colorean, abren juego, facilitan la participación o la simbolización). No se trata de jerarquizar por valor, sino por función.

##### **a) Guitarra**

La guitarra suele ser uno de los instrumentos más versátiles. Es armónica y rítmica a la vez; permite acompañar el canto, sostener progresiones, crear ostinatos, modular la energía y ajustar la tonalidad con rapidez. Es especialmente útil para:

- sostener estructura en sesiones verbales o mixtas,
- acompañar songwriting,
- facilitar cantar “con” la persona sin invadir,
- proponer ritmos de marcha, de balanceo o de juego.

En contextos de alta activación, la guitarra también exige cuidado: su fragilidad física, su tamaño y su capacidad de “llenar” el espacio pueden hacerla protagonista. Por eso hay que dominarla para poder bajarla, abrirla, simplificarla y usarla como base, no como exhibición.

### **b) Piano / teclado**

El piano (o un teclado bien elegido) es un tronco poderoso: ofrece rango dinámico, riqueza armónica, posibilidad de contención y una capacidad extraordinaria para crear paisajes emocionales. En muchas metodologías, el piano es literalmente la columna vertebral del acompañamiento. Permite:

- Sustener improvisación con estructura,
- Modular intensidades con precisión,
- Crear climas de regulación (texturas suaves, repeticiones, armonías abiertas),
- Acompañar canto de forma inmediata.

También pide criterio: en salas pequeñas o con acústica viva, puede resultar invasivo. A veces, el teclado, por su control de volumen, es la opción más operativa en entornos comunitarios.

### **c) La voz**

La voz no es “un instrumento más”: es el instrumento humano por excelencia. Tiene identidad, cuerpo, emoción, biografía. Puede sostener, calmar, activar, nombrar sin palabras. La voz permite:

- Crear rituales de inicio y cierre,
- Acompañar sin necesidad de instrumento externo,
- Ajustar al instante a la respiración y al estado del paciente,
- Trabajar con melodías mínimas, tarareo, vocalizaciones, llamadas y respuestas.

Aquí también entra la cultura: las inflexiones, los modos de cantar, las escalas y los giros melódicos familiares pueden ser determinantes. Una voz que imita el mundo musical del paciente suele abrir puertas. Una voz que se impone en el estilo del terapeuta puede cerrarlas.

### **d) Pequeña percusión (shakers, panderos, claves, güiros, triángulos, etc.)**

La pequeña percusión es democrática: invita a participar, facilita el pulso, los turnos, el juego, la atención compartida y la coordinación. Es ideal para activar el cuerpo, sostener el ritmo grupal, trabajar la impulsividad, regular la energía y proponer tareas simples con alto impacto. Pero también puede ser distractora si hay exceso, si todo está al alcance o si la sala se convierte en un “mercado” de objetos. Aquí el criterio es: sacar lo que se va a usar y guardar el resto.

Además, la pequeña percusión es un campo privilegiado para la adaptación cultural. En Latinoamérica, por ejemplo, la percusión menor asociada a géneros populares (y sus patrones rítmicos) puede ser el puente más rápido al vínculo: claves, maracas, güiro, bongó, cencerros, etc. En España, el

pulso cultural puede tirar de pandereta, cajón, palmas y otros recursos. No es lo mismo “cualquier ritmo” que “el ritmo que me habita”.

### **e) Metalófonos y xilófonos**

Estos instrumentos tienen una potencia terapéutica especial por tres motivos: son visuales (se ven), ordenados (hay una disposición clara) y producen una relación inmediata entre gesto y resultado. Facilitan:

- Exploración sonora estructurada,
- Secuencias repetitivas (ostinatos),
- Improvisación contenida,
- Trabajo motor fino y coordinación,
- Experiencias de “éxito musical” incluso en personas sin formación.

Además, su timbre puede ser muy regulador si se usa con cuidado, evitando golpes excesivos y atendiendo a la acústica de la sala.

### **f) Tombox / cajón / instrumentos de base rítmica (y familia)**

Aquí conviene incluir tanto el cajón como recursos similares (tombox u otros “cuerpos-caja” de percusión). Su ventaja es clara: anclan el pulso, dan cuerpo al ritmo, organizan la energía grupal y conectan con el movimiento. Son idóneos para:

- activación y coordinación,
- trabajo de límites y control inhibitorio,
- cohesión grupal,
- experiencias de agencia (“yo sostengo el ritmo”).

Como siempre: según la población y el contexto, habrá que ajustar la intensidad para que el ritmo no se convierta en una descarga desbordada.

### **g) Aerófonos / viento sencillo**

Los aerófonos sencillos ocupan un lugar particular en la musicoterapia porque conectan directamente el sonido con el cuerpo. En ellos, el sonido nace del soplo y el soplo está ligado a la respiración, al tono autonómico, a la presencia. Una ocarina, una flauta suave, una armónica e incluso ciertos tubos sonoros simples pueden convertirse en herramientas valiosas para trabajar la regulación, la atención sostenida, el fraseo, la continuidad y el ritmo interno.

Además, estos instrumentos tienen algo pedagógico y terapéutico a la vez: obligan a ajustar la presión, a tolerar el ensayo y error; a aceptar que el sonido no se controla de golpe. En algunas personas eso es frustrante; en otras, liberador. Por eso su selección debe ser muy cuidadosa: no se trata de “meter viento porque sí”, sino de valorar si el reto es ajustado y si la

persona está en disposición de convertir esa dificultad en aprendizaje, y no en fracaso.

Además, hay dos cautelas prácticas que no conviene olvidar. La primera es la higiene: los instrumentos de soplo exigen protocolos claros (boquillas personales, limpieza, evitar compartir en ciertos contextos). La segunda es el volumen y el registro: algunos aerófonos, sobre todo en agudos, pueden resultar estridentes en salas pequeñas o para personas sensibles al sonido. Aquí, de nuevo, manda el criterio del setting: elegir instrumentos suaves, controlar las intensidades y estudiar la acústica de la sala.

En términos culturales, los aerófonos también pueden ser puertas de entrada muy potentes cuando pertenecen al universo sonoro del paciente. En algunos contextos latinoamericanos, por ejemplo, ciertos timbres andinos (sikus, zampoñas) tienen un fuerte valor identitario. Pero esto exige respeto: si no dominamos el instrumento, lo usamos como decoración o lo tratamos como exotismo, perdemos la oportunidad terapéutica y generamos ruido simbólico. Si, en cambio, lo integramos con sentido —porque es significativo para la persona y encaja con el objetivo clínico— puede convertirse en un puente precioso entre biografía, cuerpo y música.

#### **h) Otros recursos (según contexto y cultura)**

El setting instrumental no termina en una lista cerrada. Hay instrumentos que emergen por contexto clínico (instrumentos adaptados, accesibles, de fácil agarre), por estilo (instrumentos electrónicos, pads, controladores) o por cultura. Y aquí volvemos a la idea clave: en Latinoamérica hay instrumentos que no existen en Europa, y viceversa. Pensemos, por ejemplo, en la familiaridad de ciertos timbres andinos (zampoñas/sikus, charango), caribeños o de tradiciones locales; o en la presencia natural de ciertos instrumentos de cuerda, de percusión o aerófonos en comunidades específicas. Si esos instrumentos forman parte del “idioma musical” del paciente, ignorarlos empobrece la intervención. Integrarlos, siempre con un sentido terapéutico, puede multiplicar la eficacia del vínculo.

### **6.6.5 Instrumentos “fetiche”: preferencia, vínculo y función**

En la selección también están los instrumentos que usa el paciente por deleite personal, por predilección y por querencia. Hay instrumentos “fetiche” con los que se crea un vínculo especial: aportan seguridad, atraen y cumplen una función emocional. Cuando descubrimos esas preferencias, podemos emplearlas con inteligencia: como anclaje, puerta de entrada, refuerzo o continuidad del proceso.



Pero fuera de estas decisiones personales, conviene sostener el criterio terapéutico: incorporaremos instrumentos pensando menos en lo musical en sí y más en lo terapéutico: qué facilitan, qué dificultan, qué organizan, qué despiertan.

## **Instrumentos digitales y electrónicos**

En esta categoría tenemos los pads/parches electrónicos, los controladores y samplers, las cajas de ritmos, las apps, los loopers, los sintetizadores, los vocoders o las DAW ligeras, entre otras.

Durante años hemos asociado la musicoterapia con una iconografía acústica: piano, guitarra, pequeña percusión, voz. Esa herencia tiene lógica: lo acústico funciona en cualquier entorno, no requiere cables ni electricidad y ofrece una presencia corporal inmediata. Pero el paisaje sonoro del mundo ha cambiado. Hoy la música se produce, se escucha y se comparte de otra forma. Y, por tanto, el setting instrumental no puede quedarse congelado en un museo de buenas intenciones. Lo digital no es un capricho moderno: en muchos casos, es el idioma musical real de la persona.

Los instrumentos digitales y electrónicos permiten acceder a timbres y texturas que forman parte de la estética contemporánea: bases, subgraves, hi-hats rápidos, glitches, autotune, capas ambientales, drops. En adolescentes y jóvenes esto puede ser decisivo. Si necesitamos aproximarnos a sonoridades de trap, rap, electrónica o urbano, es difícil lograrlo con una guitarra “de toda la vida” sin que suene a traducción pobre. A veces el paciente no rechaza la sesión: rechaza la sensación de que “eso no es su música”.

La potencia terapéutica de estas herramientas radica en su capacidad de agencia inmediata: con un toque sucede algo; con un loop se construye una estructura; con un sampler se captura una voz; con un pad se sostiene un pulso; con un secuenciador se ordena el tiempo. Son instrumentos muy útiles para crear, organizar y convertir el caos en forma. También abren posibilidades en discapacidad motora (mapeos accesibles: un gesto, un sonido) y en intervenciones híbridas o a distancia, donde la producción digital facilita la continuidad.

Ahora bien, lo digital trae consigo sus propias “exigencias de setting”. La primera es la discreción: la tecnología debe estar al servicio del vínculo, no al revés. Un dispositivo con pantalla puede convertirse en un imán de atención y desplazar la relación; un problema técnico puede romper el clima; la latencia puede frustrar el diálogo musical; el volumen mal gestionado puede convertirse en agresión sonora. Por eso conviene trabajar con una filosofía de “uso mínimo”: lo necesario y nada más. Preparar siempre un plan B acústico, calibrar niveles con mimo, simplificar la interfaz y decidir de antemano qué función cumple ese recurso: ¿vamos a sostener un groove?, ¿vamos a producir una canción?, ¿vamos a crear un espacio identitario?, ¿vamos a jugar con la voz mediante vocoder?, ¿vamos a cerrar con una atmósfera?

Y, por supuesto, lo cultural también vive aquí. Lo digital no es neutro: cada escena musical tiene sus propios patrones. En Latinoamérica, por ejemplo, conviven estéticas y grooves muy específicos (dembow, cumbia digital, fusiones urbanas locales) que pueden ser más significativos que cualquier preset “internacional”. En Europa ocurre lo mismo con escenas urbanas y electrónicas propias. La pregunta es siempre la misma: ¿qué sonido reconoce como suyo esta persona? Si logramos responder con honestidad, lo digital deja de ser tecnología y se convierte en una herramienta clínica.

### **Instrumentos “de ambiente”**

Hay instrumentos que no “piden acción” en el sentido habitual, sino presencia. Cuencos, campanas, kalimba, drones, pequeñas cajas de resonancia, sonoridades sostenidas... pertenecen a una familia que podríamos llamar “ambiente” porque su función principal no es el virtuosismo, sino el clima. No están tanto para hacer una pieza como para crear un espacio.

Estos recursos pueden ser especialmente útiles en momentos de transición: inicio de sesión, preparación, cierre, integración. También en contextos de dolor, cuidados paliativos, ansiedad, trauma o fatiga, donde el trabajo exige suavidad y contención. Su ventaja es que ofrecen una experiencia sonora con bordes redondeados: invitan a bajar el ritmo interno, a escuchar, a respirar, a regular. Funcionan como una especie de iluminación musical: no son el objeto central, pero cambian la percepción de todo lo demás.

Sin embargo, esta familia tiene un riesgo particular: puede convertirse en una estética impuesta. Si el instrumento suena a “new age” y la persona lo percibe como ajeno, el efecto es el contrario: distancia, rechazo, ironía o desconexión. Por eso conviene usar estos instrumentos con criterio y sin dogmas. No son “instrumentos mágicos”, son herramientas. Su pertinencia depende de la cultura musical y del momento clínico. A veces, un simple acorde de guitarra sostenido o una vocalización suave tiene el mismo efecto regulador sin cargar con la etiqueta cultural que algunos asocian a ciertos timbres.

Una estrategia útil es integrar estos sonidos como capas discretas en músicas significativas para el paciente: no se trata de “hacer meditación”, sino de afinar el espacio sonoro. Igual que hemos dicho, la luz puede regular el ambiente; aquí, el timbre puede hacer lo mismo. Pero siempre con una regla de oro: el instrumento de ambiente debe acompañar sin competir; sostener sin protagonizar; ofrecer sin imponer.

**Tabla 6.1**

Setting instrumental: funciones terapéuticas, contextos, riesgos y claves de adaptación cultural (ampliada)

| <b>Instrumento / familia</b>          | <b>Función terapéutica principal (qué facilita)</b>                                                                                               | <b>Contextos recomendados</b>                                                                   | <b>Riesgos / distractores (qué vigilar)</b>                                                             | <b>Claves de uso y adaptación cultural</b>                                                                                                                |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Voz (hablada/cantada, tarareo)</b> | Vínculo inmediato, co-regulación (respiración/tono), sostén emocional, rituales de inicio/cierre, comunicación sin mediación, trabajo identitario | Individual y grupo; salud mental, pediatría, geriatría; domicilios; contextos con poco material | Invasión/vergüenza; exceso de protagonismo del terapeuta; fatiga vocal; activación no deseada (volumen) | Ajustar estilo al “idioma musical” de la persona; respetar repertorios culturales (nanas, cantos tradicionales); usar dinámica y registro como contención |

|                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                         |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Guitarra (acústica/ semicaja/ eléctrica suave)</b>                                            | Base armónica y rítmica, acompañamiento o flexible, contención, songwriting, estructuración temporal, apoyo a la voz             | Atención individual; adolescentes y adultos; terapia comunitaria; domicilios (acústica) | Puede imponerse; desafinación; fragilidad; limitación si no se domina                             | Adaptar patrones a géneros locales (bolero, rumba, cumbia, etc.); elegir timbres según preferencia cultural; dialogar con tradiciones de cuerda del entorno (requinto/charango/cuatro) |
| <b>Piano / teclado</b>                                                                           | Sostén armónico profundo, paisajes emocionales, control fino de dinámica, improvisación estructurada, regulación, acompañamiento | Centro fijo; hospitales; salas con control acústico; duelo, neurorhab, psicoterapia     | Invasivo en salas pequeñas; reverberación; logística (peso); "musicalizar demasiado"              | Teclado en instituciones (control de volumen); adaptar sonoridades al mundo del paciente; combinar con bases/ loops si se trabaja con jóvenes                                          |
| <b>Pequeña percusión (shakers, panderos, maracas, claves, güiro, triángulo, cencerros, etc.)</b> | Participación inmediata, pulso, turnos, atención compartida, juego, coordinación, cohesión grupal, activación                    | Grupos; pediatría; educación; neurorhab; salud mental comunitaria                       | Saturación y dispersión; ruido elevado; impulsividad; objetos "a la vista" que llaman sin permiso | Seleccionar "solo lo necesario" y guardar el resto; integrar instrumentos familiares (LatAm: maracas, claves, güiro, bongó... / ES: pandereta, palmas, cajón); usar ritmos del entorno |
| <b>Metalófonos / xilófonos (Orff y similares)</b>                                                | Gesto-sonido inmediato, estructura visual, ostinatos, improvisación contenida, éxito musical, motricidad fina, atención          | Infancia; neurorhab; discapacidad; geriatría; grupos con necesidad de estructura        | Timbre penetrante si se golpea fuerte; distracción por "juguete"; afinación fija                  | Limitar rango (quitar láminas) para "errorless"; elegir escalas/modos cercanos; integrar patrones culturales (canciones locales, giros modales)                                        |

|                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                             |                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tombox / cajón / caja de percusión corporalizable</b>                            | Anclaje del pulso, organización corporal, coordinación, cohesión, descarga contenida, trabajo de límites e inhibición | Adolescentes; grupos; comunidad; musicoterapia activa y de movimiento                          | Escalada de intensidad; conductas de golpe; ruido excesivo; riesgo en manos | Ajustar dinámica y reglas; grooves significativos (LatAm: cumbia/salsa; ES: rumba/flamenco-pop); "paradas" como entrenamiento de autocontrol        |
| <b>Instrumentos de cuerda locales (charango, cuatro, requinto, etc.)</b>            | Identidad cultural, evocación autobiográfica, pertenencia, puente narrativo, motivación                               | Contextos latinoamericanos o con población migrante; trabajo con memoria/ biografía; comunidad | Exotización; limitación técnica si no se domina                             | Usar cuando sea significativo para la persona; preguntar; aprender patrones auténticos; respetar el sentido cultural (no "usar por usar")           |
| <b>Aerófonos / viento sencillo (ocarinas, flautas suaves, armónica, etc.)</b>       | Respiración, fraseo, soplo, regulación, atención sostenida, juego sonoro                                              | Ansiedad/ respiración; pediatría; rehabilitación suave                                         | Higiene; frustración por dificultad; volumen estridente en agudos           | Priorizar opciones higiénicas y fáciles; repertorio local; timbres andinos (sikus/zampoñas) pueden ser significativos si procede y se domina        |
| <b>Instrumentos "de ambiente" (cuencos, campanas, kalimba, drones, etc.)</b>        | Regulación, escucha focal, transición, cierre                                                                         | Dolor; paliativos; regulación final; escucha                                                   | Efecto "new age" no deseado; rechazo cultural; monotonía                    | Verificar pertinencia cultural; explicar función; integrar con músicas del paciente para evitar imposición estética                                 |
| <b>Objetos sonoros cotidianos (objetos encontrados, cuerpo, palmas, mesa, etc.)</b> | Agencia, creatividad, accesibilidad, juego, simbolización con recursos mínimos                                        | Domicilios; baja disponibilidad material; comunidad                                            | Ruido caótico; falta de contención; banalización                            | Enmarcar con reglas simples (pulso/ turnos); conectar con prácticas culturales (palmas, percusión corporal, juegos cantados); dar intención clínica |

|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Instrumentos digitales y electrónicos (pads/ parches electrónicos, controladores, samplers, cajas de ritmos, apps, looper, sintetizadores, vocoder, DAW ligera)</b> | Pertinencia estética contemporánea, producción sonora del "mundo real" del paciente (trap/ rap/electrónica), creatividad inmediata, accesibilidad (un toque-un sonido), motivación, autonomía, songwriting moderno, diseño de identidad sonora | Adolescentes y jóvenes; contextos educativos; intervención comunitaria; discapacidad motora (mapeos accesibles); teleintervención/ híbridos; sesiones de creación y performance | Distracción por pantalla; problemas técnicos; protagonismo de la tecnología; latencia; volumen/daño auditivo; dependencia de electricidad/ cables; exposición de datos (si se graba) | Diseñar "uso mínimo": la tecnología al servicio del vínculo; preparar plan B acústico; ajustar latencia y niveles; seleccionar sonidos culturalmente significativos (subgéneros locales); favorecer co-creación (paciente elige/edita); cuidar estética para no imponer "sonido del terapeuta"; en LatAm, integrar patrones rítmicos propios (dembow, cumbia digital, etc.) si son relevantes; en Europa, atender escenas locales (urbano, electrónica, etc.) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Esta tabla no pretende cerrar el mundo instrumental, sino ayudarnos a pensar con criterio. El "mejor" instrumento no es el más caro ni el más bonito: es el que encaja con el objetivo terapéutico, con la sala concreta, con el cuerpo del paciente y con su cultura musical. Donde haya duda, hagamos lo más profesional: proponemos un setting, observamos su impacto y ajustamos.

### 6.6.6 Acústico, digital o mixto: el presente musical también entra en terapia

Por herencia histórica, contamos con los instrumentos acústicos. Tienen ventajas evidentes: funcionan en cualquier entorno, no requieren cables ni electricidad y ofrecen presencia física inmediata. Pero los usos sociales de la música han cambiado. Los estilos contemporáneos se construyen con

tecnología digital y, en algunos contextos, especialmente entre la población joven, lo tradicional tiene poco impacto si no dialoga con el imaginario sonoro del paciente. Si necesitamos emular sonoridades del trap, del rap o de estéticas electrónicas, tendremos que incorporar herramientas afines: bases, loops, procesamientos, instrumentos virtuales, propuestas híbridas.

La clave no es modernizar por moda. Es pertinencia terapéutica. Propongamos un escenario y evaluemos su impacto. Si una configuración digital es eficiente, adelante. Si conviene una propuesta mixta, adelante. Si es necesario un conjunto acústico, adelante. Lo importante es emplear la combinación más beneficiosa para cumplir objetivos y metas terapéuticas, respetando el contexto, el cuerpo, la cultura y la historia musical de quien tenemos delante.

### **6.6.7 La pregunta que guía el diseño: ¿qué atmósfera sonora necesito?**

El setting instrumental se decide a partir de una pregunta clínica: ¿qué atmósfera sonora necesito crear para que esta persona (o este grupo) pueda realizar el trabajo terapéutico? Y para responder, debemos anticipar el uso del sonido y prever el efecto que producirá. Pensar en timbres, intensidades, texturas, densidad, silencios y cómo empasta todo. La acústica de la sala importa: antes de pensar en tal canción o tal repertorio, conviene analizar la reverberación, la absorción, el tamaño y el ruido externo.

La coherencia con la actividad diseñada es decisiva. Si queremos activar el cuerpo, lo lógico es usar percusión y ritmos claros. Si vamos a trabajar en songwriting, necesitaremos un instrumento armónico. Si buscamos una regulación fina, quizá baste con una textura simple y estable. En estas cuestiones hay que ser absolutamente prácticos: cada instrumento debe defender el objetivo propuesto.

Preguntas rápidas para decidir el setting instrumental

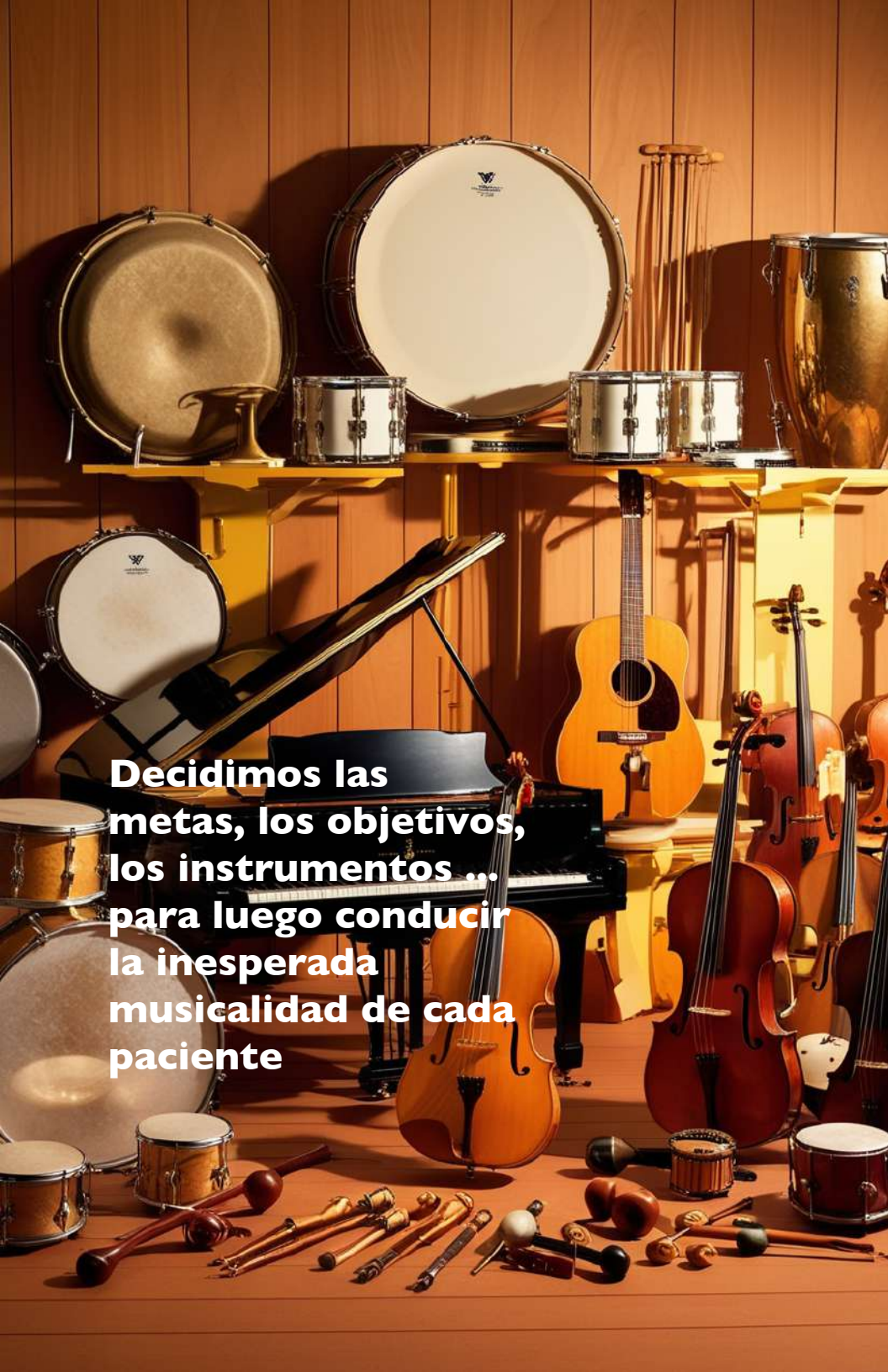
- ¿Qué objetivo guía esta sesión: activación, regulación, vínculo, expresión, cognición, movimiento, narrativa?
- ¿Qué necesita el paciente para entrar: seguridad, desafío, juego, estructura, estética?

- ¿Qué instrumentos son culturalmente significativos para él/ella (y cuáles podrían resultar ajenos)?
- ¿Cuál será el instrumento troncal (guitarra, piano, voz o percusión base) y cuáles serán complementarios?
- ¿Qué timbres y texturas sostienen mejor ese objetivo en esta sala concreta?
- ¿Qué puedo dejar fuera para ganar orden y foco?

### **6.6.8 Destreza musical: sin herramienta dominada, hay disrupción**

Nuestro nivel de destreza musical es primordial. Sin agilidad ni capacidad de respuesta, estamos perdidos. Un instrumento que no controlamos es un elemento disruptor y debe quedar fuera de la sesión. Como músicos en origen, lxs musicoterapeutas debemos conocer a ojos cerrados nuestras herramientas para darles la utilidad terapéutica oportuna. La sesión pide fluidez: si el terapeuta duda, se rompe el sostén.





**Decidimos las  
metas, los objetivos,  
los instrumentos ...  
para luego conducir  
la inesperada  
musicalidad de cada  
paciente**

## 6.7 Banco de recursos musicales

Dando por sentado que el recurso más impactante en musicoterapia es la música producida en vivo para la persona y, cuando es posible, con la persona, conviene recordar que no es nuestro único recurso sonoro. Hay situaciones terapéuticas que requieren el empleo de música pregrabada en encuadres receptivos: porque el objetivo clínico lo pide, porque el momento del proceso lo aconseja, o porque las condiciones reales lo hacen más pertinente. También es una alternativa viable cuando trabajamos solos y la persona no puede o no quiere tocar instrumentos, y resulta especialmente útil cuando se necesita una atmósfera concreta o cuando se solicita un estilo o un tema que escapa a nuestra capacidad interpretativa. Lo importante aquí no es la pureza del formato, sino la funcionalidad terapéutica del recurso.

Hoy los sistemas de streaming están plenamente integrados en los smartphones, lo que nos ofrece acceso inmediato a millones de temas. Además, el Bluetooth nos permite enviar esa señal a equipos de sonido sin complicarnos con cables. Todo esto no es un detalle tecnológico: es una herramienta clínica. Estas plataformas son un recurso inigualable para construir una biblioteca organizada por estilos, épocas, estados de ánimo, objetivos y poblaciones. Tener un banco musical bien diseñado no significa “tener muchas canciones”; significa tener las canciones adecuadas, disponibles con rapidez y criterio.

El smartphone, de hecho, se ha convertido en una herramienta esencial para los musicoterapeutas. Nos da acceso directo a bancos de partituras, letras y acordes que nos permiten responder con agilidad a las necesidades musicales que emergen en sesión. Y, además, contamos con aplicaciones que amplifican nuestras posibilidades interpretativas, facilitan el aprendizaje y expanden la capacidad expresiva: iReal Pro, Chord, Moises, Tempo, Enote, Stave, Band in a Box, GarageBand o Reactable son solo algunos ejemplos entre muchos. Estos recursos nos aportan versatilidad y, por tanto, amplifican nuestra capacidad de acción terapéutica. No sustituyen al terapeuta; le permiten llegar mejor preparado al encuentro.

Conviene recordar cómo era esto antes. Antes de la irrupción de los dispositivos digitales, nuestro soporte era casi exclusivamente el papel. Íbamos cargados con fotocopias de partituras encuadernadas, una carga

añadida a la maleta de instrumentos, que además solía estar incompleta. La digitalización ha aligerado el peso y, sobre todo, ha aumentado la capacidad de respuesta: esa cualidad tan necesaria cuando una persona, en mitad de una sesión, pide una canción que no esperábamos, o cuando surge una emoción ligada a un tema muy concreto.

La creación de repertorios es una tarea primordial para conducir un proceso. Cada población lleva asociado un conjunto propio de temas que conviene manejar. La selección de ese banco, adaptado a las edades, la cultura y los gustos personales, marca el punto de partida de la relación terapéutica. Y aquí conviene insistir en algo que siempre subrayamos: lxs musicoterapeutas no son "cantacanciones". Las canciones son, muchas veces, la excusa perfecta para viajar en el tiempo, abrir la memoria autobiográfica, acceder a lugares internos propicios y facilitar la reexperimentación de sensaciones significativas. No cantamos para entretener: cantamos para habilitar procesos.

Solo en el contexto de la población adulta mayor, por ejemplo, la lista de temas es casi infinita. En el contexto cultural español suele haber querencia por boleros, coplas, pasodobles y rumbas; de cada estilo podríamos reunir con facilidad veinte propuestas funcionales. Y si pensamos en el contexto latino, el mapa se expande aún más: conviven salsa, cumbia, bachata y vallenato con corridos y tangos, bomba, chachachá, merengue o pasillos, entre muchas otras formas musicales. Por eso, como base operativa, suele ser recomendable contar con un repertorio de alrededor de medio centenar de canciones bien conocidas y bien tocadas (o bien accesibles en versión pregrabada), que nos permita responder a las eventualidades expresivas habituales de una sesión. No se trata de "saber muchas", sino de saber las que abren puertas.

Y después, con cada persona, vamos creando temas propios. Las músicas de bienvenida, las piezas para relajarse, las canciones de despedida... cada caso genera una banda sonora particular. A partir de ella construimos el lenguaje sonoro que cada paciente necesita. Esas piezas conforman un modo de expresión y comunicación específico: son el código compartido del "nosotros", donde los significados musicales dan sentido al proceso. En cierto modo, la terapia va componiendo su propio diccionario: motivos, ritmos, melodías y silencios que solo adquieren pleno significado dentro de esa relación.

Hacer musicoterapia es, en gran medida, especializarse en el idioma sonoro de la persona: saber cuándo hay que tocar y cuándo callar; cuándo encaja una armonía y cuándo unas pocas notas sueltas son suficientes para decirlo todo. Para ello necesitamos tanto las creaciones de otros como las nuestras. Todo son rutas válidas para dar forma a la expresión del otro, siempre que se usen con inteligencia y con sentido terapéutico. Usemos todas las herramientas disponibles, pero con criterio: que la música, sea en vivo o pregrabada, no sea un adorno, sino una intervención. Y, como venimos repitiendo, actuemos según lo que marcan las evidencias y según exige el caso concreto que tenemos delante.

**Los tiempos han  
cambiado y con ellos  
la posibilidad de  
acceder a recursos y  
herramientas  
musicales novedosas  
y eficientes**



# VI

## SETTING TERAPÉUTICO

### EN POCAS PALABRAS ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 6?

#### 6.1. DESDE LA TRASTIENDA

Este epígrafe abre el foco hacia los “escenarios” donde ocurre la musicoterapia, esos factores aparentemente secundarios que condicionan la eficacia del proceso.

Sitúa el setting como parte del trabajo profesional: no basta con dominar métodos, técnicas o evaluación si el continente boicotea el contenido.

Propone mirar la “parte trasera” de la práctica: detalles operativos que rara vez se explican en manuales, pero que la experiencia muestra como determinantes.

Reconoce que no todo está bajo nuestro control, pero insiste en que conocer estas variables permite cuidar lo modificable y aumentar calidad.

Introduce la idea de coherencia global: si entrenamos los contenidos, también debemos atender al contenedor que los hace posibles.

#### 6.2. EL ESPACIO DE TRABAJO

La Presenta el color como un modulador directo de la experiencia espacial: puede inducir calma, acogida o, si se gestiona mal, incomodidad y saturación.

Propone criterios prácticos para centros propios: gamas neutras/pastel, combinaciones limitadas y coherentes, y uso estratégico de un “pañó” protagonista.

Introduce el sistema de color Munsell (tono, croma, valor) como brújula para entender por qué ciertos colores armonizan y otros generan disonancia perceptiva.

Conecta paredes, techo y suelo en una triada cromática comparable a un acorde: uno domina y los otros sostienen, evitando competencia visual.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 6?

Incluye la dimensión cultural del espacio (ejemplo Umayquipa): el color también puede ser identidad, narrativa y transferencia cultural, no solo decoración.

### 6.3. CUESTIONES CROMÁTICAS

Presenta el color como un modulador directo de la experiencia espacial: puede inducir calma, acogida o, si se gestiona mal, incomodidad y saturación.

Propone criterios prácticos para centros propios: gamas neutras/pastel, combinaciones limitadas y coherentes, y uso estratégico de un “pañó” protagonista.

Introduce el sistema de color Munsell (tono, croma, valor) como brújula para entender por qué ciertos colores armonizan y otros generan disonancia perceptiva.

Conecta paredes, techo y suelo en una triada cromática comparable a un acorde: uno domina y los otros sostienen, evitando competencia visual.

Incluye la dimensión cultural del espacio (ejemplo Umayquipa): el color también puede ser identidad, narrativa y transferencia cultural, no solo decoración.

### 6.4. LA ILUMINACIÓN AMBIENTAL

Señala la luz como variable infraatendida pero decisiva, por su diálogo constante con color, mobiliario y atmósfera general de la sala.

Explica la temperatura de color (Kelvin) y cómo luz cálida, neutra o fría alteran percepción, acogida, activación y lectura del espacio.

Defiende la planificación lumínica como parte del setting: luz indirecta vs cenital, intensidad regulable y coherencia con el objetivo clínico del momento.

Ofrece soluciones de bajo coste para instituciones: lámparas LED portátiles como herramienta versátil para modular ambiente sin obras ni inversiones grandes.

Introduce la lógica del equilibrio: detectar contradicciones (paredes tostadas + luz cálida, o azulados + luz fría) y ajustar para alinear continente y contenido.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 6?

### 6.5. MOBILIARIO Y OBJETOS

Se Aplica la idea Gestalt de fondo/figura: tras preparar el fondo (color/ luz), los objetos determinan qué capta la atención y cómo se sostiene el encuadre.

Diferencia espacios propios vs comunitarios y propone estrategias para reducir distractores, ajustar simbolismos y favorecer estructura sin conflicto institucional.

Insiste en “dejar a la vista solo lo que se va a usar” para evitar efecto bazar y dispersión, especialmente en poblaciones con alta impulsividad o rechazo escolar.

Añade criterios de seguridad y accesibilidad: cables, estabilidad, esquinas, circulación y salidas claras también forman parte del cuidado terapéutico. Introduce zonificación y ritual de montaje/desmontaje: microespacios (bienvenida, acción, reposo) y preparación/recogida como estructura reguladora.

### 6.6. SETTING INSTRUMENTAL

Define los instrumentos como caja de herramientas terapéutica: se seleccionan por finalidad clínica, no por costumbre ni por gusto del terapeuta.

Integra criterios de operatividad, seguridad, calidad/resistencia y contexto: el instrumento “mejor” es el que encaja con población, sala y objetivo.

Diferencia instrumentos troncales (voz, guitarra, piano/teclado, base rítmica) y complementarios (pequeña percusión, metalófonos/xilófonos, etc.) según función.

Incorpora la adaptación cultural: el setting debe dialogar con el idioma musical del paciente; en Latinoamérica pueden ser pertinentes instrumentos y grooves no habituales en Europa.

Abre el marco a lo digital y electrónico: pads, samplers, loopers, DAW, etc., como recursos de pertinencia estética, agencia y creación contemporánea, con criterio clínico.

### 6.7. BANCO DE RECURSOS MUSICALES

Sitúa la música en vivo como recurso central, pero legitima la música pregrabada como herramienta terapéutica en encuadres receptivos y situaciones específicas.

Integra tecnología cotidiana (streaming, bluetooth, smartphone) como ampliación clínica: biblioteca organizada, acceso inmediato y capacidad de respuesta en sesión.



# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 6?

Propone el repertorio como infraestructura del vínculo: cada población exige un banco de temas culturalmente situado y funcional al objetivo terapéutico.

Reivindica que lxs musicoterapeutas no son “cantacanciones”: las canciones son vehículos para memoria, identidad, emoción y narrativa, no entretenimiento.

Incorpora la creación de “bandas sonoras” propias con cada paciente (bienvenida, relajación, despedida) como código compartido del “nosotros” terapéutico.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Agres, K. R., Foubert, K., & Sridhar, S. (2021). Music therapy during COVID-19: Changes to the practice, use of technology, and what to carry forward in the future. *Frontiers in Psychology*, 12, 647790. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647790>

Útil para tu 6.7 y 6.6: aterriza qué cambia cuando el setting se vuelve digital (plataformas, latencia, privacidad, fatiga, límites), y qué prácticas “merece la pena conservar” al volver a la presencialidad.

Baglione, A. N., Feller, L., De Filippis, T., & Picard, R. W. (2021). Sound-based interventions for health: Mapping the design space. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 5(CHI), Article 381. <https://doi.org/10.1145/3449107>

Útil para 6.6–6.7: ofrece un mapa conceptual para decisiones sobre tecnología sonora (apps, wearables, feedback, personalización), muy alineado con tu categoría de instrumentos digitales/electrónicos y con la idea de “diseño” del entorno.

Clements-Cortés, A., Pranjić, M., Knott, D., Mercadal-Brotons, M., Fuller, A., Kelly, L., Selvarajah, I., & Vaudreuil, R. (2023). International music therapists' perceptions and experiences in telehealth music therapy provision. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 5580. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085580>

Útil para “setting” ampliado: aporta evidencia sobre barreras/facilitadores del setting remoto (dispositivos, espacio doméstico, confidencialidad, logística), que complementa el capítulo cuando hablas del “continente” de la sesión.

Folsom, S., Christie, A. J., Cohen, L., & Lopez, G. (2021). Implementing telehealth music therapy services in an integrative oncology setting: A case series. *Integrative Cancer Therapies*, 20, 15347354211053647. <https://doi.org/10.1177/15347354211053647>

Útil para 6.1/6.7: ejemplo clínico real de implementación (workflow, límites técnicos, experiencias del paciente). Muy aprovechable para justificar recomendaciones “mínimas” de diseño cuando no controlas el espacio.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Goditsch, M. J., Storz, D., & Stegemann, T. (2017). Opening the door—First insights into the music therapy room's design. *Nordic Journal of Music Therapy*, 26(5), 432–452. <https://doi.org/10.1080/08098131.2016.1269828>

Núcleo duro para 6.2–6.5: es de las piezas más directas sobre diseño de la sala de musicoterapia (organización del espacio, objetos, funcionalidad). Te sirve para “amarrar” con literatura específica, no solo intuición clínica.

Hadley, S., & Norris, M. S. (2016). Musical multicultural competency in music therapy: The first step. *Music Therapy Perspectives*, 34(2), 129–137. <https://doi.org/10.1093/mtp/miv045>

Útil para 6.6–6.7: fundamenta con claridad tu idea de adaptación cultural (instrumentos, repertorios, significados), evitando el “folklorismo” y enfatizando sesgos, poder y escucha cultural.

Hummel, K., Weinberg, A., & Hecker, S. (2024). Soundscapes in healthcare facilities: A human factors perspective. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 68(1), 1–5. <https://doi.org/10.1177/10711813241269257>

Útil para 6.2 y 6.4–6.5: refuerza la idea de que el entorno sonoro (ruido, interrupciones, privacidad acústica) condiciona regulación, atención y seguridad; muy alineado con tus “microdecisiones”.

Meadows, A., Turry, A., Schwartz, E., & Fisher, C. (2025). Defining music therapy musicianship: An analysis of music therapists' clinical work. *Journal of Music Therapy*, 62(1), thaf002. <https://doi.org/10.1093/jmt/thaf002>

Útil para 6.8: te da lenguaje y categorías para hablar de musicalidad clínica (no “virtuosismo”), encajando perfecto con tu do/undo/redo y con la diferencia músico–musicoterapeuta.

Pfeifer, E., Aigner, S. E., Stolterfoth, C., Dale, R., Ostermann, T., Probst, T., & Humer, E. (2025). Music therapists' perspectives on nature-connecting methods and the integration of nature in music therapy: Results of a survey among German and Austrian music therapists. *The Arts in Psychotherapy*, 92, 102252. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2025.102252>

Útil para “setting expandido” (6.2–6.5): aporta una línea contemporánea: naturaleza/entornos no clínicos, con beneficios percibidos y riesgos (distracción, confidencialidad). Muy coherente con tu metáfora del “afuera que cambia el adentro”.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Sánchez-Sánchez, A., Navarro, P., & Puyana-Romero, V. (2025). Noise in intensive care units: Sources, effects, and mitigation strategies. *Acoustics*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.3390/acoustics7010016>

Útil para 6.2 y 6.4: aunque no es musicoterapia, es un buen respaldo “duro” sobre ruido y salud (efectos y mitigación), aplicable cuando trabajas en hospitales/centros con baja capacidad de control ambiental.

Vidas, D., Sánchez, C., & Brooker, D. (2024). An exploration of music listening and technologies used by family carers of people living with dementia. *Frontiers in Medicine*, 11, 1379090. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1379090>

Útil para 6.7: te ayuda a justificar el banco de recursos musicales en clave realista (quién usa qué, cómo se organiza la escucha, tecnología cotidiana), especialmente en demencias y cuidado informal.

Zhou, J., Yu, H., & Deng, S. (2020). Influence of the acoustic environment in hospital wards on patient physiological and psychological indices. *Frontiers in Psychology*, 11, 1600. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01600>

Útil para 6.2 y 6.4: respalda, con variables psicofisiológicas, tu tesis de que el espacio no es neutro: el ambiente acústico modifica experiencia, estrés y percepción del cuidado.



**El espacio  
terapéutico tiene  
que remitirnos al  
espacio seguro del  
hogar**

# CAPÍTULO

# VII



# **PERIFERIAS Y COMPLEMENTOS**

## 7.1 En el trato está el truco

En los capítulos anteriores se han precisado aspectos fundamentales del encuadre: el setting, la selección de repertorio, la definición de objetivos, la lógica del plan de trabajo y el modo de registrar lo que acontece. Este trabajo fundamenta el “qué” y el “por qué” de la intervención.

Es fundamental mantener la perspectiva esencial. La musicoterapia, en última instancia, constituye un encuentro comunicativo que requiere un lenguaje común y una intención expresiva compartida. Dos realidades distintas, a menudo desconocidas entre sí, buscan una forma de encontrarse sin dañarse, de modo que el encuentro propicie una transformación.

La comunicación terapéutica no sigue un curso lineal. Requiere ajustes, acuerdos, exploraciones, acercamientos y consensos. La vida cotidiana ilustra que gran parte de las conversaciones consisten en resolver malentendidos. En terapia ocurre lo mismo, con la diferencia de que el diálogo no es accesorio, sino el motor del proceso. Por ello, la alianza terapéutica se entiende no como una relación superficial, sino como una colaboración estructurada, basada en acuerdos sobre objetivos, tareas y la construcción de un vínculo suficientemente seguro para sostener el trabajo.

La evidencia acumulada indica que la calidad de la alianza terapéutica se asocia de manera consistente con los resultados en psicoterapia, con tamaños de efecto modestos pero estables en diferentes enfoques y poblaciones. En musicoterapia, la disciplina enfatiza que la música contribuye a la construcción de esta alianza, aunque la investigación señala que depende tanto de factores musicales como no musicales, tales como la presencia, la claridad, la consistencia, el cuidado del vínculo, el manejo del grupo y la interpretación precisa de cada momento interpersonal.

El diálogo requiere lenguajes compartidos. En musicoterapia, la música constituye el principal medio, aunque su potencia simbólica no siempre resulta suficiente. La diversidad simbólica es amplia, por lo que es necesario recurrir a otros canales: palabra, cuerpo, mirada, silencio, distancia y ritmo de la interacción. Estos elementos sostienen y delimitan la música, proporcionándole un fundamento semántico. Formarse en musicoterapia



implica también aprender una semiótica práctica de los signos musicales y extramusicales presentes en la sesión. Tanto el contenido del mensaje como su forma, es decir, la manera en que se construye y se ofrece (timbre, cadencia, tempo, acento, gesto, respiración, movimiento, pausa, entre otros), resultan relevantes. La forma no es un adorno, sino parte integral del significado.

Ese “modo” define el trato. En terapia, el trato no constituye un simple detalle interpersonal, sino un determinante clínico. La investigación en psicoterapia ha señalado durante décadas que variables relacionales como la empatía, entendida como comprensión comunicada y no como simpatía difusa, se asocian con mejores resultados. En la práctica, esto se traduce en microdecisiones tales como la formulación de preguntas, el tiempo de espera, el tono utilizado, el momento de acompañar o de establecer límites. En ocasiones, lo más terapéutico no es una intervención musical destacada, sino sostener adecuadamente una pausa, elegir una distancia corporal apropiada o modular el volumen para evitar la invasión.

El trato introduce un componente plenamente cultural. Lo que en una región se considera cortesía, en otra puede percibirse como invasión; lo que en un contexto es franqueza, en otro puede interpretarse como falta de respeto. Los códigos, la proxémica, la intensidad expresiva, el vocabulario emocional, el uso del silencio y el contacto ocular varían según el contexto. Por ello, es fundamental que los musicoterapeutas desarrollen una competencia específica: la humildad cultural. Esta no debe entenderse como un eslogan, sino como una disposición activa a revisar supuestos, formular mejores preguntas y permitir que el cliente enseñe el significado de “seguridad”, “respeto” o “acompañamiento” en su propio contexto. La evidencia reciente indica que la humildad cultural del terapeuta se asocia con alianzas más sólidas y mejores resultados, probablemente porque reduce micro-rupturas invisibles y aumenta la sensación de ser reconocido sin ser reducido.

Todo suma, siempre que no reste. Construir el mensaje implica atención al mensajero: cuidado tanto en la forma como en el contenido. En nuestro oficio, eso significa seleccionar la palabra y la música con cautela, manejar el cuerpo con conciencia y observar las respuestas del otro (las explícitas y las mínimas). La calidad de la escucha y la gestión de la comunicación moldean nuestra identidad terapéutica. Cuando el cliente se siente

comprendido, suele aumentar la seguridad, disminuir la defensa y volver más viable sostener tareas difíciles. Dicho de otra manera, permanece en la órbita gravitacional de la experiencia terapéutica, sin salir expulsado al espacio exterior; por exceso de intensidad o por falta de sentido.

Cliente y musicoterapeuta comparten un espacio de posibilidades de cambio en el que ambos han de coincidir. Ese encuentro no es un acto puntual, una cita en el calendario, una rutina. Es un proceso de ajuste que a veces se rompe o se desajusta. Es decir, el vínculo no es algo estable y permanente, de ahí que debamos observar cómo evoluciona, crece o se estanca para no bloquear el proceso de terapia y provocar distancias y desconexiones

Sin embargo, las rupturas de la alianza terapéutica (desacuerdos sobre objetivos, resistencia ante tareas, tensiones en el vínculo) no constituyen accidentes vergonzosos, sino información clínica relevante que debe ser comprendida y asimilada. La reparación, que implica nombrar lo ocurrido, regular la interacción y renegociar tareas u objetivos, representa en sí misma un mecanismo de cambio, ampliamente documentado en psicoterapia. En musicoterapia, donde la comunicación puede ser predominantemente no verbal, estas rupturas pueden manifestarse como desajustes rítmicos, retirada sonora, oposición en el pulso, evitación de la mirada o una interrupción abrupta del juego compartido. Por ello, la sesión requiere una escucha clínica tanto de lo musical como de lo interpersonal.

Así como la categoría de “beneficiario” se considera una consecuencia lograda a partir de una buena praxis, la categoría de “musicoterapia” se confirma al final del proceso. No es suficiente utilizar música para afirmar que se realiza musicoterapia. Se lleva a cabo MUSICOTERAPIA cuando el trabajo es lo suficientemente sólido como para generar sentido, seguridad y cambio dentro de una relación terapéutica. En términos técnicos, esto corresponde a la práctica basada en la evidencia.

Esta disciplina, vista así, también es una construcción que se levanta sesión a sesión. Lo demás puede quedarse en conato o en simulacro, aunque el escenario aparentemente lo represente. Te animo a mirar críticamente las redes sociales para apreciar los incontables simulacros de musicoterapia que se muestran, donde todo suena bonito.

El primer encuentro con el cliente implica adentrarse en un territorio sin un mapa completo. Como se menciona en clases de habilidades terapéuticas, el paciente puede compararse con una isla desierta, aún por explorar. Los diagnósticos resultan útiles, pero constituyen abstracciones aproximadas. El mundo vivido por el otro, su manera de experimentar el dolor, la enfermedad, el deseo o el miedo, rara vez coincide plenamente con nuestras categorías. Por ello, el inicio requiere una inteligencia humilde y la disposición a admitir la falta de conocimiento, así como la necesidad de ganarse el derecho a comprender. Esta humildad no implica pasividad, sino método. Obliga a formular mejores preguntas, observar sin juicio y ofrecer espacios sonoros donde la persona pueda responder sin sentirse limitada. En este contexto, la noción de “sintonía” adquiere un valor técnico, ya que la terapia progresa cuando se logran momentos de ajuste fino, tanto emocional como musical, que facilitan la cooperación, el juego compartido y la construcción de una narrativa emergente.

Comprender cómo opera el sistema del otro no se logra actuando “de oídas”. No basta con leer un historial ni con recordar casos similares. Requiere mirar con detalle, escuchar abiertamente, observar patrones, analizar registros, revisar grabaciones, detectar microcambios. Requiere, en suma, aprender a leer lo que no se muestra en la superficie. Y como los mejores detalles se capturan en las distancias cortas, hay que ir ganando la confianza necesaria para que se abran esas puertas y se nos permita la cercanía. Cuando esto ocurre, se nos exige, por supuesto, el mayor respeto. Solo trabajamos de verdad cuando somos admitidos en el palacio de cristal de la persona. Ahí todo es delicado. Y el “truco” del trato no es una técnica secreta; es la suma de coherencia, sensibilidad, claridad y capacidad de reparar cuando nos equivocamos.

### **7.1.1 Rupturas y reparaciones: cuando el puente cruje (y por qué eso también es terapia)**

Si entendemos la musicoterapia como un encuentro comunicativo, conviene asumir desde el principio la idea liberadora de que no existe alianza sin fricciones. La alianza terapéutica, ese acuerdo vivo sobre objetivos y tareas, sostenido por un vínculo suficientemente seguro, no es un estado permanente, sino un equilibrio dinámico que se reajusta sesión a

sesión. En psicoterapia se describe con claridad que las rupturas de alianza son frecuentes y clínicamente informativas. Señalan un punto sensible del sistema interpersonal del cliente, un mal encaje momentáneo entre la propuesta del terapeuta y la experiencia del otro, o una tarea que, tal como está planteada, resulta demasiado intensa, demasiado rápida o demasiado ajena.

En musicoterapia, además, las rupturas pueden expresarse con una elocuencia particular, ya que el vínculo se juega en códigos multimodales. A veces aparecen como desacuerdos explícitos (“no quiero cantar”, “esto no me sirve”). Otras se insinúan en lo sutil: caída brusca de la participación, mirada que se fuga, cuerpo que se retira, respiración que se acelera, tono que se endurece. Y muchas veces se oyen, literalmente, en la música: un pulso que deja de compartir, un tempo que se desengancha, una dinámica que se vuelve invasiva o, al contrario, un apagamiento repentino del sonido. El indicador no es “que algo vaya mal”, sino que algo importante está ocurriendo y requiere una lectura fina.

La evidencia metaanalítica más reciente sugiere que la reparación de rupturas se asocia con mejores resultados en psicoterapia y no es un adorno relacional, sino un mecanismo de cambio. Safran y Muran describieron tempranamente la lógica clínica de la reparación, que consiste en identificar el deterioro del vínculo, explorar el proceso interpersonal que lo sostiene y renegociar tareas y objetivos, o la forma de sostenerlos, devolviendo agencia al cliente. La reparación es, en el fondo, una micropedagogía emocional. Enseña (sin discursos) que el conflicto puede pensarse, que el desacuerdo no destruye el vínculo y que la relación puede soportar la verdad y los límites sin violencia.

¿Cómo se repara en clave musicoterapéutica? Considero que no hay receta única, pero sí una gramática que podemos explicar en estos términos:

- **Nombrar sin acusar.** “Noto que algo se ha tensado / que la música se ha apagado / que hemos perdido el pulso compartido.” Poner lenguaje (verbal o musical) a la señal sin convertirla en reproche.
- **Validar la función de la retirada.** A veces el “no” protege. No patologizarlo; entenderlo como información de seguridad, ritmo y consentimiento.

- **Renegociar la tarea.** Ajustar dosis (duración, intensidad, exposición), formato (improvisación vs. escucha, individual vs. grupal), y control (más elección del cliente). Esta renegociación es, literalmente, alianza en acción.
- **Reparar también con música.** Puede ser tan simple como volver a un pulso mínimo compartido, una cadencia predecible, un contenedor armónico estable, o una textura que “deje espacio” para que el otro vuelva a entrar cuando quiera. (No se trata de “armonizar” al cliente, sino de ofrecerle un suelo sonoro donde recuperar agencia).
- **Cerrar la reparación.** Asegurar que el cliente percibe el cambio: “¿Así es más habitable?” “¿Qué necesitas para seguir?” Esta comprobación protege de la falsa reparación (cuando el terapeuta se calma, pero el cliente sigue fuera).

Si notas ruptura, no aceleres la técnica. Primero repara el vínculo. La técnica sin vínculo se vuelve ruido, incluso cuando suena “bonita”.

### **7.1.2 Ajuste cultural y humildad: el trato como competencia profesional (no como intuición)**

Decía antes algo central: el trato es cultural. Y en musicoterapia, esto no es un matiz sociológico; es un componente técnico del encuadre. La cultura atraviesa el modo de usar la voz, el cuerpo, el silencio, la distancia, la emoción mostrada y la emoción reservada. Si no calibramos esos códigos, corremos el riesgo de confundir diferencia con resistencia y de leer como “falta de implicación” lo que en realidad es estilo comunicativo, pudor, jerarquía o una forma aprendida de protección. Aquí entra una noción que la literatura psicológica ha desarrollado con fuerza y que denomina la humildad cultural.

La humildad cultural no es “saber de todas las culturas” (imposible), sino una postura interpersonal centrada en el otro, con conciencia de los propios límites, disposición a aprender del cliente y vigilancia activa de las propias suposiciones. Hook y colegas mostraron que la percepción del cliente sobre la humildad cultural del terapeuta se asocia con una alianza de trabajo más fuerte y con mejoría, mediada precisamente por dicha alianza. Y una revisión sistemática con metaanálisis reciente refuerza este argumento. La humildad cultural del terapeuta se vincula de manera

consistente con la alianza y con resultados psicoterapéuticos, lo que sugiere que no es una “virtud opcional” sino una variable con impacto.

¿Cómo se traduce esta postura a la práctica musicoterapéutica sin convertirla en un sermón? Propongo tres movimientos muy concretos:

1. **Preguntar por significados antes que por síntomas.** No solo “¿Qué te pasa?”, sino también “¿Qué significa para ti...?”, “¿Cómo se expresa esto en tu familia?”, “¿Qué sería respeto aquí?”. La música también se pregunta: “¿Qué música te protege?”, “¿qué música te expone?”, “¿qué sonidos son de hogar y cuáles son de amenaza?”.
2. **Devolver control al cliente en decisiones sensibles.** Elección del repertorio, volumen, cercanía corporal, uso del canto, presencia de la familia, idioma, rituales (inicio/cierre) y formas de participación (tocar/escuchar/moverse). Estas elecciones no son logísticas: son de seguridad.
3. **Revisar el propio “oído cultural” con honestidad clínica.** Esto incluye reconocer sesgos musicales (preferir ciertos estilos por formación), sesgos expresivos (valorar más al cliente verbal) y sesgos de “normalidad” (qué consideramos una participación adecuada). La humildad cultural se nota cuando el terapeuta puede decir, sin teatralidad: “puede que esté interpretando esto desde mi marco; ayúdame a entenderlo desde el tuyo”.

En la musicoterapia, el ajuste cultural tiene, además, una capa delicada, pues la música manifiesta identidad. No es un estímulo neutro. Un repertorio puede ser refugio o frontera. Un ritmo puede convocar vínculo o activar memoria de violencia. Una forma de cantar puede vivirse como celebración o como una exposición vergonzante. Por eso, el trato culturalmente humilde no se limita a “respetar”: requiere coconstruir un lenguaje compartido en el que el cliente no tenga que traducirse a tu mundo para ser entendido.

El truco real del trato es que la humildad cultural convierte la diferencia en información y la información en alianza, y ésta, como recuerdan los metaanálisis, es una de las vías más robustas hacia el cambio.

**El buen trabajo  
de SHERPA  
permite que el  
paciente llegue a  
la cota de  
beneficiario**



## 7.2 La compañía del Sherpa

El vínculo se hace. Y se hace andando. Su calidad depende del modo en que acompañamos, aunque conviene admitir desde el principio que en estas cuestiones carecemos de la seguridad de controlarlo todo. Incluso cuando estamos especializados en una población concreta, cada nuevo caso nos devuelve, con una mezcla de vértigo y lucidez, a la casilla profesional de salida: la persona real siempre es más compleja que el caso “en abstracto”. Por eso, acompañar no es aplicar un guion, sino leer un terreno que se revela por capas: sesión a sesión, gesto a gesto, sonido a sonido.

Acompañar implica movimiento. La terapia es acción, cambio, recorrido. Cada persona es un territorio inexplorado y salvaje, un cúmulo de interrogantes. Nuestra labor no consiste en imponer una ruta, “nuestra ruta”, sino en trazar el camino que el cliente precisa, con el máximo respeto por su ritmo y su modo de estar en el mundo. Anteriormente he recurrido a la lógica del mapa y el territorio. Decía que planificar es calcular la ruta, las etapas, los recursos, los riesgos y las alternativas; que conforme avanza el proceso, colocamos más detalles en el mapa, reajustamos y rectificamos, conectando con mayor claridad el diseño con la realidad.

Esa es, precisamente, la misión del Sherpa, una guía que no sustituye el paso del otro y evita que el camino se convierta en un experimento sin marco.

Cuando tenemos dibujado el primer mapa, aparece el segundo reto: coordinar el impulso del paso. Para no perder la conexión con el cliente, nuestra fuerza debe igualarse a la suya. A veces es como llevarle de la mano, no para arrastrarle, sino para acompasarnos los pasos. Eso hacen los sherpas de montaña. Guían y velan para que el camino sea suficientemente seguro hasta el destino. Trasladada al contexto de la musicoterapia, esta figura nos permite definir con rotundidad una actitud terapéutica esencial. Lxs musicoterapeutas intervienen como facilitadores del proceso; son quienes se adaptan a lo que el otro necesita sin perder la brújula clínica. El Sherpa conoce las herramientas y el terreno, pero también confía en la capacidad del cliente para caminar; por ello usa la música como cuerda o mapa sin invadir la autonomía del viajero.



Esta actitud se concreta en un juego continuo entre la forma y la apertura. Habrá personas que requieran una estructura muy clara y estable, y deberemos ser firmes al ofrecerla; y otras que necesiten, precisamente, romper lo férreamente establecido para experimentar libertad en su recorrido. Lxs musicoterapeutas se prestan a dar forma o a romper la forma, a contener o a expandir el campo, desde el intercambio entre dar y recibir. Esto no es una contradicción, sino una dosificación. En ocasiones, el contenedor armónico, el pulso predecible o el ritual de inicio/cierre sostiene la seguridad; en otras, la improvisación o el margen de elección devuelven agencia y permiten que emerja lo que estaba bloqueado. En ambos casos, el criterio no es estético, sino clínico. Ajustamos la intervención a la necesidad terapéutica de la persona y a la contingencia del proceso.

El Sherpa en musicoterapia sabe de caminar por territorios. Está adaptado a las exigencias de cada acompañamiento. Según las necesidades del cliente, diseña una ruta, planea opciones, valora acciones y se adapta a las capacidades de cada persona. Ayuda a avanzar y sostiene, pero sin asumir todo el peso de la carga. Vela para que el camino sea propicio, pero sin sustituir los pasos que el otro necesariamente debe dar. Esta ética aparece ligada a cualidades muy concretas, tales como empatía, paciencia, resiliencia, escucha activa, adaptabilidad y conocimiento técnico, que se entienden no como virtudes vagas, sino como herramientas operativas. Leer el terreno, sostener el clima emocional, ajustar la intervención musical y mantener la estabilidad cuando el proceso se vuelve difícil son algunas de sus funciones esenciales.

Es aquí donde introduzco el neologismo «musicoterasherpa», que nos acerca al plano de la compasión. Conviene precisar el término para evitar que se confunda con lástima. En psicología contemporánea, se propone una definición funcional: la compasión implica reconocer el sufrimiento, comprender su universalidad, resonar afectivamente, tolerar la incomodidad y, sobre todo, tener motivación para actuar para aliviarlo. Esta perspectiva se alinea con la idea de que no se trata de apiadarse desde arriba, sino de una relación entre iguales en la que el terapeuta se compromete, desde la presencia y la acción, a reducir el daño y aumentar los recursos. En enfoques como la Compassion Focused Therapy, la

compasión se entiende explícitamente como un sistema motivacional orientado al cuidado y a la regulación, no como sentimentalismo.

Por eso vengo hablando de actitud. Más allá de lo técnico, de lo teórico y de lo procedimental, la compasión eleva la categoría de nuestro posicionamiento terapéutico. Define un modo de estar y mirar al paciente, de comprenderle en sus dimensiones relevantes y de responder sin violencia, sin prisa ni abandono. Acompañar compasivamente exige coherencia personal, sí, pero también método. El Sherpa clínico no “se conmueve” y ya se compromete. Y ese compromiso se traduce en decisiones pequeñas y determinantes, sin dar rodeos innecesarios, cuando el dolor o la fragilidad no permiten experimentos sin marco. Se centra en ajustar la ruta sin perder el propósito, protege los cierres para que la salida sea segura y sostiene la alianza cuando el terreno se vuelve resbaladizo.

En los “momentos de altura”, por ejemplo, al inicio del proceso, en las crisis emocionales y los bloqueos, en las transiciones y en el agotamiento, el papel del Sherpa se vuelve esencial para aportar estructura, contención y estrategias personalizadas que eviten el abandono y la desorganización.

Y aquí aparece una competencia fina. Saber cuándo intervenir y cuándo sostener. La presencia de mindfulness no es una pose; es una tecnología de atención. La literatura define cómo atender de manera intencional al momento presente, sin juicio, con una cualidad de conciencia abierta. En sesión, esa presencia permite observar señales mínimas (cambios de ritmo, intensidad, respiración, participación) y decidir, sin reactividad, intervenir de forma estratégica cuando hay una oportunidad de crecimiento o un riesgo de desbordamiento, y retirarse cuando el cliente necesita espacio para caminar solo. Esta alternancia entre el hacer y el no hacer es, quizá, la forma más exacta de la compañía. Es estar tan cerca como haga falta y tan lejos como sea necesario.

La compañía del Sherpa, en suma, no romantiza el viaje. Lo hace posible. Es el arte de acompañar sin invadir, de sostener sin cargar, de guiar sin mandar; de construir un puente entre dos mundos usando la música, la palabra, el cuerpo y el silencio, para que el cliente pueda cruzarlo con sus propios pasos.



A

E

B

G

C

F

D

La música, el  
cuerpo y la  
palabra  
conforman un  
sistema de  
comunicación  
esencial en  
musicoterapia

## 7.3 Indicadores observables

La metáfora del Sherpa constituye una herramienta conceptual para analizar el proceso terapéutico. Un Sherpa que guía con seguridad requiere indicadores observables para determinar cuándo sostener, proponer, esperar, disminuir la intensidad o abrir camino. En psicoterapia, la investigación sobre la alianza terapéutica y las rupturas o reparaciones ha demostrado que el vínculo se manifiesta en microfenómenos, que incluyen la colaboración en tareas, el acuerdo tácito o explícito en objetivos y el tono afectivo de la relación. Las rupturas suelen presentarse como deterioros momentáneos de la colaboración o del lazo emocional. En musicoterapia, estos procesos también se hacen audibles y visibles, encarnándose en la forma de ingresar a la sesión, compartir el tiempo, sincronizar cuerpo y pulso, y negociar el espacio sonoro.

A continuación se presenta un repertorio de indicadores prácticos, agrupados en tres categorías: (a) señales de seguridad o alianza, (b) señales de saturación y (c) marcadores musicales de enganche o desenganche. Estos no constituyen pruebas diagnósticas, sino que funcionan como guías para orientar decisiones clínicas.

### 7.3.1 Señales observables de seguridad y alianza

Cuando la alianza está viva (aunque sea incipiente), suele manifestarse en tres planos: la conducta, la relación y la creación musical.

#### A. Conducta (lo que el cliente hace con el encuadre)

- **Llega y se queda:** entra, tolera el espacio, no busca salir de inmediato ni “romper” el encuadre a la primera.
- **Explora sin alarma:** mira instrumentos, pregunta, prueba; incluso si hay timidez, aparece curiosidad.
- **Acepta microtareas:** pequeñas propuestas (sentarse, elegir un instrumento, hacer un patrón simple) son posibles sin una oposición rígida.

#### B. Relación (lo que ocurre entre ambos)

- **Cooperación:** se deja ayudar, pide ajustes, negocia; no todo es sí, pero hay margen de colaboración.

- **Señales de confianza:** mirada que vuelve (aunque sea breve), respiración que se asienta, postura que se ablanda, humor que asoma.
- **Reciprocidad:** responde a lo que propones con algo propio (palabra, gesto, sonido). Esa respuesta es el “sí” básico del encuentro.

### **C. Música (cómo se construye el “nosotros” sonoro)**

- Sintonía temporal: ¿aparece alguna forma de sincronización (pulsos compatibles, entradas que se encuentran)? En la improvisación, el “estar a tiempo” es una forma primaria de vínculo.
- Turn-taking (relevo): se alternan las iniciativas; hay diálogo, no solo emisión unilateral.
- Afecto compartido: la música “encaja” con el estado (no necesariamente lo calma; a veces lo nombra) y el cliente lo tolera.
- Microseguimiento corporal: el cuerpo acompasa (pie, balanceo, respiración, mirada). La investigación sobre la sincronía de movimiento en musicoterapia ilustra precisamente cómo la coordinación rítmica corporal puede funcionar como plataforma relacional.

Lectura de Sherpa: la presencia de estas señales permite incrementar gradualmente la complejidad de las tareas, ampliar el tiempo de trabajo, aumentar los grados de libertad creativa o abordar contenido emocional más profundo, siempre que el caso lo permita.

### **7.3.2 Señales de saturación o “demasiado, demasiado pronto”**

El sherpa se caracteriza por la prudencia más que por la valentía. La saturación no siempre se manifiesta como un rechazo frontal, sino que con frecuencia se manifiesta a través de microseñales de desregulación o desconexión. En psicoterapia, estas oscilaciones suelen acompañar rupturas, como la retirada o la confrontación, y su reparación se asocia con mejores procesos y resultados.

#### **Señales frecuentes (verbal, corporal y musical):**

- Aumento de la inquietud motora: manos y piernas; cambios constantes de postura; necesidad urgente de moverse o de controlar el entorno.
- Rigidez o congelación: inmovilidad súbita, mirada fija, mutismo, “apagado” afectivo.
- Irritabilidad/hostilidad: tono cortante, descalificación de la tarea, impaciencia con el terapeuta o con el material.

- Evitación: se va a lo periférico (hablar de fuera, bromear en exceso, discutir detalles) para no entrar en lo que duele.
- Fatiga marcada: bostezos, caída de energía, lentitud extrema (especialmente al final del día o tras tratamientos intensos, como los señales).
- Musicalmente:
  - Retirada sonora: deja de tocar, baja al mínimo, se desconecta sin poder verbalizarlo.
  - Ruptura temporal: se pierde el pulso compartido y no se intenta recuperación.
  - Aumento caótico de la intensidad: el volumen o la velocidad se disparan sin contención, con sensación de “desborde”.
  - Perseveración rígida: bucles repetitivos que no admiten variación ni diálogo.

Lectura de Sherpa: cuando aparece saturación, el objetivo inmediato no es “avanzar”, sino volver habitable el terreno. Hay que bajar la intensidad, simplificar las tareas, recuperar el contenedor rítmico/armónico, ampliar las pausas, devolver la elección y la agencia, o pasar a un formato más receptivo (escucha, respiración musical, exploración libre sin meta). La sincronía y la regulación “micro” (cuerpo–tiempo–música) son herramientas de primer orden para esa vuelta a la seguridad.

### 7.3.3 Marcadores musicales de enganche y desenganche

Una ventaja clínica de la musicoterapia es que el enganche no se mide únicamente por lo que se dice o se oye. Propongo observar cinco marcadores musicales, útiles tanto en la improvisación como en las canciones y los rituales de sesión.

#### I) Tiempo compartido (entrainment / sincronización)

- **Enganche:** el cliente entra “en tiempo” contigo, sostiene un pulso compatible o se deja invitar por él.
- **Desenganche:** no logra entrar o sale del tiempo compartido sin retorno.
- En Nordoff–Robbins se han conceptualizado distintas “invitaciones temporales” (jugar en sincronía, ampliar el tiempo con silencios, negociar discrepancias), que pueden leerse como herramientas para modular el enganche.

## 2) Iniciativa y respuesta (quién lidera, quién sigue, cómo se negocia)

- **Enganche:** aparece iniciativa del cliente (motivo propio, gesto, variación), y también respuesta a tu propuesta.
- **Desenganche:** el cliente solo copia sin presencia (automatismo), o solo se opone sin espacio intermedio.

## 3) Turn-taking y diálogo (relevo)

- **Enganche:** alternancia; hay un “hablar–escuchar” musical.
- **Desenganche:** monólogo (del terapeuta o del cliente) o interrupción constante sin posibilidad de co-construcción.

## 4) Variabilidad tolerable (flexibilidad)

- **Enganche:** puede soportar pequeñas variaciones (cambio de dinámica, pausa, aceleración leve, modulación) sin perderse.
- **Desenganche:** cualquier variación rompe o, al revés, la variación se vuelve caótica sin contención.

## 5) Afecto musical congruente (música que “ nombra ” sin invadir)

- **Enganche:** la música refleja o acompaña el estado interno de manera tolerable (espejo/sintonización) y el cliente permanece.
- **Desenganche:** la música resulta “demasiado” (amenazante, invasiva) o “demasiado poco” (vacía, desconectada), y el cliente se sale.

Estudios de microanálisis y enfoques mixtos buscan capturar precisamente esta intersubjetividad musical en términos relacionales, musicales y hasta fisiológicos, subrayando que el “diálogo” en la improvisación puede observarse con gran detalle.



**Del paciente al  
cliente y de ellos  
al beneficiario**



## **7.4 Paciente, cliente, beneficiario**

El posicionamiento compasivo nos lleva, casi sin querer, a reflexionar sobre la palabra con la que designamos a las personas a las que atendemos. Retomamos un tema que abordé en el epígrafe 3.7, “El beneficiario y la musicoterapia”, a tenor del SdB. A lo largo del manual he empleado deliberadamente la palabra “paciente” y, ocasionalmente, “cliente”. Quienes hayáis pasado por mis clases recordaréis que muestro una especial predilección por el término “beneficiario”, muy extendido en contextos anglosajones, y que, por su potencia ética, nos sitúa ante un marco de responsabilidad terapéutica bien interesante. El término beneficiario designa a la persona desde el lugar del logro y del buen recibimiento, y no solo desde el lugar del problema o de la demanda. Vamos a recordar por qué.

Aclararé antes que en este texto no lo estoy empleando, puesto que “no estamos haciendo terapia” y no estamos atendiendo a nadie en tiempo real, lo cual nos aparta de su lógica de sentido y significado reales. La denominación está vinculada al resultado de la práctica y, por tanto, a la eficacia del diseño de procedimientos, así como a las decisiones y a los criterios clínicos. En el ejercicio de la planificación, el otro se vuelve inevitablemente una abstracción. Es un individuo beneficiario en potencia, no una presencia concreta. Por eso, cuando razonamos sobre la intervención, resulta más operativo hablar de usuario, de paciente o, en su defecto, de cliente, pues son términos que designan una relación posible que aún no ha alcanzado una fase de resultados.

Del mismo modo que “musicoterapia” es una categoría que se confirma o conquista al final del proceso, el beneficiario también puede entenderse como una categoría que emerge tras los beneficios confirmados. No es un título que se conceda por intención, sino por logro. Implica que el trabajo ha producido un beneficio real y reconocible. Llamar beneficiario a quien antes era paciente o cliente para señalar que se han alcanzado las metas y que el destino terapéutico, al menos en los objetivos acordados, se ha cumplido. Es, en ese sentido, la consecuencia de una acción compasiva bien resuelta. No solo del mero acto de acompañar, sino también de acompañar con eficacia.

Como premio a la buena praxis, “beneficiario” indica que el beneficio ha sido obtenido. La persona deja de ser solo cliente o paciente y porta el emblema del beneficio alcanzado. Esta podría ser, si se admite la imagen, una de las metas íntimas del musicoterapeuta: hacer que la persona llegue a convertirse en beneficiaria del proceso y que el terapeuta pueda reconocerse como un profesional que ha facilitado ese beneficio con rigor, ética y cuidado, logrando así la categoría de benefactor.

Hechas estas aclaraciones, de aquí en adelante seguiré empleando preferentemente el términos cliente y paciente para explicar nuestro rol de cuidadores desde el código representativo de la palabra. Y lo hago a sabiendas de que pensar la terapia desde el concepto de cliente es asumir que existe un contrato de servicio profesional, un compromiso explícito de respuesta, calidad, responsabilidad y cumplimiento de lo acordado. Esto no reduce la terapia a un negocio; la sitúa, más bien, en el marco de la accountability: el cliente tiene derecho a un trato claro, a una intervención coherente y a una evaluación honesta de lo que se está logrando (o no), lo cual valida claramente el concepto. En esa misma línea, la denominación de usuario del servicio puede resultar útil, pues subraya el derecho a la atención y a la accesibilidad sin imponer un rol pasivo.

Con estas salvedades, estamos en condiciones de repasar las áreas de trabajo en las que debemos aplicarnos para, precisamente, prestar ese buen servicio. Y aquí, el primer gesto técnico, que por pequeño que parezca, es el punto de llegada y con el que abordamos cómo recibimos, cómo abrimos el espacio y cómo le damos al cliente un umbral seguro para entrar en el tiempo terapéutico. Vamos a verlo en el siguiente epígrafe



**Cada sesión deja  
su impronta. Ese  
conjunto de  
señales y signos  
que debemos  
ordenar  
y comprender**

## 7.5 Saludos de llegada

Construir el puente comunicativo requiere tiempo y paciencia. Si hay un lugar donde evitar juicios y prejuicios, es justamente el inicio de la sesión. Solo así se crea un ambiente en el que el cliente pueda expresarse con libertad. Y es en ese ambiente de seguridad donde emergen elementos cruciales del proceso transformador:

Decíamos que la herramienta esencial para cultivar la relación terapéutica es el trato. De ahí que el saludo sea más que un gesto social: es una intervención de encuadre. Habrá casos en los que un apretón de manos sea suficiente, en otros será oportuno incluso un abrazo; pero en muchas situaciones lo más terapéutico será mantener la distancia y hacer un gesto claro que invite a entrar, a tocar, a compartir. El Sherpa no saluda “por educación”: lo hace para leer el terreno y ajustar la ruta antes de dar el primer paso.

El cliente siempre llega afectado por circunstancias que difieren de las nuestras. Necesita tiempo para transitar entre el afuera (calle, rutina, tratamientos, preocupaciones) y el adentro (un espacio con otros códigos, otros tiempos). Esa transición es oro clínico porque ahí aparecen indicadores tempranos: energía, tensión, capacidad de contacto y disponibilidad para la tarea.

Entre acomodarse, dejar el abrigo o quitarse los zapatos, se abre un momento perfecto para un diálogo distendido: cómo fue el viaje, ¿qué tal la semana? o para retomar algo de la sesión anterior. Esta “conversación de umbral” no es banal: te informa sobre el estado, la carga y la ventana de trabajo. Y, sobre todo, te permite ejercer la flexibilidad que señalas como competencia esencial: si llegas inquieto o preocupado, quizá hoy no se puede “echar a rodar” la programación con normalidad; quizá toca acortar, simplificar, contener o hacer una sesión más receptiva.

Cada cual debe construir su propio protocolo de bienvenida. Y ese protocolo puede apoyarse en recursos creativos que faciliten la entrada: técnicas de espejo (acompañar gestos y movimiento con música) o canciones de bienvenida que actúen como paréntesis entre el afuera y el adentro. La literatura sobre “hello songs” muestra cómo estos rituales se usan para establecer estructura, motivación e interacción al inicio (y

también al cierre), y cómo su composición y uso pueden leerse como práctica clínica en sí misma.

En métodos como Nordoff–Robbins, la canción de bienvenida y la de despedida cumplen esa función de “sellado” temporal: abren un territorio y lo cierran con coherencia, ayudando a que el proceso tenga bordes. Tras la sesión, el espacio terapéutico queda sellado con la despedida; antes, la bienvenida inaugura un tiempo distinto.

Por último, atenderemos siempre la velocidad de procesamiento del cliente: su tempo personal, su dinámica, su modo de entrar en relación. Adaptaremos nuestro ritmo a sus ritmos; permitiremos que explore instrumentos hasta encontrar una comodidad suficiente para comenzar el trabajo. Todas estas acciones receptivas tienen una finalidad: favorecer un ambiente propicio para la conversación posterior, musical, verbal y corporal, donde podrá surgir desde una breve frase sonora hasta un discurso expresivo largo y complejo.

### **“Indicadores Sherpa” en la marco temporal: 30–90 segundos**

#### **1) Señales rápidas de seguridad/alianza**

- ¿Te mira (aunque sea breve)? ¿Responde al saludo?
- ¿Tolera el espacio sin urgencia de salir/controlar?
- ¿Acepta una micropropuesta (sentarse, elegir el instrumento, escuchar durante 10 segundos)?

#### **2) Señales rápidas de saturación**

- ¿Llega acelerado o apagado?
- ¿Se irrita, se congela o evita el contacto?
- ¿Aparece fatiga intensa (hoy no da para “cumbre”)?

#### **3) Marcadores musicales inmediatos (si haces bienvenida musical)**

- ¿Entra en el pulso (aunque sea aproximadamente)?
- ¿Imita/contesta algún motivo?
- ¿Se retira del sonido o se desborda?

#### **Decisión Sherpa**

- Si hay seguridad, aumenta un grado de complejidad.+
- Si hay saturación, baja la intensidad y prioriza la contención.
- Si hay desenganche → vuelve a lo mínimo compartido (pulso simple, estructura corta, elección del cliente).

**Tabla 7.1**

Observables e intervención Sherpa

| <b>Dominio</b> | <b>Seguridad/alianza</b>                                    | <b>Saturación</b>                            | <b>Intervención Sherpa</b>                             |
|----------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Verbal         | Respuestas breves, negociación, curiosidad                  | Irritabilidad, silencio rígido, evitación    | Validar; simplificar; renegociar tarea                 |
| Corporal       | Respiración más estable, postura abierta, mirada que vuelve | Inquietud/fuga, congelación, hipervigilancia | Bajar estímulo, aumentar predictibilidad, pausar       |
| Musical        | Pulso compartido, turn-taking, variación tolerable          | Retirada, caos, perseveración rígida         | Volver a contenedor rítmico/armónico, espejo, elección |
| Encuadre       | Acepta ritual de inicio, se ubica                           | Rechaza encuadre de forma global             | Ajustar protocolo, micro-rituales, más agencia         |



**El juego de la  
comunicación hace  
que la palabra  
inspire música y la  
música se  
transforme en  
lenguaje**

## **7.6 Manejo del lenguaje no verbal**

Siempre insistimos en una idea tan obvia como infravalorada: no hay música sin cuerpo. La música no aparece en un vacío; nace de la respiración, el tono muscular, la mirada, la postura, la distancia y el movimiento. En terapia, todo eso no es solo acompañamiento musical: es parte del mensaje y del método. La investigación en psicoterapia ha mostrado que la relación terapéutica se expresa en microconductas, muchas de ellas no verbales, y que fenómenos como la sincronía no verbal (coordinación temporal de movimientos) se asocian con la alianza y, con matices, con resultados.

### **7.6.1 El cuerpo como instrumento clínico: presencia, seguridad y dirección**

Nuestro cuerpo es lenguaje e instrumento; tiene su propia “voz”. Parte de lo que el cliente interpreta como empatía, calidez o credibilidad se construye con variables tan concretas como la mirada y la inclinación del tronco, incluso cuando el contenido verbal se mantiene constante. Un estudio experimental con vídeos de sesión mostró que altos niveles de contacto visual y una inclinación hacia delante aumentan la percepción de empatía, alianza y credibilidad del tratamiento.

Esto no significa “actuar” una máscara terapéutica, sino comprender algo crucial: el cuerpo traduce nuestra intención. La misma propuesta musical puede llegar como invitación o como invasión dependiendo del continente corporal que la sostiene (distancia, tensión, velocidad, volumen, dirección de la mirada). Por eso, desde las primeras sesiones debemos prestar especial atención a lo que comunicamos con posturas y gestos: en los inicios se establecen códigos que luego pautan todo el desarrollo.

### **7.6.2 Atención entrenable: observar sin juicio para decidir a tiempo**

Monitorizar nuestros movimientos no es un ejercicio narcisista; es higiene profesional. La consciencia corporal ayuda a detectar emociones y reactividad antes de que se actúen (prisa, tensión, evitación, dureza). Y lo



mismo sucede con el cliente: cuando los lazos de confianza aún no están consolidados, muchas personas no verbalizan con claridad su incomodidad o su saturación, pero el cuerpo sí lo expresa: un giro mínimo de cabeza, una caída de los ojos, manos que se retiran, la respiración que se vuelve alta, un pie que marca urgencia.

En investigación, la sincronía de movimiento se ha operacionalizado mediante métodos objetivos (por ejemplo, Motion Energy Analysis), lo que muestra que la coordinación corporal en sesión puede cuantificarse y se relaciona con variables del proceso. Para nuestro manual, lo importante no es el software, sino el principio clínico: cuando hay seguridad relacional suele haber mayor posibilidad de coordinación; cuando hay amenaza o saturación, esa coordinación se rompe, se vuelve rígida o se desorganiza.

### **7.6.3 Tres focos de observación no verbal en musicoterapia**

Para aterrizar el manejo del lenguaje no verbal, es útil organizar la observación en tres focos:

#### **1) El cuerpo del terapeuta (autorregulación y continente)**

- Postura: ¿estoy disponible sin invadir? ¿Me ausento sin darme cuenta
- Mirada: ¿Acompaño sin fiscalizar? ¿Evito por incomodidad?
- Respiración y tempo interno: ¿mi prisa está marcando la sesión?
- Distancia: ¿la uso para sostener o para controlar?

#### **2) El cuerpo del cliente (estado, permiso y límite)**

- Seguridad: respiración que baja, manos que “se quedan”, exploración sin alarma, mirada que vuelve.
- Saturación: hiperactividad, congelación, retirada súbita, irritación o evitación persistente.
- Permiso: pequeños “sí” conductuales (asentir, acercarse al instrumento, imitar un patrón, sostener el turno).

#### **3) El “cuerpo entre ambos” (sincronía, coordinación y liderazgo)**

- Ritmo compartido: ¿podemos coincidir en pulso o en cadencia?
- Turnos: ¿Hay diálogo o monólogos paralelos?
- Liderazgo flexible: ¿Puedo guiar sin arrastrar? ¿Puede el cliente liderar sin perderse?

En musicoterapia, este “entre” también se ha estudiado de forma específica: un trabajo observó cambios en la sincronía no verbal entre

paciente y terapeuta antes y después de una intervención musical dentro de la misma sesión, sugiriendo que la música puede reorganizar la coordinación diádica (con resultados aún preliminares y la necesidad de más estudios).

## Glosario operativo (para leer señales sin convertirlas en etiquetas)

- **Presencia:** calidad de atención estable y disponible, sin prisa interna ni retirada.
- **Sintonización:** ajuste fino al estado del cliente (afecto, intensidad, tempo) para que la interacción sea habitable.
- **Sincronía:** coordinación temporal del movimiento, del ritmo y de las acciones entre dos personas (no implica imitación servil; implica “estar a tiempo”).
- **Contención:** estructura suficiente (límites, tempo, previsibilidad) para que el material emocional/musical no desborde.
- **Ruptura / reparación:** deterioro momentáneo de la colaboración o el vínculo y su restitución mediante reconocimiento, ajuste y renegociación.

### 7.6.4 Señales rápidas y decisiones clínicas: seguridad vs. saturación

Las expresiones evidentes son sencillas de apreciar, pero es en lo sutil donde suele estar la clave. Aprender a detectar estas señales permite “virar” antes de entrar en turbulencia: cambiar de actividad, reducir la intensidad, aumentar la previsibilidad o devolver la elección. La observación neutral se entrena; la atención es un músculo.

### 7.6.5 Mini-caso: “Saludos de llegada” como lectura del cuerpo

Un cliente entra acelerado: pasos rápidos, hombros altos, mirada dispersa. Saluda sin detenerse y se sienta al borde de la silla. Si aquí iniciamos una tarea compleja o una improvisación intensa, podemos estar forzando un cuerpo que no ha transitado del afuera al adentro.

Lectura Sherpa (30–60 segundos): respiración, postura, permiso.

Intervención mínima: bajar el tempo de la relación. Un saludo sobrio, una distancia respetuosa, y una micropropuesta: “tómame un momento; vamos a entrar poco a poco”. Si la sesión incluye música de bienvenida, se elige un pulso simple y predecible (o incluso silencio acompañado), esperando una primera señal de enganche: que el pie encuentre el tiempo, que la mano se acerque al instrumento, que la mirada vuelva. El objetivo no es “hacer música ya”, sino construir suelo: seguridad → disponibilidad → trabajo.

Esta lógica no es estética: es clínica. Y conecta con lo que sabemos sobre la sincronía no verbal y el proceso terapéutico: cuando el sistema está saturado, la coordinación cae o se rigidiza; cuando se recupera la seguridad, aumenta la posibilidad de acoplamiento.

## **7.6.6 Nota ética imprescindible: el cuerpo también es cultural**

El lenguaje no verbal no es universal en su significado. La distancia, el contacto ocular, la expresividad corporal o el uso del silencio varían según la historia, la cultura, el género, la edad, el diagnóstico y el contexto. Por tanto, un gesto es una hipótesis, no una sentencia. La regla prudente es: observar el patrón y confirmar con una microintervención (“¿te va bien así o bajamos?”, “¿preferes más distancia?”). Esto protege de la sobreinterpretación y, a la vez, mantiene activa la brújula clínica.

## **7.6.7 Mindfulness y entrenamiento de la atención: recomendable, con rigor**

Dices que meditar es indispensable para un terapeuta. La idea de fondo es buena (entrenar presencia y templanza), pero conviene formularla con precisión: la evidencia apoya que las intervenciones basadas en mindfulness pueden reducir componentes del burnout en profesionales sanitarios, aunque con variabilidad en los tamaños de efecto y la calidad de los estudios.

Además, mindfulness no solo “relaja”: puede entrenar la interocepción (capacidad de percibir señales internas), lo cual es relevante para reconocer tensión, impulso y reactividad antes de que se expresen en el

cuerpo y la música. Hay evidencia neurocognitiva de que el entrenamiento en mindfulness modula redes implicadas en la atención interoceptiva. Y un metaanálisis reciente sugiere que la meditación mindfulness mejora las medidas autorreportadas de interocepción (con matices metodológicos por considerar).

Aplicación práctica: cualquier disciplina que entrene parar y observar “mientras sucede” (mindfulness, respiración consciente, prácticas somáticas) puede afinar la consciencia interpersonal e intrapersonal. La capacidad de observación es, sin duda, la brújula del proceso terapéutico: permite detectar señales sutiles, ajustar la intervención y proteger la alianza.

## Microhábitos del lenguaje no verbal

- **Antes de abrir la puerta (10 s):** nota mandíbula, hombros, respiración. Suelta un 5% de tensión.
- **Primer minuto:** ajusta distancia y tempo a la energía del cliente.
- **Durante la música:** pregúntate: *¿acompañó o empujó?* Si empujas, baja densidad (menos notas, menos volumen, más espacio).
- **Si aparece saturación:** pausa + opción (“¿seguimos, bajamos o cambiamos?”).
- **Cierre (30 s):** registra 1 señal no verbal del cliente y 1 tuya. Será tu brújula para la próxima sesión.

## Mini-rúbrica Sherpa de observación no verbal (4 niveles)

Uso recomendado: al final de cada sesión (1–2 minutos) o en supervisión con vídeo. Marca un nivel global y, si quieres más precisión, marca también nivel por dominio (verbal/corporal/musical/relacional). La rúbrica no “diagnostica”: orienta decisiones.

### Nivel I — Verde: seguridad y cooperación

#### Indicadores observables

- **Verbal:** responde, negocia, pregunta; acepta microtarefas.
- **Corporal:** respiración más baja/regular; postura menos defensiva, mirada que vuelve, exploración sin alarma.

- **Musical:** pulso compartido, turn-taking, variación tolerable, afecto congruente.
- **Relacional:** reciprocidad, confianza incipiente, tolera cercanía/distancia.

### **Decisión Sherpa**

- Mantener rumbo y subir un grado: aumentar la complejidad o la duración, ampliar los grados de libertad creativa, explorar contenido más denso si procede..

## **Nivel 2 — Ámbar: oscilación regulable**

### **Indicadores observables**

- **Verbal:** dudas, ambivalencia, respuestas cortas; cooperación intermitente.
- **Corporal:** inquietud leve, evitación puntual de la mirada, cambios posturales frecuentes pero recuperables.
- **Musical:** entra y sale del pulso; necesita más estructura; variaciones pequeñas; hay enganche, pero es frágil.
- **Relacional:** se aproxima y se retira; requiere confirmaciones y permisos.

### **Decisión Sherpa**

- Ajustar la dosis sin cambiar el objetivo: simplificar la consigna, aumentar la predictibilidad, reforzar la elección del cliente, usar espejo/contención breve, introducir pausas.

## **Nivel 3 — Rojo: saturación / desorganización**

### **Indicadores observables**

- **Verbal:** irritabilidad, rechazo frecuente, mutismo rígido o evitación persistente.
- **Corporal:** hipervigilancia, congelación, retirada física, agitación marcada, fatiga intensa.
- **Musical:** retirada sonora, caos (volumen y tempo disparados), perseveración rígida sin diálogo, ruptura sostenida del pulso compartido.
- **Relacional:** contacto pobre, sensación de “no estar con”, aumento de la tensión.

### **Decisión Sherpa**

- Priorizar la seguridad y la regulación: bajar la intensidad y la complejidad, volver a la estructura mínima (pulso simple/armonía estable), pasar al formato receptivo, aumentar las pausas, reducir la exposición emocional. Evitar empujar técnica.

## Nivel 4 — Ruptura: desenganche o conflicto de alianza

### Indicadores observables

- **Verbal:** desacuerdo explícito con los objetivos o tareas, desconfianza, hostilidad o retirada total (“esto no sirve”, “no quiero seguir”)
- **Corporal:** cierre sostenido (mirada fuera, cuerpo orientado a salida), señal clara de “no” o desconexión.
- **Musical:** rechazo activo de la propuesta, oposición sistemática, ruptura del diálogo (monólogo defensivo o silencio absoluto sin retorno).
- **Relacional:** sensación de quiebre; la sesión no avanza aunque la técnica sea correcta.

### Decisión Sherpa

- Reparar antes de intervenir: nombrar sin acusar (“noto que algo se ha tensado”), validar la función protectora, explorar brevemente qué no encaja, renegociar la tarea/objetivo y devolver agencia. Si no es posible reparación, cerrar con cuidado y planificar la reentrada.

Si el nivel global es Rojo o Ruptura, el objetivo inmediato no es “producir material musical”, sino restaurar la habitabilidad (regulación, seguridad, alianza) para que el trabajo vuelva a ser posible.

**Tabla 7.2**

Observación → hipótesis prudente → acción Sherpa

| Dominio  | Señales de seguridad/<br>alianza                           | Señales de saturación                              | Acción recomendada<br>Sherpa                           |
|----------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Verbal   | Responde, negocia, pregunta; acepta microtareas            | Irritabilidad, mutismo rígido, evitación           | Validar; simplificar; renegociar tarea/objetivo        |
| Corporal | Respiración baja, postura más abierta, mirada que vuelve   | Inquietud/fuga, congelación, hipervigilancia       | Bajar estímulo, aumentar predictibilidad, pausar       |
| Musical  | Pulso compartido, turn-taking, variación tolerable         | Retirada sonora, caos, perseveración rígida        | Volver a contenedor rítmico/armónico, espejo, elección |
| Relación | Reciprocidad, tolera cercanía/distancia, vuelve tras pausa | Ruptura de contacto, oposición global, desenganche | Priorizar reparación del vínculo antes de técnica      |



**La sesión de  
musicoterapia  
es una forma  
estructural  
compuesta de  
elementos  
troncales y  
pequeños detalles**

## 7.7 Proximidad física

Hablando del cuerpo, el código de la distancia cuenta mucho en terapia. A veces lo olvidamos porque la distancia “no suena”, pero estructura el encuentro: define cuánto riesgo percibe el cliente, cuánta libertad tiene para retirarse y qué tipo de intimidad simbólica se propone. En comunicación interpersonal se ha descrito esta gramática como proxémica: el uso social del espacio como parte del mensaje (distancias íntimas, personales, sociales, públicas), modulada por cultura, contexto y relación.

### 7.7.1 Cultura, biografía y momento: la distancia no es universal

El contexto cultural marca pautas generales: las distancias corporales no se toleran igual en el Caribe que en países nórdicos, y aun dentro de una misma región hay subculturas, generaciones y estilos familiares que cambian el “radio” de lo aceptable. Ese efecto cultural no es una opinión: estudios transculturales con muestras grandes han encontrado diferencias sistemáticas en las distancias interpersonales preferidas entre países y regiones.

Pero la cultura no lo explica todo. Cada persona tiene su medida propia y, además, cada fase del proceso puede requerir un tipo de proximidad u otro. Al inicio, la distancia suele cumplir una función de seguridad (“todavía no sé quién eres”); más adelante, puede convertirse en sostén (“ya sé que puedo estar contigo”). Por eso aquí no podemos aplicar el mismo tipo de trato que funciona en nuestro círculo de amistades. Lo normalizado en nuestro ambiente puede resultar invasivo o, en otros casos, resultar excesivamente frío para el cliente

La regla de oro es sencilla y exigente: buscar la medida concreta, no la “correcta” en abstracto.

### 7.7.2 Proximidad no es contacto: dos variables distintas

Conviene separar dos decisiones que a menudo se mezclan:



1. Proximidad (distancia, orientación del cuerpo, altura, de pie/sentado, ubicación en la sala).
2. Contacto (tocar: dar la mano, darle un abrazo, darle un manotazo, guiar físicamente, etc.).

La proximidad puede ser terapéutica sin contacto: puedes sostener con presencia y una distancia bien calibrada. Y, al revés, el contacto puede ser iatrogénico aunque tu intención sea buena. La literatura en psicoterapia subraya que el toque es un tema controvertido y altamente dependiente del contexto, la historia del cliente, la transferencia y la contratransferencia, la cultura y los límites; por eso, se propone abordarlo mediante modelos explícitos de decisión ética, ponderando beneficios y riesgos y priorizando la autonomía y la no maleficencia.

### **7.7.3 Prudencia activa: observar, pedir permiso, comprobar efecto**

La prudencia no es una distancia defensiva. Es una prudencia activa: observar qué respuesta produce un encuentro de manos, qué implica acercarse para ajustar un instrumento, cuál es el alcance real de un abrazo. Y hacerlo, siempre que sea posible, con lógica de opt-in:

- Nombrar la intención ("para que estés más cómodo con el instrumento...").
- Pedir permiso: "¿Te va bien si me acerco?" ¿Prefieres que te lo explique sin tocar?
- Comprobar el efecto (¿Se relaja o se tensa?, ¿Se acerca o se retira?, ¿Mantiene el contacto o corta la interacción?).

En campos donde el uso de contacto está especialmente vigilado (por ejemplo, contextos clínicos con experiencias intensas), las guías recientes insisten en preferencias explícitas, consentimiento previo y límites claros sobre qué tipo de contacto es aceptable y cuándo.

La enseñanza transversal es aplicable aquí: lo terapéutico no es el gesto; lo terapéutico es el gesto + el permiso + la lectura de su impacto.

### **7.7.4 Musicoterapia: la sala también es una partitura**

En musicoterapia, la proximidad se decide con la misma finura con la que se decide un tempo. La disposición del espacio (sillas, instrumentos, mesa, puerta, zonas de paso) crea un “mapa” de seguridad. Algunos criterios prácticos:

- Dejar rutas de salida: el cliente debe sentir que puede retirarse sin “chocar” contigo.
- Evitar la esquina: arrinconar a alguien (aunque sea accidentalmente) aumenta la amenaza.
- Posicionamiento oblicuo: a menudo es menos invasivo que el “frontal directo”, especialmente al inicio.
- Instrumentos como mediadores: un instrumento entre ambos puede ser un “puente” sin invadir, pero también puede ser una “barrera” si el cliente lo usa para protegerse. Lee su función.

Y recuerda: la conexión no depende solo de los centímetros. También depende de la sincronía. El cuerpo puede acercarse sin acercarse: a través de la coordinación rítmica, la respiración compartida, el turn-taking y la musicalidad dialogante. La investigación sobre sincronía no verbal en psicoterapia sugiere que la coordinación corporal refleja la calidad relacional y se asocia con variables de proceso y de resultado; es otra forma de entender que “estar cerca” puede ser un fenómeno temporal, no únicamente espacial.

**Tabla 7.3**

Señales observables y ajuste de distancia

| Señal observable                                      | Lectura prudente                       | Ajuste Sherpa                                                    |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Se inclina hacia ti / sostiene mirada / permanece     | Tolerancia y posible búsqueda de apoyo | Puedes acercar levemente o mantener, sin invadir                 |
| Retrocede tronco / gira hombros / mira a salida       | Necesidad de espacio / alerta          | Aumenta distancia, cambia orientación (oblicua), baja intensidad |
| Se cubre con instrumento / coloca objeto como barrera | Autoprotección                         | Respetar la barrera y trabajar desde ahí; no “quites” el objeto  |
| Se agita cuando te acercas / tensión súbita           | Saturación                             | Pausa, verbaliza, ofrece elección                                |
| Se acerca cuando tú retrocedes                        | Busca regulación interpersonal         | Mantén presencia estable; permite cercanía gradual               |

## Errores frecuentes en proximidad (y cómo evitarlos)

1. Acercarse para “ayudar” sin permiso. Alternativa: explicar primero y ofrecer dos opciones (“¿quieres que me acerque o prefieres probar tú?”).
2. Confundir calidez con invasión. La calidez se puede construir con tono, ritmo, mirada y música, no solo con acercamiento.
3. Usar la misma distancia para todo el mundo. Ajusta según la historia, la cultura, el momento y el estado fisiológico del día.
4. No notar el micro-“no” corporal. Si el cliente se retrae (tronco atrás, manos se esconden, mirada se apaga), detén el avance y vuelve a la distancia segura.
5. Pensar “no pasa nada” porque a ti te parece normal. En terapia, la norma no es tu cultura: es la seguridad del cliente.

### 7.7.5 Mini-rúbrica Sherpa de proximidad física (4 niveles)

Objetivo: decidir *dónde colocarte* y *cuándo ajustar*, sin convertir la distancia en dogma.

#### Nivel 1 — Verde: distancia habitable

##### Indicadores

- El cliente mantiene contacto (visual o musical), explora instrumentos, se queda en la interacción.
- No aparecen señales claras de amenaza en tu ubicación.

##### Decisión Sherpa

- Mantener la distancia actual; si procede, acercamiento mínimo y gradual para tareas técnicas, siempre con permiso.

#### Nivel 2 — Ámbar: ajuste fino necesario

##### Indicadores

- Alterna acercamiento/retirada; tolera, pero con señales de vigilancia.
- Se beneficia de la estructura espacial (misma silla, mismo ritual de entrada).

##### Decisión Sherpa

- Cambiar la orientación (oblicua), aumentar la previsibilidad (ritual, asiento fijo), pedir feedback breve. Mantener el “puente” musical sin forzar la proximidad.

### **Nivel 3 — Rojo: distancia como disparador**

#### **Indicadores**

- Retirada marcada, tensión, congelación o irritación cuando te aproximas.
- Bloqueo de la interacción o desenganche musical asociado a tu cercanía.

#### **Decisión Sherpa**

- Priorizar la seguridad: aumentar el espacio, evitar el contacto, reducir las demandas, usar mediadores (instrumento/mesa) y centrar la conexión en el ritmo/estructura. Documenta lo observado si es clínicamente relevante.

### **Nivel 4 — Ruptura: límite explícito o quiebre de confianza**

#### **Indicadores**

- El cliente verbaliza “no te acerques”, “no me toques” o muestra rechazo sostenido.
- La sesión se rompe (abandono, oposición global) tras un movimiento de proximidad.

#### **Decisión Sherpa**

- Reparar: reconocer sin justificar (“he visto que te incomodó”), validar; pedir disculpas si procede y renegociar las reglas de distancia y de consentimiento. Reinstalar un marco claro de seguridad.

### **Cómo aplicarlo mañana (protocolo de 20 segundos)**

1. Colócate a una distancia social cómoda, con orientación oblicua.
2. Observa dos señales: la postura del tronco y las manos (abiertas/ocultas).
3. Si necesitas acercarte (instrumento o ayuda): nombra la intención + pide permiso + comprueba el impacto.
4. Si hay una retirada, retrocede tú primero (mensaje de seguridad).



**La comunicación en  
musicoterapia es  
multimodal y eso nos  
permite construir  
significados diversos**

## **7.8 El peso de la palabra y el espacio que la sostiene**

Así como los mensajeros deben cuidar el mensaje, resulta fundamental atender al contenido mismo del mensaje. En capítulos anteriores se ha argumentado que la musicoterapia constituye un proceso de intercomunicación en el que el cuerpo, incluida la proximidad, forma parte del código. Por ello, abordar el lenguaje verbal no implica un giro hacia lo psicológico en abstracto, sino que completa la tríada espacio, cuerpo y palabra que configura el puente terapéutico.

La palabra constituye el recurso fundamental que estructura la mente y permite desarrollar el logos, entendido como discurso razonado que organiza el significado y orienta la acción. En el contexto terapéutico, verbalizar no solo implica explicar, sino también ordenar la experiencia. Desde una perspectiva neuropsicológica, existe evidencia robusta de que nombrar los afectos (affect labeling) puede atenuar la reactividad emocional, asociándose con cambios en los circuitos prefrontales y la amígdala. "Poner en palabras" opera, en parte, como un mecanismo de regulación implícita. Así, la música abre un campo de experiencia, mientras que la palabra contribuye a concretar el sentido de esa experiencia cuando el objetivo es terapéutico y no meramente estético.

### **7.8.1 Música y palabra: del símbolo abierto a la traducción compartida**

En el curso terapéutico, nos comunicamos mayoritariamente mediante recursos del lenguaje musical. La música es polisémica y simbólica: en un marco artístico podemos dejar que el oyente complete significados. En terapia, sin embargo, a menudo necesitamos concretar el alcance de lo expresado para comprenderlo y trabajar con ello. La palabra no "reduce" la música: la traduce cuando hace falta.

Algunos mensajes sonoros son rotundos y unívocos; otros son complejos, crípticos, ambivalentes. En esos casos, el diálogo verbal puede funcionar como la traducción que aproxima al sentido de lo manifestado: no para clausurar, sino para acordar. Toda comunicación es el resultado de un acuerdo; nos entendemos cuando encontramos el término justo para

representar lo que ambas partes percibimos. En ese juego de aproximaciones, lxs musicoterapeutas necesitan confirmar sus observaciones para evitar el gran pecado clínico: la suposición.

Principio Sherpa: cuando el terreno es de niebla (música densa, ambivalente, cargada), la palabra actúa como brújula; cuando el terreno es claro, la palabra se vuelve innecesaria o incluso intrusiva.

## **7.8.2 Preguntar menos, abrir más: microhabilidades verbales que protegen el vínculo**

Habitualmente tendemos a preguntar de forma resolutiva: “¿Cómo te sientes?”, “¿Qué tal estás?”, “¿Te ha gustado?”. Es directo, pero precisamente por su frontalidad puede generar evasivas o respuestas estereotipadas (especialmente si el cliente aún no tiene vocabulario emocional o si el vínculo está en una fase temprana).

En cambio, suele ser más fructífero empezar por comentarios abiertos que describen tu experiencia sin imponer interpretación:

- “Me he sentido bien acompañado por ti en esta improvisación.”
- “He notado que cuando entró el pulso, tu respiración cambió.”
- “He disfrutado tocando contigo cuando te diste permiso para parar.”

Esto tiene dos efectos clínicos: (1) comunica la presencia y el reconocimiento; (2) abre la puerta para que el cliente explore su mundo sensorial y emocional sin sentirse interrogado. En psicoterapia motivacional y en estudios de microproceso, se ha observado que las preguntas abiertas y las reflexiones complejas se asocian con un mayor “change talk” y con procesos de colaboración más fértiles.

Clave de calibración: nuestro nivel de verbalización ha de adaptarse a las condiciones de las personas con las que trabajamos. Cuando el lenguaje está limitado (por neurodiversidad, deterioro, afasia, enfermedad o simplemente por cansancio), la palabra debe ser más corta, más concreta y más sensorial. A veces basta con elegir entre dos opciones (“¿más espacio o igual?”) o con un reflejo simple (“hoy suena pesado”).

## **7.8.3 Narrativa, sentido y “poner en palabras” sin colonizar**

Una de las claves en la terapia es conocer la narrativa que el cliente hace de su proceso. Cuando pone en palabras lo que piensa y siente, organiza la experiencia y le da continuidad. En la investigación sobre significado y recuperación, se subraya que la elaboración narrativa y la integración de la experiencia pueden contribuir al bienestar; especialmente en contextos de enfermedad o de crisis vital.

Pero hay un matiz importante: la palabra no debe colonizar la experiencia musical. Hay momentos en los que verbalizar rompe la presencia; y hay clientes para quienes la música es precisamente el canal que evita el colapso del discurso. La tarea del Sherpa es decidir cuándo la palabra abre y cuándo cierra. Aquí vuelve la ética del acompañamiento: confirmar, no imponer; ofrecer lenguaje, no dictarlo.

### **7.8.4 Saludos de Llegada: palabra mínima, espacio seguro, música umbral**

El saludo al inicio de cada sesión es un punto ciego habitual: se cree que es “social” cuando, en realidad, es una intervención de encuadre. En la llegada se juega el paso del afuera al adentro. La palabra aquí debe ser ligera y el espacio, habitable.

- La frase corta y abierta (“¿cómo vienes hoy?”) funciona mejor que el interrogatorio.
- Los comentarios de umbral (“tómate un momento”, “entra a tu ritmo”) protegen la autonomía.
- La música de bienvenida (cuando procede) actúa como paréntesis entre realidades: abre un tiempo distinto y prepara el cuerpo para el encuentro.

Los estudios sobre la formación de la relación en las primeras sesiones recuerdan que la alianza se construye mediante procesos diádicos finos: acciones facilitadoras y obstaculizadoras aparecen muy pronto, a veces en detalles que parecen mínimos. Por eso, “Saludos de Llegada” no es un capítulo “bonito”: es un capítulo técnico.

### **7.8.5 La proxémica como herramienta de diseño del setting: tres “mapas tipo” de sala**



La proxémica no es solo una recomendación (“no te acerques demasiado”). Es una herramienta para diseñar el setting según el objetivo. Desde la proxémica clásica se entiende que el espacio comunica y modula la relación. Y hay evidencia específica de que la disposición de los asientos puede influir en las percepciones de alianza, según la tarea terapéutica.

A continuación propongo tres disposiciones recomendadas, pensadas como “plantillas” ajustables. Las describo en texto para que luego puedas dibujarlas como figura.

### **Mapa A: Contención (seguridad, regulación, inicio difícil, saturación)**

Objetivo: reducir la amenaza, aumentar la previsibilidad, sostener sin invadir.

Disposición

- Sillas oblicuas (no frontal directo), con distancia social cómoda.
- Instrumentos entre ambos, como “puente” (no como barrera rígida): uno principal, accesible al cliente; otro, al terapeuta.
- Puerta visible para el cliente (reduce la sensación de encerrona).
- Zona despejada para moverse sin pasar “por encima” del otro.

Esquema

- Cliente y terapeuta en “V” abierta hacia el centro.
- Instrumentos en el centro, no pegados al terapeuta.

Uso verbal

- Palabra mínima y orientada a la seguridad (“vamos poco a poco”, “elige tú”), evitando preguntas emocionales intensas en el primer minuto.

Indicador de que funciona

- Respiración baja, manos se quedan, aparece pulso compartido (aunque sea mínimo).

### **Mapa B: Exploración (curiosidad, elección, evaluación informal, creatividad)**

Objetivo: maximizar la agencia, permitir la prueba y el error; observar preferencias.

Disposición

- Instrumentos en semicírculo o en estaciones; el terapeuta no “ocupa” el centro.

- Cliente con espacio para moverse y elegir.
- Terapeuta en posición lateral de acompañamiento (no “portero” del material).

#### Esquema

- Semicírculo de instrumentos; sillas más móviles.
- Centro libre como zona de tránsito.

#### Uso verbal

- Preguntas abiertas de elección (“¿por dónde te apetece empezar?”) y reflejos descriptivos (“veo que ese instrumento te llama”).

#### Indicador de que funciona

- Exploración sostenida sin alarma; iniciativa del cliente; turn-taking espontáneo.

## Mapa C: Diálogo (interacción, co-creación, improvisación conversacional)

Objetivo: facilitar el intercambio, la escucha mutua y la construcción conjunta de significado.

#### Disposición

- Sillas a distancia personal cómoda, frontal suave o ligeramente oblicua según tolerancia.
- Instrumentos de acceso simétrico (evitan la jerarquía espacial).
- Superficie mínima entre ambos (si hay mesa, que no sea un “muro”).

#### Esquema

- Dos posiciones enfrentadas con una ligera diagonal.
- Instrumentos compartidos en el centro o duplicados.

#### Uso verbal

- Comentarios de proceso (“cuando hiciste esa pausa, cambió todo”) y confirmaciones (“¿lo viviste así?”), evitando el interrogatorio.

#### Indicador de que funciona

- Pulso compartido, alternancia clara, variación tolerable, afecto congruente.

## “Cómo elegir el mapa” en 30 segundos (decisión Sherpa)

1. Si el cliente llega activado o apagado → Mapa A (Contención).
2. Si el cliente llega curioso pero inseguro → Mapa B (Exploración).
3. Si ya hay vínculo y tarea de cocreación → Mapa C (Diálogo).

Si durante la sesión aparecen señales rojas (saturación), vuelve a Mapa A sin drama: cambiar el espacio también es intervención.

### 7.8.6 El mensajero es el mensaje: palabra, cuerpo y espacio como una sola cosa

No olvidemos dar espacio a la palabra. Cuidemos el continente para conducirnos con éxito al contenido. Digamos lo que corresponda cuando corresponda, y fomentemos la voz propia de nuestros clientes para confirmar lo dicho con la música.

Empezábamos este epígrafe recordando que el medio es el mensaje. En terapia, podríamos decirlo así: el mensajero también es el mensaje. La forma de expresar, timbre, pausa, elección de palabras, distancia, postura, mapa de la sala, refuerza o debilita nuestra capacidad terapéutica. En la forma va implícito el pensamiento, y ese pensamiento, ni el musicoterapeuta ni el cliente, pueden maquillarlo durante mucho tiempo: se filtra por la voz, por el cuerpo y por el espacio.

**Tabla 7.4**

Palabra × Proxémica" en saludos de llegada

| Estado de llegada      | Palabra recomendada                  | Mapa de sala             | Música umbral                      |
|------------------------|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Cansancio / saturación | frases cortas, permiso, pausa        | Contención               | pulso simple o silencio acompañado |
| Nervios / inquietud    | reflejo descriptivo + elección       | Contención → Exploración | canción breve predecible           |
| Curiosidad / energía   | preguntas abiertas de elección       | Exploración              | exploración instrumental guiada    |
| Vínculo consolidado    | comentario de proceso + confirmación | Diálogo                  | improvisación conversacional       |



**La música es el vehículo y  
el viaje, es el trayecto y  
cada uno de los  
descubrimientos de  
quienes caminan juntos**

## 7.9 Protocolo Sherpa de 5 minutos

Los primeros cinco minutos son el umbral en el que se decide gran parte del tono de la sesión. No porque en cinco minutos “se cure” nada, sino porque ahí se establece el clima de seguridad, se calibra la distancia habitable y se elige el mapa de ruta: contención, exploración o diálogo. El Sherpa no empieza subiendo la montaña; empieza leyendo el cielo, el viento y el suelo. En la musicoterapia, ese cielo es el cuerpo, la palabra y el espacio. Cuando el protocolo se vuelve natural, deja de parecer un protocolo y se convierte en un estilo terapéutico: el Sherpa ya no “aplica pasos”; camina con presencia, lee el terreno y cuida la seguridad mientras avanza.

A continuación tienes un protocolo replicable, pensado para practicarlo en supervisión hasta que se vuelva natural.

### 7.9.1 Antes de abrir la puerta (10–15 segundos): “Yo también soy instrumento”

**Objetivo:** entrar regulado/a para no contaminar el clima.

- ☐ **Escaneo rápido:** mandíbula, hombros, respiración. Suelta un 5% de tensión.
- ☐ **Tempo interno:** ¿Voy con prisa? Ajusta: más lento, más seguro.
- ☐ **Intención clara:** “Hoy, mi prioridad es la seguridad y el vínculo; lo demás viene después”.

**Regla Sherpa:** si tu cuerpo está acelerado, tu música tiende a acelerar. Regúlate antes de invitar.

### 7.9.2 Saludo verbal (30–45 segundos): palabra mínima, puerta abierta

**Objetivo:** dar la bienvenida sin invadir y recoger información de estado.

- ☐ Saludo simple y humano, sin interrogatorio.
  - “Hola, me alegra verte.” / “Bienvenido/a. Entra a tu ritmo.”
- ☐ Pregunta abierta opcional (una sola):
  - “¿Cómo vienes hoy?” / “¿Cómo ha sido el camino hasta aquí?”

- ☐ Comentario de umbral (si notas carga):
  - “Tómate un momento; no tenemos prisa.”

**Evita por defecto** (sobre todo en primeras sesiones):

- “¿Cómo te sientes?” repetido y frontal, o preguntas encadenadas.
- Interpretaciones tempranas (“vienes fatal”, “estás nervioso”) sin confirmación.

### 7.9.3 Lectura corporal rápida (30–60 segundos): dos señales valen más que diez ideas

**Objetivo:** detectar seguridad o saturación sin sobreinterpretar.

Observa solo dos (para no perderte):

- ☐ **Tronco y manos:** ¿abierto/a o cerrado/a? ¿Manos disponibles o escondidas?
- ☐ **Respiración y mirada:** ¿baja o alta? ¿Vuelve la mirada o se fuga?

**Señales típicas de seguridad:** respiración más regular; manos que “se quedan”, exploración sin alarma, mirada que vuelve.

Señales típicas de saturación: hiperactividad, congelación, retirada, irritabilidad, hipervigilancia.

**Regla Sherpa:** una señal es una hipótesis; un patrón es información. Confirma siempre con una microintervención.

### 7.9.4 Ajuste de distancia (15–30 segundos): proximidad prudente, consentimiento claro

**Objetivo:** colocar el cuerpo a una distancia habitable.

- ☐ Empieza con distancia social cómoda y orientación oblicua.
- ☐ Si necesitas acercarte (instrumento/ayuda):
  - ☐ **Nombra la intención** (“para que estés cómodo/a con esto...”)
  - ☐ **Pide el permiso** (“¿te va bien si me acerco?”)
  - ☐ **Comprueba el impacto** (¿se relaja o se tensa?)

**Si aparece retirada corporal,** retrocede tú primero. Es una forma de decir: *aquí mandas tú en tu seguridad.*

## 7.9.5 Selección del mapa de sala (30–45 segundos): contención, exploración o diálogo

**Objetivo:** convertir la proxémica en una herramienta de diseño.

Elige uno, sin dramatizar (puedes cambiarlo después):

☐ Mapa A: Contención

**Si ves:** saturación, fatiga, alerta, inicio muy frágil.

**Haces:** sillas oblicuas, instrumentos como puente, puerta visible, centro despejado.

☐ Mapa B: Exploración

**Si ves:** curiosidad con inseguridad, necesidad de agencia, fase de tanteo.

**Haces:** estaciones/semicírculo de instrumentos, centro libre, terapia lateral (acompaña, no controla).

☐ Mapa C: Diálogo

**Si ves:** vínculo suficiente, tarea conversacional, cocreación.

**Haces:** acceso simétrico, frontal suave/diagonal, instrumentos compartidos, sin “muro” entre ambos.

**Regla Sherpa:** si aparece en rojo en cualquier momento, vuelve a Contención. Cambiar el espacio también es una intervención.

## 7.9.6 Música umbral (60–120 segundos): abrir el “adentro” sin forzar

**Objetivo:** facilitar la transición del afuera al adentro.

Elige formato según estado y mapa:

- ☐ **Silencio acompañado (sí, también cuenta):** respirar, sostener la presencia, permitir el aterrizaje.
- ☐ **Pulso mínimo predecible:** un patrón simple que invite sin exigir.
- ☐ **Canción breve de bienvenida (si forma parte de tu método):** repetible, reconocible, con opción de participación gradual.
- ☐ **Espejo corporal-musical:** acompañar el gesto/movimiento del cliente con música, sin “corregirlo”.

**Marca de que funciona:** aparece una primera señal de enganche (la mano se acerca, el pie entra en pulso, la mirada vuelve, el sonido responde).

### 7.9.7 Confirmación verbal breve (15–30 segundos): traducir sin colonizar

**Objetivo:** cerrar el umbral con un acuerdo mínimo.

- ☐ Confirmación simple: “¿Así te va bien para empezar?”
- ☐ La elección binaria: “¿Seguimos por aquí o prefieres cambiar?”
- ☐ Si el lenguaje es limitado: gesto, señal o una opción con instrumentos (señalar).

Aquí no buscamos “insight”. Buscamos permiso.

### Checklist final: los 5 minutos Sherpa

1. ☐ Me regulo (cuerpo/tempo/intención).
2. ☐ Saludo simple + una pregunta abierta (máximo).
3. ☐ Leo dos señales corporales (tronco y manos + respiración y mirada).
4. ☐ Ajusto la distancia con prudencia y permiso si hay acercamiento.
5. ☐ Elijo mapa de sala (Contención/Exploración/Diálogo).
6. ☐ Abro música umbral (silencio/pulso/canción/espejo).
7. ☐ Confirmo con una frase o una elección mínima.

### Mini-caso relámpago

**El paciente llega acelerado/a + mirada fuera + manos tensas** → eliges contención, saludas con pocas palabras, mantienes distancia social, propones un pulso simple o silencio acompañado y confirmas: “¿así te ayuda a empezar?”.

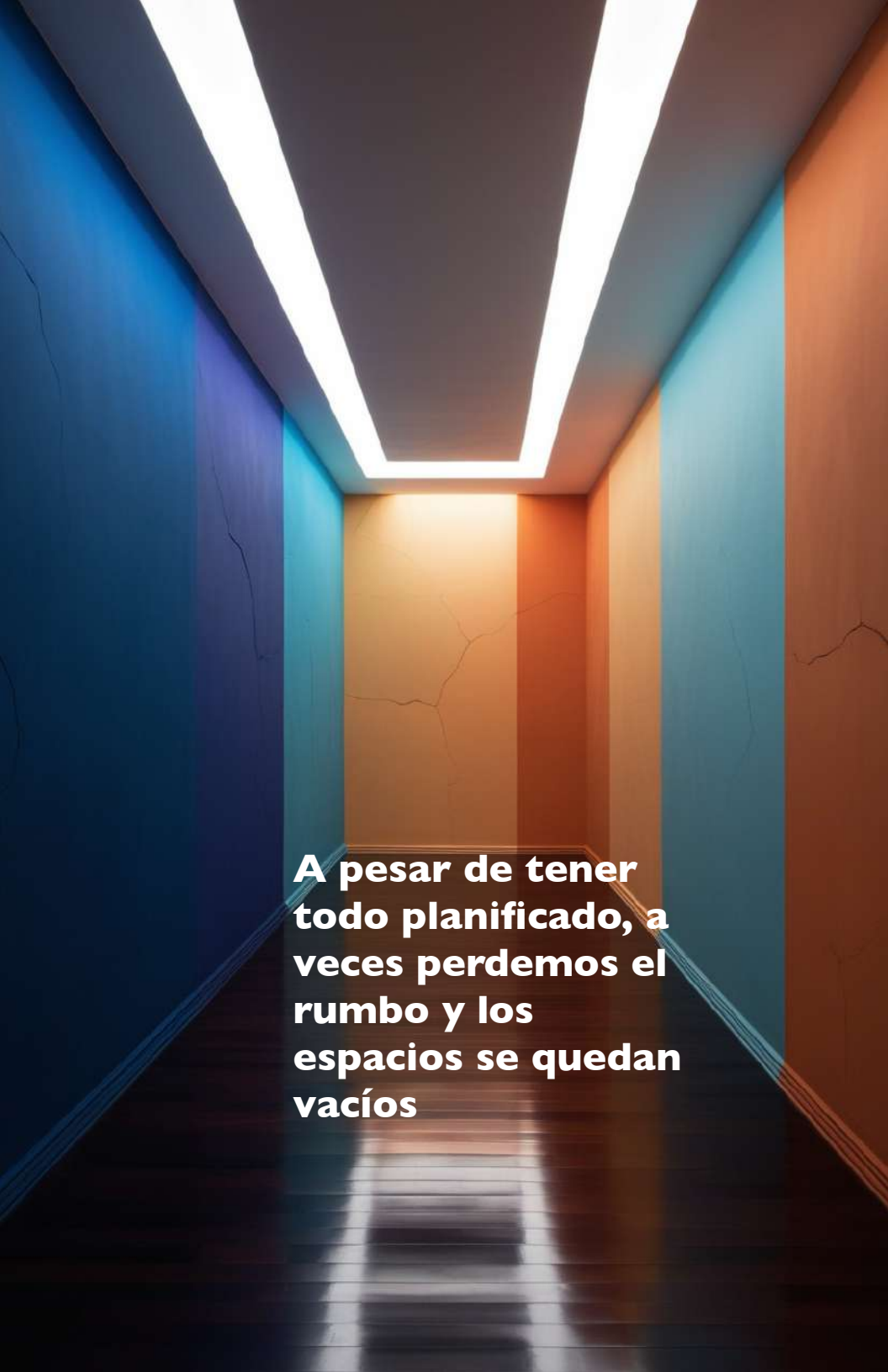
Si al minuto baja la respiración y entra un pie en pulso → puedes pasar a Exploración o sostener Contención y empezar la tarea.

### Nota pedagógica para supervisión

Entrena este protocolo con vídeo:

- 1ª pasada: solo marca el mapa elegido y por qué.
- 2ª pasada: añade dos señales corporales observadas.
- 3ª pasada: decide qué hubieras cambiado (distancia, palabra, música umbral).





**A pesar de tener  
todo planificado, a  
veces perdemos el  
rumbo y los  
espacios se quedan  
vacíos**

## 7.10 Frustraciones y alegrías

Venimos hablando de lo que decimos y de cómo lo decimos. En musicoterapia construimos un código comunicativo propio en el que conjugamos los lenguajes del cuerpo, la música y la palabra. Si ya hemos atendido al continente, nos queda observar el contenido: lo que ocurre dentro de la sesión cuando el plan encaja... y cuando no.

Hay muchas formas de dirigir una sesión. Algunxs musicoterapeutas solo dan indicaciones: proponen, enuncian, sostienen el marco y dejan que la música organice el resto. Otros/as, por el contrario, consultan casi todo con el cliente: “¿Te gustaría tocar el piano?”, “¿Qué te parece si hacemos...?”. En este manual nos inclinamos, como base, hacia una dirección clara y contenida: decir menos que decir más. La música, por sí sola, abre caminos, provoca, induce, ensaya. Cuando la palabra sobra, estorba.

Ahora bien, conviene matizar esta preferencia para que no se convierta en dogma. La investigación en psicoterapia sugiere que acomodar las preferencias del cliente (por ejemplo, estilo terapéutico, actividades, grado de directividad) se asocia con mejores resultados, aunque el efecto sea moderado y dependa del contexto. Esto no obliga a “preguntar todo”, pero sí a sostener un principio Sherpa: dirección con responsividad. Guiar no es mandar; guiar es leer el terreno y ajustar la ruta sin perder el norte.

### 7.10.1 Directividad útil: el cliente viene a ser guiado, no a gobernar el timón

La capacidad directiva es un grado. El cliente viene para ser guiado: espera contención, criterio y seguridad. En psicoterapia se ha mostrado que lo que hacemos, y cómo lo hacemos, importa, pero también importa mucho quién lo hace: hay variabilidad entre terapeutas en su capacidad para generar alianza y, con ello, en los resultados. Eso devuelve responsabilidad al rol: “estar al mando” no es un privilegio; es una obligación ética de cuidado.

Por eso, una dirección sobria suele ser más protectora que una ansiosa. En modelos como Nordoff-Robbins se aprecia con frecuencia ese estilo de

devolución breve, cálida y sin zalamerías: reconocimiento suficiente para orientar sin inflar. No hace falta convertir cada avance en una ceremonia. A veces, una sonrisa de aprobación, un “ajá” bien colocado o un acorde que confirma es el *check* necesario para continuar.

Regla práctica: si necesitas hablar mucho para sostener el proceso, quizá no lo estás sosteniendo; lo estás tapando.

### **7.10.2 Cuando la sesión “va rodada”: alegría legítima, pero con humildad técnica**

Hay sesiones que vienen rodadas. Todo encaja. Es un disfrute ver fluir al cliente y maravilloso dar con la música adecuada. Y sí: el “ego terapéutico” se infla. Aquí la tarea es sencilla y difícil a la vez: disfrutar sin apropiarse. La alegría es una señal de que el camino está siendo habitable; pero no es prueba de que “ya lo sabemos hacer”. La musicoterapia, como todo trabajo clínico, nos obliga a empezar de nuevo con cada persona y, a menudo, con cada día.

Un antídoto muy eficaz contra la soberbia de las sesiones “perfectas” es el dato: registrar lo que pasó y por qué pudo pasar. Los sistemas de monitorización y feedback en psicoterapia (ROM: routine outcome monitoring) muestran que medir el progreso y devolverlo a la práctica pueden mejorar los resultados y reducir el deterioro, especialmente en casos con riesgo de mal pronóstico. No hace falta convertir la sesión en un laboratorio, pero sí conservar el hábito: si algo funciona, aprende exactamente qué fue.

### **7.10.3 Cuando la sesión se complica: frustración, pérdida de rumbo y el arte de simplificar**

Las tornas cambian cuando vivimos una sesión compleja. Es fácil perder el rumbo: que el cliente se desconecte, que no sepamos cómo actuar, que aparezca ese silencio interior incómodo (“no sé qué hacer ahora”). Cuando esto sucede, lo aconsejable es reducir expectativas, aligerar la carga musical, simplificar las metas y actuar con naturalidad. Esto no es rendirse; es pilotar.

En una misma sesión concurren infinitos imponderables: dolor, medicación, cansancio, conflictos, recuerdos, vergüenza, miedo, sobrecarga sensorial... Nada nos asegura que las piezas encajen como en un puzzle infantil, aunque el diseño haya sido escrupuloso. Lo profesional aquí no es “tener siempre la respuesta”, sino tener siempre una salida segura:

- Volver a la contención (pulso simple, estructura clara, menos estímulo).
- Cambiar de mapa de sala (si hay saturación, regresa a Contención).
- Cambiar de canal (si la música desborda, pausa y palabra mínima; si la palabra complica, vuelve a la música).
- Priorizar la alianza sobre la técnica: si el vínculo se rompe, reparar antes de insistir.

Y, sobre todo: no enjuiciarse en caliente. La autocrítica inmediata suele ser mala consejera y peor directora musical.

#### **7.10.4 De la frustración a la pericia: revisar, practicar y supervisar**

Luego ya buscaremos dónde estuvo el problema. Analizaremos si lo ocasionamos o si hubo razones externas. Para eso están los registros: comparar la evolución y distinguir si fue una situación puntual o una tendencia. Pero el paso decisivo llega después: convertir el malestar en aprendizaje.

Aquí conviene introducir un concepto con evidencia directa en psicoterapia: la práctica deliberada (*deliberate practice*). Los datos sugieren que lo que diferencia a los terapeutas altamente efectivos no es solo la experiencia acumulada, sino el tiempo intencional dedicado a mejorar habilidades específicas (por ejemplo, revisar grabaciones, entrenar microhabilidades, buscar feedback). Esto conecta perfectamente con tu idea de “estar al mando”: el mando no se hereda; se entrena.

Y cuando el caso nos supera o nos desordena, aparece el recurso adulto del oficio: la supervisión. La evidencia sobre la supervisión es heterogénea, pero revisiones recientes señalan efectos positivos en variables del/de la terapeuta y, en algunos análisis, efectos que pueden ser clínicamente relevantes bajo ciertas condiciones (p. ej., una “dosis” suficiente de supervisión). Lo importante para el manual es el criterio: la supervisión no

como castigo por “hacerlo mal”, sino como higiene profesional cuando el terreno se vuelve técnico o emocionalmente peligroso.

### **7.10.5 Cuidar el instrumento que guía: autocompasión para sostener la exigencia**

Tu texto ya apunta a un punto esencial: la sesión difícil duele. Y ese dolor, si no se procesa bien, se convierte en desgaste. En psicoterapia se ha propuesto la autocompasión como un factor protector: no como indulgencia, sino como capacidad de sostener el error sin derrumbarse, aprender sin humillarse y cuidar sin quemarse.

Ser Sherpa no es ser invulnerable. Es estar comprometido con la ruta y, a la vez, tratarse con respeto cuando el clima se pone feo.

### **7.10.6 Protocolo Sherpa en sesiones difíciles (90 segundos después de salir)**

1. Una frase de realidad: “Ha sido una sesión difícil; eso también es proceso.”
2. Un dato observable: ¿qué cambió primero? (mirada, pulso, postura, silencio, rechazo).
3. Una hipótesis prudente: saturación / demanda excesiva / mapa inadecuado / timing.
4. Un ajuste para la próxima: *solo uno* (menos estímulo, más estructura, otra bienvenida, otro mapa).
5. Una acción de aprendizaje: revisar un vídeo de 5 minutos / anotar 3 momentos / pedir supervisión si persiste.

(La frustración se vuelve útil cuando genera una acción concreta.)

### **7.10.7 La despedida, siempre: positiva, propositiva y empoderante**

Aunque la sesión no haya discurrido por los canales esperados, la despedida habrá de ser positiva, propositiva y empoderante, dentro de la contención que ya hemos descrito. La despedida no es un trámite: es el último ladrillo del puente. Si el cliente se va con la sensación de fracaso, la

próxima llegada será más difícil. Si se va con una frase sencilla de orientación (“hoy ha sido intenso; has podido sostenerlo un momento y eso cuenta”), el proceso mantiene la continuidad.

Si hay algo que podemos mejorar, manos a la obra: repasar datos, calibrar decisiones y trabajar en aquello que está a nuestro alcance cambiar. La musicoterapia no exige perfección; exige responsabilidad: observar, ajustar, registrar, aprender y volver al encuentro con humildad técnica.

**La confluencia de  
lenguajes  
expresivos  
amplifica el  
campo de acción  
terapéutica**



## 7.11 Otras formas expresivas

Siguiendo la idea de que la musicoterapia es un proceso de comunicación y que en ella contamos con el lenguaje de la música, el cuerpo y la palabra, añadiremos un elemento más que puede enriquecer el campo semántico. Me refiero a la expresión plástica.

La música, el gesto y la palabra suceden en el tiempo y, como tales, son efímeros. La representación gráfica, en cambio, permanece. Se convierte en una huella visible de algo que, en el instante sonoro, a veces solo se intuye. Dentro del paraguas de las terapias creativas, se ha descrito precisamente el valor diferencial de la capacidad de concretar y simbolizar (hacer visible lo que era una vivencia difusa) como uno de los aportes transversales de las artes en terapia.

### 7.11.1 La imagen no compite con la música: la aterriza

No se trata de “hacer arteterapia dentro de la musicoterapia” como una actividad que opera por la puerta de atrás. Se trata de reconocer que, en algunas personas y contextos, el acceso a la experiencia se vuelve más claro cuando el sonido puede verse y lo vivido puede ordenarse en un espacio de representación.

En esta línea, la expresión plástica aporta al menos tres ventajas coherentes con la lógica Sherpa (seguridad, ajuste, lectura del terreno) que nos aporta Martina de Witte y su equipo (2021):

1. **Concreta:** lo que estaba disperso adquiere forma; lo que estaba en el aire se pone sobre el papel (y, por tanto, se puede mirar, señalar y volver a visitar).
2. **Focaliza y regula:** el ritmo del trazo, el contacto con el material, la repetición o la pausa pueden funcionar como reguladores del nivel de activación, especialmente tras un trabajo musical intenso.
3. **Atestigua el proceso:** un papel o una pieza queda como “fotograma” del viaje, útil para revisar cambios y sostener narrativa sin forzar verbalizaciones.



### **7.11.2 Intermodalidad: cuando una modalidad abre la puerta a otra**

En el ámbito de las terapias expresivas, Sela y Bat-Or (2024) nos recuerdan que se habla de transferencia intermodal para definir el paso de una modalidad a otra (del sonido al trazo, del trazo a la palabra, del movimiento al sonido...) y así encontrar el canal más viable en cada momento. Este principio describe una manera de acompañar cuando un lenguaje se queda corto o conviene cambiar de marcha para seguir avanzando.

Hay sesiones en las que la música abre la emoción, pero la palabra no es suficiente para procesarla; sin embargo, el dibujo permite poner un borde. O al revés: la representación gráfica aparece bloqueada y la música devuelve fluidez al trazo. Lo importante siempre es el criterio. No es cuestión de cambiar de modalidad para llenar huecos, sino de aplicarla para darle sostén al proceso.

### **7.11.3 Formación y límites: ampliar recursos sin invadir campos**

Conviene entender que la expresión plástica puede ser una herramienta valiosa, pero no basta con dar ceras y papel. Hay un código expresivo y normas de procedimiento (color, forma, textura, composición, equilibrio, contraste, densidad del trazo), así como una ética (lo que el cliente produce no es un “test” que el terapeuta descifre como si leyera jeroglíficos).

La psicología ha advertido sobre los riesgos de convertir dibujos en diagnósticos proyectivos. La evidencia sobre la validez de muchos índices proyectivos, especialmente en el dibujo de la figura humana, es limitada. Y, dentro de la propia investigación en arteterapia, se insiste en separar lo observable y operacionalizable (elementos formales) de la interpretación libre. Hay trabajos que exploran relaciones entre elementos formales y variables de salud mental, pero también subrayan problemas de fiabilidad/validez cuando se interpretan sin método.

Podemos usar la plástica como medio de expresión y observación, y como apoyo para el diálogo, procurando evitar la tentación de “leer” la obra como sentencia. El sentido siempre lo construye el cliente; nosotros acompañamos esa construcción.

#### **7.11.4 Combinar artes no es ocurrencia, pero exige prudencia**

Existen estudios que combinan modalidades de terapias artísticas en contextos clínicos (por ejemplo, intervenciones con arteterapia y musicoterapia en entornos pediátricos hospitalarios), con mejoras en variables como el estado de ánimo y/o el dolor; aunque con limitaciones habituales de los diseños aplicados y la heterogeneidad de los contextos. También Catherine Carr y su equipo (2020) han propuesto marcos para manualizar principios compartidos entre distintas terapias creativas en salud mental comunitaria, reforzando que integrar no es mezclar sin criterio, sino construir prácticas comparables y seguras.

Si damos más medios para que nuestros clientes se miren en el espejo de la representación, aumentamos las posibilidades de autopercepción y de organización interna. Pero esa potencia exige responsabilidad: formación, límites claros, un lenguaje descriptivo y un respeto radical por el significado que el cliente atribuye a su propia obra. Quédate con que la imagen no sustituya a la música; la acompaña y, en ocasiones, la vuelve más legible.

#### **7.11.5 Algunos procedimientos**

La llegada es un umbral y, como vimos, conviene leer el estado sin invadirlo. En algunos casos, un dibujo relámpago puede funcionar como termómetro inicial, especialmente cuando el lenguaje verbal está limitado o cuando el cliente necesita un puente suave para entrar en sesión.

Propuesta breve:

- “Antes de empezar, ¿te apetece hacer un trazo rápido de cómo vienes hoy? No tiene que ser nada bonito.”
- El cliente presenta líneas o manchas durante 60–90 segundos..
- Una sola pregunta Sherpa: “¿Qué parte representa más tu estado ahora mismo?”

- Con esa información eliges el mapa de sala (Contención/Exploración/Diálogo) y el tipo de música umbral (silencio, pulso simple, canción breve).

Este recurso no reemplaza al saludo; lo amplifica. Y lo hace con una virtud especial: transforma el “cómo vienes” en una forma visible que no exige grandes palabras, pero sí ofrece un punto de partida compartido.

## Microprotocolos para ir del sonido al trazo

### A) Del sonido al trazo (cierre y concretización) – 6–8 minutos

1. Termina la improvisación con un cierre claro (cadencia o apagado gradual).
2. Silencio breve (10–20 s).
3. Propuesta: “Dibuja *cómo ha sido* la música por dentro, sin hacerlo bonito: líneas, manchas, formas.”
4. Una pregunta Sherpa, no intrusiva: “¿Qué parte del dibujo se parece más a lo que sentiste?”
5. Si procede, un puente verbal mínimo: “Si este color tuviera una palabra, ¿cuál sería?”

### B) Del trazo al sonido (enganche y arranque) – 6–8 minutos

1. Dibujo rápido (1–2 min).
2. Propuesta: “Vamos a tocar ese dibujo: líneas largas = sonidos largos; puntos = ataques; zonas oscuras = graves; claras = agudos.”
3. El terapeuta espeja y sostiene el pulso/estructura.
4. Cierre: “¿Qué cambió al escucharlo?”

## Errores frecuentes y cómo evitarlos

### • Error 1: Interpretar el contenido como diagnóstico.

Evita: usar lenguaje descriptivo (“mucho contraste”, “trazo presionado”, “ocupación del espacio”) y pedir significado al cliente.

### • Error 2: Usar la plástica como relleno cuando no sabemos qué hacer.

Evita: introducirla solo con intención clara (regular, concretar, facilitar narrativa, sostener transición).

### • Error 3: Confundir registro clínico con colección de obras.

Evita: acordar desde el principio qué se guarda, cómo se guarda y para qué; documentar con prudencia. Hay literatura específica sobre cómo

reflejar el arte del cliente en las notas clínicas y los dilemas éticos asociados.

- **Error 4: Forzar producción estética.**

Evita: recordar que aquí no trabajamos “bonito”, sino “verdadero”.

## **Indicadores observables útiles**

Sin convertirlo en test, hay descriptores que ayudan a seguir proceso sesión a sesión:

- Energía del trazo (suave/ligero vs. presionado/abrasivo).
- Ritmo gráfico (continuo vs. fragmentado; repetitivo vs. variable).
- Uso del espacio (centrado, expandido, arrinconado, dividido).
- Variabilidad (si siempre aparece la misma forma rígida o si emergen novedades).
- Capacidad de revisar (si puede revisar lo hecho y decir algo, aunque sea mínimo).

Estos indicadores encajan con enfoques que proponen operacionalizar elementos formales en la arteterapia y evitar interpretaciones precipitadas.

A close-up, profile view of a young woman with dark hair tied back, wearing a blue t-shirt. She has a small stud earring. On her right shoulder, there is a black ink tattoo of a musical staff with a treble clef and several notes. The background is a plain, light-colored wall.

**La musicalidad  
se respira, se  
lleva por dentro  
y emerge allí  
donde las  
palabras no  
tienen sustento**

## 7.12 Ejercitando la musicalidad

No podíamos dejar de abordar uno de los puntos más exigentes: nuestra propia capacidad musical. Todos sabemos que el conocimiento musical y la musicoterapia forman un binomio indisoluble. Los elementos constitutivos de la música, en sus formas teórica y aplicada, son el alfabeto, los fonemas y morfemas, la gramática, la semántica y la sintaxis de nuestra lengua terapéutica. Con ellos construimos símbolos sonoros que generan vínculo, y el vínculo, a su vez, es el principio motor del movimiento terapéutico.

No hay musicoterapia sin musicalidad, entendida como capacidad de expresión y de relación a través del lenguaje musical. Pero tampoco existe sin otras tantas capacidades que la acompañan: creatividad, imaginación, empatía, dirección, observación y evaluación. En clínica, "ser musical" no es un adorno: es saber generar el mundo sonoro que el cliente necesita, en el momento en que lo necesita, para tener nuevas posibilidades de ser, sentir y estar. De eso va, en buena medida, a hacer musicoterapia.

Ahora bien, cuando hablamos aquí de musicalidad, no nos referimos solo a conocimientos interpretativos, a la técnica instrumental o vocal, o a acumular recursos. Nos referimos, sobre todo, a esa habilidad de hacer, deshacer y rehacer en tiempo real, siguiendo el juego creativo que Louise Bourgeois resumía en su "do, undo, redo" (2000). Esa capacidad de remodelar la forma sobre la marcha es lo que diferencia al musicoterapeuta del intérprete profesional. Compartimos el mismo material expresivo, sí, pero caminamos por los márgenes de la partitura. No estamos sujetos a la linealidad del discurso musical: podemos reescribir las reglas rehaciendo la forma según nos lo pida el proceso.

En un concierto, los músicos acuerdan la ruta que el público espera. Determinan cómo coincidir en entradas y cierres; definen roles, solos y el orden de repertorio. Todo responde al acuerdo. En musicoterapia, en cambio, la dinámica es otra: las opciones están abiertas y el camino no está prefijado. Un timbre, un cambio de intensidad, un gesto corporal o un microsilenicio puede condicionar y alterar el discurso sonoro. Nuestro fin no es musical: no nos espera la nota final del pentagrama. Atendemos a razones terapéuticas. Sabemos de dónde partimos y planificamos hacia dónde queremos ir; pero la música se va escribiendo a dos manos.

Por eso conviene aclarar algo. La improvisación terapéutica no significa tocar libremente y sin sentido. Significa crear el camino oportuno y pertinente para unas circunstancias clínicas concretas, con un criterio de relación, de regulación y de significado. En investigación y en guías de práctica improvisacional se insiste precisamente en que la improvisación clínica se sostiene sobre principios observables (p. ej., *attunement*, ajuste al cliente, andamiaje musical, co-regulación), y no sobre la ocurrencia o el “todo vale”.

### 7.12.1 Definición operativa de la musicalidad terapéutica

Llamaremos aquí musicalidad terapéutica a un conjunto de competencias que se ven, se entrenan y se evalúan:

1. **Responsividad musical (timing y ajuste):** entrar cuando convenga, retirarse cuando convenga, sostener sin invadir; modular el tempo, la dinámica, la densidad y la forma según el estado del cliente. La investigación sobre *attunement* en musicoterapia improvisacional subraya este ajuste fino como variable relacional clave, aunque también recuerda que no es un “interruptor mágico” y que su relación con los resultados depende de múltiples factores (severidad, elección de outcomes, etc.).
2. **Flexibilidad estructural (do–undo–redo):** variar sin perder el centro. Si una vía no abre, deshacer; si abre demasiado, contener; si se desengancha, reenganchar con otra forma.
3. **Funcionalidad clínica del material:** elegir “música útil”, no “música bonita”. A veces la belleza formal estorba; a veces la simplificación salva.
4. **Ética del no protagonismo:** dirigir no es brillar; dirigir es sostener. La musicalidad clínica también es renuncia: no convertir la sesión en un escenario del terapeuta.
5. **Pertinencia cultural:** la musicalidad no es un don abstracto que se aplique igual en cualquier contexto. Incluye conocer códigos rítmicos, acentos, estéticas y significados del entorno del cliente y ampliar repertorios para poder encontrarse con el otro con respeto.

Desde la neurociencia de la improvisación se han descrito, además, dos ingredientes que nos vienen bien como metáfora y brújula: control y suelta. Improvisar exige una arquitectura mental en la que convivan planificación y

espontaneidad; estructura y apertura; oficio e intuición. Esto no justifica nada por sí mismo, pero ayuda a entender por qué la improvisación terapéutica no se aprende solo “leyendo”: se aprende haciendo, afinando y repitiendo.

### **7.12.2 Lxs musicoterapeutas como “red sonora”**

Lxs musicoterapeutas tienen que estar, en cierto modo, “de vuelta” en la profesión de músico. Debe tener seguras sus herramientas e integradas sus destrezas para, después, dejar patrones a un lado y entrar en el campo fluido de lo terapéutico: hacer música con quien no afina, con quien no sostiene el pulso, con quien no acierta la melodía. Somos la red sonora que convierte cada expresión del cliente en música. Somos quienes facilitamos que él o ella tenga experiencias musicales de éxito.

Si el músico prepara la interpretación, analiza la pieza y ensaya cada pasaje antes de subir al escenario, lxs musicoterapeutas no cuentan con un guion prescrito. Se ha estudiado estilos, domina su oficio, pero conoce su partitura en el momento en que el cliente entra. Es ahí cuando el estado físico, mental y emocional de la persona marca el tempo y el tono, la intensidad y los timbres. En musicoterapia partimos de un diseño previo: ideas, actividades y objetivos, pero ese diseño se cumple según la disponibilidad, la energía y la capacidad del cliente. El plan existe para servir al proceso, no para imponerse a él.

Aquí el jazz nos vuelve a ser útil como escuela, pero no por su estética, sino por su lógica de escucha–respuesta. La improvisación experta se parece más a surfear que a caminar. Uno se coloca en el presente continuo del cliente y va sorteando el oleaje sin perder el equilibrio. Y, como en el mar, lo decisivo suele ser lo sutil. Se dan microcambios en la respiración, la mirada, la energía y la iniciativa. Esos microdatos son clínicos y la música es nuestra forma de responder a ellos.

### **7.12.3 Gimnasio de musicalidad clínica**

#### **Rutina A (10 minutos): “Acompañar sin invadir”**

- I. Elige un instrumento armónico (piano/guitarra/la melodófono).



2. Mantén un solo acorde durante 2 minutos, variando *solo la* dinámica y la densidad.
3. Luego, mantén la dinámica estable y varía *solo* el tempo interno (sin acelerar por nervio).
4. Objetivo: entrenar la contención, la paciencia y la claridad.

#### **Rutina B (10 minutos): “Entradas y cierres limpios”**

1. Practica 10 entradas: entrar con claridad sin sobresaltar (ataque, respiración, gesto).
2. Practica 10 cierres: cierre por cadencia, cierre por apagado, cierre por silencio.
3. Objetivo: que la sesión no “se deshilache” por falta de forma.

#### **Rutina C (10 minutos): “Do–undo–redo con restricciones”**

1. Improvisa usando solo 3 notas (o solo negras, o solo un patrón).
2. Cada 30 segundos cambia una variable (timbre / registro / acento) sin perder el pulso.
3. Objetivo: flexibilidad real, no exhibición.

### **7.12.4 Errores frecuentes y cómo evitarlos**

- **Convertir la sesión en un concierto.**

Antídoto: prioriza la función (enganche, regulación, comunicación) frente a la estética.

- **Interpretar la improvisación como “libertad total”.**

Antídoto: recuerda que improvisar en clínica es responder con criterio y propósito.

- **Resolver demasiado pronto (llenar silencios por ansiedad).**

Antídoto: practica silencios funcionales; escucha antes de actuar. La musicalidad también es saber retirarse.

- **Tocar desde “lo mío” en lugar de “lo del otro”.**

Antídoto: amplía repertorios, aprende códigos culturales del cliente, y pregúntate siempre: “¿Esto le sirve o me sirve?”

### **7.12.5 Indicadores y métricas de musicalidad terapéutica**

Sin convertir la práctica en un laboratorio, hay señales que pueden registrarse y revisarse en supervisión:

- **Latencia de respuesta:** tiempo entre la iniciativa del cliente y la respuesta del terapeuta (¿se precipita? ¿Llega tarde?).
- **Congruencia:** ajuste entre la energía del cliente y la energía musical del terapeuta (¿Contiene cuando hay exceso? ¿Activa cuando hay apagamiento?).
- **Variedad funcional:** número de recursos distintos usados con propósito (no por “lucimiento”).
- **Claridad formal:** capacidad para crear comienzos, transiciones y cierres comprensibles.
- **Enganche/desenganche:** momentos en los que la interacción se intensifica o se pierde; pueden anotarse y analizarse mediante protocolos de observación de la interacción y de la dinámica temporal.

## 7.12.6 Minirúbrica de musicalidad terapéutica

### Nivel 1 — Inicial (músico en modo concierto)

- Tiende a tocar “bien”, pero con poca adaptación.
- Cambios de tempo/dinámica responden más a su nervio que al cliente.
- Entradas y cierres poco claros; silencios incómodos.

### Nivel 2 — En desarrollo (ajusta, pero tarde o de más)

- Empieza a leer las señales del cliente, aunque responde con latencia variable.
- Puede contener o activar; pero a veces exagera y desregula.
- Necesita ampliar repertorio funcional (recursos simples, varios estilos).

### Nivel 3 — Competente (red sonora estable)

- Ajuste consistente de tempo, dinámica y densidad al estado del cliente.
- Crea una forma clara (comienzo–desarrollo–cierre) sin rigidizar.
- Usa el silencio con propósito; dirige sin protagonismo.

### Nivel 4 — Avanzado / Sherpa (presencia, precisión y ética)

- “Do–undo–redo” fluido: cambia de ruta sin romper el vínculo.
- Respuesta musical fina a microseñales (respiración, mirada, iniciativa).
- Pertinencia cultural alta: encuentra rápidamente el “idioma” del cliente.
- Sostiene el proceso y la seguridad; la música parece inevitable, no impuesta.



**El niño interior del  
musicoterapeuta  
tiene que estar  
especialmente  
atendido y cuidado**

## 7.13 Habilidades blandas

Hasta ahora, hemos enunciado recursos relevantes en las áreas de la comunicación, la gestión personal y el diseño del encuentro. Muchos de ellos pertenecen a lo que hoy se llama habilidades blandas (soft skills): un conjunto de capacidades relacionales, comunicativas y de autorregulación que determinan cómo nos movemos en un entorno humano complejo. La expresión “soft skills” se formalizó en el ámbito de la formación militar estadounidense a comienzos de los años setenta, vinculada a aquellas destrezas “de personas y papel” (liderar, supervisar, coordinar, reportar, motivar) que no dependen de operar máquinas.

En musicoterapia, estas habilidades no son un añadido “nice to have”. Son el medio invisible que hace operativas las competencias técnicas tales como la musicalidad, las técnicas de intervención, el uso del repertorio, la evaluación y el registro. Podemos compararlas con el refrigerante y el lubricante de un motor. Si las habilidades duras (hard skills) son los componentes del mecanismo (lo que hemos aprendido sobre teorías, métodos y protocolos), las habilidades blandas son lo que evita el desgaste, mantiene la temperatura del proceso y permite que el motor trabaje con eficiencia cuando la sesión se complica.

Ese motor, en nuestro campo, está formado por aprendizajes como la habilidad musical e instrumental, la conducción de improvisaciones, la selección de actividades, el manejo de instrumentos, el diseño del setting o la lectura de indicadores clínicos. Pero engrana mejor cuando añadimos empatía, escucha, capacidad de colaboración, responsabilidad ética, flexibilidad y claridad comunicativa. La operatividad terapéutica casi nunca es el resultado de un solo factor: suele ser el resultado de una suma.

### 7.13.1 Por qué importan tanto en terapia y no son “psicología ligera”

Las habilidades blandas son decisivas porque la terapia, y la musicoterapia en particular, se apoya en un fenómeno sólido de la alianza terapéutica (acuerdo en objetivos, acuerdo en tareas y vínculo). La evidencia acumulada en psicoterapia muestra que la alianza se asocia de manera consistente con resultados, independientemente de la orientación teórica.

Dicho en lenguaje Sherpa: si no hay cuerda de seguridad, da igual lo bonito que sea el paisaje musical, las epifanías y las sensaciones sublimes experimentadas en las sesiones.

En paralelo, el mundo profesional y educativo está reforzando esta idea desde otro ángulo. La demanda laboral contemporánea insiste en competencias transversales, como el pensamiento analítico, la resiliencia y la flexibilidad, y el liderazgo y la influencia social, como habilidades nucleares para el desempeño. En nuestro ámbito, esas competencias no solo “mejoran la empleabilidad”, sino que mejoran la seguridad clínica, la calidad del vínculo y la capacidad de sostener el proceso cuando aparecen frustraciones, resistencias o saturación.

A veces circulan cifras contundentes del tipo “el éxito profesional depende en un 80% de soft skills”. Es una afirmación popular; pero rara vez aparece respaldada por una fuente primaria trazable, de ahí que prefiera hablar de una importancia alta y apoyarme en evidencia robusta sobre alianza y competencias transversales, como la que aporta Flückiger y su equipo (2018), evitando así porcentajes dudosos.

### **7.13.2 Tres familias de habilidades blandas útiles para musicoterapeutas**

Para no quedarnos en teoría, agrupamos estas competencias en tres ámbitos que se conectan directamente con todo lo que venimos trabajando en este capítulo: (1) habilidades comunicativas, (2) pensamiento crítico, (3) liderazgo y gestión del proceso.

Antes de ver el listado, añado un apunte pedagógico. Este repertorio de habilidades es tan amplio que cabría para otro manual. Por eso conviene abordarlo más bien como un mapa de entrenamiento y no como una lista para culpabilizarnos.

La pregunta útil, en todo caso, no es “¿las tengo todas?”, sino: ¿cuáles son mis fortalezas? ¿Cuáles me faltan? ¿Cuáles son las críticas para mi población y contexto? No está de más volver la vista a la tarea del autorretrato que planteaba en el epígrafe 1.9 y que seguro ya has acometido.

**Tabla 7.5**

Listado de habilidades blandas (soft skills) para musicoterapeutas

| <b>Habilidades comunicativas</b> | <b>Pensamiento crítico</b> | <b>Habilidades de liderazgo</b>     |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Comprensión                      | Adaptabilidad              | Manejo y resolución de conflictos   |
| Negociación                      | Actitud artística          | Motivar                             |
| Comunicación no verbal           | Creatividad                | Capacidad de hacer acuerdos         |
| Persuasión (sin manipulación)    | Observación crítica        | Tomar decisiones                    |
| Presentación                     | Pensamiento crítico        | Delegar                             |
| Hablar en público                | Capacidad de diseño        | Dirección de proyectos              |
| Lectura del lenguaje corporal    | Deseo de aprender          | Facilitar                           |
| Capacidad de contar historias    | Flexibilidad               | Dar retroalimentación clara         |
| Comprensión lectora              | Innovación                 | Inspirar                            |
| Comunicación verbal              | Pensamiento lógico         | Capacidad de gestión                |
| Redacción de correspondencia     | Aprender de los problemas  | Manejar conversaciones complejas    |
| Redacción de proyectos           | Capacidad investigadora    | Manejo de equipos remotos/virtuales |
| Redacción de informes            | Inventiva                  | Gestión de encuentros               |
| Herramientas de escritura        | Pensamiento divergente     | Asesoramiento                       |
| Trabajar en equipo               | Tolerancia al cambio       | Orientar hacia el éxito             |
| Escucha empática                 | Resolución de problemas    | Supervisar                          |
| Adaptación cultural              | Educación en valores       | Dirigir el talento                  |
| Asertividad y cortesía           | Voluntad de aprendizaje    | Resolver temas difíciles            |

### 7.13.3 Cómo usar esta tabla sin convertirla en “autoexigencia infinita”

En entornos de formación y en la selección profesional se destaca especialmente la capacidad de expresarse con claridad y la asertividad, tanto verbal como escrita, incluyendo hablar en público, sostener conversaciones complejas y ofrecer retroalimentación útil. También se valora la cortesía, la gentileza y la templanza: no como “buena educación superficial”, sino como señales de confiabilidad y seguridad relacional.

Para musicoterapia, hay además dos piezas que merecen subrayado por su relación directa con el capítulo:

1. **Flexibilidad + tolerancia al cambio:** porque el plan existe para servir al proceso, no para imponerse a él.
2. **Adaptación cultural:** porque la gramática del trato, la distancia, el humor y la música tienen acentos distintos según la biografía y el contexto. Las habilidades blandas también son competencia cultural aplicada.

Y para no dejar fuera elementos básicos de la fiabilidad profesional, añadimos valores de la práctica cotidiana: puntualidad, cooperación, responsabilidad de los actos, autorregulación emocional y gestión del ego terapéutico. Es el suelo que permite que todo lo demás funcione.

### 7.13.4 Checklist Sherpa de habilidades blandas

Marca 0–2 en cada ítem (0 = casi nunca, 1 = a veces, 2 = casi siempre).  
Revisa cada 4–6 semanas.

#### **Comunicación**

- ☐ Escucho sin interrumpir y confirmo lo entendido (reflejo/resumen).
- ☐ Ajusto mi palabra al nivel del cliente (no “sobreverbalizo”).
- ☐ Mi cuerpo y mi voz transmiten seguridad (postura, mirada, tempo, volumen).

#### **Pensamiento crítico**

- ☐ Distingo datos observables de interpretaciones.
- ☐ Cambio de hipótesis sin enamorarme de la primera explicación.

- ☐ Pido supervisión cuando detecto un patrón de bloqueo o desgaste.

#### Liderazgo clínico

- ☐ Dirijo con claridad sin imponer; doy estructura cuando falta y abro cuando hay rigidez.
- ☐ Manejo de microconflictos (resistencias, límites, encuadre) con calma.
- ☐ Cierro la sesión de forma empoderante, incluso si fue difícil.

Suma total: 0–12. La meta no es “12 perfecto”, sino identificar 1–2 focos de entrenamiento por ciclo.

### 7.13.5 Mini-rúbrica (4 niveles) para entrenar soft skills en práctica clínica

#### **Nivel 1 — Intuitivo/a (depende del día)**

Buena intención, pero variabilidad alta. La comunicación cambia según el cansancio. Dificultad para sostener límites o reparar microrrupturas.

#### **Nivel 2 — Funcional (ya hay herramientas)**

Aplica técnicas básicas (escucha, contención, claridad), aunque se acelera en las sesiones difíciles. Empieza a ajustar la distancia, la palabra y el mapa de la sala con criterio.

#### **Nivel 3 — Consistente (Sherpa estable)**

Mantiene el tono, la presencia y la dirección incluso con frustración. Observa, decide y ajusta sin dramatizar. El cliente percibe seguridad y previsibilidad.

#### **Nivel 4 — Maestro/a de clima (precisión + ética)**

Lee microseñales y regula el sistema completo (espacio–cuerpo–música–palabra). Repara rupturas con naturalidad, evita el protagonismo y convierte la dificultad en aprendizaje.

Las habilidades blandas no son una cuestión de simpatía innata. Son competencias entrenables que aumentan la calidad del vínculo, reducen las fricciones, fortalecen la seguridad y permiten que la técnica musical cumpla su función terapéutica. Dicho en lenguaje motor: la mejor mecánica se rompe si no hay aceite. Y dicho en lenguaje Sherpa: el mejor mapa no sirve si no sabes acompañar el paso del otro.





**El profesional de la musicoterapia es un compendio de saberes, habilidades, técnicas y principios humanos extenso y complejo**

## 7.14 La fertilidad de la confianza

La finalidad de incorporar estas competencias y conocimientos es fomentar y asegurar la relación terapéutica. La música per se tiene impacto, lo sabemos; pero cuando intencionamos su uso y lo sostenemos con habilidades blandas bien entrenadas, la “forma musicoterapia” muestra perfiles y aristas más acabados: el proceso gana claridad, seguridad y dirección.

Las soft skills actúan como una especie de corriente eléctrica que alimenta todas las piezas del sistema, lo que hace que sus mecanismos sean operativos. Cuando las tenemos integradas, nos volvemos más eficientes y confiables. Pasamos de la categoría “musicoterapeuta titulado” a la de “musicoterapeuta experto”: no porque sepamos más teoría, sino porque sabemos sostener mejor el encuentro. Y buena parte de los resultados clínicos estriba precisamente en esto: en la confianza infundida. La investigación en psicoterapia lleva décadas mostrando que la alianza terapéutica (acuerdo en objetivos, en tareas y en vínculo) es un predictor consistente del resultado, independientemente de la orientación.

Cuando nos mostramos confiables, damos seguridad y cobijo al cliente; habilitamos un espacio terapéutico. El vínculo actúa como lugar de referencia para dejarse ser desde la libertad expresiva, como herramienta para el crecimiento personal, la mejora y el bienestar. Y aquí conviene recordar que “confianza” no es simpatía: es la experiencia repetida de coherencia, cuidado, límites seguros y reparación cuando algo se rompe.

Volviendo a los símbolos jardineros, diremos que el sistema planificado de actividades y técnicas empleadas, la música que creamos, las directrices de metas y objetivos, e incluso nuestra capacidad de sostener lo otro de los otros, son como la tierra de cultivo donde crece el cambio. La tierra es un soporte y requiere sustrato y alimento.

Nuestro fertilizante es la confianza que el cliente asume y reconoce. Ese es el nutriente que activa el crecimiento terapéutico y da sentido a todo el despliegue técnico, a las destrezas musicales, a los recursos terapéuticos. La terapia funciona a partir de un grado de confiabilidad esencial. Quien se fía se entrega porque se siente seguro: se abre, colabora, acepta, comparte. Y ese clima no se decreta: se construye.

Quienes han encontrado alguna vez a una mascota maltratada y abandonada habrán constatado que su proceso de recuperación es lento: temen revivir los daños sufridos. Aunque les demos atenciones primarias, cualquier ruido o gesto brusco los atemoriza y se vuelven esquivos. Necesitan tiempo para comprobar que están verdaderamente a salvo y para recobrar la confianza en el humano.

Nuestros clientes a veces llegan en situaciones similares, aunque no necesariamente muestren signos evidentes de maltrato físico o psicológico. Somos agentes extraños a quienes exponen debilidad e intimidad. El proceso terapéutico hay que abonarlo: establecer una relación de confianza y seguridad hasta que adquiera la fluidez de una pastilla de jabón en manos mojadas.

Prudencia, paciencia, franqueza y claridad. Estas podrían ser consignas esenciales para cultivar el vínculo. Ya hemos hablado de la comunicación verbal y no verbal. Es primordial evitar malentendidos y creencias infundadas. Seamos fieles a la palabra dada para no desmontar ilusiones ni esperanzas. Acompañemos desde la naturalidad del afecto, el cuidado del trato y la cercanía ofrecida. Esto no significa ser condescendientes ni consentidores de aquello que desvirtúe el rol terapéutico. Cuidado con las contratransferencias. El terapeuta es asertivo a la par que atento: se muestra firmemente posicionado y abierto en el trato.

Nos gusta el ejemplo del ancla para explicar estas cuestiones. Pesa y permanece en el fondo cumpliendo invariablemente su función. Permite que la embarcación fluctúe ante los cambios de marea y de dirección del viento, pero evita que la embarcación se pierda mar adentro. Lo consigue porque está unida al bote mediante un cabo flexible pero firme.

Esa es la cuestión: encontrar el equilibrio entre establecer límites necesarios y seguros y brindar una asistencia capaz de reparar heridas, siendo referentes de seguridad y confianza. La confianza es fértil porque convierte la técnica en algo vivible. Y si además entrenamos empatía, claridad y reparación, aumentamos la probabilidad de que el cliente se mantenga en órbita. La empatía, bien entendida, no como sentimentalismo, se asocia de forma robusta con resultados terapéuticos.

### 7.14.1 Definición de confianza clínica

Diremos que hay confianza terapéutica cuando el cliente experimenta, de manera sostenida:

- Previsibilidad: entiende qué va a pasar y qué se espera de él/ella.
- Seguridad: puede retirarse, frenar o decir “no” sin castigo relacional.
- Coherencia: lo que el terapeuta dice, hace y sostiene entre sí.
- Reparación: si hay una ruptura, se nombra, se ajusta y se cuida.

### 7.14.2 Plan Sherpa de entrenamiento (4 semanas)

Saber que esto es importante no basta: hay que incorporarlo al cuerpo. En psicoterapia se ha observado que la práctica deliberada (entrenamiento intencional, específico y con feedback) se asocia al desarrollo de terapeutas más efectivos (Chow et al., 2015).

Y, complementariamente, los sistemas de monitorización y feedback (ROM) muestran beneficios modestos a moderados, especialmente útiles para detectar estancamiento y ajustar a tiempo. (Lambert, Whipple, & Kleinstäuber, 2018).

El siguiente plan está pensado para el alumnado: simple, repetible y medible. Dura cuatro semanas. Cada semana se entrenan dos microhabilidades. Cada microhabilidad se practica mediante un formato breve de práctica deliberada y se registra.

Dosis recomendada: 15–20 minutos/día, 5 días/semana, + 1 revisión semanal de 20 minutos.

### Semana I — Umbral seguro: bienvenida y escucha que no invade

#### Microhabilidad I: Saludo verbal mínimo y abierto (30–45 s)

- Objetivo: encuadrar sin interrogatorio, ofrecer permiso y ritmo.
- Práctica deliberada: ensaya 10 variantes de saludo (con distintos perfiles de cliente) y grábate durante 2 minutos; revisa el tono, el tempo y la claridad.

### **Microhabilidad 2: Reflejo + confirmación (escucha activa en una frase).**

- Objetivo: confirmar sin interpretar ("si te entiendo bien...").
- Práctica deliberada: después de cada sesión, escribe 3 reflexiones que podrías haber dicho y puntúa si fueron descriptivas (no interpretativas).

#### **Registro mínimo de la semana:**

- ¿Hice *una* pregunta abierta (no cinco)?
- ¿Confirmé la comprensión al menos una vez?
- ¿El cliente entró más rápido en sesión (sí/no/variable)?

## **Semana 2 — Ancla y cabo: límites, asertividad y distancia habitable**

### **Microhabilidad 3: Asertividad cuidadosa (límites en primera persona).**

- Objetivo: sostener el rol sin dureza ni disculpa excesiva.
- Fórmula: "Ahora prefiero / necesitamos / te propongo... para cuidar...".

### **Microhabilidad 4: proxémica consciente + permiso antes de acercarse.**

- Objetivo: ajustar la distancia, orientar el cuerpo y pedir consentimiento cuando proceda.
- Práctica deliberada: marca en el plano de la sala tus tres mapas tipo (contención/exploración/diálogo) y decide cuál usarías en 5 viñetas clínicas.

#### **Registro mínimo de la semana:**

- ¿Nombré la intención y pedí permiso al acercarme?
- ¿Puse un límite sin justificarme de más?
- ¿Pude volver a "contención" cuando hubo saturación?

## **Semana 3 — Reparar y reconducir: cuando algo se rompe**

### **Microhabilidad 5: Detección de microrupturas (señales de desenganche).**

- Objetivo: ver el "no" pequeño: retirada corporal, mirada fuera, caída de pulso, irritación.

- Práctica deliberada: revisa 5 minutos de video o audio (si lo tienes) y anota 3 microseñales y tu respuesta.

### **Microhabilidad 6: Reparación en 3 pasos (nombrar–validar–ajustar).**

- Objetivo: reparar sin dramatizar.
- Guion mínimo:
  1. “He notado que...”
  2. “Tiene sentido que...”
  3. “¿Te va bien si... / prefieres...?”

### **Registro mínimo de la semana:**

- ¿Nombré al menos una microruptura?
- ¿Ofrecí una elección real (dos opciones viables)?
- ¿Volvió el enganche (sí/no/parcial)?

## **Semana 4 — Convertir experiencia en oficio: feedback, datos y supervisión**

### **Microhabilidad 7: Cierre empoderante (una frase + una dirección).**

- Objetivo: incluso tras la sesión difícil, cerrar con dignidad y continuidad.
- Ejemplo: “Hoy fue intenso; pudiste sostenerlo un momento. La próxima iremos más simple”.

### **Microhabilidad 8: Registro clínico breve y útil (3 líneas + 1 hipótesis + 1 ajuste).**

- Objetivo: que el dato te haga mejor; no que te aplaste.
- Práctica deliberada: tras cada sesión, completa el formato de registro (abajo) en menos de 2 minutos.

### **Registro mínimo de la semana:**

- ¿Cerré sin juicio y con continuidad?
- ¿Puedo describir “qué funcionó” en una frase?
- ¿Solicité supervisión si vi un patrón repetido?

## **Mini-rúbrica semanal para autoevaluación**

- **0:** no lo intenté / lo olvidé.
- **1:** lo intenté, pero llegó tarde o rígido.
- **2:** lo apliqué con naturalidad y noté el efecto.
- **3:** lo apliqué, lo ajusté al cliente y pude explicarlo con datos.

**Consejo Sherpa: no entrenes diez cosas a la vez. Entrena dos. Y no cambies de microhabilidad por aburrimiento: cambia cuando ya la haces sin pensar.**

## **Chequeo tras cada sesión**

### **Fecha / Cliente:**

1. Estado de llegada (2 señales): respiración, mirada, postura, pulso...
2. Mapa de sala elegido: Contención / Exploración / Diálogo (¿por qué?)
3. Microhabilidad entrenada hoy: (p. ej., "reflejo + confirmación")
4. Momento de enganche: (¿Aué lo provocó?)
5. Momento de desenganche (si lo hubo): (¿Qué señal apareció?)
6. Reparación aplicada: (nombrar–validar–ajustar)
7. Un ajuste para la próxima: (solo uno)

La confianza no es un sentimiento que "aparece" si tenemos buena intención; es una construcción clínica que se riega con consistencia, claridad, límites seguros y reparación. Por eso la confianza es fértil: convierte el trabajo técnico en un terreno habitable donde el cambio puede crecer. Nuestra tarea es ser ancla y cabo: firmes y flexibles. Y cuando esa forma de estar se entrena mediante práctica deliberada y registro, deja de ser un ideal y se convierte en un hábito profesional. Esa es, al final, la diferencia entre hacer cosas con música y hacer MUSICOTERAPIA.





**La atención de lxs  
musicoterapeutas  
alcanza más allá  
de lo meramente  
musical**



# VII

## PERIFERIAS Y COMPLEMENTOS

### EN POCAS PALABRAS ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 7?

#### 7.1. EN EL TRATO ESTÁ EL TRUCO

Sitúa el capítulo en el corazón del oficio: más allá del setting y la técnica, la musicoterapia es un encuentro comunicativo que necesita un lenguaje común y una intención compartida.

Define la alianza terapéutica como estructura de colaboración (objetivos, tareas y vínculo), no como simpatía, y recuerda su relación consistente con resultados.

Amplía el foco a lo multimodal: música, palabra, cuerpo, mirada, silencio y distancia construyen semántica; la forma del mensaje es parte del significado.

Introduce la dimensión cultural del trato y la “humildad cultural” como competencia operativa para evitar micro-rupturas invisibles.

Cierra con una ética de método: observar sin juicio, confirmar significados, registrar microcambios y ganarse la confianza para entrar en el “palacio de cristal” del cliente.

#### 7.2. LA COMPAÑÍA DEL SHERPA

Presenta el vínculo como algo que se hace andando: cada nuevo caso reinicia la casilla de salida y exige lectura del terreno sesión a sesión.

Propone la metáfora del Sherpa como guía segura: acompaña sin sustituir pasos, ajusta impulso, planifica rutas alternativas y protege el encuadre.

Sitúa la intervención como dosificación entre forma y apertura: contención cuando falta seguridad y expansión cuando falta agencia.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 7?

Introduce “musicoterasherpa” y vincula la actitud al plano de la compasión entendida como motivación hacia la acción de alivio, no como lástima.

Cierra con una competencia fina: decidir cuándo hacer y cuándo sostener; estar tan cerca como haga falta y tan lejos como sea necesario.

### 7.3. INDICADORES OBSERVABLES

Convierte la metáfora en herramienta: propone señales observables para decidir clínica y musicalmente cuándo sostener, cuándo proponer y cuándo bajar intensidad.

Organiza indicadores en tres familias: seguridad/alianza, saturación, y marcadores musicales de enganche/desenganche.

Define la seguridad por cooperación conductual, reciprocidad relacional y construcción musical del “nosotros” (sintonía temporal, turn-taking, afecto congruente).

Describe la saturación como desregulación o desconexión multimodal: inquietud, congelación, evitación, fatiga, retirada sonora, caos o perseveración rígida.

Ofrece marcadores musicales practicables (tiempo compartido, iniciativa-respuesta, diálogo, flexibilidad, afecto congruente) para orientar ajustes en tiempo real.

### 7.4. PACIENTE, CLIENTE, BENEFICIARIO

Abre una reflexión ética sobre cómo nombramos a quienes atendemos y qué implicaciones tiene cada término.

Justifica por qué en un manual se habla de paciente/cliente: el texto trabaja con abstracciones y no con una presencia clínica real.

Define “beneficiario” como categoría resultante: solo cobra sentido cuando hay beneficio confirmado tras una praxis eficaz.

Vincula la terminología con responsabilidad profesional (accountability): contrato de servicio, claridad, coherencia y evaluación honesta.

Prepara el paso al umbral clínico de la llegada: cómo recibimos y cómo abrimos un espacio seguro para entrar en sesión.

### 7.5. SALUDOS DE LLEGADA

Sitúa el saludo como intervención de encuadre: es el umbral que separa el afuera del adentro y permite calibrar disponibilidad para la tarea.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 7?

Propone un estilo de bienvenida flexible según caso: desde apretón de manos hasta distancia respetuosa, con lectura Sherpa del estado del cliente.

Describe la “conversación de umbral” como fuente de datos clínicos: energía, tensión, ventana de trabajo y necesidad de ajuste del plan.

Integra recursos musicales de transición (espejo, canción de bienvenida) como paréntesis estructurante que abre el tiempo terapéutico.

Añade indicadores rápidos (seguridad, saturación, enganche musical) para decidir si subir complejidad o priorizar contención.

### 7.6. MANEJO DEL LENGUAJE NO VERBAL

Reafirma que no hay música sin cuerpo y convierte lo obvio en método: postura, mirada, respiración, tempo y movimiento son parte del mensaje.

Define el cuerpo del terapeuta como instrumento clínico: su presencia traduce intención y modula si la propuesta llega como invitación o invasión.

Presenta la observación sin juicio como competencia entrenable: atención a microseñales de incomodidad, interés, retirada o saturación.

Organiza tres focos de lectura: cuerpo del terapeuta, cuerpo del cliente y el “cuerpo entre ambos” (sincronía, coordinación, liderazgo flexible).

Incluye una mini-rúbrica de cuatro niveles (seguridad, oscilación, saturación, ruptura) para orientar decisiones y proteger la alianza.

### 7.7. PROXIMIDAD FÍSICA

Trata la distancia como parte del encuadre: la proxémica estructura riesgo percibido, libertad de retirada y tipo de intimidad propuesta.

Matiza el peso cultural y biográfico: no hay normas universales; hay “medida concreta” que cambia según persona y fase del proceso.

Distingue proximidad de contacto y sitúa la prudencia como principio: nombrar intención, pedir permiso y comprobar impacto.

Traduce la sala en partitura: ubicación, rutas de salida, orientación oblicua e instrumentos como mediadores de seguridad y diálogo.

Cierra con una mini-rúbrica y un protocolo rápido para ajustar distancia sin dogmas y reparar si hubo invasión.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 7?

### 7.8. EL PESO DE LA PALABRA

Completa la triada espacio–cuerpo–palabra: la música abre experiencia y la palabra concreta sentido cuando hace falta comprensión terapéutica.

Recomienda preguntar menos y abrir más: comentarios descriptivos y empáticos suelen facilitar expresión sin activar evasivas.

Subraya la adaptación del nivel verbal a capacidades del cliente: más sensorial, más breve y más concreto cuando el lenguaje está limitado.

Vincula palabra y llegada: el saludo es marco, no trámite, y la palabra mínima protege el umbral de la sesión.

Convierte la proxémica en herramienta de diseño con tres mapas tipo de sala (contención, exploración, diálogo) según objetivo clínico.

### 7.9. PROTOCOLO SHERPA DE 5 MINUTOS

Trata la distancia como parte del encuadre: la proxémica estructura riesgo percibido, libertad de retirada y tipo de intimidad propuesta.

Matiza el peso cultural y biográfico: no hay normas universales; hay “medida concreta” que cambia según persona y fase del proceso.

Distingue proximidad de contacto y sitúa la prudencia como principio: nombrar intención, pedir permiso y comprobar impacto.

Traduce la sala en partitura: ubicación, rutas de salida, orientación oblicua e instrumentos como mediadores de seguridad y diálogo.

Cierra con una mini-rúbrica y un protocolo rápido para ajustar distancia sin dogmas y reparar si hubo invasión.

### 7.10. FRUSTRACIONES Y ALEGRÍAS

Contrasta estilos de conducción y defiende una dirección clara y contenida: decir menos para que la música haga su trabajo.

Introduce el principio de “dirección con responsividad”: guiar sin preguntar todo, pero ajustando a señales y preferencias sin perder norte.

Describe sesiones “rodadas” como alegría legítima que debe registrarse para aprender sin apropiarse ni inflar el ego.

Aterrizza sesiones difíciles: reducir expectativas, simplificar metas, volver a contención, cambiar canal o mapa y priorizar reparación del vínculo.

Cierra con salida profesional: análisis posterior, práctica deliberada, supervisión cuando haga falta y despedida empoderante siempre.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 7?

### 7.11. OTRAS FORMAS EXPRESIVAS

Añade la expresión plástica como cuarto canal que complementa música, cuerpo y palabra, aportando permanencia a lo efímero.

Defiende que la imagen no compite con la música: la concreta, regula y deja huella para sostener narrativa y revisión del proceso.

Introduce la intermodalidad: pasar de una modalidad a otra como estrategia cuando un canal se queda corto o conviene cambiar de marcha.

Remarca formación y límites: evitar lecturas diagnósticas simplistas y usar lenguaje descriptivo devolviendo significado al cliente.

Propone microprocedimientos (sonido→trazo, trazo→sonido) y criterios observables para registrar sin convertir la obra en "test".

### 7.12. EJERCITANDO LA MUSICALIDAD

Define la musicalidad como requisito clínico: no es "tocar bien", es generar el mundo sonoro que el cliente necesita para vincular y cambiar:

Distingue música de concierto y música terapéutica: el camino se escribe a dos manos y se ajusta a microseñales, no a la partitura.

Ofrece una definición operativa (responsividad, flexibilidad do-undo-redo, funcionalidad clínica, ética de no protagonismo, pertinencia cultural).

Propone rutinas de entrenamiento (contener sin invadir, entradas/cierres, improvisar con restricciones) y advierte errores frecuentes (resolver pronto, tocar desde lo propio).

Añade indicadores y mini-rúbrica de cuatro niveles para evaluar progreso: de "músico en modo concierto" a "Sherpa musical" preciso y ético.

### 7.13. HABILIDADES BLANDAS

Sitúa las soft skills como el medio invisible que hace operativas las hard skills: el "lubricante" del motor terapéutico.

Justifica su relevancia por la alianza terapéutica y por demandas contemporáneas de competencias transversales, evitando porcentajes dudosos.

Agrupar habilidades en tres familias (comunicación, pensamiento crítico, liderazgo/gestión) conectadas con todo el capítulo.

Propone usar la tabla como mapa de entrenamiento y no como lista para culpabilizar, promoviendo autoevaluación realista.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPITULO 7?

Incluye checklist y mini-rúbrica de niveles para entrenarlas en práctica clínica, con foco en flexibilidad, adaptación cultural y autorregulación del ego.

### 7.14. LA FERTILIDAD DE LA CONFIANZA

Cierra el capítulo mostrando que la confianza convierte técnica en terreno habitable: sin ella, lo musical pierde potencia terapéutica real.

Define confianza clínica como experiencia repetida de previsibilidad, seguridad, coherencia y reparación, más allá de la simpatía.

Retoma metáforas (jardín, ancla) para explicar límites firmes con cabo flexible: sostener sin perder al cliente mar adentro.

Aterriza el “cómo” con un plan de entrenamiento de 4 semanas: dos microhabilidades por semana, práctica deliberada y registro breve.

Remata con una idea de oficio: la diferencia entre hacer cosas con música y hacer MUSICOTERAPIA es sostener vínculo, claridad y reparación con método.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Texto fundacional: define la alianza de trabajo (objetivos–tareas–vínculo) como constructo transversal.

Carr, C., Feldtkeller, B., French, J., Havsteen-Franklin, D., Huet, V., Karkou, V., Priebe, S., & Sandford, S. (2021). What makes us the same? What makes us different? Development of a shared model and manual of group therapy practice across art therapy, dance movement therapy and music therapy within community mental health care. *The Arts in Psychotherapy*, 72, Article 101747. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101747>

Propone un modelo/manual compartido para terapias creativas en grupo: muy útil para tu lógica de “marcos comunes” y manualización.

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>

Evidencia directa sobre práctica deliberada como vía de mejora real del terapeuta (perfecta para tu plan de 4 semanas).

de Witte, M., Orkibi, H., Zarate, R., Karkou, V., Sajjani, N., Malhotra, B., Ho, R. T. H., Kaimal, G., Baker, F. A., & Koch, S. C. (2021). From therapeutic factors to mechanisms of change in the creative arts therapies: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, 12, 678397. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678397>

Revisión panorámica: conecta factores terapéuticos con mecanismos de cambio en terapias creativas (te da “marco” para no quedarte solo en metáfora).

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>

Metaanálisis clave: la empatía (comprensión comunicada) se asocia de forma consistente con resultados.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>

Evidencia fuerte: la reparación de rupturas no es adorno relacional, sino mecanismo de cambio.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Síntesis metaanalítica: la alianza predice resultados de manera robusta (base teórica de tu capítulo).

Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington, E. L., Jr., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: Measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 353–366. <https://doi.org/10.1037/a0032595>

Instrumentación/medición: operacionaliza humildad cultural (clave para tu 7.1.2 y el trato como competencia).

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>

Te permite justificar “alianza” con un instrumento clásico (y anclar tablas/rúbricas observacionales).

Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>

Metaanálisis ROM: el feedback de progreso ayuda a detectar estancamientos y ajustar intervención (encaja con tu enfoque de registro y brújula).

Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1(2), 27–66. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.002>

Referencia crítica: advierte sobre límites de técnicas proyectivas (muy pertinente para tu prudencia con interpretación de producciones plásticas).



# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Mössler, K., Schmid, W., Aßmus, J., Fusar-Poli, L., & Gold, C. (2020). Attunement in music therapy for young children with autism: Revisiting qualities of relationship as mechanisms of change. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(11), 3921–3934. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04448-w>

Aterrizo “attunement” como cualidad relacional/mecanismo en MT (puente directo con tus indicadores Sherpa y enganche/desenganche).

Morgan, K. (2024). Early-career art therapists reflecting client art in clinical notes: A thematic study. *International Journal of Art Therapy*, 29(3), 134–141. <https://doi.org/10.1080/17454832.2023.2264372>

Ética y práctica: cómo documentar/reflejar arte del cliente en notas clínicas (te sostiene el apartado de registros y límites).

Orlowski, E. W., Moeyaert, M., Monley, C., & Redden, C. (2025). The effects of cultural humility on therapeutic alliance and psychotherapy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 25(2), e12835. <https://doi.org/10.1002/capr.12835>

Evidencia “actual”: la humildad cultural se relaciona con alianza y resultados (cierra el argumento de 7.1.2 con fuerza).

Pénzes, I., van Hooren, S., Dokter, D., & Hutschemaekers, G. (2020). Formal elements of art products indicate aspects of mental health. *Frontiers in Psychology*, 11, 572700. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.572700>

Trabaja con elementos formales observables (sin “adivinación” interpretativa) para análisis prudente de productos artísticos.

Robles, M. M. (2012). Executive perceptions of the top 10 soft skills needed in today's workplace. *Business Communication Quarterly*, 75(4), 453–465. <https://doi.org/10.1177/1080569912460400>

Aporta un marco aplicado: cuáles soft skills se consideran nucleares en desempeño laboral (te sirve como apoyo “puente” hacia entorno profesional).

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>

Clásico clínico: modelo conceptual y técnico de ruptura–reparación (base para tu gramática Sherpa).

Sela, T., & Bat-Or, M. (2024). Cutting and pasting in adults' descriptions of experiences of secrets in childhood. *International Journal of Art Therapy*, 29(2), 97–108. <https://doi.org/10.1080/17454832.2023.2234457>

Útil como ejemplo de análisis narrativo/experiencial en arteterapia; conecta con intermodalidad y elaboración de significado.

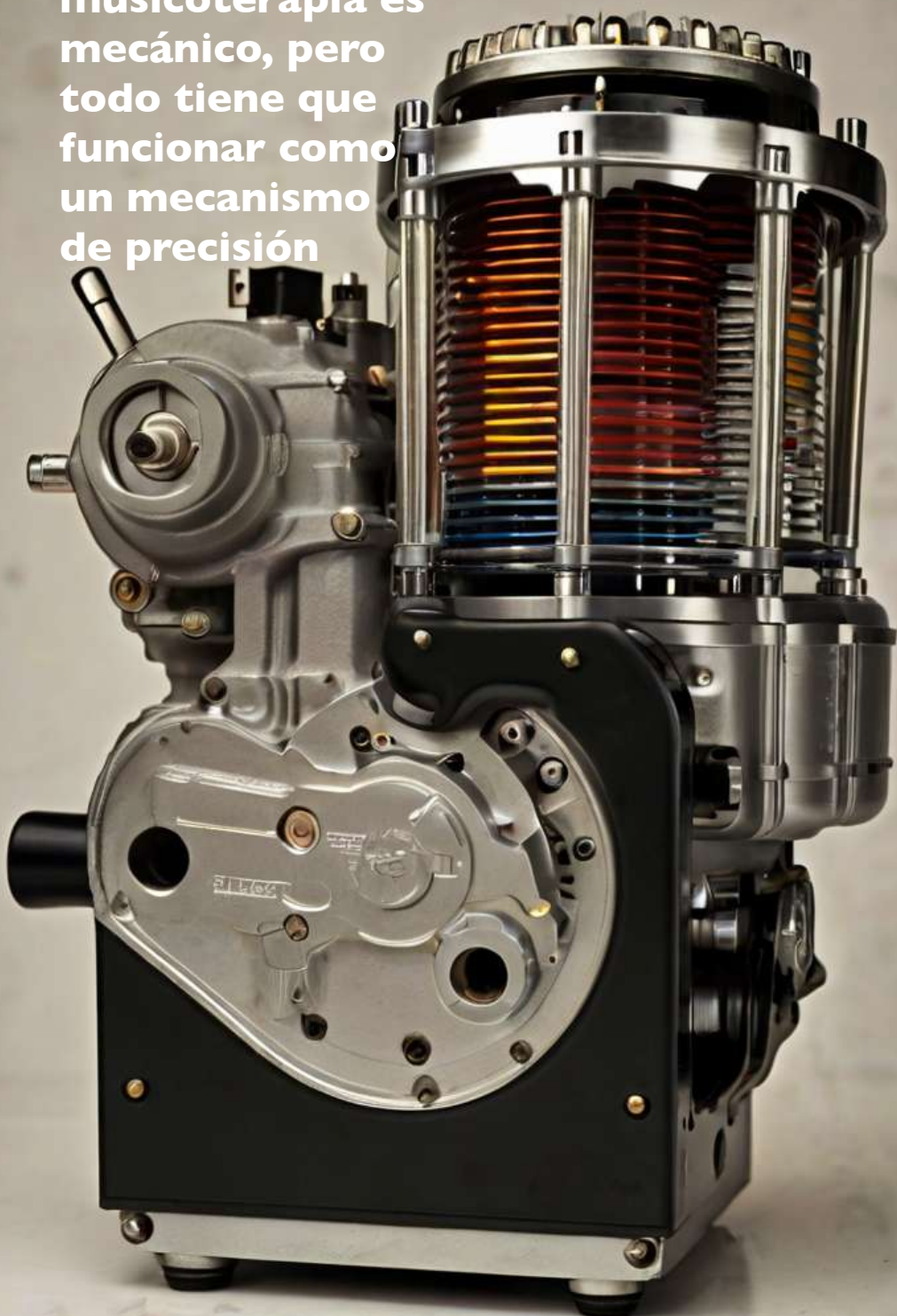
Silverman, M. J. (2019). Music therapy and therapeutic alliance in adult mental health: A qualitative investigation. *Journal of Music Therapy*, 56(1), 90–116. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy019>

Aporta evidencia específica MT: cómo se vive y construye la alianza terapéutica en salud mental adulta.

Tschacher, W., & Ramseyer, F. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. [Referencia con DOI] <https://doi.org/10.1037/A0023419>

Refuerza con evidencia la idea de que la coordinación corporal es marcador de relación/proceso.

**Nada en  
musicoterapia es  
mecánico, pero  
todo tiene que  
funcionar como  
un mecanismo  
de precisión**



**CAPÍTULO**

**VIII**



# SESIÓN TERAPÉUTICA

## 8.1 Plan de vuelo

Nos aproximamos a la sección final del manual, donde abordaremos la práctica aplicada: la sesión real, con su dinámica, sus imprevistos y la necesidad de criterio profesional. Hasta este punto, hemos abordado el qué y el porqué (objetivos, planificación, registro, evaluación), así como el dónde y el cómo del encuadre, entendido como cofactor clínico y no como elemento decorativo.

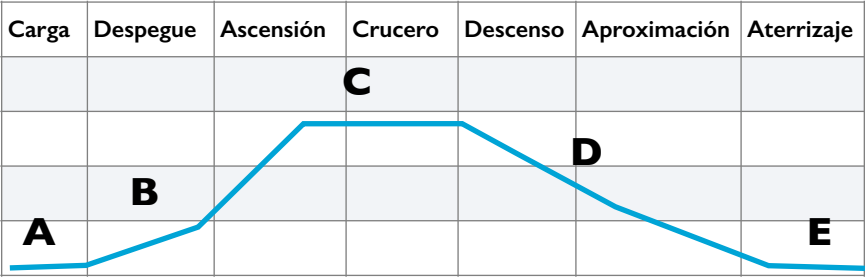
Ahora, el enfoque se dirige a una cuestión más específica: cómo modular una sesión en fases sin perder la orientación terapéutica. Esta perspectiva por fases no constituye únicamente una metáfora pedagógica; en psicoterapia existen modelos y manuales que describen el proceso en tramos diferenciados y tareas características. Además, la investigación de procesos ha propuesto modelos en fases del cambio, aunque no siempre coinciden entre escuelas (Howard et al., 1993).

Si bien se propone un marco adaptable a los principales modelos de musicoterapia, incluidos los reconocidos en el Congreso Mundial de 2023 (cuyo listado se presentará en el capítulo 9), el objetivo aquí no es defender un método único, sino desarrollar una competencia transversal: identificar en qué tramo de la sesión nos encontramos y comprender el sentido clínico de sostenerlo o modificarlo. En otras palabras, no basta con realizar actividades musicales; es necesario articular una secuencia y decidir intencionalmente cuándo acelerar, sostener o concluir.

Para ilustrar esta lógica, se empleará una metáfora sencilla: el vuelo de un avión. Al observar un trayecto típico, que incluye carga, despegue o ascenso, crucero y aterrizaje, se identifica un patrón útil para conceptualizar la sesión: una trayectoria ascendente, una meseta relativamente estable y un descenso progresivo. La línea representa una trayectoria que facilita la comprensión de las elevaciones, los descensos y los tiempos. En la sesión, estas 'alturas' corresponden a variables concretas: nivel de activación, intensidad de la tarea, demanda interpersonal y densidad emocional. Mantener presente esta imagen durante el trabajo clínico ayuda a evitar dos errores frecuentes: incrementar la intensidad demasiado pronto o finalizar sin un proceso de cierre adecuado.

**Figura 8.1.**

*Esquema de la trayectoria de un avión en sus diferentes fases.*



El proceso es siempre gradual. Se parte de un punto A y se llega a un punto E, describiendo entre ambos una trayectoria variable (B, C, D). Algunas sesiones presentan un ascenso progresivo hasta una cota moderada, una meseta relativamente estable y un descenso rápido. Otras, en cambio, alcanzan rápidamente una mayor intensidad y se mantienen mediante oscilaciones, ya sea porque la persona requiere cambios marcados de energía o porque el contexto impone microtransiciones continuas. En ambos casos, el enfoque no es estético, sino de dosificación clínica.

Cada profesional configura un plan de vuelo distinto, asignando tiempos, velocidades e intensidades según lo requiera el caso y la oportunidad clínica. Sin embargo, lo esencial permanece: identificar en qué fase nos encontramos en cada momento y comprender el propósito clínico de cada intervención, para maniobrar con criterio y profesionalidad.

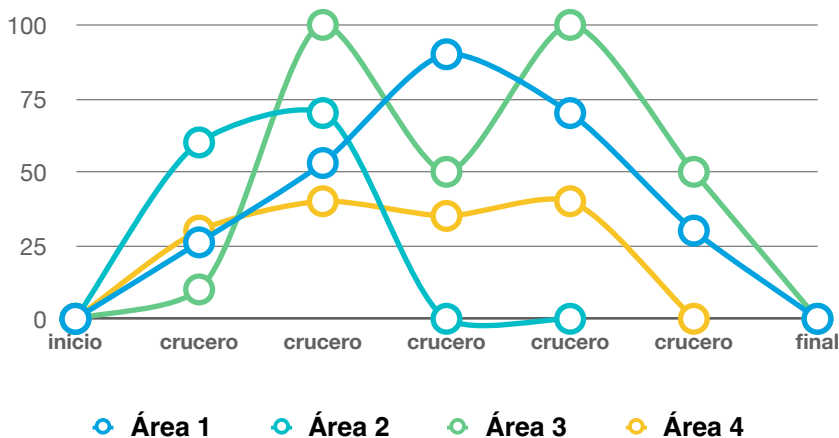
Los diagramas resultantes de una sesión, es decir, la gráfica conceptual que representa el vuelo, suelen compartir dos elementos invariantes:

1. Distancia entre el punto de partida y el punto de llegada: la sesión inicia en un estado determinado (del paciente, del vínculo, del cuerpo o del entorno) y debe concluir en otro que sea habitable y seguro.
2. Forma global de parábola: ya sea más pronunciada, plana o irregular, siempre reconocible como una estructura de inicio, desarrollo y cierre.

Esta figura no busca restringir la práctica, sino recordar que una sesión sin una estructura mínima corre el riesgo de convertirse en una acumulación de eventos musicales sin dirección, mientras que una sesión excesivamente rígida puede perder la capacidad de responder a las necesidades del momento.

**Figura 8.2.**

*Ejemplos simulados de parábolas según la forma de la sesión.*



### 8.1.1 El ascenso: arrancar, orientar, preparar

En todas las sesiones hay un tiempo inicial. En este momento se define mucho más de lo que aparenta: se establece el tono relacional, el nivel de seguridad, el grado de agencia del paciente y la disposición para iniciar la tarea. En términos de vuelo, el ascenso implica decidir cómo incrementar gradualmente la intensidad hasta confirmar que la persona está preparada para realizar actividades de mayor profundidad.

Este tramo se beneficia de una idea simple: no se “entra” al trabajo central por salto, se entra por aproximación. Cuanto más vulnerable o desorganizada esté la persona, más importante es que el ascenso sea predecible, graduado y sensible a microseñales (participación, respiración, mirada, tiempo compartido, tolerancia a la novedad, etc.). Esto conecta con



lo que ya trabajamos sobre alianza, ajuste y lectura fina del vínculo: la sesión despegue mejor cuando el encuadre y la relación “agarran pista”.

### **8.1.2 El crucero: sostener tareas terapéuticas sin perder el pulso**

La fase de crucero comienza una vez que se ha tomado distancia del punto de partida y es posible centrarse en las tareas terapéuticas. En este contexto, la meseta no implica monotonía, sino estabilidad funcional para el trabajo clínico. En ocasiones, la trayectoria será plana; en otras, presentará pequeñas elevaciones y descensos, o incluso oscilaciones amplias. Esta variabilidad no necesariamente indica desorganización; en algunos casos, es precisamente lo que se requiere para tolerar la exposición, elaborar afectos o ensayar alternativas.

Un criterio útil consiste en buscar, durante la fase de crucero, un equilibrio entre desafío y sostén. Si la exigencia terapéutica es demasiado baja, la sesión se convierte en un simple acompañamiento; si es excesiva, la persona pierde la regulación y la intervención puede resultar invasiva. La música permite ajustar este equilibrio con precisión (dinámica, tempo, densidad, repetición o variación, alternancia de turnos), aunque el principio subyacente es clínico, no exclusivamente musical.

### **8.1.3 El descenso: cerrar no es “parar”, es intervenir**

Si durante la fase de crucero se incrementa la exigencia para estimular el trabajo psíquico, en la parte final resulta fundamental diseñar un descenso que facilite la integración, la recuperación del control y una salida segura. En psicoterapia, la literatura sobre fases del tratamiento, especialmente sobre cierres y terminación, enfatiza que el final no es un simple trámite, sino una etapa con funciones específicas (revisión, consolidación, fomento de la autonomía, manejo de la separación y preparación para la continuidad fuera de la sesión).

En la sesión, esto implica que el cierre debe favorecer el retorno a un estado de estabilidad. Puede adoptar la forma de un ritual, una síntesis verbal breve, una regulación musical receptiva, un tema final que aporte

coherencia o una breve proyección hacia la vida cotidiana (por ejemplo, identificar qué se lleva, qué cuidará o qué señal indicará la necesidad de apoyo). El objetivo es que el punto E no represente solo el final, sino una verdadera llegada.

En terapias de duración limitada, el marco temporal actúa como una intervención en sí misma. La evidencia indica que establecer límites genera presión de proceso y de expectativas, y puede asociarse con un estilo terapéutico más directivo. Por ello, el cierre debe entenderse como una parte activa del trabajo, no como una mera desconexión técnica (De Geest & Meganck, 2019; Rabinowitz et al., 2025).

Cerraremos el epígrafe con una tabla que presenta una herramienta operativa. Para usarla en supervisión y autoevaluación, ten en cuenta estos elementos:

- 1. Marca en qué fase estuviste la mayor parte del tiempo (y si hubo “saltos”).
- 2. Valora cada fase con una escala simple: 0 = no ocurrió / 1 = débil / 2 = suficiente / 3 = sólido.
- 3. Elige un error frecuente que haya aparecido y escribe una acción correctiva para la próxima sesión (máx. 1–2).

**Tabla 8.1.**  
Plan de vuelo de la sesión

| Fase (metáfora)                           | Objetivo clínico                                                                                                 | Recursos musicales típicos (ejemplos)                                                                                                                                                           | Indicadores observables (en el paciente / diada / grupo)                                                                                          | Errores frecuentes (y su “antídoto”)                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carga / Preparación (antes de “arrancar”) | Asegurar encuadre, seguridad, accesibilidad y foco; preparar “pista” (cuerpo, espacio, instrumentos, intención). | Ajuste del espacio sonoro (volumen/ ruido), selección mínima de instrumentos, “señal de inicio” estable (motivo/ ritual breve), revisión de objetivo de sesión en una frase (verbal o musical). | Llega con mayor o menor activación; tolera el espacio; acepta/ negocia instrumentos; se orienta (mirada, postura); responde a la señal de inicio. | Improvisar el encuadre (“ya veremos”) → micro-brief estructurado. Saturar de opciones → reducir a 1–2 elecciones. No chequear estado → 20–30 s de lectura/ observación inicial. |

|                                 |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Despegue (arranque)</b>      | Establecer alianza de trabajo, co-regulación inicial y "enganche" (participación).                                                              | Imitación/eco, pulso compartido simple, canción familiar o patrón repetitivo, turn-taking básico, escucha receptiva breve si la activación está alta.                                                                                             | Aumenta participación (mirada/gesto/sonido); tolera turnos; se sincroniza (aunque sea mínimo); disminuyen señales de amenaza/evitación.                                                | Subir intensidad demasiado pronto → empezar por <i>simplicidad y previsibilidad</i> . Confundir "arranque" con "calentamiento vacío" → vincularlo al objetivo (aunque sea implícitamente).                                                                        |
| <b>Ascensión(s) gradual</b>     | Incrementar intensidad de tarea y complejidad de forma segura; preparar para el trabajo central.                                                | Variación progresiva (tempo/dinámica/densidad), expansión de rango expresivo, alternancia actividad-pausa, estructuras A-B-A, "puentes" musicales entre ejercicios.                                                                               | Sostiene atención; amplía repertorio de respuestas; tolera pequeñas frustraciones; mantiene regulación con desafío moderado; aparece iniciativa.                                       | Escalada lineal sin lectura → microajustes cada 1-3 minutos (según caso). Confundir energía con progreso → chequear si la activación sirve al objetivo o lo evita.                                                                                                |
| <b>Crucero(trabajo central)</b> | Realizar las tareas terapéuticas nucleares (explorar; elaborar; ensayar; aprender; simbolizar; mentalizar; etc.) con equilibrio desafío-sostén. | Improvisación dirigida o libre con foco (emociones, roles, límites), composición/reescritura, trabajo con letra, performance con feedback, escucha analítica guiada, "diálogo musical" (pregunta-respuesta), técnicas estructuradas según modelo. | Hay "trabajo": emergen temas, patrones y cambios; se sostienen ciclos de acción-reflexión; mejora la agencia; puede tolerar afecto sin desbordarse; se mantienen objetivos a la vista. | Meseta "plana" (actividad sin profundidad) → clarificar foco y criterio de éxito. Sobreintervenir (el/la terapeuta conduce todo) → devolver elección/turno. Oscilar sin sentido → nombrar la intención de cada cambio ("ahora buscamos bajar", "ahora explorar"). |

|                                                    |                                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descenso(inicio de cierre)</b>                  | Transitar de intensidad alta a una salida integrada: consolidar; regular; preparar separación. | Ritardando/ decrescendo, repetición calmante, retorno a material familiar; música receptiva breve, "tema de cierre", cadencias claras, reducción de instrumentos/ roles. | Disminuye activación sin colapso; acepta final; puede verbalizar o mostrar "qué cambia" al cerrar; aparece sensación de logro/orden. | Cortar en seco → diseñar rampa (2–3 pasos). Cerrar cuando el paciente está "arriba" → iniciar descenso antes o hacer micro-descensos durante crucero. Confundir calma con evitación → verificar si la bajada integra o escapa. |
| <b>Aproximación(consolidación + transferencia)</b> | Asegurar significado, continuidad y transferencia mínima: "qué me llevo" y "qué cuido fuera".  | Breve recap musical (motivo que resume), elección final del paciente (l decisión), micro-ritual de despedida, registro sonoro breve (si procede) o frase-cierre cantada. | Puede hacer síntesis (verbal/ musical); identifica un recurso regulador; anticipa próxima sesión; sale orientado/ a.                 | Convertir el final en "charla larga" → síntesis breve y concreta. Abrir temas nuevos → parking terapéutico ("lo guardamos para despegar la próxima").                                                                          |
| <b>Aterrizaje(cierre)</b>                          | Finalizar con seguridad, límites claros y una salida fisiológica y emocionalmente habitable.   | Señal inequívoca de final (cadencia/ ritual), silencio compartido breve, recogida/orden de instrumentos con sentido, despedida coherente.                                | Acepta el límite; se despide sin desorganización marcada; estado compatible con el contexto inmediato (pasillo, aula, casa).         | Final ambiguo ("¿seguimos?") → cierre marcado. Salir "crudo/a" → verificar regulación antes de terminar. Romper el encuadre → mantener consistencia (tiempo, normas, tono).                                                    |

**Cada sesión es un  
viaje que nos  
permite recorrer  
múltiples paisajes  
sonoros**



## 8.2 Ofertas de vuelo

Como se ha señalado previamente, independientemente del marco metodológico adoptado, cada sesión de musicoterapia implica un microproceso de transformación: inicia en un estado y concluye en otro. Este desplazamiento puede ser mental, emocional, relacional, corporal o una combinación de estos aspectos. Cuando la intervención está adecuadamente dosificada, el "punto de llegada" se manifiesta en indicadores clínicamente relevantes, como una mayor regulación, agencia, conexión o claridad respecto al inicio. Concebir la sesión como un trayecto trasciende el recurso narrativo; en psicoterapia se han descrito secuencias y fases del cambio en las que ciertos avances, como el bienestar subjetivo, facilitan otros, como la reducción del malestar y la mejora funcional.

Manteniendo el tono simbólico, proponemos reflexionar sobre los distintos tipos de vuelos. Existen vuelos regionales breves que presentan un margen estrecho entre el ascenso y el descenso. Otros corresponden a travesías largas, con mayor tiempo de crucero y, en consecuencia, más oportunidades y riesgos asociados al trabajo central. Esta analogía enfatiza que la intervención depende no solo de las acciones realizadas, sino también de su dosificación: la duración, la frecuencia, la continuidad y el contexto determinan lo que es posible. En musicoterapia, la práctica evidencia una considerable variabilidad en los formatos y las "dosis", lo que refleja la diversidad de necesidades y entornos.

Es importante abandonar la expectativa de que los logros sigan una lógica lineal. Algunas sesiones contribuirán al progreso, otras parecerán retroceder y algunas no mostrarán cambios visibles, aunque estén generando condiciones para transformaciones futuras. Tanto estudiantes como equipos suelen solicitar fórmulas concretas, pero la práctica clínica exige una competencia más sofisticada: la responsividad, que implica ajustar el plan al paciente y al momento específico sin perder la dirección. Además, el tiempo como marco no es neutral; los límites temporales pueden incrementar la sensación de urgencia, modular expectativas y favorecer estilos de trabajo más directivos, con efectos que pueden ser útiles o problemáticos según el contexto.

Siguiendo la metáfora, se puede imaginar que la compañía AIR MUSICOTERAPIA organiza viajes personalizados. La "flota" se adapta no por arbitrariedad, sino porque cada persona tolera diferentes velocidades de crucero, niveles de carga y tiempos de integración que no pueden imponerse. En algunos casos, la sesión requiere tempos larguísimos, es decir, mucho espacio para procesar, comprender e integrar, con trayectos cortos y escalas sucesivas. En otros, el sistema está preparado para presto veloce, lo que implica mayor rapidez de trabajo, conexiones más directas y una carga elevada. En términos menos metafóricos, la dosificación se ajusta a la ventana de tolerancia, a la capacidad de simbolización, a la disponibilidad corporal y al estilo relacional del paciente. La personalización de las intervenciones constituye un rasgo distintivo que distingue la musicoterapia de otras intervenciones musicales más estandarizadas.

En relación con los procesos prolongados, resulta útil concebirlos como un desarrollo por etapas, en el que los avances no siempre son acumulativos. En ocasiones, pueden requerirse varias "travesías" para lograr un progreso mínimo, que constituye un logro clínico no por su magnitud, sino por el esfuerzo, la repetición, el aprendizaje y el sostén implicados. Este enfoque es fundamental para evitar dos errores: confundir eficacia con rapidez y medir el progreso únicamente por los "territorios conquistados", cuando el cambio suele manifestarse primero en una mejor regulación, menor evitación o mayor capacidad de vínculo antes de que se observen resultados más evidentes.

Ahora bien, incluso cuando el plan de vuelo está bien diseñado, rumbo claro, altitud adecuada, llegada en hora, la consolidación de resultados depende de factores ambientales. Un entorno estresante, caótico o desorganizado puede "borrar" lo trabajado, no porque la sesión no haya servido, sino porque la ecología diaria tiene un peso enorme sobre la posibilidad de mantener los cambios. Por eso conviene hablar de vuelos en código compartido: no es prudente acometer travesías en solitario.

La primera alianza suele establecerse con el entorno convivencial, que incluye a la familia, a los cuidadores y al grupo de referencia. No se trata de "co-terapeutas" en abstracto, sino del sistema que sostiene rutinas, límites, oportunidades y significados. La segunda alianza se da con los profesionales afines, como la medicina, la psicología, la pedagogía y el trabajo social. En psicoterapia, la alianza terapéutica es un predictor robusto de resultados, y

esta lógica puede extenderse a la coordinación interdisciplinaria: cuando los equipos comparten objetivos y lenguaje, el paciente suele encontrar un marco más coherente y seguro.

La fuerza motriz de nuestras intervenciones es musical, pero es necesario precisar que no se trata de "la música" en abstracto, sino del uso clínico de parámetros como ritmo, dinámica, tempo, timbre, armonía y estructura para modular la activación, la relación y la experiencia. Aunque este "combustible" es ampliamente humano, no es culturalmente neutro: el significado musical, las asociaciones personales y el contexto determinan qué resulta regulador, qué actúa como disparador y qué resulta irrelevante. En síntesis, la música proporciona el alcance, pero el mapa lo define la persona.

Con estas coordenadas, se revisan las tareas y los preparativos necesarios para abordar las distintas fases del vuelo. El objetivo no es abarcar todos los supuestos posibles, lo cual sería poco realista, sino organizar un repertorio de decisiones que permita comprender las principales posibilidades de intervención y, especialmente, fundamentar la elección de una u otra en cada sesión.





**En cada sesión  
trazamos una ruta  
para poder cruzar  
al otro lado de las  
dificultades**

## 8.3 Fase de carga y diseño de la ruta

Todavía estamos en tierra. Las pistas de despegue y aterrizaje permanecen cerradas, lo que nos permite decidir con calma. Este tramo, habitualmente omitido en los manuales, forma parte integral del tratamiento: preparar los materiales, revisar los datos, ajustar el rumbo y asegurar que el setting esté listo antes de que el paciente ingrese a la cabina. En el Sistema de Bloques (SdB), esta secuencia es explícita: primero se revisan los datos, se define el foco, se prepara el set instrumental y la hoja de registro; durante la sesión se ejecuta y se registra; después se sintetiza y se ajusta el plan.

### 8.3.1 Revisar la sesión anterior: del recuerdo al dato

La fase de “carga” inicia con la revisión de la sesión anterior. Este repaso no se realiza desde la nostalgia (“fue bonita”) ni desde la intuición (“yo diría que funcionó”), sino a partir de los registros: indicadores, momentos de enganche o desenganche, señales de alerta, micrologros y puntos de quiebre.

Esta revisión cumple una función fundamental: verificar si el plan de vuelo sigue siendo pertinente o si es necesario modificar la altitud, la ruta o la velocidad de crucero. En la práctica clínica, los sesgos no pueden eliminarse por completo, pero sí pueden gestionarse mediante tareas repetibles como la formulación de hipótesis provisionales, el establecimiento de objetivos claros, el registro estructurado, la triangulación y la supervisión.

Es importante mantener un principio operativo del manual: las sesiones no constituyen espacios neutros. Incluso cuando la movilidad es limitada y el trabajo parece “circular”, cada sesión debe promover algún tipo de movimiento terapéutico: activar, organizar, permitir la agencia, fortalecer el vínculo, ensayar recursos e integrar. Esto no implica forzar procesos, sino evitar confundir la contención con la inercia. Esta tensión es especialmente relevante en disciplinas artísticas, donde el flow puede utilizarse como justificación para perder el encuadre.

En una conversación con Jaime Gallardo en Cork (Irlanda), recibí una advertencia significativa sobre el riesgo de “sesiones edulcoradas”, centradas únicamente en el bienestar pasivo, en las que no ocurre nada

transformador. Este recordatorio es relevante: la calidez sin dirección puede resultar confortable, pero no necesariamente terapéutica.

### **8.3.2 Diseñar la ruta: intención, dosificación y planes alternativos**

Diseñar una ruta no es escribir un guion rígido. Es decidir qué queremos trabajar hoy, cómo vamos a proponerlo y con qué señales sabremos que estamos yendo en la dirección adecuada. En SdB, esto se traduce en una lógica de coherencia: Meta → Objetivo → Actividad → Indicadores, manteniendo indicadores estables dentro del bloque para comparar tendencias.

Cuando diseñamos el plan de vuelo, determinamos:

- La estrategia de entrenamiento (qué músculo entrenamos y por qué).
- Intensidad (demanda vs. tolerancia).
- Tiempo y repetición (cuánto, cuántas veces, con qué progresión).
- Pausas y regulación (dónde descansamos para volver a trabajar).
- Plan B (alternativa si no engancha o si cambia el estado de llegada).

Este aspecto se relaciona con una evidencia práctica en psicoterapia: el desempeño del terapeuta mejora mediante el entrenamiento deliberado, como la revisión de grabaciones, el enfoque en microhabilidades y la retroalimentación, en lugar de solo acumular horas de experiencia. En términos de la metáfora utilizada, los buenos vuelos no dependen únicamente del “talento”, sino también de la revisión de rutas, el ajuste de maniobras y la corrección de hábitos (Chow et al., 2015).

### **8.3.3 Preparativos funcionales: cabina, instrumentos y registro “listos para despegar”**

Antes de la llegada del paciente, la cabina debe estar completamente preparada. El texto original lo expresa adecuadamente; aquí se presenta como protocolo:

- Espacio: orden, seguridad, accesibilidad, distractores mínimos. En tu marco, “dejar a la vista solo lo que se va a usar” reduce el efecto bazar y ayuda a sostener el encuadre.
- Set instrumental: seleccionar por finalidad clínica, no por costumbre ni por el gusto del terapeuta.
- Hoja de registro y categorías de observación: revisar el foco (“qué es importante ahora, para este caso”) para que la mirada no sea difusa.
- Material de apoyo: repertorio del día, consignas, letra/estructura, cronograma de tareas.
- Tecnología (si procede): baterías, memoria, ubicación del dispositivo, etiquetado y plan de archivado (ordenar no es burocracia, es método).

Esta preparación encuentra respaldo en la investigación en psicoterapia: los sistemas de monitorización y retroalimentación del progreso facilitan la detección de estancamientos y el ajuste de la intervención. No se trata de que “la hoja haga terapia”, sino de evitar operar sin información relevante.

### **8.3.4 Preparativos personales: presurizar la cabina**

Una vez finalizados los preparativos funcionales, se presenta una tarea menos visible y más delicada: verificar el propio estado emocional. Es necesario detenerse, respirar y buscar calma, siendo consciente del estado emocional personal para evitar que factores externos interfieran en el entorno. Este principio se relaciona con lo desarrollado en el capítulo de habilidades blandas: la autorregulación, la templanza, la claridad y la presencia no son complementos, sino el medio esencial que permite la operatividad técnica (Lambert, 2018).

La metáfora de “presurizar la cabina” resulta especialmente pertinente, ya que refuerza la idea de que es posible tolerar alturas emocionales cuando se ha cuidado previamente el entorno. Esta afirmación no es solo una intuición poética; existen estudios que han evaluado microprácticas de centramiento antes de la sesión. Por ejemplo, un ensayo aleatorizado demostró que un breve ejercicio de centramiento mindful previo a la sesión se asoció con una mayor presencia percibida por los terapeutas y con sesiones consideradas más efectivas por los clientes (Dunn, 2013).

En la misma línea, un estudio controlado en terapeutas en formación sugirió mejores resultados cuando se promovió la práctica de meditación/ mindfulness durante el periodo de tratamiento (Grepmair, 2007)

Desde otra perspectiva, la musicoterapeuta Alessia Fattorini, quien también practica Aikido, sostiene que el setting puede entenderse como un tatami: un espacio en el que conviene meditar cada movimiento como forma de recibir a quien llega. Lo relevante no es la literalidad de la imagen, sino las exigencias que implica: precisión, respeto y disponibilidad.

### **8.3.5 Invertir la perspectiva: no solo “viene a terapia”, también te dejan entrar**

Frecuentemente se asume que “el otro viene a terapia” y se exponen y se exteriorizan. Sin embargo, la perspectiva opuesta resulta más reveladora: somos nosotros quienes ingresamos en la vida de otra persona. Se nos permite acercarnos al núcleo del dolor, del sufrimiento, del trauma o de la patología. Esta autorización conlleva una obligación ética y técnica: estar preparados, mantener límites, registrar con rigor y solicitar supervisión cuando sea necesario.

Con todo preparado, se da la bienvenida al paciente y se inicia el proceso compartido. Se ponen en marcha los motores y se avanza hacia la pista. El despegue comenzará en breve.

#### **“Chequeo de cabina” (2 minutos antes de abrir puerta)**

1. Rumbo: objetivo del día en una frase.
2. Plan A/Plan B: actividad principal + alternativa (misma función, forma distinta).
3. Set: instrumentos visibles = solo los que se usarán.
4. Registro: hoja abierta + categorías de observación activas.
5. Presencia: 5 respiraciones lentas (o un breve centramiento).

**La eficacia del  
espacio  
terapéutico  
comienza a  
operar cuando  
evitamos que el  
ruido del  
mundo exterior  
interfiera  
dentro**



## **8.4 Fase de despegue musical**

Las sesiones de musicoterapia pueden entenderse como una secuencia de momentos diferenciados, cada uno con objetivos específicos dentro del proceso terapéutico. Este apartado se enfoca en la fase inicial, concebida como el despegue y la toma de altura. Los primeros minutos no constituyen únicamente un preámbulo, sino que determinan el tono del encuentro, la disposición a la cooperación y la viabilidad de iniciar el trabajo terapéutico. Diversos enfoques en la investigación psicoterapéutica han subrayado la relevancia de las primeras sesiones para la construcción de la alianza terapéutica y la estabilidad del proceso.

### **8.4.1 Del “hola” a la maniobra: ampliar el concepto de bienvenida**

Tradicionalmente, el inicio de la sesión se ha vinculado a la denominada canción de bienvenida: una pieza con letra y función social (por ejemplo, “hola, ¿cómo estás?”) que cumple el rol de ritual de apertura. Este recurso está ampliamente documentado y utilizado en musicoterapia, especialmente con población infantil, y suele integrarse a otros rituales de apertura y cierre. Sin embargo, la literatura especializada no considera las hello songs como una fórmula homogénea, sino como rituales musicales que deben reflejar la singularidad del paciente y su relación con el terapeuta, permitiendo su composición o ajuste específicos.

Por lo tanto, para optimizar la fase de despegue, se recomienda conceptualizar la bienvenida no solo como una canción, sino como una maniobra clínica que integra tres tareas simultáneas:

1. Transición del afuera al adentro (pasillo–sala; aula–sesión; casa–encuadre).
2. Lectura del estado (activación, ánimo, disponibilidad, carga de la semana).
3. Primer enganche (un gesto de agencia que coloca al paciente en un rol activo).

### **8.4.2. Evitar la rutina administrativa: la bienvenida como intervención situada**



La premisa fundamental es que las acciones terapéuticas deben responder a la individualidad de cada persona. Por ello, es aconsejable evitar que el inicio se convierta en una rutina musical administrativa, idéntica para todos y desconectada del estado actual del paciente. Una bienvenida estandarizada puede resultar útil como ancla predecible, especialmente en determinados perfiles, pero pierde eficacia cuando se realiza de forma automática. Se recomienda mantener el ritual, pero evitar el automatismo.

Es fundamental considerar la cultura y el significado atribuido a los rituales de bienvenida. Lo que para una persona resulta cálido y acogedor, para otra puede percibirse como infantilizante, invasivo o ajeno. En musicoterapia, la literatura sobre humildad cultural y práctica multicultural enfatiza la importancia de explorar las dinámicas culturales tanto del paciente como del terapeuta, negociar los significados musicales y evitar la imposición de repertorios o formatos fundamentados únicamente en la tradición profesional.

### **8.4.3. Bienvenida no es solo “forma canción”: es labor expresiva**

Concebir el inicio como un calentamiento previo resulta útil: el despegue constituye un proceso dentro del proceso, un puente que prepara para alcanzar la altitud de crucero. Desde esta perspectiva, no es necesario limitarse a la forma de la canción. Es preferible considerar una labor musical y expresiva adaptable. Por ejemplo:

- Reconocimiento instrumental: el paciente hace sonar (a su manera) los instrumentos que se usarán hoy, como saludo al material de trabajo (y como lectura inicial de energía, preferencia y control).
- Motivo de arranque (2–4 compases): una señal breve y constante que se repite con pequeñas variaciones (lo “mismo” que admite el “hoy”).
- Mini-danza o activación de baja intensidad: pasos simples, balanceos, palmadas, coordinación suave con pulso compartido.
- Canción compuesta o coajustada: una hello song propia, con letra y música sensibles al estilo del paciente, no un “tema genérico” aplicado a cualquiera.

Lo fundamental es que el inicio resulte significativo, de modo que el paciente perciba que inicia el proceso y active la dinámica musical de



transformación. Desde el primer momento, cada usuario debe asumir un rol activo, aunque sea mínimo, como elegir, iniciar, marcar un pulso, decidir un instrumento o proponer una palabra o un gesto.

#### **8.4.4 Acoger es observar: ajustar el despegue al estado real**

El ritual de bienvenida debe ser consensuado y estar vinculado a la experiencia del paciente fuera de la sesión. La acogida no constituye únicamente una cortesía, sino que representa una forma de integrar el estado emocional y físico del paciente al inicio del proceso. El contexto, la forma y la dinámica del despegue deben estar determinados por el estado del paciente y la relación terapéutica, en lugar de seguir ideas preconcebidas o asumir un rol de terapeuta salvador.

Acoger implica escuchar y observar, aceptar el estado del paciente e integrarlo en la dinámica compartida. Este enfoque no solo mejora el clima terapéutico, sino que también favorece la construcción de la alianza. Estudios sobre presencia terapéutica y sintonía no verbal indican que la sincronía corporal y el movimiento al inicio de la sesión se asocian con mejores valoraciones de la alianza y con cambios positivos al final de la sesión. Esto subraya la importancia de los microajustes de ritmo, postura y tono durante el despegue.

#### **8.4.5 Dos vías de chequeo: verbal y musical**

En esta fase resulta fundamental conocer el estado del paciente, lo cual puede corroborarse por dos vías:

- Con quienes manejan el lenguaje: preguntar por el viaje desde casa, por la semana, por las expectativas y por lo que puede estar perturbando. La clave no es abrir “una entrevista”, sino recoger 2–3 datos que orienten la dosificación (altura, velocidad, turbulencias esperables).
- Con quienes tienen más dificultades comunicativas: testear musicalmente su estado. Observar la intensidad al tocar, la elección de instrumentos, la tolerancia a los turnos, el lenguaje no verbal, la disposición corporal, la capacidad de imitación/eco y la calidad del contacto (mirada, proximidad, regulación).

Es fundamental identificar el estado en que llega el paciente e integrarlo en el inicio de la sesión. Se pueden establecer pasos base y adaptarlos según las necesidades del día, generando variaciones sobre un mismo tema. Esta combinación de estructura y flexibilidad es coherente con las recomendaciones de otros enfoques de terapias creativas, en los que la predictibilidad del inicio puede coexistir con ajustes responsivos según el estado del grupo o de la persona.

#### **8.4.6 El cuerpo como pista: movimiento de baja intensidad para entrar en acción**

Aunque el enfoque principal es la música, resulta pertinente incorporar el trabajo corporal. No se trata de practicar danzaterapia, sino de reconocer que la expresión musical implica necesariamente el cuerpo. Integrar movimientos suaves al inicio puede facilitar la activación, la orientación y la presencia, enviando al sistema nervioso una señal clara de transición hacia la acción. Las guías y la literatura sobre danza y movilización terapéutica describen con frecuencia el inicio con ejercicios de check-in y calentamiento, como la respiración, el grounding y la conciencia corporal, dentro de una secuencia estructurada.

Se recomienda emplear ejercicios graduales, acompañados de música, palabra y voz, y diseñar un acto simbólico de acogida que permita ascender progresivamente hasta la altitud de crucero, priorizando primero la seguridad y posteriormente el desafío. Un despegue sólido facilita que las dificultades del trabajo central se perciban como parte del proceso y no como una amenaza. Es fundamental asegurar la participación conjunta en un despegue terapéutico significativo.

#### **“Checklist de despegue” (3 minutos)**

- ¿Qué llega hoy? (1 dato verbal o 1 dato musical observable).
- ¿Qué se mantiene? (un elemento ritual estable: motivo, gesto, estructura).
- ¿Qué se adapta? (tempo, intensidad y forma según el estado).
- ¿Qué agencia tiene el paciente? (Elija, inicie o decida algo real).
- ¿Cuándo sé que ya puedo “tomar altura”? (señales mínimas de conexión: mirada, pulso compartido, tolerancia a los turnos, regulación suficiente).

## Errores frecuentes y cómo evitarlos

- Piloto automático: la misma bienvenida siempre → mantener la estructura; variar el contenido según el estado del día.
- Forzar la alegría: “hay que empezar animados” → empezar desde lo que llega y modularla gradualmente.
- Cultura como decorado: usar repertorio “típico” sin negociar el sentido → explorar preferencias, significados y límites (humildad cultural).
- Cuerpo ausente: empezar solo “de cabeza” → incluir micromovimientos o grounding cuando sea pertinente.

**La musicoterapia  
nos permite  
tomar distancia  
con lo que sucede  
a ras del suelo**



## **8.5 Desarrollo de la sesión**

Tras la progresión ascendente del espacio de bienvenida (parte B), la sesión avanza hacia la fase de altitud de crucero (parte C), el periodo en el que se desarrolla la mayor parte del tiempo terapéutico y en el que el trabajo musical despliega su potencial con mayor claridad. Se parte del nivel inicial, la cota de suelo (parte A). En este punto, el paciente ha iniciado un proceso en el que, si la planificación es adecuada, la experiencia musical puede facilitar el cruce de fronteras internas, la ampliación del repertorio de respuestas, una mejor autorregulación, el ensayo de roles, la expresión y la elaboración emocionales, la reconstrucción de sentido o la recuperación de la agencia, según corresponda.

Los diagramas con los que abríamos el capítulo mostraban que, tras la subida, aparecía una zona de desplazamiento “horizontal” con forma de meseta. Conviene insistir en un matiz: la meseta no es plana. En crucero, la trayectoria fluctúa con ascensos y descensos según lo que la ruta requiera; la línea suele ser ondulante, más o menos pronunciada, según la intensidad y dificultad de las actividades. Esta idea encaja con modelos de proceso en psicoterapia que describen el cambio como un avance por etapas, con progresos que facilitan otros (y con ritmos variables).

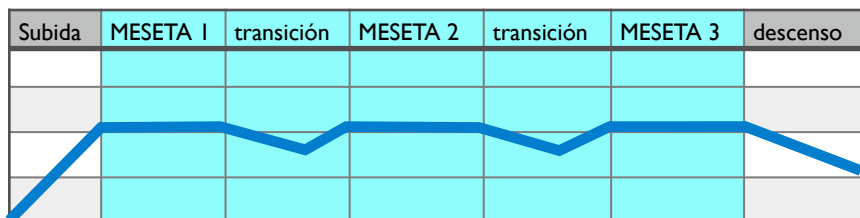
### **8.5.1 De la planificación al pilotaje: mantener el rumbo sin perder responsividad**

Partimos de un supuesto ya trabajado en el manual: tenemos un plan de vuelo; sabemos hacia dónde queremos ir. Hemos diseñado ejercicios que responden a objetivos y estos a metas (bloques, focos, indicadores).

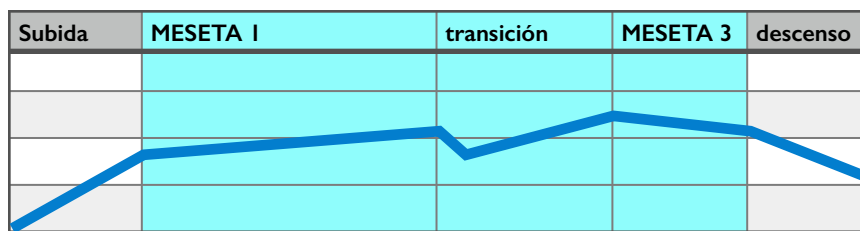
Durante la fase de crucero, la planificación se transforma en pilotaje: se visualiza la trayectoria prevista y, simultáneamente, se observa la que se va configurando en la interacción. Se dirige el proceso y se realizan ajustes cuando es necesario, modificando la intensidad, reduciendo el nivel de exigencia o variando ligeramente el enfoque. Estos ajustes no constituyen improvisaciones erráticas, sino una responsividad fundamentada en criterios clínicos.

**Figura 8.3**

Estructura de sesión de trabajo equilibrado en 3 mesetas

**Figura 8.4**

Estructura de sesión exigente con 2 mesetas



De manera práctica, durante la fase de cruce se alternan mesetas de trabajo y transiciones, modulando parámetros musicales como el tempo, la dinámica, la densidad, el timbre, la estructura, la repetición o variación y la alternancia de turnos, con el objetivo de sostener la experiencia terapéutica. Aunque puedan surgir dificultades que requieran reconfigurar la ruta, se mantiene el foco en el destino final (parte E): el sentido clínico de la sesión y del bloque.

### 8.5.2 Mesetas y transiciones: dosificar el trabajo sin romper el sistema

En las figuras 8.3 y 8.4 (simulaciones) se ven dos lógicas frecuentes:

- Sesión equilibrada en 3 mesetas: tres espacios de actividad con intensidad relativamente constante, separados por transiciones que permiten recuperar la regulación, cambiar de tarea o integrar lo trabajado.

- Sesión exigente en 2 mesetas: una primera meseta con progresión ascendente y una segunda que empieza con un esfuerzo alto y desciende paulatinamente (una especie de “pico” con aterrizaje cuidado).

Este enfoque presenta una ventaja clínica: obliga a conceptualizar la sesión en términos de dosificación, en lugar de una mera acumulación de ejercicios. En psicoterapia y en intervenciones complejas, la 'dosis' no se limita a la duración en minutos, sino que también abarca la demanda emocional, la carga interpersonal y la complejidad de la tarea. Es fundamental describir estos aspectos con precisión para facilitar la replicación y la supervisión. En el ámbito de la investigación, guías como TIDieR enfatizan la importancia de detallar los componentes de una intervención (qué, cómo, cuánto, por quién y con qué fidelidad) para reducir la ambigüedad y mejorar su aplicabilidad (Hoffmann et al. 2014).

### **8.5.3 “No es entretenimiento” sin caer en el extremo contrario**

La afirmación central resulta relevante y debe conservarse, pero con una formulación más precisa: la sesión no se diseña para complacer, sino para promover el cambio. Esto no excluye los elementos lúdicos, distendidos o agradables; implica que lo lúdico no constituye el objetivo final, sino un medio para facilitar y sostener la tarea terapéutica.

Aquí es importante evitar dos riesgos simétricos:

1. Complacencia sin trabajo: el crucero se convierte en una “actividad bonita” que no toca nada relevante.
2. Exigencia sin sostén: se fuerza el sistema por encima de la tolerancia del paciente, lo que incrementa el riesgo de desregulación, evasión o ruptura de la alianza.

La literatura sobre la alianza terapéutica recuerda que el vínculo no es un accesorio: está asociado de manera consistente con resultados en psicoterapia. En musicoterapia también se ha investigado la alianza y las variables de proceso (por ejemplo, en entornos psiquiátricos), observándose patrones de adhesión/alianza y asistencia que importan clínicamente, aunque la relación con los resultados pueda ser compleja.

Por este motivo, en lugar de referirse a un 'paciente irrecuperable', el marco clínico prudente indica que la sobrecarga del sistema incrementa el riesgo de ruptura, abandono o de necesidad de reencuadre o derivación. Este riesgo se minimiza mediante una dosificación adecuada y fundamentada (de Witte et al., 2022; Hannibal, 2023)

#### **8.5.4 El crucero como “campo de trabajo”: ¿qué cabe aquí?**

En el tramo intermedio se incluyen todas las actividades musicales pertinentes para las metas terapéuticas del bloque, como la improvisación (dirigida o libre con foco), la composición, el trabajo con letra, la escucha receptiva o analítica, la performance con retroalimentación y las estructuras de diálogo musical, entre otras. La organización de estas actividades no depende únicamente de la técnica, sino también de la pregunta clínica: ¿cuál es el propósito de esta actividad en este momento del proceso y con esta persona?

En este punto, resulta pertinente mantener la defensa de la identidad profesional con un ajuste clave. Aunque en redes sociales se observan propuestas que priorizan elementos ajenos a la música, en un manual basado en estándares se recomienda la siguiente formulación:

La musicoterapia se distingue por el uso clínico de experiencias musicales y de la relación terapeuta–cliente–música. Si el componente musical es accesorio o meramente decorativo, corremos el riesgo de desdibujar el encuadre y la especificidad profesional. (Este argumento se alinea con definiciones y debates en el campo, así como con revisiones recientes que discuten qué se entiende por “music therapy” frente a “musical interventions”).

En síntesis, no es necesario establecer porcentajes específicos, ya que resultan difíciles de respaldar con evidencia y dependen en gran medida del caso. Es suficiente con aplicar un criterio más sólido: que el componente musical constituya el vehículo principal del mecanismo de cambio tanto en la sesión como en el bloque correspondiente.

#### **8.5.5 Indicadores para ajustar altura en crucero (supervisión rápida)**



- Sube (más desafío) cuando veas: iniciativa, tolerancia a los turnos, regulación suficiente, curiosidad, capacidad para sostener la tarea, afecto accesible.
- Sostén (mantén la meseta) cuando veas: trabajo en progreso, compromiso estable, fatiga manejable, elaboración sin desbordamiento.
- Baja (más de sostén) cuando veas: hiperactivación o colapso, evitación rígida, desconexión, irritabilidad creciente, pérdida de contacto, señales de sobrecarga corporal.

Este tipo de ajuste responsivo es coherente con la lógica de describir y monitorizar la intervención y su adherencia/fidelidad en tratamientos complejos (Boutron et al., 2008).



**La bienvenida  
equilibra y  
sostiene**

## **8.6 Cierre de la sesión**

Una vez completada la parte central de la sesión, corresponde iniciar el descenso. Tradicionalmente, esta etapa se denomina “actividad de cierre” y suele asociarse a una canción de despedida. Este recurso es útil y ampliamente utilizado, al igual que la canción de bienvenida. Sin embargo, es importante ampliar la perspectiva: el cierre constituye una fase integral de la sesión, con tareas clínicas específicas. En psicoterapia, la literatura sobre terminación y cierre destaca que el final no es un simple trámite, sino un componente con funciones definidas, como integrar, consolidar, preparar la continuidad fuera de sesión y manejar la separación.

El cierre no implica simplemente detener la sesión; consiste en intervenir para integrar el trabajo realizado y garantizar una salida segura.

Al igual que el inicio, se concibe el cierre como un ritual de salida. Este proceso implica despedirse, verificar la estabilidad del paciente y, si corresponde, asignar una microtarea o establecer un punto de continuidad para la próxima sesión. Todas estas acciones deben adaptarse a las particularidades del caso y del contexto, ya sea clínico, educativo o comunitario.

La analogía del vuelo resulta útil: durante la maniobra de aproximación se trabaja con la inercia generada a lo largo de la sesión. El trabajo principal ya se ha realizado, por lo que no es necesario mantener la máxima intensidad. Es el momento de planear, lo que no implica abandonar el tratamiento, sino cambiar de función, pasando del desaffo a la integración.

Es importante precisar que, aunque el cierre puede resultar placentero y recreativo, su objetivo principal no es premiar, sino regular, ordenar y consolidar. En ciertos casos, una despedida excesivamente estimulante puede dejar a la persona activada o vulnerable al salir, mientras que una disminución abrupta puede funcionar como una forma de evitación. Por lo tanto, el criterio fundamental no es que el cierre sea relajante, sino que sea clínicamente adecuado.

### **8.6.1 Diseñar el descenso: parámetros musicales como rampa**

El protocolo de despedida se adapta seleccionando contextos sonoros y parámetros musicales concretos: timbres, dinámica, densidad, rango melódico, gama armónica, tempo y duración. Lo decisivo es que ese diseño no sea arbitrario: se ajusta a la tolerancia del paciente y al tipo de trabajo realizado en crucero.

En términos operativos, el cierre responde a tres preguntas:

1. ¿Con qué estado entra el paciente en la fase de descenso? (activación alta, baja, estable, frágil).
2. ¿Qué necesita para salir con seguridad? (bajar la activación, recuperar el control, integrar la emoción, reforzar la agencia).
3. ¿Qué señal nos indicará que el aterrizaje es real? (respiración más regular, mirada, postura, tono, contacto, capacidad de despedida, retorno de orientación).

### **8.6.2 Evitar cierres en falso: la verificación como acto clínico**

En esta última fase, la atención se centra en percibir cómo se siente y cómo se va. Nos aseguramos de que no se produzca un cierre en falso: un final aparente que deja tensión, carga emocional o desregulación latente que se manifiesta después (en el pasillo, en casa, en el aula, en la interacción con cuidadores).

Esta idea, en psicoterapia, se conecta con lo observado en rupturas de alianza y con la importancia de reparar microdificultades antes de que se consoliden como evitación o abandono (del Río Olvera, 2022).

Por este motivo, además del ritual musical, resulta útil incorporar un breve chequeo, ya sea verbal o musical, que confirme que la persona está lo suficientemente regulada para finalizar la sesión. En algunos casos, esto puede consistir en una pregunta simple, como “¿cómo te vas?”.

En otros, se puede realizar una lectura musical observando la intensidad con que toca, la necesidad de una última descarga, la tolerancia al silencio, la forma de soltar los instrumentos o el contacto visual.

### **8.6.3 Ritual propio y agencia: despedidas cocreadas**

Con pacientes más propositivos (o en procesos más avanzados) es especialmente valioso crear un ritual de despedida propio: permitir que decidan qué elementos tendrá esa salida. Puede ser:

- Una canción con coreografía,
- Una improvisación breve “de aterrizaje”,
- Un canto de pregunta–respuesta,
- Un dibujo mientras cantamos,
- Un motivo final que el paciente elige y repite.

El criterio aquí es clínico: agencia y continuidad. El ritual elegido no es un adorno, sino una herramienta para marcar límites, sostener la identidad y llevarse algo transferible fuera de la sala.

### **8.6.4 El cierre como síntesis: feedback seguro, no “evaluación”**

Durante el descenso y el aterrizaje, podemos compartir impresiones sobre el desarrollo de la sesión. Aquí conviene afinar mucho el tono: no se trata de “evaluar al paciente”, sino de devolver significado. Un feedback breve, específico y amable puede consolidar el aprendizaje y aumentar la seguridad (“hoy pudiste sostener el turno más tiempo”, “noté que cuando bajamos el tempo respiraste mejor”, “cuando te equivocaste seguiste y eso fue importante”). En cambio, un comentario global, ambiguo o con carga normativa puede dejar una huella innecesaria.

Es importante mantener la idea principal: en ocasiones, el recorrido es significativo, mientras que en otras parece que se regresa al punto de partida. En estos casos, el cierre debe reconocer el esfuerzo sin dramatizar el resultado, valorando la implicación, la presencia, el intento y la tolerancia. Posteriormente, fuera del espacio del paciente, se analizarán las razones y se ajustará la intervención según corresponda.

### **8.6.5 Habilidades blandas: la calidad del final protege el proceso**

En esta etapa, resultan especialmente necesarias las habilidades interpersonales, como el trato cuidadoso, la calidez, la claridad en los límites y la transmisión de seguridad. El paciente puede presentar sensibilidad o afectación según la intensidad de la sesión, y el cierre es el elemento que se mantiene al salir. En psicoterapia, la calidad de la relación y la alianza terapéutica se asocian con los resultados, y el final de la sesión es uno de los momentos en que estas se manifiestan de manera visible.

### 8.6.6 “Checklist de aterrizaje” (5-10 minutos)

- Señal de descenso: ¿Hemos marcado explícitamente que empezamos a cerrar?
- Rampa: ¿Hemos bajado 1–2 parámetros (tempo, dinámica, densidad) de forma gradual?
- Chequeo: ¿Hay una confirmación breve de estado (verbal o musical)?
- Agencia: ¿El paciente decide al menos un elemento del cierre?
- Puente: ¿Dejamos una continuidad mínima (microtarea, recordatorio, “lo retomamos por aquí”)?
- Salida segura: ¿cómo queda al cruzar la puerta?

### Errores frecuentes y cómo evitarlos

- Cortar en seco → diseñar una rampa de 2–3 pasos.
- Cerrar “demasiado arriba” → iniciar el descenso antes o incluir microdescensos en cruce.
- Cierre sedante como medidas de evitación → verificar si regula o si requiere anestesia (y ajustar).
- Feedback evaluativo/limitante → devolver observaciones concretas y empoderantes.
- Final ambiguo → señal clara de cierre + ritual consistente.



**El final de las  
sesiones es un  
suave descenso  
hasta la ribera de  
la vida cotidiana**

## 8.7 El momento de medir

Acabamos de finalizar la sesión y nos hemos despedido del paciente. Las sensaciones permanecen recientes, con todos sus matices y microdetalles. Este es el momento óptimo para registrar lo observado y experimentado, antes de que la memoria tienda a simplificar, rellenar vacíos o eliminar detalles sutiles. En psicoterapia y salud conductual, se recomienda monitorizar de manera rutinaria y inmediatamente previa al encuentro para fundamentar decisiones clínicas y detectar oportunamente estancamientos o deterioros.

### 8.7.1 Primero lo estructurado: hoja de registro (cuantitativo)

Es recomendable iniciar por la hoja de registro del SdB, ya que permite recopilar datos observables y cuantificables, como frecuencias, duraciones y ocurrencias, que dependen en gran medida del recuerdo inmediato. Si se trabaja de manera individual, resulta útil realizar anotaciones mínimas durante la sesión, como marcas discretas, conteos rápidos o palabras clave, para que el recuento posterior sea más preciso y menos sujeto a interpretación.

La hoja de registro, en este manual, no es un trámite: es la herramienta que permite comparar, sesión a sesión, si la ruta trazada se mantiene y si hay señales consistentes de cambio.

Posteriormente, se aborda la dimensión vivencial mediante el cuaderno de bitácora, una tarea de carácter narrativo y cualitativo. Mientras que en la hoja de registro se documenta qué ocurrió, en el cuaderno de bitácora se recoge cómo ocurrió: cómo fue percibido, qué atmósfera se generó, qué tensiones surgieron y qué factores facilitaron o dificultaron la implicación.

En esta bitácora describiremos:

- Conductas del paciente y su forma de responder,
- Nivel de implicación e interés por secciones de la sesión,
- Frases significativas (dichas o cantadas), gestos, retracciones, cambios bruscos o incapacidades puntuales que expliquen mejor los datos cuantitativos,



- Cuando sea clínicamente pertinente, rasgos musicales del material emergente: tonalidad, tempo aproximado, patrones rítmicos, secuencias armónicas, contornos melódicos, instrumentos empleados, turnos, dinámicas.

La combinación de información cuantitativa y cualitativa suele proporcionar un cuadro clínico más útil: el dato sin narrativa carece de contexto, mientras que la narrativa sin datos es susceptible a sesgos.

### **8.7.2 Trazabilidad y rigor del registro: cómo enlazar TIDieR y RG-MBI con el SdB**

El registro se ha abordado desde dos perspectivas complementarias: la cuantitativa (hoja de registro) y la cualitativa (cuaderno de bitácora). Para que esta información resulte útil en supervisión, investigación aplicada y mejora continua, y no permanezca como un archivo personal de difícil comparación, es recomendable incorporar un tercer nivel: una ficha estándar de intervención que permita la trazabilidad de “qué se hizo” y “cómo se hizo” y facilite su vinculación con las tablas y categorías del Sistema de Bloques (SdB).

En este punto entran dos guías muy pertinentes:

- TIDieR (Template for Intervention Description and Replication) facilita la descripción de la intervención mediante un mínimo común: racional, materiales, procedimientos, dosis, adaptaciones, modificaciones y fidelidad. Esta herramienta actúa como puente entre el plan y la ejecución.
- RG-MBI (Reporting Guidelines for Music-Based Interventions) incorpora elementos que un checklist generalista no recoge adecuadamente: especifica la música utilizada (forma, parámetros, entrega y balance activo–receptivo) para que la sesión resulte comprensible y replicable desde la perspectiva específica de la musicoterapia.

### **Tres capas, una misma lógica en el Sistema de Bloques**

La Tabla 8.2 que te presento a continuación se basa en TIDieR (Hoffmann et al., 2014). TIDieR (Template for Intervention Description and Replication) es una lista de verificación (checklist) de 12 ítems, creada para que las intervenciones (clínicas, educativas o de investigación) se describan

con suficiente detalle como para replicarlas y aplicarlas correctamente. Te obliga a documentar, de forma estándar, el nombre y el “por qué” de la intervención, qué se hace (materiales y procedimientos), quién la aplica, cómo y dónde, cuánto (dosis), adaptaciones, modificaciones y fidelidad (planificada y real). El uso recomendado implica completar en 5–10 minutos tras la sesión (junto a la HdR y la bitácora) para dejar una descripción replicable, auditable y comparable del “qué se hizo” y del “cómo se ajustó”.

**Tabla 8.2**

Ficha de sesión para supervisión y trazabilidad (TIDieR–SdB, versión compacta)

| <b>Componente<br/>(TIDieR adaptado)</b> | <b>Qué anotar<br/>(mínimo clínico)</b>                                                   | <b>Dónde se integra<br/>en SdB</b> | <b>Dato extraíble<br/>(para análisis)</b>             |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Nombre breve de la sesión               | Etiqueta corta (p. ej., “Crucero 2 mesetas + cierre regulador”)                          | Encabezado HdR / Bitácora          | Etiqueta de intervención (para agrupar sesiones)      |
| Racional / “por qué”                    | Hipótesis del día (1–2 líneas) + objetivo operativo                                      | Meta/Objetivo del día              | Hipótesis por objetivo (para revisar aciertos/sesgos) |
| Materiales                              | Instrumentos/voz/tecnología/repertorio (solo lo usado)                                   | Plan de sesión                     | Inventario por sesión (consistencia y cambios)        |
| Procedimientos (secuencia)              | Actividades principales (Meseta 1/2/3) + transiciones                                    | Hoja de ruta                       | Nº de actividades + Nº de transiciones                |
| Quién lo entrega                        | Terapeuta/coterapeuta/observador (roles)                                                 | Encabezado                         | Tipo de equipo (solo/dupla/supervisión)               |
| Cómo (modalidad)                        | Individual/grupal; directividad (baja/media/alta); tipo (impro/receptiva/composición...) | Encabezado + Bitácora              | Modalidad de intervención (codificable)               |
| Dónde (contexto)                        | Setting, interrupciones, terceros, ruido, incidencias                                    | Contexto                           | Índice de perturbación contextual (0–3)               |
| Cuándo y cuánto (dosis)                 | Duración total + minutos por fase (B despegue / C crucero / D descenso)                  | HdR + Bitácora                     | <b>Dosis</b> total y por fase (min)                   |

|                                    |                                                                                 |                    |                                                  |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------|
| Adaptaciones previstas (tailoring) | Ajustes planificados por perfil del paciente (p. ej., tempo/estructura/demanda) | Plan + notas       | Tipos de tailoring (estructura/energía/relación) |
| Modificaciones no previstas        | Cambios sobre la marcha (turbulencias) y decisión tomada                        | Bitácora           | Registro de contingencias (categorías)           |
| Fidelidad al plan (qué se mantuvo) | ¿Se siguió la ruta? (0–3) + qué se omitió/alteró                                | Bitácora           | Índice de fidelidad (plan)                       |
| Calidad de entrega (cómo se hizo)  | Presencia/timing/coherencia (0–3) + evidencia breve                             | Autoevaluación 8.7 | Índice de calidad (entrega)                      |
| Seguridad y seguimiento            | Señales rojas + acción (p. ej., derivación, aviso, microtarea, coordinación)    | Alertas + cierre   | Evento de riesgo (sí/no) + tipo + acción         |

Nota: Escalas sugeridas (para los campos 0–3): 0 = no ocurrió / no aplicó · 1 = insuficiente · 2 = adecuado · 3 = sólido. Campo opcional recomendado: "Evidencia (1 línea)" para fidelidad, calidad y seguridad (hecho observable, frase, episodio musical).

Las variables mínimas que conviene extraer siempre (para análisis y para cruzar con HdR) son:

- Dosis total y por fase (min).
- N° de mesetas y transiciones
- Modalidad (tipo de intervención).
- Tailoring y modificaciones (categorías)
- Fidelidad (plan) y calidad (entrega)
- Señales rojas y acción de seguimiento.

El SdB ya organiza el trabajo con una lógica clara: Meta → Objetivos → Actividades → Indicadores (y sus categorías de observación). Lo que hacen TIDieR y RG-MBI es convertir esa lógica en un registro "auditable":

1. SdB (qué perseguimos y qué medimos): metas, objetivos, indicadores, categorías y criterios de observación.
2. TIDieR (qué hicimos y cuánto y cómo lo ajustamos): secuencia, dosis por fases, tailoring, modificaciones, fidelidad.
3. RG-MBI (qué música y qué entrega): modalidad musical, parámetros, estructura, estilo de conducción y seguridad.

**Tabla 8.3**

Núcleo musicoterapéutico para describir “qué música” (mini RG-MBI para clínica)

| <b>Componente RG-MBI (adaptado)</b> | <b>Qué anotar (mínimo clínico)</b>                                            | <b>Dónde</b>          | <b>Dato extraíble</b>                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| Racional musical                    | Por qué esa forma musical (pulso/tono/timbre) para ese objetivo               | Bitácora              | Mecanismo propuesto (regulación, sincronía, agencia...) |
| Contenido musical                   | Tipo: improvisación / canción / escucha / composición / movimiento con música | HdR                   | Modalidad musical (codificable)                         |
| Parámetros                          | Tempo aproximado, dinámica/energía, densidad, registro, timbre dominante      | Bitácora breve        | “Perfil musical” de sesión (comparables)                |
| Estructura                          | Forma: A-B-A, pregunta-respuesta, ostinato + variación, etc.                  | HdR/bitácora          | Forma musical dominante                                 |
| Entrega                             | Directividad, instrucciones, turn-taking, espejado, contención                | Bitácora              | Estilo de conducción (0–3)                              |
| Dosis musical                       | Minutos de música activa / receptiva / silencio                               | HdR                   | Balance activo-receptivo                                |
| Unidad de entrega                   | Individual/grupo, participación de familia/equipo                             | Encabezado            | Tipo de unidad (para análisis)                          |
| Fidelidad musical                   | ¿Se mantuvo el “contenedor” (pulso/armonía/estructura)?                       | Bitácora              | Fidelidad musical (0–3)                                 |
| Seguridad                           | Señales rojas (sobrecarga, disociación, rechazo)                              | HdR (“alertas”) CAP 4 | Registro de riesgo (binario + nota)                     |

Adaptación de las Reporting Guidelines for Music-Based Interventions (RG-MBI) actualizadas (Robb et al., 2025). El objetivo de esta tabla es que el cuaderno fenomenológico no quede “bonito pero intransferible”; es decir, que tu descripción musical tenga mínimos estables que puedan aplicarse a un informe para las familias, a una sesión de supervisión o a la redacción de un paper.

Para evitar la duplicación de información y reducir la carga administrativa, es fundamental asignar funciones específicas a cada documento:

- Hoja de registro (SdB): concentra los indicadores (frecuencia, duración y ocurrencia) y las categorías observables.
- Bitácora: concentra la fenomenología (atmósfera, momentos significativos, frases/gestos, episodios musicales).
- Ficha TIDieR–SdB (Tabla 8.4): concentra la arquitectura de la sesión (mesetas, transiciones, dosis por fases) y las decisiones clínicas (adaptaciones, modificaciones, fidelidad).
- Núcleo RG-MBI (Tabla 8.5): concentra la descripción musical mínima (modalidad, parámetros, estructura, equilibrio activo–receptivo y señales de riesgo).

### **Qué datos “extraer” para análisis y supervisión (el paquete mínimo)**

Para garantizar el rigor del análisis fenomenológico y su vinculación con los indicadores del SdB, se recomienda extraer sistemáticamente seis variables de TIDieR y RG-MBI, y cruzarlas con la hoja de registro:

1. Dosis: minutos totales y por fase (despegue / crucero / cierre).
2. Arquitectura: n.º de mesetas y n.º de transiciones.
3. Modalidades musicales: improvisación, canción, escucha, composición, movimiento con música, etc.
4. Perfil de parámetros: tiempo, energía y densidad (al menos aproximados).
5. Ajustes y contingencias: tailoring (planificado) y modificaciones (turbulencias), con su respectivo motivo.
6. Fidelidad y calidad: fidelidad al plan (0–3) + calidad de la entrega (0–3), con evidencia breve.

Estas seis variables permiten responder de manera comparable a la pregunta central del SdB: “qué se hizo para este objetivo, en qué dosis, con qué música, cómo se ajustó y qué cambió en los indicadores”.

### **Cierre operativo: una rutina de 10 minutos que lo deja todo conectado**

Para integrar este sistema sin generar sobrecarga, se recomienda seguir una secuencia fija al finalizar cada sesión:

1. Completar la hoja de registro (SdB): indicadores y categorías (2–3 min).
2. Completar la Tabla 8.4 (TIDieR–SdB): dosis, mesetas/transiciones, adaptaciones/modificaciones y fidelidad (3–4 min).
3. Completar la Tabla 8.5 (RG-MBI núcleo): modalidad, parámetros, estructura, balance activo–receptivo y seguridad (2–3 min).
4. Bitácora (fenomenología): 8–10 líneas + 1–2 momentos significativos (2–3 min).

## 8.7.2 Autoevaluación profesional: mirar también al piloto

También es importante realizar una autoevaluación del propio trabajo (véase la Tabla 8.4). No como ejercicio narcisista, sino como requisito de calidad: el terapeuta es parte del sistema y su manera de estar, proponer y responder influye en la sesión.

Aquí encaja especialmente bien el uso del Impact Areas Questionnaire (IAQ) como herramienta de evaluación del servicio y del impacto, más allá del usuario directo (Tsiris et al., 2020). La versión que mencionas se basa en el IAQ desarrollado en el contexto de Nordoff Robbins y presentado como instrumento para valorar áreas de impacto en múltiples niveles (usuario, familia/cuidadores, personal, organización).

Además de evaluar acciones e impacto, resulta pertinente mantener una revisión continua de las propias aptitudes y actitudes. El IAQ puede complementarse con otras estrategias según el contexto, como entrevistas, análisis FODA, indicadores de costo-efectividad o de impacto social. El objetivo no es acumular instrumentos, sino seleccionar aquellos que generen información significativa para optimizar la práctica.

### Recomendaciones de uso (para que “mida” de verdad)

- Define la ventana temporal: ¿se rellena tras cada sesión, por bloques de 10 o trimestralmente? (Sugerencia: por bloque + mini-nota por sesión).
- No todo aplica siempre: por eso, el “0 = No aplica/no observado” evita inflar las puntuaciones.
- Añade evidencia breve: una línea por ítem, puntuado  $\geq 3$  (p. ej.: “IA4=4: respiración regular + disminuye el golpeo + solicita escucha receptiva”).
- Evita la causalidad fuerte: este instrumento describe el impacto percibido/observado, no prueba la causalidad por sí mismo.

**Tabla 8.4**

Adaptación del Impact Areas Questionnaire (IAQ) para autoevaluación de servicio e impacto

| <b>Dominio</b> | <b>Áreas de impacto relacionadas con pacientes</b>                                                                                   |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IA1            | La intervención ha contribuido a desarrollar habilidades de comunicación (verbal y/o no verbal).                                     |
| IA2            | La intervención ha contribuido a facilitar habilidades sociales y de interacción.                                                    |
| IA3            | La intervención ha proporcionado apoyo emocional.                                                                                    |
| IA4            | La intervención ha favorecido relajación y calma (regulación).                                                                       |
| IA5            | La intervención ha contribuido a desarrollar habilidades físicas (motoras/psicomotoras, según el caso).                              |
| IA6            | La intervención ha contribuido a mejorar la calidad de vida o el bienestar percibido.                                                |
| IA7            | La intervención ha contribuido a aumentar la confianza/seguridad personal.                                                           |
| IA8            | La intervención ha contribuido a reducir síntomas o conductas problemáticas (según objetivos clínicos).                              |
| IA9            | La intervención ha facilitado momentos de alivio o desconexión funcional ante preocupaciones cotidianas (cuando ha sido pertinente). |
| IA10           | La intervención ha contribuido a aumentar la motivación y el compromiso con la actividad/objetivos.                                  |
| IA11           | La intervención ha apoyado habilidades de aprendizaje (atención, memoria, secuenciación, etc., según el caso).                       |
| IA12           | La intervención ha proporcionado una experiencia positiva y creativa.                                                                |
| IA13           | La intervención ha ofrecido oportunidades significativas de experiencia musical (participación, escucha, creación o interpretación). |

| <b>Dominio</b> | <b>Áreas de impacto relacionadas con familias/cuidadores/amigos</b>                                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2A1            | La intervención ha contribuido a mejorar la comunicación con familiares/cuidadores (comprensión, interacción, información compartida). |
| 2A2            | La intervención ha contribuido a mejorar la relación con familiares/cuidadores.                                                        |
| 2A3            | La intervención ha proporcionado apoyo emocional a familiares/cuidadores.                                                              |
| 2A4            | La intervención ha favorecido tranquilidad o sensación de seguridad en familiares/cuidadores.                                          |
| 2A5            | La intervención ha aportado alivio o apoyo ante demandas cotidianas asociadas al cuidado.                                              |
| 2A6            | La intervención ha ofrecido una experiencia positiva/creativa vinculada al proceso (cuando aplica).                                    |
| 2A7            | La intervención ha ofrecido oportunidades de experiencia musical (directa o indirectamente vinculadas al proceso).                     |
| <b>Dominio</b> | <b>Áreas de impacto relacionadas con el personal (equipo/centro)</b>                                                                   |
| 3A1            | La intervención ha contribuido a mejorar la comunicación y la comprensión del caso (entre profesionales o en el equipo).               |
| 3A2            | La intervención ha contribuido a mejorar relaciones e interacción en el equipo (coordinación, clima).                                  |
| 3A3            | La intervención ha ayudado a reducir el estrés laboral (cuando ha sido pertinente).                                                    |
| 3A4            | La intervención ha favorecido la motivación y el funcionamiento del equipo en relación con el contexto.                                |
| 3A5            | La intervención ha propiciado una experiencia positiva/creativa para el personal (cuando aplica).                                      |
| 3A6            | La intervención ha ofrecido oportunidades de experiencia musical (cuando aplica).                                                      |



| <b>Dominio</b> | <b>Áreas de impacto relacionadas con la organización</b>                                                |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4A1            | La intervención ha contribuido a modular o mejorar la atmósfera del contexto (clima general).           |
| 4A2            | La intervención ha favorecido interacciones positivas entre personas en la organización.                |
| 4A3            | La intervención se ha alineado con los valores/espíritu de la organización y su modo de funcionamiento. |

NOTA: Cómo usarla. Al finalizar una sesión (o, preferiblemente, al cierre de cada bloque de trabajo), valore en qué medida la intervención de musicoterapia ha contribuido a cada área.

Escala sugerida: 0 = No aplica / no observado; 1 = Nada; 2 = Poco; 3 = Moderado; 4 = Mucho. Se recomienda añadir una evidencia breve (una línea) para los ítems puntuados con 3–4 (conducta observable, frase, gesto, episodio musical), de modo que el registro no se convierta en una impresión general sino en una constatación documentable.

### 8.7.3 Preguntas guía: convertir experiencia en aprendizaje (sin perder rigor)

Estos registros, especialmente el cualitativo, se vuelven más útiles si se apoyan en 3 preguntas estables:

- ¿Qué fue significativo hoy para el paciente y para mí?
- ¿Cómo se manifestó (conductualmente y musicalmente)?
- ¿Qué relevancia tiene para el plan de vuelo (próxima sesión / bloque)?

Este tipo de reflexión estructurada se alinea con la literatura sobre la práctica reflexiva y la profesionalización. Cuando la reflexión se realiza de manera sistemática y no solo se basa en sensaciones, contribuye al desarrollo profesional, al autocuidado y a la toma de decisiones clínicas más precisas.

Propuesta operativa: dos planos de autoevaluación. En el texto se identifican dos bloques de autoobservación de gran valor. Para que sean útiles en procesos de supervisión y autoevaluación sin resultar extensos, es recomendable transformarlos en una tabla con una escala breve (por ejemplo, 0–3: 0 = no ocurrió, 1 = insuficiente, 2 = adecuado, 3 = sólido) y un campo de evidencia que respalde cada valoración.

**Tabla 8.5**

Autoevaluación post-sesión en dos planos (escala 0–3 + evidencia)

| Plano         | Ítem                                                                 | 0–3 | Evidencia (1 línea) |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|-----|---------------------|
| Musical       | Conexión con la música (presencia, escucha, ajuste).                 |     |                     |
| Musical       | Manejo de las respuestas musicales del paciente.                     |     |                     |
| Musical       | Interés por las propuestas del paciente (seguir; ampliar; devolver). |     |                     |
| Musical       | Gestión de errores musicales (reparar; modelar; no colapsar).        |     |                     |
| Musical       | Resolución musical de momentos de caos.                              |     |                     |
| Musical       | Proposición musical útil para la terapia (no solo "sonar bien").     |     |                     |
| Musical       | Improvisación y orientación de la expresión musical.                 |     |                     |
| Musical       | Musicalidad funcional y estética sonora al servicio del caso.        |     |                     |
| Musical       | Creatividad e integración musical (coherencia, desarrollo).          |     |                     |
| Musical       | Comunicación musical (turn-taking, contención, contraste, espejado). |     |                     |
| Intrapersonal | Conciencia/perspiciencia (qué me pasa y cómo influye).               |     |                     |
| Intrapersonal | Aceptación (trabajar con lo que llega, sin lucha improductiva).      |     |                     |
| Intrapersonal | Libertad (flexibilidad sin perder encuadre).                         |     |                     |
| Intrapersonal | Conexión empática e integración de la totalidad.                     |     |                     |
| Intrapersonal | Gestión de la frustración.                                           |     |                     |
| Intrapersonal | Regulación emocional (rabia, miedo, dolor; sorpresa, alegría).       |     |                     |
| Intrapersonal | Transformación interior (aprendizaje propio a partir de la sesión).  |     |                     |
| Intrapersonal | Intimidad y conexión con uno/a mismo/a sin invadir la sesión.        |     |                     |
| Intrapersonal | Inspiración/creatividad como recurso (no como obligación).           |     |                     |

Nota: Instrucciones. Valora cada ítem al finalizar la sesión (o al cierre del bloque): 0 = No ocurrió / no aplicó · 1 = Insuficiente · 2 = Adecuado · 3 = Sólido. Añade una evidencia breve (1 línea) para justificar la puntuación (conducta observable, episodio musical, frase, microevento).

Esta estructura facilita un aspecto fundamental: que la autoevaluación sea susceptible de entrenamiento. En psicoterapia, la evidencia sobre la mejora del desempeño indica que no basta con acumular experiencia; resulta beneficioso trabajar con ciclos de retroalimentación, objetivos de mejora y reflexión deliberada.

Uso recomendado en supervisión. Elige 2 ítems (uno por plano) con puntuación de 0–1 y escribe una acción de mejora para la próxima sesión (p. ej., “reducir la densidad en el minuto 8”, “devolver la propuesta del paciente sin corregirla”, “hacer 30 s de centramiento antes de abrir la puerta”).

Esta estructura convierte la autoevaluación en entrenamiento continuo mediante ciclos breves de retroalimentación, objetivos y reflexión deliberada.

CUADERNO DE BITÁCORA

**La narrativa de nuestras  
sesiones es un catálogo  
lleno de vidas**



## 8.8 Protección de los registros

Es fundamental recordar que la responsabilidad terapéutica no termina al concluir la sesión. Incluye todas las fases: diseño, preparación, intervención, observación, registro, análisis, coordinación y seguimiento. Durante todo el proceso, proteger la confidencialidad y la seguridad de las personas atendidas es una obligación esencial.

En España y en la UE, esta obligación es legal y ética, respaldada por el RGPD y la Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD). Los datos recogidos (registros, cuestionarios, entrevistas, audios, vídeos, informes, comunicaciones, etc.) son personales y muchos, por su naturaleza clínica, se consideran datos de salud. Esto requiere un nivel de protección más elevado.

### 8.8.1 Principios RGPD que se traducen en hábitos clínicos

El RGPD no exige conocimientos jurídicos, sino que establece que el tratamiento de datos se realice conforme a principios claros y demostrables (responsabilidad proactiva). En la práctica, estos principios deben integrarse en los hábitos profesionales:

- Licitud, lealtad y transparencia: la persona debe saber qué recogemos, para qué, quién lo verá y cuánto tiempo se conservará.
- Limitación de la finalidad: los datos se usan solo para los fines terapéuticos (y, si se acuerda, docentes/investigación) descritos en el consentimiento/información.
- Minimización: registrar solo lo necesario (si un dato no aporta valor clínico, mejor no recogerlo).
- Exactitud: evitar registros ambiguos o “interpretaciones” presentadas como hechos.
- Limitación del plazo de conservación: no se guarda “para siempre”; se establecen criterios de conservación y de destrucción.
- Integridad y confidencialidad: seguridad real (evitar accesos indebidos, pérdidas, filtraciones).

Proteger los registros no es solo una tarea administrativa, sino una parte fundamental del cuidado, ya que reduce riesgos y preserva la confianza.

## 8.8.2 Confidencialidad: deber profesional y deber legal

Además del marco del RGPD, la LOPDGDD establece un deber de confidencialidad: la información de los pacientes no circula fuera del contexto terapéutico ni se comparte con quienes no están autorizados.

Esto incluye algo muy cotidiano: conversaciones informales ("sin decir nombres"), mensajes de móvil, audios o anécdotas "para contar en casa". A veces basta con un detalle contextual para identificar a alguien.

## 8.8.3 Pseudonimización y anonimización: dos conceptos que conviene no mezclar

En la práctica clínica, lo más útil suele ser la seudonimización: trabajar con códigos en lugar de nombres, guardando por separado (y protegida) la tabla de equivalencias. La AEPD recuerda que anonimizar o seudonimizar es, en sí, un tratamiento, y que la seudonimización genera un conjunto seudonimizado y otro conjunto "adicional" que permite revertirlo (que debe protegerse especialmente).

Por eso, tu propuesta de códigos es muy buena como hábito. Solo añadiría un matiz: si el contexto es breve, un código con las "últimas letras del nombre y apellido" puede seguir siendo identificable. En casos sensibles, mejor un código aleatorio (p. ej., MT-0247) y las equivalencias por separado.

## 8.8.4 Seguridad digital: de "tener contraseña" a "tener control"

Actualmente, la mayor parte de los registros se realiza en formato digital. Para cumplir con el RGPD en cuanto a integridad y confidencialidad, se recomienda:

- Cifrado de discos y archivos, y no solo de contraseñas.
- Control de accesos (solo para quien lo necesita).
- Doble factor en la nube y en el correo, cuando sea posible.
- Copias de seguridad seguras (y probadas).
- Transporte seguro: USB cifrado o evitar pendrives "sueltos".

- Trazabilidad básica: conocer la ubicación de cada archivo y evitar copias no controladas en chats o escritorios.

**Regla fundamental:** asegúrate de que, en caso de pérdida del dispositivo, los datos permanezcan inaccesibles para terceros.

### **8.8.5 Redes sociales y material audiovisual: el criterio ético va por delante del promocional**

Según el RGPD, publicar una imagen o un vídeo en el que una persona sea reconocible constituye un tratamiento de datos. Y en salud (especialmente en menores o personas en situación de vulnerabilidad), el riesgo es mayor. La recomendación prudente para el manual es clara: evitar publicar material identificable (rostro, voz, contexto, tatuajes, lugares, rutinas). Aunque exista consentimiento, debe ser específico, informado y revocable, y nunca sustituye el criterio clínico: el respeto al paciente está por encima de la visibilidad del terapeuta.

### **8.8.6 Menores: umbral de consentimiento en España**

Cuando el tratamiento se basa en el consentimiento, en España la AEPD recuerda que, por debajo de los 14 años, dicho consentimiento debe proceder de quien tenga la patria potestad o la tutela.

En la práctica, esto obliga a extremar la claridad: qué se graba, para qué, quién lo verá, dónde se guardará y cuándo se borrará.

### **8.8.7 Papel: menos tecnología, más riesgo de descuido**

El soporte en papel no es vulnerable a ataques informáticos, pero sí conlleva un alto riesgo de extravío. Por ello, se recomienda:

- Evitar datos identificativos en las hojas de trabajo.
- Guardar bajo llave.
- No dejar a la vista en casa ni en el centro.
- Transportar lo mínimo imprescindible.

**Tabla 8.4**

Ejemplo de código para informes de musicoterapia (seudonimización)

| Campo                       | Ejemplo | Qué significa                                 |
|-----------------------------|---------|-----------------------------------------------|
| Bloque                      | I       | Número de bloque de trabajo                   |
| Sesión                      | 8       | Número de sesión dentro del bloque            |
| Letras finales del nombre   | VID     | Últimas letras del nombre (p. ej., daVID)     |
| Letras finales del apellido | ELLA    | Últimas letras del apellido (p. ej., gamELLA) |
| Día                         | 22      | Día del mes                                   |
| Mes                         | 5       | Mes                                           |
| Año                         | 26      | Dos últimas cifras del año                    |

Código resultante: I.8.VID.ELLA.22.5.26. En contextos sensibles, es preferible usar un código aleatorio junto con una tabla de equivalencias protegida.

### 8.8.8 Conservación y destrucción: borrar de verdad, con criterio

El principio de limitación del plazo de conservación exige definir criterios claros para la conservación y la destrucción de los datos. Al eliminar datos, se debe proceder de la siguiente manera:

- En digital: eliminar de dispositivos, de la nube y de copias; evitar “restos” en carpetas compartidas.
- En papel: destrucción que impida la recomposición.

### 8.8.9 Checklist RGPD/LOPDGDD para terapeuta (sin legalismo)

- Finalidad: ¿Para qué exacto recojo este dato?
- Minimización: ¿Podría trabajar igual con menos información?
- Acceso: ¿quién lo necesita realmente?



- Pseudonimización: ¿Puedo codificarlo?
- Seguridad: ¿Está cifrado y con copia segura?
- Redes: ¿Esto podría identificar a la persona (cara, voz, contexto)? Si sí, no se publica.
- Menores: si aplica el consentimiento, ¿se gestiona según el umbral de 14 años?
- Plazo: ¿cuándo se destruye y cómo?

### **8.8.10 Incidentes y violaciones de seguridad: qué hacer si se pierde un USB o se filtra un archivo**

Aunque tomemos medidas, pueden ocurrir incidentes: un USB extraviado, un portátil robado, un correo enviado a quien no debía, una carpeta en la nube compartida por error o un archivo que acaba circulando. En el marco del RGPD, a esto se le denomina violación de seguridad de los datos personales cuando compromete la confidencialidad, la integridad o la disponibilidad de los datos personales.

Lo fundamental es actuar de forma metódica y rápida:

#### **1. Contener (en minutos):**

- Si es una nube o carpeta compartida: revoca los permisos, cambia las contraseñas y activa el cierre de sesión en los dispositivos.
- Si es correo o mensajería, intenta retirar el envío si la plataforma lo permite y pide al receptor que borre el mensaje de inmediato.
- Si es un dispositivo, localiza, bloquea o borra en remoto si esa opción existe.

#### **2. Evaluar el riesgo (en la primera hora):**

- ¿Los datos estaban cifrados o protegidos con una contraseña robusta?
- ¿Incluyen identificadores directos (nombre, rostro, voz) o están seudonimizados?
- ¿A cuántas personas afecta y qué tipo de información contiene (salud, menores, etc.)?

#### **3. Registrar el incidente brevemente y por escrito.**

Indicando qué ha ocurrido, cuándo, qué datos pueden estar comprometidos y qué medidas se han adoptado. Este registro facilita el

aprendizaje y la respuesta adecuada ante posibles requerimientos del centro.

#### **4. Activar el protocolo del centro/servicio (si trabajas en una institución):**

Informar a la persona responsable designada (dirección, coordinación, DPD/DPO, si existe) y seguir el procedimiento interno. Si trabajas por cuenta propia, conviene tener un “mini-protocolo” predefinido.

#### **5. Posteriormente.**

Analizar las causas del incidente (por ejemplo, USB sin cifrar, permisos excesivos, copias no controladas) y ajustar los procedimientos para evitar su repetición.

Como regla general, cuanto más sensible sea la información (salud, menores, contextos reducidos y fácilmente identificables), mayor es la importancia de gestionar el incidente con transparencia interna, contención técnica y mejora de los procedimientos, en lugar de ocultarlo.



**Musicoterapia es  
práctica basada  
en la evidencia**

# VIII

## SESIÓN TERAPÉUTICA

### EN POCAS PALABRAS ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 8?

#### 8.1. PLAN DE VUELO

Presenta la sesión como una secuencia por fases (carga–despegue/ascenso–crucero–descenso/aproximación–aterrizaje) para mantener orientación clínica durante toda la intervención.

Traduce la metáfora a variables observables: activación, intensidad de tarea, demanda interpersonal y densidad emocional.

Introduce subfases operativas (ascenso, crucero y descenso) y explica por qué cerrar es intervenir, no solo “parar”.

Cierra con una tabla operativa de supervisión (Tabla 8.1) que vincula fase, objetivo, recursos, indicadores y errores frecuentes.

#### 8.2. OFERTAS DE VUELO

Describe cada sesión como un microproceso de transformación que empieza en un estado y termina en otro (mental, emocional, relacional y/o corporal).

Diferencia “vuelos” breves y largos para subrayar que el cambio depende de la dosificación (duración, frecuencia, continuidad, contexto).

Advierte contra la expectativa de linealidad del progreso y define la responsividad como competencia central para ajustar sin perder rumbo.

Incorpora la idea de alianzas en código compartido (familia/cuidadores y equipo interdisciplinar) y matiza que la música es universal pero no culturalmente neutra

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 8?

### 8.3. FASE DE CARGA Y DISEÑO DE LA RUTA

Desarrolla el “antes” de la sesión como parte del tratamiento: revisar datos, afinar el foco del día y preparar cabina, instrumentos y registro según el SdB.

Pasa del recuerdo a la evidencia: repasar la sesión anterior desde indicadores, micrologros, quiebres y señales de alerta.

Propone planificar con intención (Meta → Objetivo → Actividad → Indicadores), incluyendo Plan A/Plan B y criterios de dosificación.

Añade un “chequeo de cabina” breve y un bloque de preparación personal (“presurizar la cabina”) para sostener presencia y encuadre antes de abrir la puerta.

### 8.4. FASE DE DESPEGUE MUSICAL

Reformula la bienvenida: no es solo “hola” o “hello song”, sino una maniobra clínica con tres tareas (transición afuera–adentro, lectura de estado y primer enganche).

Advierte contra la rutina administrativa y pide ajustar el inicio a la singularidad cultural, al momento y a la relación terapéutica.

Ofrece alternativas expresivas: reconocimiento instrumental, motivo de arranque, mini-danza/activación suave o canción cocreada, priorizando agencia desde el minuto uno.

Incluye dos vías de chequeo (verbal y musical) y un checklist de despegue con errores frecuentes y sus antídotos.

### 8.5. DESARROLLO DE LA SESIÓN

Define el crucero como el campo de trabajo central, donde la meseta no es plana: se ajusta con microascensos/descensos según ruta y tolerancia.

Explica el paso de planificación a pilotaje responsivo, manteniendo rumbo sin caer en improvisación errática.

Introduce la lógica de mesetas y transiciones con ejemplos de estructura (Figuras 8.3 y 8.4) y conecta la dosificación con guías de descripción de intervenciones (menciona TIDieR).

Afina la idea “no es entretenimiento” evitando extremos: ni complacencia sin trabajo ni exigencia sin sostén, y propone indicadores rápidos para subir/sostener/bajar altura.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 8?

### 8.6. CIERRE DE LA SESIÓN

Plantea el cierre como una fase completa con funciones clínicas: integrar, consolidar, preparar continuidad y manejar separación.

Propone diseñar el descenso como una rampa musical ajustada a estado de activación y al trabajo realizado en cruce (parámetros, duración y forma).

Introduce la prevención de “cierres en falso” mediante verificación verbal o musical para garantizar una salida estable fuera de sala.

Incluye ritual cocreado, feedback seguro (no evaluativo) y un checklist de aterrizaje con errores frecuentes y correcciones.

### 8.7. EL MOMENTO DE MEDIR

Ordena el post-sesión en dos pasos: primero lo cuantitativo (HdR/SdB) y luego lo cualitativo (bitácora), para minimizar sesgos de memoria y dar contexto a los datos.

Añade un tercer nivel: trazabilidad mediante una ficha compacta basada en TIDieR–SdB (Tabla 8.2) y un núcleo musicoterapéutico tipo RG-MBI (Tabla 8.3) para describir “qué música” y “cómo se entregó”.

Integra la autoevaluación del servicio con la adaptación del IAQ (Tabla 8.4) y propone pautas para que mida de verdad (ventana temporal, “no aplica”, evidencia breve).

Cierra con preguntas guía y una autoevaluación del terapeuta en dos planos (Tabla 8.5) para convertir reflexión en entrenamiento continuo (objetivos de mejora + acciones concretas).

### 8.8. PROTECCIÓN DE LOS REGISTROS

Aterrizaja la confidencialidad en el marco España/UE con lenguaje práctico: principios RGPD/LOPDGDD traducidos a hábitos (finalidad, minimización, plazo, integridad y confidencialidad).

Diferencia seudonimización vs. anonimización y propone codificación prudente, especialmente en contextos sensibles.

Da pautas concretas de seguridad digital (cifrado, control de accesos, copias, 2FA, transporte) y advierte sobre riesgos de redes sociales y material audiovisual.

Añade una nota operativa sobre incidentes/violaciones de seguridad (contener, evaluar riesgo, registrar, activar protocolo y aprender) y ofrece checklist final para no caer en un tono legalista.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., Ravaud, P., & CONSORT Group. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148(4), 295–309. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008>

Marco de reporte para ensayos de tratamientos no farmacológicos (útil para describir intervenciones complejas como musicoterapia).

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>

Evidencia sobre cómo la *práctica deliberada* y el trabajo con feedback se asocian al desempeño clínico (encaja con la autoevaluación del Cap. 8).

de Witte, M., Pinho, A. da S., Stams, G. J., Moonen, X., Bos, A. E. R., & van Hooren, S. (2022). Music therapy for stress reduction: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(1), 134–159. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1846580>

Síntesis robusta (SR/MA) sobre reducción de estrés con musicoterapia, útil para justificar dosificación, objetivos y “altitudes” de trabajo.

del Río Olvera, F. J., Rodríguez-Mora, Á., Senín-Calderón, C., & Rodríguez-Testal, J. F. (2022). The first session is the one that counts: An exploratory study of therapeutic alliance. *Frontiers in Psychology*, 13, 1016963. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1016963>

Refuerza la relevancia clínica del inicio de la sesión (despegue/encuadre) para consolidar alianza desde el primer contacto.

Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects of pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78–85. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.731713>

Aporta: Fundamenta la utilidad de rutinas breves de centrado/atención plena del terapeuta antes de sesión (conexión con “fase de carga”).

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>

Evidencia (MA) de que detectar y reparar rupturas de alianza se asocia a mejores resultados; útil para transiciones/turbulencias durante el “crucero”.

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>

Sustenta con metaanálisis la empatía como variable relacional ligada a resultados, clave en acogida, regulación y cierre.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Referencia central sobre alianza terapéutica (MA), perfecta para anclar la metáfora por fases y la importancia del encuadre/objetivos/tareas.

Grepmair, L., Mitterlehner, F., Loew, T., & Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry*, 22(8), 485–489. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.02.004>

Apoya (aunque de forma preliminar) el valor de cultivar mindfulness/autorregulación en terapeutas en formación.

Hannibal, N., Pedersen, I. N., Bertelsen, L. R., Nielsen, R. E., & Gold, C. (2023). Process-outcome relations in music therapy versus music listening for people with schizophrenia viewed through a mediational model: The role of the therapeutic alliance. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1120003. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1120003>

Conecta específicamente en musicoterapia la alianza con resultados (modelo mediacional), útil para justificar “cabina compartida” y trabajo en código compartido.



# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>

Checklist para describir intervenciones de forma replicable; ideal para reforzar el rigor del “plan de vuelo” y su trazabilidad.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>

Evidencia (MA) de que monitorizar resultados y dar feedback mejora el curso terapéutico; encaja con “momento de medir” y ciclos de mejora.

Robb, S. L., Burns, D. S., & Carpenter, J. S. (2011). Reporting guidelines for music-based interventions. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 342–352. <https://doi.org/10.1177/1359105310374781>

Guía seminal específica para reportar intervenciones basadas en música con suficiente detalle (puente entre práctica y evidencia).

Robb, S. L., Story, K. M., Harman, E., Burns, D. S., Bradt, J., Edwards, E., Golden, T. L., Gold, C., Iversen, J. R., Habibi, A., Johnson, J. K., Lense, M., Perkins, S. M., & Springs, S. (2025). Reporting Guidelines for Music-based Interventions checklist: Explanation and elaboration guide. *Frontiers in Psychology*, 16, 1552659. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1552659>

Actualización y guía “explicación/elaboración” del RG-MBI para estandarizar y mejorar la calidad descriptiva de las MBIs (muy alineado con TIDieR).

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>

Meta-análisis sobre abandono/terminación prematura, útil para reforzar la importancia del encuadre, el final de sesión y la gestión del cierre.

Tsiris, G., Spiro, N., Coggins, O., & Zubala, A. (2020). The Impact Areas Questionnaire (IAQ): A Music Therapy Service Evaluation Tool. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 20(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v20i2.2816>

Herramienta de evaluación de servicios (impacto ecológico) que encaja con tu tabla por dominios y con la lógica de medición post-sesión.

# Hojas de Cálculo

| SteadyState |  | Tabla | Paginas | Sección | Rotinas |
|-------------|--|-------|---------|---------|---------|
| 1           |  | 100   | 12.68   | 10.304  | 9.6525  |
| 2           |  | 245   | 10.75   | 14.577  | 10.525  |
| 3           |  | 220   | 10.45   | 11.524  | 1.78.80 |
| 3           |  | 875   | 10.475  | 13.505  | 2.0825  |
| 4           |  | 135   | 1.765   | 14.325  | 1.7726  |
|             |  |       |         |         |         |

# Registro de Datos

| Logo Book | Registro | Datos    | Logging |
|-----------|----------|----------|---------|
| 1         |          | 1.500535 |         |
| 2         |          | 1.500846 |         |
| 3         |          | 1.330036 |         |
| 4         |          | 1.600697 |         |
| 4         |          | 1.990538 |         |

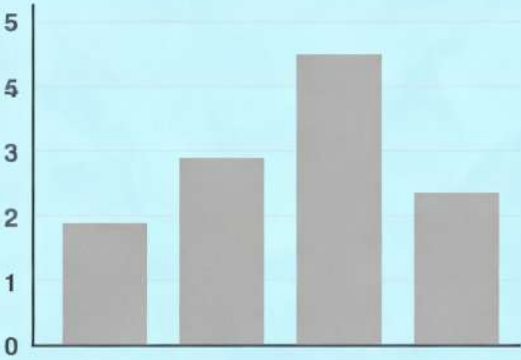
# Escalas de Evaluación

Evaluation clales



# MUSICOTERAPIA

# Diagrama de Resultados



# CAPÍTULO

**IX**



# **CUIDADOS PERSONALES**

## 9.1 De la técnica al vínculo

Numerosos factores influyen en la relación terapeuta–paciente, lo que impide la existencia de un único método para construirla y sostenerla. El vínculo, entendido como confianza operativa y seguridad relacional, no se rige por fórmulas universales ni por soluciones genéricas; estas corresponden más al ámbito de los analgésicos.

A lo largo del libro hemos reiterado una idea fundamental: nuestro campo de intervención, aunque respaldado por protocolos, es heterogéneo y ecléctico. Las sesiones están atravesadas por variables externas como ruidos contextuales, imprevistos, estados de ánimo, cambios médicos, tensiones familiares y expectativas del entorno, que condicionan tanto el ritmo de trabajo como la aproximación a los objetivos. Incluso con la misma persona, replicar un modelo de sesión resulta prácticamente imposible, ya que varían tanto la disposición del paciente como la nuestra. Al modificarse nuestras percepciones y acciones, también se transforma la música que puede surgir.

Por ello, resulta más preciso referirse al musicoterapeuta concreto que a la musicoterapia en términos abstractos. Es más riguroso describir las acciones de un profesional en un contexto y con una persona determinados. Como se mencionó en capítulos anteriores, la denominación musicoterapia designa, en última instancia, aquello que se alcanza cuando fines y medios están correctamente alineados. No basta con la presencia de música o de intención; se requiere coherencia clínica, ética y metodológica.

Cualquier definición de musicoterapia delimita un territorio, pero no alcanza a describir el oficio real: no abarca todo lo que puede ocurrir en un caso. Las definiciones acotan, marcan condiciones y concretan procedimientos, sí, pero es la buena praxis, los hechos consumados, los que terminan revelando qué significa esta profesión. Y cuando hablamos de hechos hablamos del todo: del modo en que recibimos a la persona en el primer encuentro, de cómo respondemos a un mensaje, de la calidad de una despedida, del tiempo que dedicamos a estudiar un caso, del compromiso terapéutico que asumimos y de las responsabilidades que no eludimos; hablamos, por supuesto, de la música que ofrecemos, pero también de lo periférico que envuelve esa música y le da sentido. Lo que

hacemos dentro y fuera de la sesión explica, con más precisión que cualquier definición, qué es la musicoterapia.

El ejercicio de esta disciplina abarca tareas, posicionamientos y tiempos que inciden directamente en la relación de acompañamiento terapéutico. Nuestra labor no consiste en aplicar técnicas de manera mecánica, sino en ofrecer la mejor versión profesional de nosotros mismos: presencia, escucha, claridad y cuidado. Esto implica atender los detalles del cuidado y acoger aquello que la otra persona deposita en nuestras manos. Cada individuo representa un mundo que merece ser comprendido sin prisa y respetado incondicionalmente. Se nos confían miedos, inseguridades, dolor e insatisfacción, aspectos que tal vez no compartirían con nadie más. Cuando la relación es segura, la música encuentra su cauce. Es este vínculo, y no la técnica aislada, el que otorga eficacia al objetivo, a la intervención y a la meta.

La consistencia en los detalles terapéuticos fortalece la confianza. El vínculo puede compararse con un huerto: su cuidado no se limita a regar la tierra, es decir, a hacer música en sesión. Es necesario abonar, eliminar plagas, colocar tutores, retirar frutos maduros, podar en el momento adecuado y proteger de las adversidades. La relación segura entre paciente y terapeuta constituye el suelo fértil donde surgen y se consolidan los beneficios terapéuticos. Sin suelo no hay raíz y, sin raíz, cualquier mejora resulta frágil, por brillante que haya sido el momento.

Con estas ideas ponemos el foco en lo que está más allá de lo clínico entendido de forma estrecha: más allá de las hojas de registro, de las técnicas de intervención, de las actividades y de los objetivos. Desde el instante en que asumimos el compromiso de acompañar a otro, atender sus múltiples necesidades se convierte en una parte central de nuestro cometido. Esas necesidades no caben solo en el encuadre horario ni se agotan en una tabla de metas; tienen ramificaciones. Cuidar del conjunto implica establecer límites oportunos y, al mismo tiempo, prestar atención a lo pequeño: ahí se mide la calidad terapéutica.

Quien llega a sesión suele hacerlo empujado por situaciones que, por sí solas, no puede gestionar: episodios que se vuelven insostenibles, estados de debilidad o de desbordamiento, circunstancias en las que faltan fuerzas, recursos o apoyos para sostener lo cotidiano. Las dificultades pueden ser

físicas, psíquicas, emocionales, conductuales o cognitivas; pueden responder a un estado transitorio o a una condición crónica. La eliminación total de esas dificultades no siempre está a nuestro alcance y conviene decirlo con humildad y criterio. Nuestro campo llega hasta donde llega; por eso trabajamos en equipo y en coordinación con otros profesionales. Cada caso es complejo porque son muchos los vientos que lo rodean y muchas las manos necesarias para amainarlos.

Debemos, por tanto, ser conscientes de nuestras limitaciones terapéuticas y del alcance real de nuestras capacidades. Esta actitud no responde a una prudencia defensiva, sino al respeto por el vínculo. Generar falsas expectativas debilita la confianza y rompe los lazos de la relación. Si el vínculo es el huerto, el encuadre es la valla que lo resguarda.





## 9.2 El encuadre también es cuidado

Si el vínculo es el huerto, el encuadre es la valla que lo protege. Es importante expresarlo de manera directa: la valla no existe para “separarnos” del paciente, sino para resguardar el espacio compartido. En terapia, la confianza se fortalece cuando el marco es predecible; cuando la persona comprende qué puede esperar de nosotras y qué no, qué ocurre si en algún momento se desborda, y cómo se gestionan su información, sus silencios y sus urgencias. La alianza terapéutica, entendida como un acuerdo dinámico sobre tareas, metas y vínculo, se asocia de manera consistente con mejores resultados en psicoterapia. Por ello, el encuadre no constituye un trámite administrativo, sino que constituye una herramienta clínica fundamental.

En el capítulo 2 ya se estableció con claridad la idea del encuadre como orden, límites, roles y contrato; como una forma de situar la terapia antes de iniciar el trabajo específico. Aquí se presenta su versión más operativa: el encuadre como protección frente al daño y como mecanismo para reducir la incertidumbre. La incertidumbre, manifestada en ambigüedad, improvisación logística, mensajes intempestivos, grabaciones sin reglas, promesas implícitas o disponibilidad ilimitada, no es inocua: debilita el vínculo, genera malentendidos y facilita rupturas evitables.

La evidencia en psicoterapia ha demostrado durante décadas que las rupturas de la alianza terapéutica son frecuentes y que su reparación puede ser determinante para el progreso. Sin embargo, muchas de estas rupturas se originan fuera del núcleo técnico, en microdecisiones relacionadas con límites, expectativas y consistencia. En términos metafóricos, no basta con regar; también es necesario delimitar el espacio.

### 9.2.1 Contacto fuera de sesión: el riesgo no se hace a cualquier hora

El contacto fuera de sesión representa un ámbito en el que, sin límites claros, el espacio terapéutico puede verse afectado involuntariamente. En ciertos casos, un mensaje breve puede sostener el proceso; en otros, puede fomentar la dependencia, la confusión de roles o el desgaste del

terapeuta. El principio práctico no consiste en prohibir, sino en definir con precisión:

- ¿Qué canales se usan (correo, teléfono, mensajería) y para qué (logística, reprogramación, envío de materiales)?
- ¿Qué no se atiende fuera de sesión (procesamiento terapéutico profundo por chat, discusión clínica extensa, conflictos)?
- ¿Qué tiempos de respuesta son razonables (por ejemplo, 24–48 h laborables) para que nadie confunda “acompañamiento” con “guardia”?

Este nivel de claridad no enfría la relación terapéutica; por el contrario, la estabiliza. La alianza se mantiene cuando existe coherencia entre lo prometido y lo cumplido, y cuando las reglas permanecen constantes independientemente de las circunstancias.

### **9.2.2 Cancelaciones y ausencias: podar a tiempo evita resentimientos**

Las cancelaciones no son solo un problema de agenda. También son un fenómeno clínico: a veces expresan evitación, ambivalencia o síntomas; otras veces son pura vida. Sin encuadre, cada cancelación abre una nueva negociación, lo que fatiga al terapeuta y confunde al paciente.

Un marco sano suele incluir:

- Antelación mínima para cancelar sin coste: 24 h/48 h.
- ¿Qué consideras “causa justificada” (si decides contemplarlo)?
- ¿Cómo se reprograma y cuántas reprogramaciones se asumen antes de revisar el plan?
- ¿Qué ocurre con los retrasos (minutos) que se recuperan o no y por qué?

Aquí el encuadre funciona como antiazar: evita que el paciente “adivine” criterios y que tú decidas desde el cansancio o la culpa. Y si aparece una ruptura (“siento que me castigas”, “no me entiendes”), la reparación es más fácil cuando la regla era clara desde el principio.

### **9.2.3 Confidencialidad: la tierra fértil se llama seguridad**

No existe huerto sin suelo y, en el contexto terapéutico, ese suelo es la confidencialidad. En el ámbito musical, la intimidad puede surgir de manera inesperada: una canción puede abrir una compuerta emocional, una improvisación puede revelar un mapa afectivo. Por ello, el encuadre debe explicar de manera comprensible:

- ¿Qué se considera información clínica y cómo se guarda?
- Con quién se comparte (nadie, salvo consentimiento explícito y/o supuestos legales).
- Cuándo se rompe la confidencialidad (riesgo grave e inminente, mandato legal, protección de menores, etc., según el marco aplicable).
- Cómo se trabaja en equipo sin traicionar la confianza: qué se comparte, con qué finalidad y con qué consentimiento.

En el capítulo 2 apuntábamos al encuadre como contrato y como marco de roles y límites. Aquí subrayo que explicar la confidencialidad no es burocracia; es una intervención de seguridad. Y la seguridad, en términos de proceso, es una condición para que el vínculo haga su trabajo.

### **9.2.4 Permisos de grabación: el fruto puede documentarse, pero no sin consentimiento**

Las sesiones grabadas (audio/vídeo) pueden ser útiles para la supervisión, la investigación, la docencia o el análisis clínico, pero también pueden alterar la espontaneidad, aumentar la inhibición o generar dudas sobre el uso del material. La literatura sobre la grabación en formación muestra justamente esa ambivalencia y la centralidad del consentimiento y de la confianza para que sea viable.

Un encuadre cuidadoso especifica:

- Finalidad exacta (supervisión, investigación, autoevaluación clínica).
- Quién tendrá acceso y dónde se almacenará (medidas de seguridad).
- Tiempo de conservación y procedimiento de eliminación.
- Derecho a retirar el consentimiento sin penalización clínica.
- Alternativas: si el paciente no consiente, se trabaja con notas de proceso o con materiales anonimizados.

Incluso puede ser útil separar dos consentimientos: uno para la terapia y otro, independiente, para la grabación. Esto reduce la presión y protege la autonomía. En la línea de los trabajos sobre consentimiento informado optimizado, cuando el consentimiento se entiende y se integra en la relación, no como un papel sino como una conversación, mejora la calidad de la toma de decisiones y las expectativas sobre el tratamiento.

### **9.2.5 Protocolo de crisis: cuando llega la tormenta, la valla ya estaba puesta**

En la musicoterapia, pueden producirse situaciones de desbordamiento debido a trauma, duelo, evocaciones musicales inesperadas, comorbilidad o desesperanza. El encuadre no elimina el riesgo, pero sí contribuye a reducir el daño al anticipar las acciones a seguir en caso de que la situación se vuelva urgente.

Un protocolo mínimo de crisis incluye:

1. Señales de alarma acordadas (conductas, verbalizaciones, cambios drásticos).
2. Pasos de regulación que la persona puede aplicar (respiración, música segura, grounding).
3. Red de apoyos (contactos, recursos, urgencias).
4. Criterios de derivación o de activación de emergencia.
5. Límites claros: qué puede y qué no puede ofrecer el musicoterapeuta fuera de sesión.

La evidencia sobre la prevención del suicidio muestra que las intervenciones del tipo “safety planning” se asocian con una reducción del comportamiento suicida ( $RR \approx 0.57$ ; IC 95% 0.408–0.795 en un metaanálisis), aun reconociendo limitaciones y la necesidad de más ECA. No es que esto “resuelva” la complejidad clínica, pero sí apoya la idea central: planificar antes reduce el azar cuando el sistema se incendia.

---

## Encuadre como anti-azar

- Canales de contacto fuera de sesión y usos permitidos.
- Tiempo de respuesta (realista) y qué se considera urgente.
- Política de cancelaciones, retrasos y reprogramaciones.
- Confidencialidad: límites, excepciones, trabajo en equipo.
- Consentimientos: terapia, grabación, investigación (separados).
- Almacenamiento y custodia de datos/audio/vídeo.
- Plan de crisis: señales, pasos, red, recursos, derivación.
- Supervisión: cuándo, cómo y para qué (como garantía de calidad).
- Revisión periódica del encuadre (porque la terapia evoluciona).
- Lenguaje claro: que el paciente pueda “repetirlo con sus palabras”.

El encuadre no constituye el límite externo del proceso terapéutico, sino que forma parte integral del cuidado. Es el gesto silencioso que permite que el espacio terapéutico se desarrolle sin interferencias, malentendidos ni promesas implícitas que resulten perjudiciales. Cuando se implementa adecuadamente, el paciente no lo percibe como una restricción fría, sino como una manifestación de respeto: “aquí sé a qué atenerme, aquí estoy a salvo”. Si el vínculo es el huerto, el encuadre es la valla que lo protege.



**La musicoterapia  
es un profesión  
que requiere el  
cuidado de todos  
los detalles**

## 9.3 Rupturas, reparación y feedback

En el contexto terapéutico, las microrupturas no constituyen una anomalía, sino que forman parte inherente del proceso. Estas surgen cuando hay un desajuste entre lo que proponemos y lo que la otra persona puede tolerar, desea o comprende en ese momento. Como se expuso en el capítulo 7, las rupturas de alianza, ya sean desacuerdos sobre objetivos, resistencias a tareas o tensiones en el vínculo, no constituyen un accidente vergonzoso, sino que aportan información clínica relevante. Su reparación, que implica nombrar lo ocurrido, regular la interacción y renegociar tareas u objetivos, actúa como un mecanismo de cambio. La evidencia en psicoterapia respalda esta perspectiva: la reparación de rupturas se asocia con mejores resultados, lo que indica que no se trata de una postura relacional idealista, sino de una técnica clínica fundamentada.

En el ámbito de la musicoterapia, las microrupturas pueden manifestarse con especial elocuencia debido a la naturaleza multimodal del vínculo terapéutico. En ocasiones, se presentan como un “no” explícito (“no quiero cantar”, “esto no me sirve”). En otras, se expresan de manera más sutil: disminución abrupta de la participación, evasión de la mirada, retirada corporal, aceleración de la respiración o endurecimiento del tono muscular. Frecuentemente, estas señales se perciben directamente en la música: un pulso que deja de compartirse, un tempo que se desincroniza, una dinámica que invade o, por el contrario, un apagamiento repentino del sonido. El indicador clave no es que “algo vaya mal”, sino que ocurre algo significativo que requiere una interpretación cuidadosa.

### 9.3.1 Cómo detectar una microruptura

Considera tres categorías de señales, no con el objetivo de etiquetar al paciente, sino para ajustar la intervención de manera adecuada.

1. Señales de relación: menor reciprocidad, menos turnos, más “monólogo”, irritación, distancia súbita.
2. Señales de tarea: resistencia a la propuesta, negociación constante, “sí pero...”, abandono del foco, conducta de escape.
3. Señales musicales: desenganche rítmico, retirada sonora, oposición de pulso, evitación de diálogo, pérdida del “nosotros” musical.



La regla fundamental es clara. Cuando disminuye la cooperación, ya sea musical o interpersonal, aumenta la necesidad de establecer un encuadre, brindar seguridad y ofrecer mayor claridad.

### 9.3.2 Mini-protocolo de reparación en 3 pasos

En el capítulo 7 se presentó una fórmula útil (“nombrar–validar–ajustar”), que aquí se adapta como un recurso breve para su aplicación en tiempo real.

#### 1) Nombrar sin acusar

Poner palabras (o música) a la señal, sin reproches ni interpretaciones cerradas.

- “Noto que hemos perdido el pulso compartido.”
- “Veo que tu cuerpo se ha ido hacia atrás; quizá esto ha sido demasiado.”

#### 2) Validar la función del ‘no’

La retirada suele proteger del exceso de intensidad, de la vergüenza, de sentirse expuesto/a o invadido/a. Validar no es dar la razón; es reconocer la lógica.

- “Tiene sentido que frenes si esto te aprieta.”
- “Gracias por marcar el límite; me ayuda a ajustar.”

#### 3) Ajustar la tarea (renegociar dosis y control)

Ajustar implica modificar variables específicas como la intensidad, el formato, la duración, el grado de elección o el rol del terapeuta.

- Bajar la intensidad (menos estímulo, menor velocidad, menor demanda).
- Cambiar de canal (improvisación → escucha guiada; voz → percusión; diálogo → estructura).
- Devolver el control (elección de instrumento, repertorio, volumen y turnos).

Este tercer paso es la alianza en acción: tareas y metas se re acuerdan para que el proceso siga siendo habitable. La alianza no es simpatía; es colaboración en torno a objetivos, tareas y vínculo. (Bordin, 1979, <https://doi.org/10.1037/h0085885>)

### 9.3.3. Ejemplo breve (una micro-ruptura y su reparación)

Situación: paciente adolescente. Propones “canción espejo” con voz para trabajar la expresión emocional. En el minuto dos, deja de cantar, mira al suelo y golpea el shaker sin pulso, cada vez más fuerte.

### **Reparación (3 pasos):**

1. Nombrar: “Se ha roto el pulso entre nosotros y la voz se ha apagado. Algo se ha puesto incómodo.”
2. Validar: “Tiene sentido que pares si cantar te expone demasiado ahora. No vamos a forzar.”
3. Ajustar: “¿Prefieres que hoy hablemos con ritmo en vez de con voz? Elige: (A) hacemos base con bombo suave y tú marcas entradas; (B) escuchamos un tema y señalas con la mano dónde se te tensa el cuerpo.”

### **Resultado esperado:**

Vuelve la cooperación (aunque sea mínima); recupera los turnos, baja la intensidad y reaparece el “nosotros” musical. Eso ya es avance clínico: no porque “salió bonito”, sino porque el sistema relacional volvió a regularse.

### **Feedback: convertir la sesión en aprendizaje (no en juicio)**

El feedback útil no es una nota moral (“hoy estuviste bien/mal”), sino una síntesis clínica que da continuidad: qué ocurrió, qué funcionó, qué ajustaremos. En tu capítulo 7 lo aterrizas como entrenamiento y registro breves (“dato observable + hipótesis prudente + un ajuste”). Una frase al final de la sesión puede sellar la reparación:

“Hoy apareció un ‘no’ importante; lo escuchamos y lo convertimos en una decisión. La próxima empezamos más simple y vemos si la voz vuelve cuando haya más suelo.”

De este modo, la microruptura deja de considerarse un accidente y se convierte en un material terapéutico. Un huerto no se deteriora por una plaga ocasional, sino cuando esta no se detecta, no se nombra y no se ajusta a tiempo.

**Cuando los  
procesos se  
ponen cuesta  
arriba, hemos de  
seguir  
manteniendo  
firme el rumbo**



## 9.4 Semiprofesionales, no gracias

Todo lo expuesto hasta este punto evidencia que la musicoterapia constituye una disciplina profesional de alta cualificación. No basta con poseer habilidades musicales para atender a una persona que atraviesa el sufrimiento. Es imprescindible contar con formación académica, un marco teórico sólido, criterio clínico, así como herramientas, técnicas y métodos de intervención. Además, se requieren experiencia supervisada, capacidad de evaluación, hábitos de registro y compromiso constante con la investigación y la mejora continua. Por encima de todo, es fundamental una ética profesional rigurosa, ya que implica tomar decisiones responsables ante la confianza que las personas depositan en nosotros.

Hace más de treinta años, Zygmunt Bauman advirtió sobre los signos de la licuación social y sus consecuencias: el “todo vale” como manifestación de mediocridad, una tendencia que genera versiones disminuidas de casi todo. Es cada vez más común observar figuras como medioalumnos, medioprofesores, mediomúsicos y mediofans, así como mediopolíticos y mediovotantes. Estos fenómenos reflejan una banalización en la que la autoexigencia, el respeto por el trabajo bien hecho y la cultura del esfuerzo parecen obsoletos. Si una persona se conforma con ser deportista a medias, el perjuicio es personal. Sin embargo, que alguien ejerza como mediomusicoterapeuta impacta directamente en otras personas. En este aspecto, es necesario mantener un criterio estricto.

La musicoterapia no es un hobby ni un divertimento musical para voluntarios del buenismo, ni una vía para satisfacer aspiraciones altruistas sin formación. Hablamos de una tarea profesional que exige una cualificación experta para afrontar la complejidad de un proceso terapéutico. Hablamos de personas preparadas para rendir a un alto nivel ejecutivo y para afrontar los múltiples retos que plantean los clientes. Hablamos de un desempeño exigente, paradójicamente no siempre reconocido ni valorado por las autoridades sanitarias, aunque en la práctica los programas de musicoterapia se multiplican en escuelas, residencias, clínicas y hospitales, atendiendo a todo el espectro poblacional: desde madres gestantes hasta personas en el umbral de la muerte.

La paradoja se intensifica porque en estos mismos entornos los equipos interdisciplinarios suelen valorar nuestra labor: profesionales de la medicina, enfermería, docencia, psicología, trabajo social y logopedia reconocen que aportamos recursos útiles y recomendables. Sin embargo, la ausencia de regulación permite la entrada de personas sin la cualificación terapéutica necesaria, quienes, aunque con buenas intenciones, realizan actividades musicales que denominan musicoterapia. Esta no es una mera cuestión terminológica, sino una diferencia sustancial tanto en el fondo como en la forma.

Conviene decirlo con precisión: ofrecer música no es malo en sí. Puede ser beneficioso, agradable y generar bienestar. Pero no por eso es terapéutico. Un músico actúa principalmente de forma unidireccional: ofrece, ejecuta, propone. El musicoterapeuta trabaja en doble dirección: escucha, responde, ajusta, coconstruye y orienta la experiencia hacia metas clínicas, con medidas y resultados que permitan comprender qué ocurrió y por qué. Lo terapéutico no se añade como un “barniz” a la música: se construye en un marco de intención clínica, vínculo, encuadre, dosificación y evaluación.

Para comprender esta diferencia, resulta útil recurrir a cuatro conceptos tratados de manera transversal en el libro y aquí articulados: poiesis, catarsis, estética y mimesis.

La poiesis implica creación: la materialización de una forma que antes no existía. Es la conjunción de signos —sonidos, palabras, gestos, timbres, silencios— que, al organizarse, adquieren denotaciones y connotaciones a las que luego podemos dar significado. La poiesis es una expresión máxima de subjetividad, pero no es “ocurrencia”; requiere técnica, estrategia y conocimiento. Y empieza a tener sentido terapéutico cuando se comparte y se relaciona: ahí evoca sensaciones, recuerdos y asociaciones, y abre la posibilidad de descubrimiento. Una poiesis interna, no compartida, se queda informe; cuando el paciente no saca fuera lo que tiene dentro, no construye y, sin construcción, no hay material de trabajo.

La catarsis, por sí sola, tampoco es suficiente. Es expresión intensa, descarga, desahogo. Puede aliviar, depurar, liberar presión. En ciertos momentos vitales, es necesaria y saludable: rompe con la norma, cambia la forma y permite jugar de otra manera. Pero expresar por expresar no transforma necesariamente: vamos a un concierto, cantamos, nos

desfogamos y, a la mañana siguiente, seguimos atrapados en las mismas circunstancias y en el mismo personaje. En terapia, la catarsis se vuelve útil cuando está sostenida por vínculo y encuadre, y cuando se integra en un proceso: cuando se convierte en comprensión, en decisión, en ensayo de alternativas. De lo contrario, es espuma: intensa, brillante, fugaz.

La estética constituye el espacio de recepción, es decir, la interpretación singular de lo manifestado, tanto propio como ajeno. Es una experiencia intrínseca a todo acto comunicativo y se origina en el mundo personal del sujeto: su manera de representarse, percibir y valorar. La estética fundamenta una ética y viceversa, ya que revela los valores de la persona: aquello que le importa, le afecta, le sostiene o le considera bello, digno o tolerable. En el ámbito terapéutico, cuidar la estética implica atender a cómo el paciente se reconoce en lo que crea y escucha.

A estos tres elementos se suma la mimesis, que constituye la materia prima del trabajo terapéutico: imitar para comprender y acoger para ampliar. Terapeuta y paciente crean desde su propio nivel de consciencia y su repertorio emocional y simbólico. El plano expresivo de muchos clientes es, al inicio, limitado, similar a un protolenguaje. Es el musicoterapeuta quien, al imitar ese gesto inicial y acogerlo sin invadirlo, lo sostiene y le da forma para ampliar la poesis (capacidad de crear), modular la catarsis (capacidad de regular) y afinar la estética (capacidad de interpretar y significar).

La terapia surge de la confluencia de estos elementos. Aislados, no garantizan nada. Y aun cuando confluyeran espontáneamente en un momento inspirador, si no existe un marco de metas, medidas y evaluación, el acontecimiento queda indefinido y, por tanto, irreconocible como acto terapéutico: se convierte en algo que “pasó”, bonito quizá, intenso quizá, pero no integrable ni replicable en términos clínicos. Para acercarnos a la musicoterapia, hacen falta más que cualidades musicales: criterio, encuadre, método y responsabilidad. Sin un abordaje claro no podemos validar resultados y la experiencia musical se vuelve errática y fortuita: un entretenimiento que, en el mejor de los casos, deja buen sabor; en el peor, abre puertas que nadie sabe cerrar.

Y aquí entra una advertencia que conviene repetir: la música es una sustancia lo suficientemente potente como para usarla con prudencia. Su

poder evocativo es directo; puede rescatar memorias y acontecimientos inesperados, incluso indeseados. Por eso los musicoterapeutas nos interesamos por la historia musical del paciente antes de sacar el instrumento de la funda. Intervenir de forma generalista es como repartir “café para todos”: uno lo toma solo, otro con leche, otro americano; uno con dos azúcares, otro sin azúcar; uno lo quiere hirviendo, otro lo evita por principio. Acertar para todos es un milagro. Y en clínica, no trabajamos con milagros: trabajamos con decisiones.

El uso descontrolado de la música en contextos clínicos emborrona nuestra profesionalidad porque, al final, a todo se le llama “musicoterapia”. Para la sociedad todo parece lo mismo, cuando no lo es ni en el fondo ni en la forma. Aplaudimos la voluntad de ayuda y el deseo de contribuir al bienestar; pero también es necesario hacerlo de manera regulada, prudente y con límites claros. A cualquiera le gustaría curar a las personas de su entorno. Para eso existe el camino pautado por la medicina, con sus pruebas, sus años de estudio y sus estándares. Preferimos que nos atienda alguien cualificado en un quirófano a que un mecánico fascinado por el cuerpo humano empuñe un bisturí. En terapia, con música y pacientes, la lógica es la misma: la buena intención no sustituye a la competencia.

Mientras no exista un colegio oficial ni se reconozca a la musicoterapia como profesión sanitaria, persistirá la exposición a la confusión y al intrusismo. Hasta que se establezca ese marco, corresponde asumir el papel de embajadores de buenas prácticas. El antídoto no consiste en la denuncia, sino en apostar por un trabajo integral basado en el compromiso ético y profesional, la calidad, el rigor, la autoexigencia formativa y la práctica fundamentada en la evidencia. Cada sesión bien ejecutada constituye la mejor carta de presentación. Nuestra meta es contribuir al logro de los objetivos de las personas.

Hemos sido así de explícitos porque comprendemos que en la sociedad se necesitan muchas manos, sí, pero buenas manos. Faltan musicoterapeutas profesionales y sobran aficionados de fin de semana. La formación seria y el trabajo guiado son el camino. Pedimos prudencia, contención y respeto: hacia los pacientes y hacia quienes hacen musicoterapia con responsabilidad.



**Las formas incompletas  
generan incertidumbre  
perceptiva. La  
musicoterapia mal  
empleada, indefensión  
clínica**



## **9.5 Más allá de un máster**

Dicho lo anterior, es importante afirmarlo con claridad: una titulación universitaria en musicoterapia constituye solo un punto de partida, no una garantía de competencia clínica plena. El posgrado proporciona desarrollo técnico, conocimientos teóricos y un primer entrenamiento práctico. Sin embargo, en ausencia de grados específicos de cuatro años en muchos países, suele constituir el primer marco reglado desde el que se aprende a pensar y actuar como musicoterapeuta. A partir de ese momento, comienza la fase más compleja del oficio: transformar lo aprendido en un criterio clínico estable, sostener la práctica en contextos reales y construir una identidad profesional reconocible, defendible y evaluable.

Las titulaciones en España, en general, cumplen con los requisitos académicos europeos (60 créditos ECTS) y se alinean con los marcos europeos de competencia. Sin embargo, incluso cumpliendo ese estándar, el factor del tiempo y el uso que se le da determinan la autonomía real. No basta con adquirir conocimientos teóricos; es necesario aprender a tomar decisiones frente a personas, en condiciones imperfectas, con límites, incertidumbre, trabajo en equipo, registros y consecuencias. La música exige profundidad: cuando el terapeuta carece de una base sólida, el proceso se debilita y el paciente lo percibe.

### **9.5.1 De la universidad a “la calle”: el salto que no sale en el plan docente**

Tras ese periodo limitado de estudio, viene la realidad profesional: convivir con la falta de reconocimiento institucional, el intrusismo, la irregularidad de las tarifas y las condiciones laborales, la escasez de plazas estables, la escasa experiencia clínica acumulada y, en ocasiones, el bajo corporativismo. Ese paisaje decanta la vocación, el talento y la fuerza personal. Y aquí aparece un punto al que ya apuntabas en el capítulo I: nadie se profesionaliza solo. La musicoterapia crece y se protege cuando se teje una red de apoyo: asociaciones, comunidades de práctica, mentoring, supervisión, proyectos compartidos, investigación cooperativa y espacios de reflexión ética. Sin esa red, el profesional queda expuesto a

dos riesgos simétricos: el aislamiento (que deteriora el criterio y la salud) y la improvisación (que deteriora la calidad y la confianza social).

La integración de programas en sectores como el hospitalario requiere un lenguaje común con otras disciplinas, indicadores compartidos y la capacidad de demostrar resultados. Si a esto se añade la heterogeneidad de métodos, servicios y estilos, la dispersión teórica y la desigual cultura de evaluación, se comprende la dificultad para unificar criterios clínicos y desarrollar herramientas de evaluación comparables. Esta observación no constituye una queja, sino un diagnóstico. El diagnóstico exige mayor entrenamiento, supervisión clínica, práctica basada en la evidencia y el fortalecimiento de la comunidad profesional.

### **9.5.2 Profesionalizar no es “hacer más”: es hacer con estándares**

En contextos donde la musicoterapia está más consolidada, los estándares de calidad suelen estar claramente definidos: se delimitan competencias, se exige práctica supervisada, se promueve la formación continua acreditada y se evalúa el desempeño profesional. El objetivo no es establecer un elitismo, sino garantizar la seguridad. Cuando una disciplina interviene en situaciones de sufrimiento humano, el estándar debe ser la competencia demostrable, no solo la buena intención. En términos prácticos, la profesionalización implica responder con solvencia a cuatro preguntas fundamentales:

1. ¿Qué haces? (modelo, técnica, dosificación)
2. ¿Por qué lo haces? (marco teórico y formulación del caso)
3. ¿Cómo sabes si funciona? (metas, medidas, resultados)
4. ¿Quién valida tu mirada? (supervisión, intervención, equipo)

En este punto, la relación con el capítulo 3 es evidente: la supervisión constituye un estándar de calidad, no un lujo. La supervisión no se realiza por desconocimiento del terapeuta, sino porque la labor terapéutica está llena de puntos ciegos, como sesgos, resonancias personales, transferencias, rutinas establecidas, fatiga acumulada y decisiones apresuradas. La supervisión aporta una perspectiva transversal e interdisciplinar que protege al paciente y perfecciona al profesional. Además, fomenta una habilidad culturalmente decisiva: aprender a mostrar el trabajo y recibir

retroalimentación sin defensividad. Esto también forma parte del autocuidado.

### 9.5.3 Once áreas para sostener el oficio (y no improvisar la carrera)

En las Tablas 9.1a, 9.1b y 9.1c se presentan once áreas principales de aprendizaje y desarrollo personal. Analizadas de forma lineal, pueden parecer una mera acumulación de tareas. Sin embargo, consideradas como un sistema, constituyen un mapa de profesionalización. Para mayor claridad, estas áreas pueden agruparse en tres ejes interrelacionados.

El principio es claro: si uno de los ejes falla, los demás se ven afectados. Una musicalidad sin evaluación conduce al intuicionismo. La investigación sin práctica clínica se distancia de la realidad profesional. La práctica clínica sin comunidad genera aislamiento. La comunidad sin ética produce desorden. La coherencia entre poiesis, catarsis, estética y mimesis, conceptos previamente abordados, se mantiene cuando el terapeuta se forma en estos tres ámbitos y no descuida ninguno de ellos.

**Tabla 9.1.a**

Eje A. Persona terapeuta (base de seguridad)

| Área                                     | Tarea                                                                                                                                                                             | Motivación                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Terapia personal</b>                  | Realizar un proceso de psicoterapia personal y programar revisiones periódicas (en momentos de cambio, desgaste o casos de alta carga).                                           | Realizar un proceso de psicoterapia personal y programar revisiones periódicas (en momentos de cambio, desgaste o casos de alta carga).                                           |
| <b>Competencia cultural y contextual</b> | Entrenarse en sensibilidad cultural, lenguaje inclusivo, análisis del significado musical y adaptación de repertorios/formatos a cada contexto (clínico, educativo, comunitario). | Entrenarse en sensibilidad cultural, lenguaje inclusivo, análisis del significado musical y adaptación de repertorios/formatos a cada contexto (clínico, educativo, comunitario). |
| <b>Hábitos de vida</b>                   | Sostener una vida cotidiana coherente con el rendimiento clínico: sueño, alimentación, movimiento, pausas, límites de carga, gestión del estrés y recuperación.                   | Sostener una vida cotidiana coherente con el rendimiento clínico: sueño, alimentación, movimiento, pausas, límites de carga, gestión del estrés y recuperación.                   |

| Área                                               | Tarea                                                                                                                                                                                  | Motivación                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Selfexperience</b>                              | Participar en experiencias estructuradas de autoconocimiento y entrenamiento vivencial (música, cuerpo, voz, emoción, rol terapéutico), con supervisión o guía cuando corresponda.     | Participar en experiencias estructuradas de autoconocimiento y entrenamiento vivencial (música, cuerpo, voz, emoción, rol terapéutico), con supervisión o guía cuando corresponda.  |
| <b>Autocompasión y regulación emocional</b>        | Entrenar habilidades de regulación (autocompasión, tolerancia al malestar, mindfulness aplicado), y diseñar rutinas breves para "volver al centro" antes/después de sesiones intensas. | Sin autorregulación, el terapeuta se defiende (se endurece o se disuelve). Y cuando el terapeuta se defiende, el paciente lo percibe: baja la seguridad y sube el ruido relacional. |
| <b>Límites personales y prevención de desgaste</b> | Identificar señales tempranas de fatiga por compasión / burnout, definir umbrales de carga (número de casos, perfiles de alta intensidad, horarios) y practicar decir "no" sin culpa.  | La disponibilidad ilimitada no es cuidado: es desorden. Los límites personales protegen el vínculo y previenen decisiones clínicas tomadas desde el agotamiento.                    |
| <b>Enfoque informado por trauma</b>                | Formarse en principios de trabajo informado por trauma: ventana de tolerancia, señales de activación/colapso, "música segura", dosificación y cierre de sesión.                        | La música accede rápido a la memoria emocional. Sin marco informado por trauma se incrementa el riesgo de desbordamiento y reactivación, incluso con buenas intenciones.            |
| <b>Reflexividad y metacognición clínica</b>        | Incorporar una práctica breve de autorreflexión(diario clínico, notas de contratransferencia, revisión de decisiones) para distinguir "lo del paciente" de "lo mío".                   | La intervención mejora cuando el terapeuta piensa sobre su propio pensamiento. La reflexividad reduce sesgos, afina criterio y refuerza la humildad clínica.                        |

**Tabla 9.1.b**

Eje B. Oficio clínico (calidad y criterio)

| Área                                                                                  | Tarea                                                                                                                                                       | Motivación                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Trabajo compartido / coterapia</b>                                                 | Realizar sesiones con coterapeutas y coordinar roles (quién sostiene vínculo, quién observa, quién guía lo musical).                                        | La complejidad clínica se aborda mejor con miradas complementarias: el trabajo compartido aumenta seguridad, coherencia y capacidad de ajuste en tiempo real.     |
| <b>Estudio musical clínico</b>                                                        | Mantener estudio musical continuado orientado a la práctica (improvisación funcional, acompañamiento terapéutico, escucha microdinámica, timing y cierre).  | La musicalidad del terapeuta es el “idioma” de la intervención: sin fluidez musical no hay precisión clínica ni posibilidad de sostener procesos complejos.       |
| <b>Actualización técnica (intervención)</b>                                           | Entrenar y revisar recursos y modelos de intervención (técnicas receptivas/activas, improvisación, composición, songwriting, etc.) y su indicación clínica. | La técnica no es un repertorio de actividades: es un conjunto de decisiones. Actualizarse evita la rutina, afina la dosis y reduce la improvisación sin criterio. |
| <b>Diseño de intervención y dosificación (nueva, muy recomendable)</b>                | Planificar “dosis” (frecuencia, duración, intensidad), progresión, criterios de paso y de alta; ajustar según respuesta.                                    | Sin dosificación, la terapia se vuelve azar: lo que funciona hoy puede sobrar mañana. Diseñar la intervención protege el vínculo y hace el proceso replicable.    |
| <b>Formulación del caso y toma de decisiones clínicas</b>                             | Entrenar formulación (hipótesis, factores mantenedores, objetivos realistas, criterios de alta/derivación) y revisión periódica del plan.                   | Sin formulación la sesión puede ser “bonita” pero errática; con formulación, la música se vuelve dirección.                                                       |
| <b>Medición de resultados y seguimiento (ROM/PROMs) (nueva, clave para evidencia)</b> | Incorporar medición rutinaria: objetivos operativos, indicadores observables, escalas breves, feedback del paciente y registro de cambios.                  | Lo que no se mide se confunde con intuición. Medir no deshumaniza: aclara, protege y permite aprender del propio trabajo.                                         |
| <b>Teleatención y práctica digital</b>                                                | Protocolos de telemusicoterapia, encuadre digital, contingencias técnicas y seguridad.                                                                      | La atención a distancia amplifica ambigüedades; si no se encuadra, el “azar” se multiplica.                                                                       |

|                                                                              |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentación clínica e informes (nueva, muy práctica)</b>                | Redactar notas de sesión, informes breves útiles para equipo/derivación y planes de continuidad; registrar incidentes.                       | Documentar es cuidar: mejora continuidad, facilita coordinación y reduce riesgos clínicos y legales.                                                         |
| <b>Ética y marco legal aplicado</b>                                          | Revisar códigos éticos, consentimiento informado, límites, derivación, deber de cuidado y documentación mínima.                              | Sin un marco ético-legal claro, el vínculo se erosiona y aumentan los riesgos clínicos y profesionales.                                                      |
| <b>Protección de datos y gestión de información clínica</b>                  | Custodia de historias y grabaciones, almacenamiento seguro, anonimización y control de accesos.                                              | La confidencialidad no es un “principio”: es una práctica diaria. Un fallo aquí rompe confianza y expone a daños.                                            |
| <b>Gestión del riesgo clínico</b>                                            | Planes de crisis, señales de alarma, coordinación con recursos, derivación y registro de incidentes.                                         | La seguridad del paciente no se improvisa; se diseña antes de la tormenta.                                                                                   |
| <b>Supervisión clínica</b>                                                   | Acudir a supervisión para evaluar casos y proyectos, revisar decisiones y entrenar mirada clínica.                                           | La validación del proceso requiere mirada transversal. Aprender a mostrar el trabajo y recibir feedback protege al paciente y afina el criterio.             |
| <b>Calidad asistencial y mejora continua</b>                                 | Auditorías internas, revisión de casos, indicadores de calidad, feedback del paciente y lecciones aprendidas.                                | Profesionalizar es estandarizar lo esencial sin perder humanidad: calidad que se puede sostener y demostrar.                                                 |
| <b>Habilidades de comunicación clínica</b>                                   | Entrevista inicial, psicoeducación, comunicación difícil (límites, malas noticias, confrontación amable).                                    | Muchas rupturas nacen de comunicación confusa; una buena conversación previene conflictos y protege el vínculo.                                              |
| <b>Gestión del setting y materiales musicales(nueva, opcional pero útil)</b> | Ordenar instrumentos, higiene, seguridad, accesibilidad, preparación del espacio y protocolos de uso (especialmente en hospital/residencia). | El entorno también interviene: un setting mal preparado genera ruido, riesgos y pérdida de tiempo terapéutico; uno cuidado sostiene seguridad y continuidad. |

**Tabla 9.1.c**

Eje C. Ciencia y comunidad (credibilidad y expansión)

| Área                                         | Tarea                                                                                                                                                      | Motivación                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lectura y estudio (actualización científica) | Seguir investigaciones recientes, leer revisiones y guías, y mantener una rutina de lectura de publicaciones internacionales relevantes.                   | Sin actualización, el criterio clínico se fossiliza: repetimos lo que “funcionaba” sin saber qué ha cambiado, qué se ha matizado o qué se ha refutado.                           |
| Habilidades investigadoras                   | Aprender recursos de investigación aplicados (diseños, validez, sesgos, ética de investigación, y lectura crítica de artículos).                           | Sin mirada analítica basada en evidencia, confundimos impresión con resultado. La evidencia no elimina incertidumbre, pero reduce azar y mejora decisiones.                      |
| Proyectos de investigación y publicación     | Diseñar y participar en proyectos (recogida sistemática de datos, análisis, escritura) y publicar estudios o informes técnicos.                            | Publicar no es “hacer marketing”: es transformar práctica en conocimiento compartido. La sistematización aumenta fiabilidad, comparabilidad y peso profesional.                  |
| Participación en congresos                   | Presentar proyectos, asistir a ponencias y participar en espacios interdisciplinarios (simposios, mesas, workshops).                                       | Además de atender a los pacientes, necesitamos circular conocimiento: compartir lo hecho, contrastarlo con pares y aprender de disciplinas afines acelera el progreso del campo. |
| Uso responsable de tecnología e IA           | Establecer criterios para usar herramientas digitales/IA en documentación, análisis, docencia o comunicación sin comprometer privacidad ni juicio clínico. | La tecnología puede amplificar capacidades, pero también sesgos y brechas éticas. Si no se gobierna, decide por nosotros sin que nos demos cuenta.                               |

**9.5.4 Redes de apoyo: el músculo invisible de la profesionalización**

En el capítulo I se enfatizaba que la musicoterapia también se construye colectivamente: no solo a través de la práctica en sesión, sino también mediante su integración en el campo profesional. Esta idea adquiere aquí un carácter operativo: asociarse implica más que el pago de una cuota;

supone incorporarse a una comunidad con criterios compartidos. Las redes profesionales desempeñan funciones esenciales en una disciplina emergente:

- Normativizan buenas prácticas (lo que se espera y lo que no).
- Protegen frente al intrusismo (y aclaran las diferencias).
- Facilitan la formación continua de calidad.
- Crean oportunidades de empleo, proyectos y financiación.
- Sostienen emocionalmente al profesional (porque el trabajo lo desgasta).
- Impulsan. En otras palabras, para lograr el reconocimiento no basta con la excelencia individual; es necesario consolidar un campo profesional funcional. Esto se logra mediante redes, evidencia y estándares compartidos. Y eso se hace con redes, evidencia y estándares compartidos.

### **9.5.5 El punto débil: evaluación e investigación (y cómo convertirlo en fortaleza)**

Se reconoce acertadamente que uno de los aspectos más vulnerables es la metodología de evaluación e investigación. La diversidad de estilos y procedimientos dificulta la comparación de resultados y la generalización de conclusiones. Sin embargo, esto representa una oportunidad: transformar la evaluación en un hábito clínico, no en una excepción académica. No se espera que cada musicoterapeuta sea un investigador de laboratorio, sino que cada profesional aprenda a medir lo esencial, utilizando instrumentos o indicadores observables adecuados, a registrar de manera consistente y a interpretar con rigor. Sin resultados validados, la disciplina pierde relevancia y el reconocimiento oficial se dificulta. Con resultados, el discurso se transforma: este proceso, nuevamente, no se realiza de manera individual. La musicoterapia actúa como disciplina coadyuvante, complementando otras terapias. Esto requiere diálogo, colaboración, liderazgo basado en la humildad, pensamiento colectivo y estrategias de integración. La investigación, cuando se ejecuta adecuadamente, es un esfuerzo de equipo. Solo mediante la colaboración se obtienen resultados sólidos, y únicamente con resultados sólidos se construye credibilidad social.



Más allá del máster, lo fundamental es el oficio. La formación continua de la persona, la especialización metodológica y la construcción de redes comunitarias. La calidad se sostiene no por una credencial, sino por un sistema de trabajo basado en la evidencia y la ética. En este sistema, la supervisión y las redes de apoyo no son elementos accesorios, sino el estándar que garantiza la solidez y la sostenibilidad profesional.



**Hasta que no  
tenemos un  
tramo del  
camino  
completado, no  
estamos en  
disposición de  
acompañar a  
otros**

## **9.6 Autocuidados basados en la evidencia**

El autocuidado constituye un principio técnico fundamental: la calidad del vínculo terapéutico y la seguridad del proceso dependen directamente de la presencia profesional. El autocuidado no debe entenderse como un bienestar superficial, sino como una forma de higiene clínica. Cuando el terapeuta presenta un sistema nervioso saturado, el encuadre se debilita, la capacidad de escucha disminuye y las intervenciones tienden a volverse rutinarias o reactivas. En la musicoterapia, donde las decisiones se toman en tiempo real y la música intensifica las emociones, estos desajustes se manifiestan de inmediato.

A continuación se presentan los autocuidados organizados en cuatro subepígrafes breves, con propuestas fundamentadas y aplicables en la práctica clínica.

### **9.6.1 Autocuidado fisiológico mínimo: sueño, carga y pausas (pragmatismo, cero moralina)**

El punto de partida es claro: si el cuerpo no sostiene, la práctica clínica tampoco. El objetivo no es alcanzar la perfección, sino garantizar los mínimos operativos. En las profesiones sanitarias y de ayuda, las intervenciones basadas en mindfulness y en hábitos de autorregulación suelen mostrar mejoras pequeñas a moderadas en los componentes del burnout, especialmente en el agotamiento emocional. Esto refuerza la relevancia del estado psicofísico para el desempeño profesional (por ejemplo, metaanálisis en atención primaria: SMD  $\approx -0.54$  para el agotamiento emocional).

#### **Tres mínimos clínicos (muy realistas):**

1. Sueño suficiente para un funcionamiento óptimo: la privación de sueño prolongada reduce la paciencia, la capacidad de escucha y el adecuado manejo del tiempo durante la sesión. Estos efectos se reflejan directamente en la calidad del trabajo clínico.
2. Carga sostenible: el problema no es trabajar mucho un día; es trabajar por encima del umbral semana tras semana. Ahí se evidencia el deterioro del juicio clínico.

3. Pausas programadas: sin pausas, no hay recuperación; sin recuperación, no hay sensibilidad. Una pausa breve entre sesiones puede ser tan clínica como una técnica.

### **Microprotocolo entre sesiones (2–3 minutos):**

- Agua + respiración lenta 6 ciclos.
- Nota rápida: "qué pasó / qué me activó / qué ajusto".
- Un minuto real de silencio sin pantallas

Este procedimiento no busca la relajación, sino la recalibración del estado psicofisiológico. Esto no te "relaja": te recalibra.

## **9.6.2 Autocompasión y mindfulness como higiene mental del terapeuta (evidencia y utilidad)**

Mindfulness y autocompasión no son accesorios "new age" cuando se entienden como entrenamiento atencional y relacional: mejoran la capacidad de observar sin reactividad y de sostener el malestar sin convertirlo en dureza ni en evitación. La evidencia acumulada muestra que las intervenciones basadas en compasión/autocompasión producen mejoras significativas en autocompasión y mindfulness, y reducciones del malestar emocional (metaanálisis de intervenciones basadas en compasión: efectos en autocompasión  $d \approx 0.70$ ; mindfulness  $d \approx 0.54$ ).

Además, en ensayos controlados aleatorizados, las intervenciones centradas en la autocompasión muestran beneficios en los resultados psicosociales (metaanálisis de ensayos aleatorizados controlados;

### **Aplicación clínica relevante:**

- Menos "piloto automático" en sesión.
- Más tolerancia a la incertidumbre y al silencio.
- Menos necesidad de "arreglar" al paciente para calmar nuestra ansiedad.
- Mejor capacidad para poner límites sin culpa (y sin frialdad).

### **Práctica mínima, sostenible (10 minutos/día):**

- 5 min: respiración + etiquetar ("pensamiento", "tensión", "impulso").
- 3 min: autocompasión breve ("esto es difícil"; "no estoy solo/a"; "puedo cuidarme y cuidar").
- 2 min: intención del día ("presencia antes que prisa").

La higiene mental no produce cambios inmediatos, pero sí previene el deterioro asociado al ejercicio profesional.

### **9.6.3 Fatiga por compasión y trauma vicario: señales tempranas, prevención y cuándo pedir ayuda**

El trabajo con sufrimiento y, en ocasiones, con trauma, tiene un impacto significativo. La literatura identifica fenómenos como la fatiga por compasión, el estrés traumático secundario y el trauma vicario, que constituyen riesgos ocupacionales y no deben interpretarse como signos de debilidad. Revisiones recientes concluyen que la exposición sostenida a historias traumáticas puede afectar la salud mental y la capacidad empática de los profesionales de la ayuda y la educación (revisión sistemática). En el ámbito sanitario, existen análisis comparativos de intervenciones para la fatiga por compasión, el burnout y el estrés traumático secundario, lo que evidencia la existencia de estrategias con eficacia relativa (network meta-analysis en enfermería).

#### **Señales tempranas (las que más nos conviene vigilar):**

- Irritabilidad, cinismo o dureza “protectora”.
- Embotamiento emocional o desconexión durante la sesión.
- Evitación: ganas de “que no pase nada intenso”.
- Rumiar casos fuera de horario, sueños intrusivos, hipervigilancia.
- Pérdida de curiosidad clínica: todo “suena igual”.
- Sensación de estar “actuando” en lugar de estar presente.

#### **Estrategias de prevención en tres niveles:**

1. Personal: sueño/carga/pausas + prácticas de regulación (9.6.1–9.6.2).
2. Profesional: supervisión, intervisión, formación continua, límites claros.
3. Organizacional: agenda realista, derivación posible, coordinación con equipo.

#### **Cuándo pedir ayuda (sin heroicidades):**

- Si hay síntomas persistentes >2–4 semanas.
- Si aparece evitación intensa de casos o pérdida marcada de empatía.
- Si hay consumo para “aguantar” o “apagar”.
- Si el trabajo afecta de forma clara las relaciones, el sueño o el estado de ánimo.

Solicitar ayuda no implica detener la actividad profesional, sino preservar la habilitación clínica.

### **9.6.4 Plan semanal de recuperación: dosificación trabajo/descanso y el silencio como contrapeso**

Tu idea del silencio como contrapeso es muy potente; aquí la convertimos en un plan. La palabra clave es dosificación: igual que dosificamos los estímulos musicales para no desbordar al paciente, dosificamos nuestra semana para no desbordarnos.

#### **Plantilla simple de plan semanal (20 minutos los domingos):**

- Bloques de alta carga (casos complejos, grupos grandes, sesiones seguidas): márcalos.
- Bloques de recuperación (no negociables): silencio, paseo, descanso real, música para ti sin función clínica.
- Un “día ligero” o una tarde sin pacientes (siempre que sea posible).
- Un espacio de supervisión/intervención (mensual o quincenal, según la carga).
- Un indicador de alerta (si aparece, ajustas la agenda): “irritabilidad”, “insomnio”, “evitación”.

#### **Silencio terapéutico para el terapeuta (2 versiones):**

- Silencio corto diario (10–15 min): sin pantalla ni objetivo, solo reposo sensorial.
- Silencio largo semanal (60–120 min): caminata, naturaleza, reposo; el sistema nervioso baja de revoluciones y vuelve a la fineza.

El silencio no representa ausencia, sino mantenimiento. Constituye la afinación del instrumento terapéutico.

Autocuidarse en musicoterapia es sostener el huerto sin agotar la tierra. Y como ya venimos diciendo (cap. 3 y 5), este cuidado no se completa en solitario: la supervisión es parte del autocuidado profesional, porque detecta a tiempo lo que uno no ve y evita que la fatiga se convierta en daño.





**Del libro al campo  
clínico hay un paso  
sencillo: la  
profesionalización**

## **9.7 Supervisión, intervención y terapia personal**

Hay una idea que conviene fijar con claridad, porque organiza el oficio por dentro: la supervisión no es un “extra” para tiempos de bonanza; es una medida de seguridad clínica. Igual que no se improvisa un protocolo de crisis, tampoco se improvisa el criterio terapéutico cuando el caso aprieta. Y cuando trabajamos con música, una herramienta con capacidad real para activar la memoria, la emoción, el apego y el trauma, ese “aprieta” llega antes de lo que a veces querríamos.

La literatura en psicoterapia (y, por extensión, en disciplinas afines como la musicoterapia clínica) insiste en lo mismo desde varios ángulos: la supervisión se asocia con mejoras en variables del proceso terapéutico (competencia del terapeuta, alianza terapéutica, consistencia de las decisiones) y, aunque la evidencia sobre los resultados del paciente aún presenta heterogeneidad y limitaciones, el balance general es favorable y apunta a efectos prometedores.

### **9.7.1 Supervisión clínica: espejo profesional y control de calidad**

Podemos definir la supervisión, en términos prácticos, como un espacio estructurado en el que un profesional cualificado ayuda a revisar el caso con método: hipótesis, objetivos, encuadre, elección de técnicas, riesgos, dilemas éticos y coherencia con la evidencia. Es, literalmente, una forma de pensar mejor cuando la complejidad tiende a nublar el juicio. Los motivos son sencillos:

- Porque el terapeuta también tiene sesgos. No solo cognitivos, sino también afectivos, musicales y biográficos. La supervisión introduce una mirada externa que reduce los puntos ciegos y corrige las derivas. La investigación en supervisión subraya precisamente esa brecha entre el consenso “cultural” de que la supervisión es esencial y la necesidad de estudiar con mayor rigor qué componentes de la supervisión producen qué beneficios; aun así, el campo coincide en reconocer su valor como práctica profesional.
- Porque el caso “educa” al terapeuta... a veces por el camino equivocado. En clínica, repetir no siempre equivale a mejorar. La



experiencia por sí sola no garantiza mejores resultados si no va acompañada de feedback calibrado y de una revisión sistemática.

- Porque el estándar protege a la persona atendida. El “deber de cuidado” no se sostiene solo con buena intención: se sostiene con procedimientos que disminuyen la probabilidad de daño y aumentan la consistencia del acompañamiento. La supervisión opera como un “freno de seguridad” cuando aparecen señales de riesgo, rupturas del vínculo, decisiones límite o escenarios de crisis.

En un metaanálisis reciente que revisa estudios de supervisión en psicoterapia, los autores describen efectos pequeños a medios en variables como la competencia del terapeuta y la alianza, con resultados que tienden a mejorar, especialmente cuando se compara con condiciones pasivas (es decir, “sin supervisión” o con apoyo mínimo), si bien la literatura sigue siendo heterogénea y requiere diseños más robustos.

### **9.7.2 Intervisión: comunidad que afina criterio (sin sustituir la supervisión)**

La intervisión (o supervisión entre pares) cumple otra función: no tanto “validar” con autoridad clínica externa, como sostener el oficio con la comunidad. Un grupo de colegas, con reglas claras, permite:

- Descargar tensión profesional sin “vomitar” el caso,
- Contrastar hipótesis y decisiones,
- Normalizar dudas (sin normalizar negligencias),
- Construir una cultura de aprendizaje continuo.

En entornos sanitarios y formativos se está explorando la intervisión como espacio de reflexión y soporte, con resultados cualitativos que señalan beneficios en la identidad profesional, la colegialidad y la prevención del desgaste, siempre que se cumplan condiciones de seguridad psicológica, de estructura y de facilitación competente.

Pero conviene subrayar el límite: la intervisión no debe convertirse en “supervisión low-cost”. Cuando hay riesgo, trauma complejo, dilemas éticos serios, incertidumbre diagnóstica, sospecha de iatrogenia o la sensación de estar “perdidos” en el caso, se requiere supervisión formal.

### **9.7.3 Terapia personal: higiene profunda del instrumento terapéutico**

La terapia personal no es un rito de pureza; es el mantenimiento preventivo del principal instrumento de trabajo: el propio terapeuta. Lo que no está visto tiende a actuar desde la sombra: necesidades de rescate, evitación del conflicto, miedo al silencio, urgencia por “hacer música” para no sostener una emoción, o, por el contrario, rigidez técnica para no sentir.

En la supervisión se detecta con frecuencia algo muy humano: cuando el caso toca una herida del terapeuta, el encuadre se vuelve poroso (más permisivo o más duro), y el vínculo, ese huerto, queda expuesto a plagas invisibles: sobreimplicación, salvacionismo, fatiga por compasión o defensividad. Por eso, la terapia personal y la supervisión no compiten: se complementan.

### **9.7.4 Supervisión como cultura: “partida presupuestaria”, no “capricho”**

Aquí entra una idea clave que conecta con la profesionalización: si algo es estructural, se presupuesta. Igual que se presupuestan instrumentos, el alquiler de sala o los seguros, la supervisión debe figurar como coste fijo de calidad y ética. El mensaje que eso envía, a uno mismo y al sistema, es potente: “mi práctica no depende del azar”.

En contextos anglosajones, la supervisión y la consulta de casos forman parte del ecosistema profesional (formación, acreditación, mantenimiento de competencias). Y la revisión de la evidencia sobre supervisión insiste en identificar prácticas asociadas a resultados formativos y restaurativos (desarrollo de habilidades y bienestar del clínico), reforzando la supervisión como herramienta de calidad del servicio, no solo como apoyo emocional.

### **9.7.5 Mini-esquema operativo: cómo instalar estos tres pilares sin complicarse la vida**

Sin burocracia y sin épica, un marco razonable “de manual” podría ser:

### **1. Supervisión formal (obligatoria)**

- Frecuencia orientativa: quincenal o mensual (más si el caso es complejo o si hay crisis).
- Material: notas de sesión, objetivos, indicadores, momentos críticos y, si procede, fragmentos de audio o video con consentimiento explícito.
- Foco: hipótesis, encuadre, riesgos, coherencia técnica, evaluación de resultados.

### **2. Intervisión (comunidad y ajuste fino)**

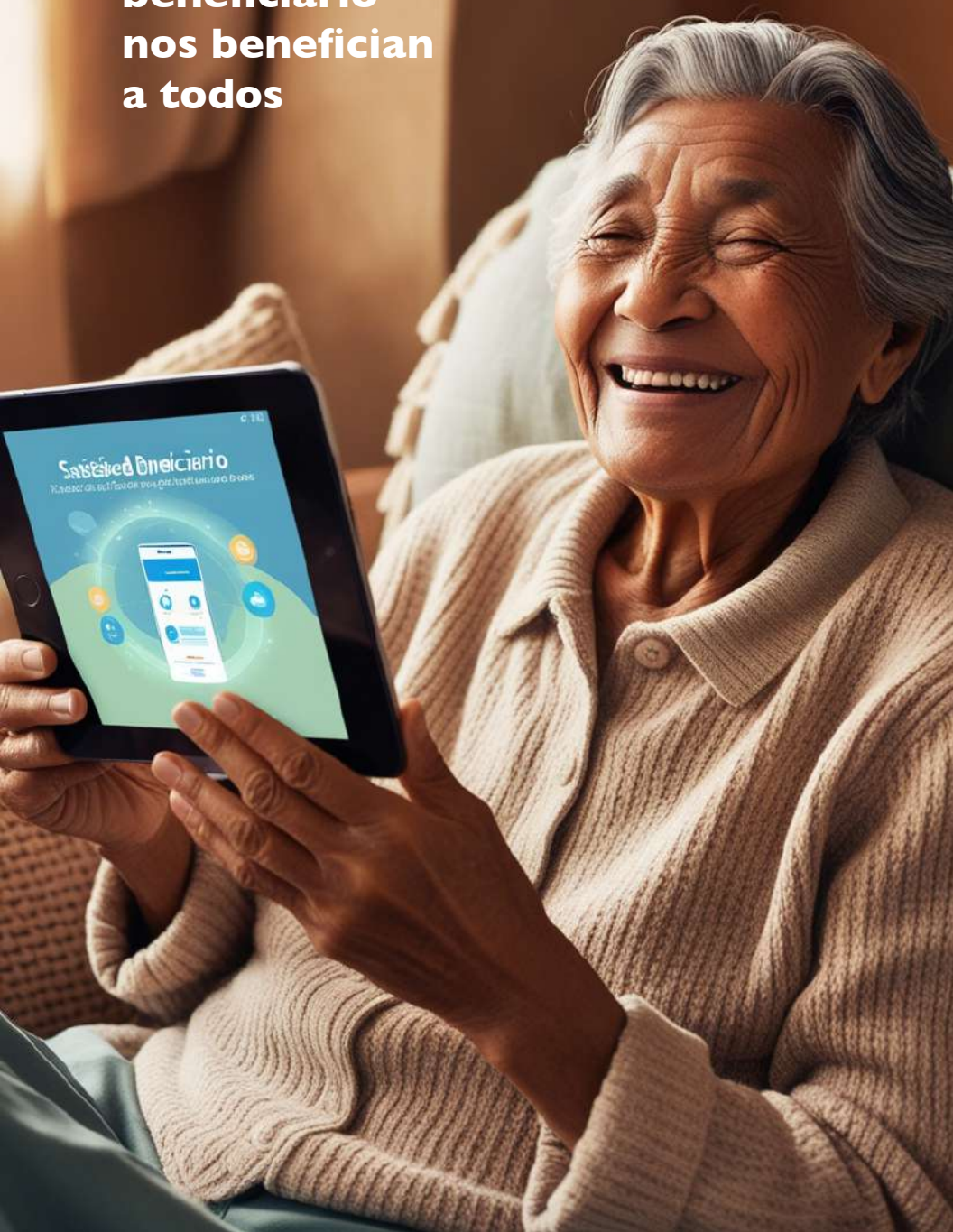
- Grupo pequeño, reglas claras, confidencialidad, turnos y método (no "tertulia").
- Foco: decisiones clínicas, dilemas frecuentes, aprendizaje compartido, prevención del desgaste.

### **3. Terapia personal (higiene profunda)**

- No necesariamente constante, pero sí disponible y activable cuando el caso "engancha".
- Foco: patrones repetidos, reacciones intensas, límites, autocuidado realista.

El vínculo se vuelve más seguro porque el terapeuta trabaja con un "sistema inmunitario" profesional: supervisión para corregir sesgos, intervisión para sostener la comunidad y terapia personal para no mezclar historias.

**Los beneficios  
de ser  
beneficiario  
nos benefician  
a todos**



## 9.8 Ética aplicada

A lo largo de estas páginas vengo repitiendo una idea que conviene rescatar aquí como columna vertebral: registrar de forma sistemática (y ética) lo que sucede. Y lo enmarcas en un “acuerdo ético con el lector” que no deja lugar a dudas: la confidencialidad es obligación; los registros (imágenes, audios, vídeos) exigen protección y decisiones responsables; y la supervisión forma parte del estándar de calidad.

Este apartado lleva esa idea a la realidad actual: en 2026, es muy fácil grabar, guardar en la nube, enviar mensajes, usar redes o IA y también cometer errores como difundir sin querer, anonimizar mal o guardar datos “por si acaso”. En un campo aún poco regulado, la ética no es solo algo bonito: es la defensa de la profesión. La pregunta clave es sencilla:

¿Esto protege al paciente o me expone a mí (y a la disciplina) a una imprudencia innecesaria?

Muchas veces, los problemas empiezan con buenas intenciones: “un audio inspirador”, “un caso anonimizado”, “una foto del taller” o “un vídeo para docencia”. Pero pueden derivar en pérdida de confianza, daño a la reputación o incluso sanciones. En España, la AEPD sigue recordando, también con multas recientes, que grabar imagen o sonido en contextos clínicos sin justificación y sin minimizar los datos es una imprudencia grave.

### 9.8.1 Registro ético: el sistema es antes que el archivo

Registrar no significa acumular datos. Registrar es dejar una huella útil que ayude a tomar decisiones clínicas, a revisar el proceso, a aprender y a supervisar, sin invadir ni exponer a nadie. Por eso, antes de grabar o guardar algo, es importante aplicar principios básicos: finalidad, minimización, limitación del plazo, integridad, confidencialidad y responsabilidad proactiva. Una traducción práctica, no legalista, sería:

- Finalidad: ¿Para qué exactamente lo necesito? (clínica, supervisión, docencia, investigación).
- Minimización: ¿Cuál es la cantidad mínima de datos necesaria para cumplir la finalidad?
- Plazo: ¿Cuánto tiempo y por qué? (no “para siempre”).

- Acceso: ¿Quién puede verlo/oírlo y con qué control?
- Riesgo: ¿Qué pasa si se filtra? (Porque puede pasar).

Aquí encaja bien tu frase de manual: si el registro debe ser sistemático y ético, hay que decidir de antemano qué se graba, para qué, dónde se guarda, quién puede acceder y cuándo se borra. Eso es aplicar el principio de evitar el azar.

### 9.8.2 Grabaciones: consentimiento no es un papel, es un encuadre

Grabar audio o vídeo en musicoterapia puede tener sentido clínico, como para revisar casos o supervisar, pero solo si está bien justificado. Los datos de salud están especialmente protegidos y su uso requiere bases claras y medidas de seguridad reforzadas.

Una regla prudente es que grabar por costumbre es una mala práctica; grabar por decisión clínica puede ser una buena práctica.

#### Protocolo breve “GRABAR” (decisión previa):

1. **Goal** (finalidad): “solo para X” (p. ej., supervisión del caso durante 8 semanas).
2. **Riesgo**: evalúa riesgos (contexto sensible, menores, trauma, entorno domiciliario).
3. **Acuerdo** informado: consentimiento explícito y revocable; explica los límites reales.
4. **Barrera técnica**: cifrado, control de accesos, nada de WhatsApp como almacén.
5. **Anonimización/seudonimización**: si va a salir del circuito clínico, con el máximo cuidado.
6. **Retención y destrucción**: fecha de borrado definida (y cumplida).

#### Lo que suele fallar (y abre grietas):

- Grabar “para tener material” sin finalidad concreta.
- Consentimiento genérico (“para usos formativos”), sin especificar qué, dónde ni cuánto.
- Guardar en la nube personal sin control de accesos.

- Compartir fragmentos por mensajería “un momento” (la filtración suele empezar ahí).
- Creer que “si no digo el nombre” ya es anónimo (en comunidades pequeñas no lo es).

### **9.8.3 Uso docente e investigación: disociar no es maquillar**

El salto de la clínica a la docencia/investigación cambia la ética del dato. En la docencia sanitaria, la norma insiste en el acceso con datos disociados o con historias simuladas para proteger la intimidad y la confidencialidad.

#### **Decálogo docente (muy operativo):**

- Prioriza los casos simulados o las viñetas compuestas cuando sea posible.
- Si usas material real, que sea disociado de verdad (ojo a la voz, la música, el contexto, los “detalles únicos”).
- Limita el material al objetivo didáctico (minimización).
- Controla el entorno: plataforma segura, acceso restringido, no reenvío.
- Explica al alumnado el “por qué” ético (formación de criterio, no solo de norma).

Investigación: además del consentimiento, exige la gobernanza de los datos y, cuando corresponda, la evaluación ética institucional. Aquí, WFMT promueve explícitamente la integración de la ética y la investigación como estándar profesional contextualizado.

### **9.8.4 Difusión y redes sociales: lo inspirador también puede ser imprudente**

Este es uno de los temas más delicados de 2026. Las redes sociales premian lo emocional y lo inmediato, mientras que la clínica requiere prudencia y tiempo. Varias organizaciones profesionales han publicado guías sobre cómo actuar en redes sociales: por ejemplo, AMTA recuerda que el código ético también se aplica a las redes sociales y a la presencia digital. Además, investigaciones recientes en el campo analizan el consentimiento, la privacidad y los riesgos de publicar contenido de musicoterapia en redes sociales.

También existen guías de “promoción ética” que aconsejan no usar testimonios ni material audiovisual de clientes para promocionar servicios, ya que esto puede revelar información confidencial o generar presiones indirectas.

Regla de oro: si el contenido no resistiría ser visto por el propio paciente dentro de 5 años, no debería publicarse hoy.

### **Checklist antes de publicar (30 segundos):**

- ¿Puede alguien identificar a la persona por su voz, su historia, su música, su lugar, su fecha o “detalles”?
- ¿Existe posibilidad de coerción sutil? (“si digo que no, ¿queda raro?”)
- ¿Estoy enseñando clínica o estoy usando la clínica para el marketing?
- ¿He explicado los límites reales del consentimiento en redes sociales (irreversibilidad, capturas)?
- ¿Esto aporta valor público sin exponer a nadie?

### **9.8.5 Límites digitales: mensajería, correo, teleatención y “contacto infinito”**

El mundo real hoy incluye: mensajes a cualquier hora, audios largos, urgencias por chat, envío de vídeos del paciente, familias que comparten información sensible por WhatsApp. Si no hay encuadre, la terapia se convierte en un “hilo infinito” y ahí se degradan tres aspectos: la confidencialidad, la calidad clínica y la salud del terapeuta.

- Encuadre digital mínimo (lo decides antes y lo explicas):
- Canal oficial de contacto (y qué NO se usa).
- Horario de respuesta (y qué se considera emergencia).
- ¿Qué tipo de contenido se admite (evitar el envío de material sensible sin control)?
- ¿Qué se registra en la historia o en la bitácora (sistemática y ética)?
- Protocolo de crisis fuera de sesión (conectado con 9.2).

En este contexto, el RGPD y la LOPDGDD no son solo “leyes abstractas”. Son hábitos de seguridad, de minimización y de control de accesos que se aplican en el día a día.



## **“Decidir antes”: ciclo de vida del dato (anti-azar)**

El principio marco es finalidad - minimización - seguridad. Antes de recoger cualquier dato (nota, audio, vídeo, foto, formulario):

1. ¿Qué recojo (mínimo necesario)?
2. ¿Para qué (finalidad concreta)?
3. ¿Dónde se guarda (soporte y seguridad)?
4. ¿Quién accede (roles y control)?
5. ¿Cuánto tiempo (plazo y criterio)?
6. ¿Cómo se destruye (fecha y método)?

## **Errores frecuentes y cómo evitarlos**

- “Caso anonimizado” que no lo es → usa viñetas compuestas o elimina rasgos identificables (voz, lugar, secuencia temporal).
- Consentimiento genérico para todos los casos y otro específico por finalidad (clínica, docente o de difusión).
- Guardar en la nube personal sin control → herramientas con cifrado y control de acceso; nada de repositorios improvisados.
- Publicar “inspiración clínica” → prioriza la divulgación general, no material de pacientes; evita testimonios como promoción.
- Grabar por defecto → grabar según criterio clínico, con plan de retención y de borrado.

En un campo no plenamente regulado, la ética no es decoración: es protección. Protege a la persona atendida, te protege a ti y protege la disciplina de su punto más vulnerable: la imprudencia pequeña que se normaliza. Si SERMUT insiste en que cuidar es también justificar, medir, contrastar y aprender, entonces aquí añadimos una frase espejo: cuidar es también guardar bien, hablar bien y publicar poco.



Planificar es la  
clave para  
emprender

## 9.9 Mapas para el emprendimiento

Emprender en musicoterapia implica más que simplemente iniciar un proyecto; requiere mantener un servicio clínico con identidad, calidad y continuidad. En un campo aún poco regulado, esto conlleva una doble responsabilidad. La primera es personal: evitar que el proyecto se convierta en una fuente de desgaste que agote nuestra energía, creatividad y paciencia. La segunda es colectiva: no contribuir, por apresuramiento, por promesas exageradas o por falta de método, a la pérdida de credibilidad de la disciplina. En resumen, el agotamiento personal es perjudicial, pero dañar la disciplina es aún más grave, ya que sus consecuencias afectan a toda la comunidad.

La evidencia en salud ocupacional lleva décadas repitiendo un principio que aquí conviene traducir a emprendimiento: el burnout no aparece por “falta de vocación”, sino por un desequilibrio sostenido entre demandas y recursos. Y la recuperación no es un premio, sino un mecanismo de mantenimiento del rendimiento y de la salud profesional (psicológica y de la desconexión del trabajo). Si a eso le sumamos que la motivación sostenible se sustenta en necesidades básicas (autonomía, competencia y vínculo), entendemos por qué muchos proyectos “bonitos” se rompen por dentro.

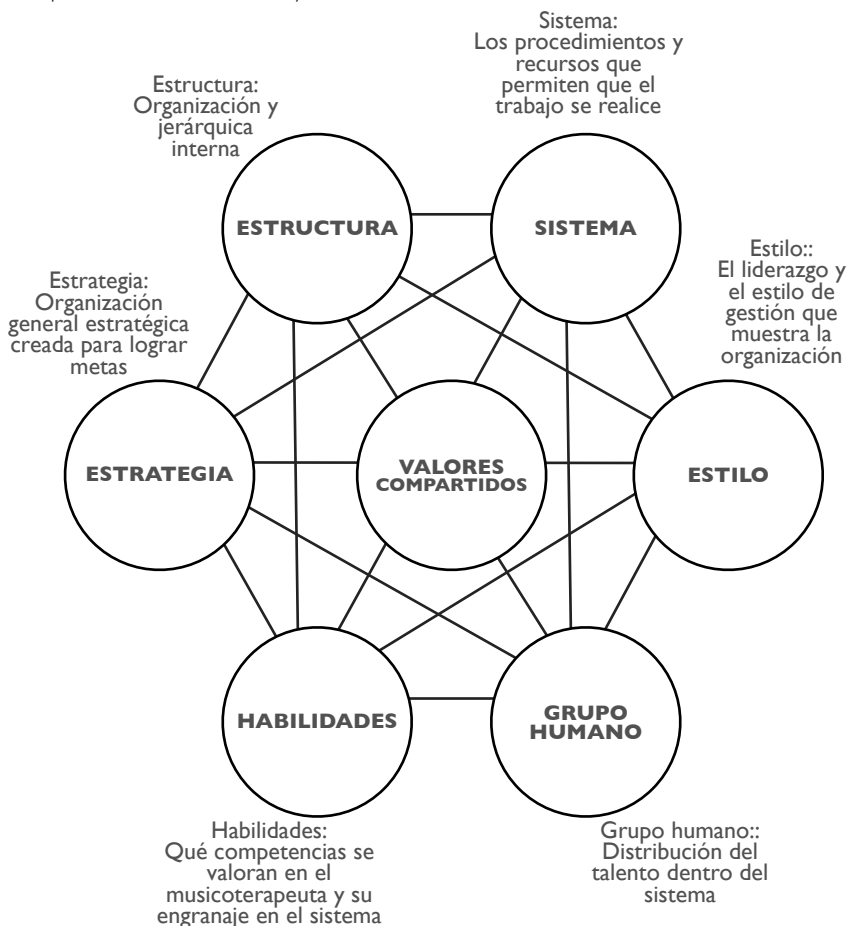
Por este motivo, el capítulo concluye con mapas. No se trata de que el emprendimiento dependa únicamente de diagramas, sino de que los mapas permiten explicitar las decisiones antes de que factores aleatorios intervengan. En la práctica, el emprendimiento se asemeja a la labor clínica: requiere formular hipótesis, establecer un encuadre, dosificar esfuerzos, evaluar resultados y realizar ajustes continuos.

### 9.9.1 Mapa I: Modelo 7S (McKinsey)

Este diagrama nos sirve para alinear el proyecto y evitar que el equipo se rompa por incoherencia. El Modelo 7S (estructura, sistemas, estilo, habilidades, grupo humano, estrategia y valores compartidos) permite abordar una pregunta fundamental: ¿el proyecto está realmente alineado o

**Figura 9.1**

Mapa 1. Modelo 7/5 McKinsey.I



solo impulsado por el entusiasmo? Mientras que el entusiasmo proporciona energía inicial, la alineación garantiza la continuidad.

**Aplicación clínica-empresarial (sin perder el alma):**

- Valores compartidos: en este punto se define si el proyecto se orienta hacia un servicio de salud o hacia una experiencia musical. Si el valor central es el cuidado, entonces el marketing, el encuadre y el registro deben reflejar ese enfoque, evitando presentarlo como espectáculo.

- Estrategia: define a quién ayudas, para qué, en qué contexto y con qué límites. Una estrategia que intenta ayudar “a todo el mundo” suele ayudar poco y agotar mucho.
- Estructura y sistemas: agenda, consentimiento, protección de datos, protocolos de crisis, facturación, derivación, calidad. Lo que no sistematizas lo pagarás en desgaste.
- Estilo (liderazgo): adoptar un estilo de liderazgo heroico, basado en la autosuficiencia, conduce rápidamente al agotamiento. En contraste, el liderazgo profesional implica no prometer más de lo que se puede sostener.
- Habilidades y grupo humano: en musicoterapia, la calidad no se basa únicamente en las cualidades personales, sino también en competencias específicas, supervisión adecuada y una cultura de retroalimentación, como se desarrolló en el apartado 9.7.

Si tu proyecto crece, pero tu estructura y tus sistemas no crecen con él, la demanda aumenta y el recurso disminuye. Eso es el modelo JD-R en vivo.

## 9.9.2 Mapa 2: Pirámide de la estrategia

Este modelo nos ayuda a que el proyecto no sea una actividad, sino un servicio evaluable. La pirámide estratégica exige concretar los conceptos. En la parte superior se encuentran la misión y los valores (propósito), mientras que en la base se sitúan los objetivos, los medios, las iniciativas, los indicadores y el mapa estratégico (ejecución). Emprender sin agotarse implica transformar los ideales en decisiones medibles.

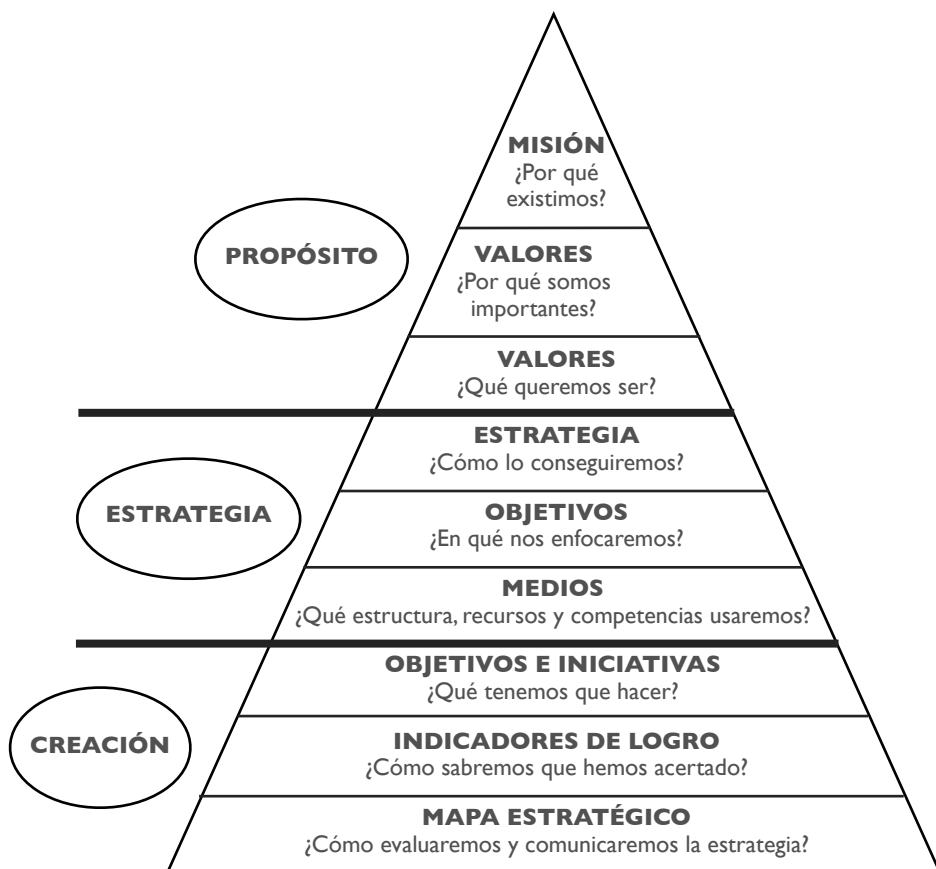
Una forma muy operativa de usarla en musicoterapia es encadenar cinco preguntas:

1. Misión: ¿Qué problema de salud, educación o comunidad atiendo? (no “quiero ayudar”, sino qué necesidad concreta).
2. Valores: ¿Cómo voy a cuidar? (ética aplicada: límites, registro, privacidad, no promesas infladas).
3. Estrategia: ¿Qué voy a ofrecer y qué NO voy a ofrecer? (Aquí se evita el “café para todos”).
4. Objetivos: ¿Qué cambios espero y en qué plazo? (metas realistas: clínica ≠ milagro).
5. Indicadores: ¿Cómo sabré que este aspecto se relaciona con una idea clave de la implementación? No basta con contar con buenas intervenciones; también es necesario evaluar su correcta

implementación (aceptabilidad, adecuación, fidelidad, sostenibilidad). En muchos casos, los proyectos no fracasan por la música, sino por deficiencias en la implementación. O un proyecto falla, muchas veces no falla la música: falla la implementación.

**Figura 9.2**

Mapa 2. Pirámide de la estrategia



### 9.9.3 Mapa 3: Respuesta emocional al cambio

Esta propuesta está planteada para normalizar el proceso (del paciente y del emprendedor) sin dramatizarlo. La figura de la respuesta emocional al cambio constituye una herramienta pedagógica valiosa, útil tanto para los pacientes como para los equipos y para el propio emprendedor. Empezar implica afrontar cambios, incertidumbre, comparaciones, temores y nuevas exigencias. Si no se reconocen estas fases, se corre el riesgo de quedar atrapado en ellas.

Esta curva no pretende “diagnosticar” a nadie ni etiquetar estados emocionales como si fueran casillas fijas. Sirve para algo mucho más útil: dar lenguaje y forma a lo que, si no se nombra, se sufre en silencio. Cuando el cambio no tiene un mapa, cada emoción parece un fallo personal. Con el mapa, muchas emociones se vuelven lo que son: señales transitorias de adaptación.

La investigación reciente sobre la llamada “Change curve” recuerda dos cosas a la vez: (1) es una herramienta intuitiva y pedagógica, pero (2) puede volverse peligrosa si se interpreta como un proceso universal, lineal y “obligatorio” (como si todo el mundo tuviera que pasar por las mismas fases en el mismo orden). Por eso conviene usarla con prudencia y como brújula, no como sentencia. (Hagemann & Cechlovsky, 2024).

#### **A) Por qué este mapa reduce desgaste (y mejora decisiones)**

Empezar, igual que iniciar un proceso terapéutico, incrementa las demandas: decisiones nuevas, incertidumbre, exposición, comparación, necesidad de sostener un encuadre y la sensación de estar “a prueba” de forma continua. Cuando suben las demandas y no suben los recursos (tiempo, estructura, apoyo, supervisión), aumenta el riesgo de agotamiento. Ese desequilibrio está descrito con precisión por el modelo de demandas-recursos laborales: las demandas empujan a la extenuación; los recursos amortiguan, protegen y sostienen el compromiso (Demerouti et al., 2001).

Lo que hace la curva es introducir un recurso clave: el reencuadre cognitivo. En vez de “me estoy hundiendo → soy incapaz”, pasamos a “estoy en fase de frustración/bajada → necesito estructura, apoyo y ajustar

**Figura 9.3**

Mapa 3. Respuesta emocional al cambio





expectativas". Ese pequeño cambio en la lectura suele implicar un cambio en el siguiente paso: menos autoataque, más método.

## **B) Cómo usar la curva en clínica (paciente) y en emprendimiento (terapeuta)**

La curva funciona si la conviertes en tres preguntas repetibles (cada semana, cada sesión, cada revisión de proyecto):

1. ¿En qué fase me reconozco hoy? (no "para siempre"; hoy).
2. ¿Qué necesidad legítima hay detrás de esta emoción? (seguridad, control, comprensión, apoyo, descanso).
3. ¿Cuál es el siguiente paso mínimo y realista? (pequeño, medible, sin épica).

Es "anti-azar" en el terreno emocional: no elimina el cambio, pero evita que el cambio te gobierne.

## **C) Lectura fase por fase (con intervención sugerida)**

### **I. Shock:**

- **¿Qué se siente?**

Sorpresa, hiperactivación o bloqueo. En el paciente: "no me esperaba esto"; en el emprendedor: "esto es demasiado".

- **Riesgo típico**

Decisiones rápidas para apagar la ansiedad: precipitarse, prometer, cambiarlo todo en 48 horas.

- **Intervención útil**

- Reducir el estímulo: menos decisiones, más contención.
- Frase ancla: "Hoy no decido el futuro; hoy estabilizo el presente".
- Acción mínima: una lista de 3 prioridades (no 30).

### **2. Negación**

- **¿Qué se siente?**

Minimizar ("no será para tanto") o sostener lo anterior como si siguiera en funcionamiento.

- **Riesgo típico**

No ajustar el encuadre ni la estructura; seguir "a pulmón", como si nada hubiera cambiado.

- **Intervención útil**

- Convertir la negación en un dato: “¿qué parte de esto no quiero mirar?”
- Evidencia práctica: cuando cambian las demandas, hay que incrementar los recursos; si no, el desgaste es cuestión de tiempo.

### 3. Frustración

- **¿Qué se siente?**

Irritabilidad, enfado, “¿por qué a mí?”, comparación con otros, deseo de abandonar.

- **Riesgo típico**

Interpretarlo como incompetencia. Aquí empieza la trampa del burnout: apretar más cuando el sistema ya está saturado.

- **Intervención útil**

- Reencuadre: frustración = “la realidad está pidiendo estructura”.
- Acción estructural: delimitar (qué sí/qué no) y volver al encuadre (horarios, canales, cancelaciones, etc.).
- Apoyo: intervención/supervisión antes de que la frustración se convierta en cinismo.

### 4. Bajada (tristeza/depresión)

- **¿Qué se siente?**

Baja energía, dudas, sensación de “esto no vale”, desmotivación. En paciente: pérdida; en emprendedor: “no llego”.

- **Riesgo típico**

Confundir “baja energía” con “falta de vocación”. En realidad, a menudo es un déficit de recuperación.

- **Intervención útil (basada en evidencia de recuperación)**

Aquí encaja especialmente la evidencia sobre recuperación y desconexión: la recuperación no es solo dormir; es desengancharse mentalmente del trabajo, bajar la activación, recuperar el control y la sensación de eficacia. El Recovery Experience Questionnaire identifica cuatro experiencias clave: desconexión psicológica, relajación, dominio (actividades que te hacen sentir competente) y control. (Sonnentag & Fritz, 2007).

- **Traducción a plan semanal (muy simple):**

- 2 momentos breves de desconexión real (sin “microtrabajo mental”).
- 1 actividad de dominio que no sea clínica (aprender algo, entrenar, tocar por placer).
- 1 decisión semanal de control (establecer un límite operativo y cumplirlo).

## 5. Experimentación

- **¿Qué se siente?**

Curiosidad incipiente: “¿y si pruebo otra manera?”. Aparece creatividad más realista.

- **Riesgo típico**

Probar demasiadas cosas a la vez y generar caos (otra forma de quemarse).

- **Intervención útil**

- Experimentos pequeños, medibles: una modificación por semana (no diez).
- Vincular cada cambio a un indicador: “si hago X, espero ver Y”.

## 6. Decisión

- **¿Qué se siente?**

Se elige un camino. Menos vueltas. No porque todo sea fácil, sino porque hay marco.

- **Riesgo típico**

Convertir la decisión en rigidez (“mi sistema es perfecto”), y dejar de escuchar feedback.

- **Intervención útil**

- Mantener un canal formal de retroalimentación (supervisión/intervención).
- Revisión mensual con tres preguntas: qué funciona, qué no, qué ajustar.

## 7. Integración

- **¿Qué se siente?**

Estabilidad. El cambio ya no es una amenaza; es contexto. Se recupera energía y sentido.

- **Riesgo típico**

Crear que “ya está” y abandonar los hábitos de recuperación y de apoyo.

- **Intervención útil**

Consolidar rutinas que sostienen la motivación a largo plazo: autonomía, competencia y vínculo (Ryan & Deci, 2000). En emprendimiento esto se traduce así:

- Autonomía: decidir qué casos tomas y cómo trabajas (encuadre).
- Competencia: formación y medición (sin fantasía).

- Vínculo: comunidad profesional real (intervisión, asociaciones, red clínica).

## **D) Un mini-protocolo de salida cuando te “quedas atrapado” (3 pasos)**

Este enfoque es importante porque lo que desgasta no es pasar por una fase, sino quedarse ahí.

1. Nombrar la fase (sin juicio): “Estoy en frustración/bajada”.
2. Aumentar la estructura: encuadre + agenda + una decisión de límite.
3. Pedir apoyo: supervisión o intervención antes de improvisar soluciones.

Esto no es psicología “motivacional”; es higiene profesional. Cuando la recuperación se planifica (desconexión, control, dominio) y el apoyo se institucionaliza (supervisión), el proyecto deja de depender del temperamento del día y pasa a depender del sistema. (Sonnentag & Fritz, 2007; Demerouti et al., 2001)

La utilidad de este mapa no está en “explicar emociones”, sino en evitar que las emociones dicten las decisiones clínicas y empresariales. Si interpretas la frustración como una incapacidad, te castigas y aceleras el desgaste. Si la interpretas como señal de ajuste, haces lo contrario: reduces el ruido, aumentas la estructura y pides apoyo. Y eso, en un oficio de cuidado, no solo te protege a ti, sino que también protege al paciente y la disciplina..

### **9.9.4 Mapa 4: Del DAFO al CAME**

Para cerrar el epígrafe, voy a proponer una manera de pasar del diagnóstico a la acción sin autoengaño. Si el análisis DAFO permite describir la situación, el CAME orienta la corrección. Empezar requiere precisamente esta transición. Un DAFO honesto en musicoterapia suele revelar patrones recurrentes:

- Fortalezas: musicalidad, vínculo, adaptabilidad, creatividad clínica.
- Debilidades: evaluación irregular; encuadre difuso, marketing confuso, dependencia del “yo puedo”.
- Oportunidades: alianzas con centros, programas comunitarios, crecimiento de la teleatención.

- Amenazas: intrusismo, promesas exageradas en redes sociales, saturación, precariedad.

### El paso a CAME es el compromiso operativo:

- Corregir: debilidades que generan riesgo (p. ej., encuadre, datos, consentimiento, registro).
- Afrontar: amenazas con estrategia (p. ej., discurso claro: “esto es musicoterapia porque...”).
- Mantener: fortalezas que dan identidad (calidad musical, vínculo, ética).
- Explotar: aprovechar oportunidades con prudencia (crecer sin perder el método).

**Figura 9.4**

Mapa 4. Del DAFO al CAME



Clave editorial: el CAME que protege la disciplina es el que no usa la clínica como contenido, no vende “testimonios” como prueba, no confunde emoción con evidencia y no promete resultados que no puede sostener (esto conecta con tu 9.8).

## **9.9.5 Emprender sin quemarse: “Protocolo 4D”**

### **1) Delimitar (encuadre del proyecto)**

- ¿A quién sí / a quién no (criterios de admisión y de derivación)?
- ¿Qué ofreces / qué no ofreces (límites claros)?
- ¿Qué canal / qué horario / qué urgencias?

### **2) Dosificar (agenda como intervención)**

- Bloques de alta carga + bloques de recuperación (no negociables).
- Un “día ligero” semanal, si es posible.
- Supervisión presupuestada (ver 9.7).

### **3) Documentar (registro ético y útil)**

- Indicadores mínimos, notas de sesión, incidentes, resultados.
- Protección de datos y ciclo de vida del material (9.8).

### **4) Demostrar (sin grandilocuencia)**

- Mide los resultados y el proceso de implementación (aceptabilidad, fidelidad, sostenibilidad).
- Ajusta con humildad: mejorar es profesionalizar.

Emprender de manera sostenible constituye tanto un acto clínico como un acto político en el sentido más positivo: protege a la persona atendida, al terapeuta y al campo profesional. Si el emprendimiento se reduce únicamente al entusiasmo, se produce agotamiento. Si se limita al marketing, se perjudica la disciplina. La alternativa es un enfoque más sobrio y sólido: un proyecto con encuadre, método, ética y supervisión.

**Cada proceso de  
musicoterapia es un  
vasto territorio que  
hay que conocer y  
abarcар**



# IX

## CUIDADOS PERSONALES

### EN POCAS PALABRAS ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 9?

#### 9.1. DE LA TÉCNICA AL VÍNCULO

La relación terapeuta-paciente no se sostiene con una receta, sino con coherencia clínica y presencia profesional.

La sesión real está atravesada por variables externas y estados internos que cambian el ritmo y la música posible.

Por eso es más preciso hablar del musicoterapeuta concreto en un caso concreto que de "la musicoterapia" como abstracción.

La calidad terapéutica se revela en los hechos pequeños: cómo recibimos, cómo respondemos, cómo cerramos y cómo cuidamos lo periférico que da sentido a la música.

#### 9.2. EL ENCUADRE TAMBIÉN ES CUIDADO

El encuadre no es burocracia: es una herramienta clínica que reduce incertidumbre y protege el vínculo.

Funciona como "anti-azar" porque convierte expectativas difusas en reglas comprensibles y constantes.

Muchas rupturas nacen de microdecisiones sobre límites, tiempos y consistencia, más que de la técnica musical.

Un marco claro sostiene seguridad, facilita reparación y evita promesas implícitas que luego se vuelven daño.



# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 9?

### 9.3. RUPTURAS, REPARACIÓN Y FEEDBACK

Las micro-rupturas son normales: indican un desajuste entre lo propuesto y lo tolerable en ese momento.

En musicoterapia, muchas señales aparecen en la música (pulso compartido, sincronía, dinámica, retirada sonora).

Reparar es una técnica clínica: nombrar, validar y ajustar para recuperar cooperación y seguridad.

El feedback final convierte lo ocurrido en aprendizaje y continuidad, no en juicio moral.

### 9.4. SEMIPROFESIONALES, NO GRACIAS

Se defiende que la musicoterapia exige cualificación clínica, ética y metodológica, no solo habilidades musicales.

La falta de regulación facilita intrusismo y confusión social sobre qué es y qué no es musicoterapia.

Se distinguen creación, descarga y belleza musical de un proceso terapéutico con encuadre, dosificación y evaluación.

La buena intención no sustituye la competencia: en clínica trabajamos con decisiones, no con milagros.

### 9.5. MÁS ALLÁ DE UN MASTER

El posgrado es un inicio, no una garantía de competencia clínica plena.

La fase difícil empieza al convertir teoría en criterio estable frente a casos reales, límites e incertidumbre.

La profesionalización requiere red: asociaciones, comunidades de práctica, mentoring, supervisión y proyectos compartidos.

Se sintetiza en cuatro preguntas operativas: qué haces, por qué, cómo sabes si funciona y quién valida tu mirada.

### 9.6. AUTOCUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

El autocuidado se plantea como higiene clínica: sin presencia profesional estable, el encuadre se debilita y la intervención se vuelve reactiva o rutinaria.

# EN POCAS PALABRAS

## ¿QUÉ HEMOS VISTO EN EL CAPÍTULO 9?

En musicoterapia, la toma de decisiones en tiempo real amplifica el coste del sistema nervioso saturado.

El objetivo no es bienestar superficial, sino condiciones mínimas para sostener calidad y seguridad.

Se organiza en cuatro subepígrafes prácticos y aplicables.

### 9.7. SUPERVISIÓN, INTERVISIÓN Y TERAPIA PERSONAL

La supervisión se define como medida de seguridad clínica, no como extra para tiempos buenos.

Su función es reducir sesgos, corregir puntos ciegos y sostener decisiones cuando el caso aprieta.

La intervisión sostiene cultura comunitaria, pero no sustituye supervisión formal en escenarios de riesgo.

La terapia personal se plantea como mantenimiento preventivo del terapeuta para no mezclar historias ni actuar desde la sombra.

### 9.8. ÉTICA APLICADA

La ética se plantea como sistema inmunitario de la profesión, especialmente en un campo poco regulado.

En 2026 es fácil grabar, almacenar, compartir y publicar, y también cometer imprudencias pequeñas que rompen confianza.

La pregunta guía es operativa: "¿esto protege al paciente o me expone a una imprudencia innecesaria?".

El epígrafe aterriza decisiones concretas sobre registro, docencia, redes, límites digitales y ciclo de vida del dato.

### 9.9. MAPAS PARA EL EMPRENDIMIENTO

Emprender se enfoca como "hacerlo sostenible": sin quemarse y sin dañar la credibilidad de la disciplina.

El capítulo traduce evidencia ocupacional a práctica: el burnout surge del desequilibrio demandas-recursos y la recuperación es mantenimiento del rendimiento.

Los mapas no sustituyen el oficio, pero obligan a explicitar decisiones antes de que el azar gobierne.

Se conecta emprendimiento con clínica: formular, encuadrar, dosificar, evaluar y ajustar.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389–411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>

Revisión de referencia para traducir autocuidado en gestión de recursos (energía, apoyo, autonomía) y prevención del burnout sin moralina.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Marco clásico de la alianza terapéutica (vínculo–tareas–metas), perfecto para sostener “el huerto” y el encuadre como “valla”.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands–resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

Modelo JD-R para explicar el desgaste como desequilibrio demandas/recursos, clave en autocuidados y emprendimiento sostenible.

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>

Evidencia robusta de que la empatía se asocia a mejores resultados; apoya la lectura clínica de micro-rupturas y reparación.

Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>

Síntesis clave sobre ruptura y reparación del vínculo; fundamenta un mini-protocolo operativo y el valor del feedback.

Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10, 1455–1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>

Base empírica para sostener la autocompasión como higiene mental del terapeuta (mejoras psicosociales y reducción de malestar).

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

Meta-análisis mayor sobre alianza terapéutica (incluyendo formatos contemporáneos); refuerza que el vínculo “explica” parte del cambio.

Hagemann, N., & Cechlovsky, C. (2024). Rethinking the change curve: A review and critique of a popular change management model. *Human Systems Management*, 43(3), 1–12. <https://doi.org/10.3233/HSM-240051>

Permite usar la “curva del cambio” con rigor: qué sirve como herramienta pedagógica y qué riesgos tiene si se toma como modelo universal.

Keum, B. T., & Wang, L. (2021). Supervision and psychotherapy process and outcome: A meta-analytic review. *Translational Issues in Psychological Science*, 7(1), 89–108. <https://doi.org/10.1037/tps0000272>

Evidencia meta-analítica de que la supervisión se asocia a mejoras de proceso/competencia; apoya “supervisión = calidad y ética”.

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>

Sustento para intervenciones basadas en compasión y su relación con bienestar; regulación emocional y prevención de fatiga por compasión.

Luken, T., & Sammons, A. (2016). Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 7002250020p1–7002250020p10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.016956>

Revisión aplicada para apoyar mindfulness como intervención frente a burnout desde un enfoque laboral (útil en 9.6.2).

Lustgarten, S. D., & Elhai, J. D. (2020). Digital privacy in mental healthcare: Current issues and recommendations for technology use. *Current Opinion in Psychology*, 36, 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.03.012>

Pilar “2026” para ética aplicada: privacidad digital, riesgos de tecnología y recomendaciones pragmáticas de uso.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Ormiston, H. E., Nygaard, M. A., & Apgar, S. (2022). A systematic review of secondary traumatic stress and compassion fatigue in teachers. *School Mental Health, 14*, 802–817. <https://doi.org/10.1007/s12310-022-09525-2>

Señales tempranas y factores de riesgo/protección para estrés traumático secundario y fatiga por compasión (transferible al rol terapéutico).

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Marco para sostener motivación sostenible (autonomía, competencia, vínculo), clave en profesionalización y emprendimiento sin quemarse.

Salvado, M., Marques, D. L., Pires, I. M., & Silva, N. M. (2021). Mindfulness-based interventions to reduce burnout in primary healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare, 9*(10), 1342. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101342>

Evidencia específica en profesionales sanitarios para justificar mindfulness como herramienta para reducir burnout.

Schreyer, B., Leithner, C., Eilers, R., Gossmann, K., & Rosner, R. (2025). The effects of clinical supervision on supervisees and patient outcomes in psychotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1705578. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1705578>

Actualiza la evidencia con SR/MA sobre supervisión clínica y su relación con competencia/alianza y (en algunos análisis) resultados del paciente.

Simpson, S., & Reid, C. (2021). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28*(2), 312–322. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>

Revisión útil para teleatención: cómo se sostiene o se erosiona la alianza en videoterapia y qué condiciones la protegen.

# CON MÁS PALABRAS

## LIBROS Y ARTÍCULOS COMPLEMENTARIOS

Sonnentag, S. (2018). The recovery from work stress: Detachment and its antecedents and consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 187–214. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104501>

Base teórica fuerte para “silencio/desconexión como contrapeso”: recuperación como palanca de rendimiento sostenible.

Sonnentag, S., & Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 204–221. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.204>

Instrumento y marco de recuperación (desconexión, relajación, dominio, control), perfecto para operacionalizar el plan semanal de 9.6.4.

Wu, J. R., O'Connor, S. S., & Hill, C. E. (2021). Boundary crossings in the digital age: Psychologists' practices and perceptions of ethical issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(6), 596–605. <https://doi.org/10.1037/pro0000406>

Evidencia aplicada sobre límites digitales y dilemas éticos reales; refuerza “ética como sistema inmunitario” en un campo no regulado.

Zhang, H., Xia, Z., Yu, S., Shi, H., Meng, Y., & Dator, W. L. (2025). Interventions for compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress in nurses: A systematic review and network meta-analysis. *Nursing & Health Sciences*, 27(1), e70042. <https://doi.org/10.1111/nhs.70042>

Evidencia de alto nivel (NMA) sobre qué intervenciones funcionan mejor para fatiga por compasión/burnout/estrés traumático secundario (transferible con cautela).

A young woman with dark hair, smiling warmly, is playing an acoustic guitar. She is wearing a vibrant, multi-colored patterned blouse and a necklace. The background is a soft, warm-toned wall. In the foreground, a blurred hand is visible, suggesting an interaction or a close-up shot.

**De nuestro  
bienestar depende  
parte del bienestar  
de los pacientes**

# CAPÍTULO

# X



A young plant with green leaves is growing out of the sound hole of an acoustic guitar. The guitar is lying on its back on a patch of dark, rich soil. A person's hands are visible, resting on the guitar's body and strings. The background is a blurred field of soil and some distant greenery.

**EPÍLOGO**

## 10. Bosciedades

Nos acercamos al final de este recorrido y, como en toda ruta cuidadosamente planificada, el último tramo no implica apresurarse, sino mirar hacia atrás con honestidad para comprender lo que hemos atravesado y lo que nos llevamos. En la introducción de este libro planteaba la premisa sencilla pero radical de que conocer para comprender; pues comprender es observar. Escribir es un ejercicio de desmontaje y montaje; recordemos el “do, mundo redo” de Bourgeois, que inevitablemente orienta y amplifica la mirada. De este ejercicio de escritura han surgido al menos cinco nuevas publicaciones sobre musicoterapia. Este acto de desmontar y exponerse no es un mero capricho intelectual, sino una forma de cuidado y compromiso con la profesión que ejerzo y enseño. Al desmontar, identificamos componentes; al distinguirlos, dejamos de atribuir al azar tanto los aciertos como los errores; cuando recomponemos las nuevas partes, emerge el crecimiento a través de nuevas aristas, perfiles y texturas.

Por ello, si este manual ha mantenido una constante, ha sido disipar la confusión mediante numerosas descripciones, ejemplos, tablas, imágenes y figuras. He tratado de reemplazar el “me parece” por un “puedo fundamentarlo” y el “hoy funcionó” por un “sé por qué funcionó, en qué condiciones y qué puede hacerse mañana si el plan no funciona”. Esta no es la dimensión poética del oficio, sino la ética del compromiso y del respeto hacia los pacientes que debemos convertir en beneficiarios. Sin embargo, es precisamente aquí donde surge lo lírico, ya que el rigor, bien entendido, no priva a la música de vitalidad, sino que la hace habitable. A lo largo del texto, sin entrar en las estructuras del academicismo, he combinado las figuras retóricas y las metáforas en el hilo narrativo con los conceptos y teorías, para dar un mejor cuerpo y color a las ideas.

### 10.1 Semillas, suelo y sendero

Confío en que estas palabras, surgidas tanto de la experiencia como de la reflexión, encuentren la fertilidad necesaria en tu terreno para que se transformen en bosque. Cuando las ideas se expresan, finalmente respiran y toman vida; se liberan de la autoexigencia y del afán de perfeccionarlas

de quien escribe, que, de tanto cambio, puede llegar a volverlas estériles. Al inicio, afirmaba que escribir es un proceso de ajuste, similar al modelado o a la talla en escultura. La superficie de los argumentos se va puliendo hasta que “todo suene coherente” y permita trazar un camino narrativo legible, donde, por cierto, a pesar de los años dedicados a la escritura, aún me falta mucho rodaje.

Aquí es donde entra la metáfora del bosque, no como adorno, sino como mapa. Un bosque no se construye en un solo día. Un bosque es el resultado acumulado del tiempo, de las condiciones, de los cuidados y de un cierto azar controlado. El azar está presente en todo momento, en cualquier proceso, pero no lo determina por completo, al menos en el contexto de la terapia. Asumir el control de lo que es posible gestionar constituye una forma madura de apostar por la esperanza. Si el bosque requiere preparar el suelo, seleccionar especies, proteger los brotes, regar con moderación y podar con criterio, así en terapia, para cumplir con las metas propuestas, es necesario abrir y cerrar muchas sesiones, analizar lo sucedido en la sala y permitir que ese trabajo se confronte con la realidad cotidiana del paciente. Ambos procesos también implican la aceptación de que algunas semillas germinan rápidamente, mientras que otras permanecen latentes durante años, a la espera de condiciones más adecuadas.

En el prólogo, Jaime Gallardo contaba cómo la aventura por un lugar lluvioso, Cork, en Irlanda, terminó señalando una de las claves que sostiene todo el libro. Me refiero a la idea de separar, en musicoterapia, el romanticismo emotivo musical de la estructura terapéutica y a entender que, sin protocolos, sin orden y sin criterios, es imposible examinar con precisión cualquiera de los beneficios creados y comunicarlos con rigor a otros profesionales y al entorno del paciente. La emoción puede iniciar el camino, puede ser la semilla, pero la senda la hacen el método, la lectura crítica.

## **10.2 El sherpa no sube por ti, sube contigo**

Llegado a este punto, ya sabrás de la figura del “sherpa”. Un sherpa no es un héroe que arrastra a otros hacia la cima, sino alguien que conoce el terreno, identifica los cambios de clima, detecta la fatiga antes de que se

convierta en caída y comprende una lección fundamental que debería enseñarse desde el inicio de cualquier formación: existen momentos para avanzar y momentos para sostener. En el capítulo 7 se menciona explícitamente el neologismo “musicoterasherpa”, con el que se concreta la metáfora en decisiones observables, como la seguridad, la alianza, la saturación y los marcadores musicales de enganche y desenganche. Elementos de control y agarre para asegurar la pisada y el rumbo del proceso terapéutico, para estar tan cerca como haga falta y tan lejos como sea necesario.

Ese rigor del que tanto he hablado no es dureza, es garantía de dirección. No es frialdad, sino responsabilidad. Tampoco es burocracia, más bien encuadre. Y éste, como refería en el capítulo 9, es “anti-azar”, una forma clínica de reducir la incertidumbre y proteger el compromiso de resultados que debemos al paciente.

Asumir el rol de Sherpa es ponerse al timón y dirigir la forma ética y profesional de llegar al destino. Es asumir responsabilidades y aplicarse con celo y respeto en cada caso atendido, lo cual también implica cuidarse para cuidar.

### **10.3 Los árboles del bosque**

Si este libro fuese un bosque, los capítulos serían árboles de distintas especies, pero con ramaje parecido. La biodiversidad de las áreas boscosas se debe precisamente a la combinación vegetativa.

Las ramas del primer árbol hablaban de identidad. Se iniciaba con la decisión de constituir una voz propia y asumir la autoría para mirar el campo hispanohablante de la musicoterapia sin romantizar su crecimiento ni contribuir a su expansión desordenada. Hablaba de vocación, sí, pero se insistía en que la profesionalización exige estándares, redes y evidencia como antídoto frente a los simulacros.

Para que todo bosque prospere, hay que elegir dónde plantar. No todo terreno vale; por eso, en el capítulo 2 se abordaba el tema del umbral y del contrato. El inicio real de un proceso se juega en las cosas pequeñas, en los documentos, los pagos, el calendario, las cancelaciones. Son

acuerdos operativos que, si están claros, “dejan todo listo” para un buen desarrollo del trabajo.

Los jardines, como bosques pequeños, tienen un perímetro de vallas que, más que encerrar, protegen el crecimiento. Esto es precisamente lo que aporta el sistema de bloques (SdB) al proceso terapéutico. En el tercer árbol trazaba la lógica de las metas, objetivos, propuestas, indicadores y la evaluación como columna central de la musicoterapia. Esta valla, lejos de acorazar o fosilizar el abordaje clínico, le aporta consistencia y orden. Su repetición estructurada opera como entrenamiento lógico, más que como una rutina vacía. Solo a través de una evaluación continua y sistemática, llegamos a la transferencia de logros.

El cuarto árbol presenta un ramaje más denso porque, precisamente, habla de medir sin traicionar la música. En él defiende la práctica basada en evidencia como autopista que evita los atajos seductores. Introduzco los conceptos de validez, confiabilidad, sensibilidad y factibilidad, tan usados en los papers científicos, porque no basta con medir respuestas. En musicoterapia, estamos obligados a describir el “qué” del elemento sonoro para aclarar la contribución del tempo, el timbre, la dinámica o la estructura al resultado terapéutico.

Por este motivo, en el quinto árbol se hablaba del crecimiento a partir de los datos. Así como los anillos del tronco son la memoria honesta del clima, las hojas de registro (HdR) registran el relato de los pasos recorridos. La terapia se desarrolla en el plano de la inmersión, a partir de las decisiones en vivo, y en el de la reflexión, a partir de las lecturas posteriores. Los datos no “hablan” solos; se convierten en tendencia cuando se registran con regularidad y método.

Metido de lleno en el bosque, reflexionaba también sobre la fertilidad del suelo. Nada crece si el terreno es baldío; nada perdura sin sustento ni equilibrio. En el capítulo seis se define cómo el continente también contribuye. El setting, el espacio, el color, la luz, el mobiliario, los instrumentos, la tecnología dejan de ser “trascendentalmente secundarios” para convertirse en una infraestructura terapéutica esencial. Este bosque se sostiene desde lo holístico; es decir, propone una coherencia global. Si nos preocupa el contenido, no podemos dejar de cuidar el contenedor que lo sostiene.

Entrar en el bosque es un acto cuasireligioso. Un bosque es como un templo del equilibrio, donde el tiempo no entiende de las prisas humanas y todo mantiene un diálogo continuo. Son precisamente los sistemas de comunicación los que constituyen la clave de la musicoterapia. La entiendo como entrar en el palacio interior del paciente para entablar una conversación multilingüe. Una comunicación funcional implica entendimiento y, para ello, hay que resolver múltiples preguntas que desvelen lo evidente y lo críptico. Hacer musicoterapia es hacerse preguntas, decía en el capítulo siete.

Todo bosque también permite recorridos. Es como pasear por las salas de un museo. Para facilitar su comprensión, nos indican el camino. En musicoterapia hay diversas maneras de trazar el proceso; por eso hablamos de rituales de bienvenida para activar al paciente en su llegada, de fases y de cierres. El árbol octavo nos ofrecía la imagen del vuelo, pues el despegue, el crucero y el aterrizaje reflejan bien la dosificación y la responsividad que medimos durante la sesión.

Y como en un bosque es fácil perder la referencia del horizonte, la brújula es una gran ayuda para conservar el rumbo. El sistema de orientación para lxs musicoterapeutas está en el autocuidado. De su estabilidad depende el vínculo y de éste depende el cuidado. No hay receta para la relación, pero sí guías éticas para sostener la coherencia clínica y la presencia, decía en el capítulo nueve. Si los bosques tienen guardabosques y requieren mantenimiento para mantener su sostenibilidad, en musicoterapia hemos de cuidar igualmente sus límites y estructura, porque sin ellos no hay comparabilidad, lo que impide el aprendizaje acumulativo y se retarda la maduración profesional. No basta con carisma, talento o buena voluntad: semiprofesionales, no gracias.

## **10.4 Como Johnny Appleseed, pero con cuaderno de campo**

Decir que, como profesionales, la responsabilidad recae en nosotros. Si esto es lo que quieres, es momento de pasar a la acción y transformar las palabras en hechos. Comienza a diseñar, ejecutar, observar, registrar, ajustar y supervisar. Que el primer paso sea pequeño, pero preciso. Con ética, evidencia y control.

En tus manos dejo un puñado de semillas para que sigas ahora, como hacía Johnny Appleseed, otro tipo de sherpa, sembrando veredas de manzanos musicales o de robles terapéuticos, de araucarias tonales o de cedros clínicos. Pero la condición SERMUT que te pongo es que no sea una siembra ciega. Que cada semilla vaya con su ficha de campo mínima, en la que detalles lo que esperas encontrar, lo que quieres observar, lo que reconocerás que brota, lo que harás si no brota, y a quién le pedirás una segunda mirada cuando tu percepción se enamore de tus propias conclusiones.

Siembra sin confundir la intensidad con la eficacia, la emoción con el progreso y lo “bonito” con lo “beneficioso”. Ya sabes que el antídoto, paradójicamente, no consiste en reducir la música, sino en describirla con mayor precisión para mantener la eficacia de la práctica clínica.

Después de todo lo leído y quizá aprendido, de las ideas, las teorías y los principios, tras las sugerencias y los caminos recomendados, ahora es el momento de empezar a proyectar desde la imaginación. La imaginación es la llave de toda esta maquinaria. Pero ten en cuenta que imaginar no es fantasear ni idealizar; no es divagar. En nuestro contexto, tan vinculado al emprendimiento y la creatividad empresarial, es anticipar una forma viable y sostenible de prestar ayuda, de saber construir las condiciones para que esa forma terapéutica ideada pueda ocurrir sin hacer daño. Hay que calibrar dónde plantamos las semillas, cuáles son las condiciones ambientales y cuáles son las del terreno.

Imaginar implica autoconfianza, aunque no la autoconfianza egocéntrica, sino la del artesano que comprende que su labor consiste en hacer, deshacer y rehacer. Imaginar es comenzar con el objetivo final en mente sin omitir el proceso. Es recorrer el camino como una reducción de la distancia hacia la meta, guiados por la evidencia y la especificidad de cada caso. En ese punto, la creatividad deja de ser un capricho y se transforma en una intervención. Te recuerdo también que la creatividad no es sinónimo de ocurrencias sino de efectividad.

Lxs musicoterapeutas, con todo su conocimiento y experiencia, solo valen si son capaces de imaginar el tratamiento y poner en marcha todos los dispositivos para hacerlo operativo, útil y funcional. Eso hacen los artistas que están en vanguardia: ven la obra antes de que exista y luego dejan fluir

las manos, la técnica y el procedimiento para que el mundo la sostenga. Nosotros hacemos algo parecido, con una materia todavía más fugaz e inconsistente: la música. Es invisible, sí, pero capaz de hacer visible lo que el cuerpo y la historia no saben decir de otro modo. Aquí reside nuestro reto. Sólo si somos capaces de reconstruir la narrativa sonora de los hechos a la lógica de los datos, podremos ofrecer la musicoterapia como un complemento clínico que dé respuestas a la medicina y la psicología, a la pedagogía y a la asistencia social.

El bosque crece a lo largo del camino cuando la imaginación se alía con el método, cuando la inspiración acepta el cuaderno de campo, cuando el sherpa no presume de cumbre, sino que cuida el paso. El bosque es terapéuticamente acogedor cuando el vínculo no se invoca, sino que se construye sobre pequeñas decisiones repetidas, cuando la evidencia no se usa para presumir, sino para proteger y cuando nuestras metas se alinean con las necesidades de mejora de las personas a las que atendemos.

## **10. 5 Apostando todo al verde**

Pues nada más. Te he dicho muchas cosas. Tal vez pudiera haber abreviado algunas, evitado y añadido otras, pero SERMUT ha sido esto: un retrato de lo que, como profesional de la musicoterapia, ahora soy.

Nos encontraremos en la huella que dejan las hojas agitadas por el viento y en la suavidad humanizada de las ramas que acaricien el rostro. Nos veremos sembrando y habitando los bosques que imaginemos y creemos.

Si alguna vez dudas, si el clima se vuelve duro y el terreno se agrieta, recuerda que es bueno detenerse y salir del bosque. Vuelve entonces a observar y a medir; vuelve a preguntarte dónde te encuentras para volver a sembrar. Porque, al final, provocar boscosidades es cuestión de oficio, compromiso y carácter, tres de las cualidades esenciales del Musicoterapeuta.





**Después de todo,  
lo bueno es que  
nos queda camino  
por delante**

# **RESUMEN GRÁFICO PARTE 2**



INFÓGRAFÍA CAPÍTULO 6

El Setting en Musicoterapia: Diseño para el Cuidado

El "setting" terapéutico es la "trastienda" del encuentro clínico: un conjunto de condiciones físicas, luminicas e instrumentales que enmarcan la intervención. Un diseño consciente del espacio y los materiales asegura que el "continente" sostenga adecuadamente al "contenido" musical y vincular.

**El Continente (El Espacio Físico)**

**El setting como co-factor clínico**

El entorno físico condiciona directamente la seguridad, la regulación emocional y el vínculo terapéutico.

**La "piel" de la sala: Armonía cromática**

El uso de gamas neutras y colores pastel reduce distractores y favorece la calma.

**Guía de Color Munsell**

**Tono:** Selección de colores pastel (útiles para calma, fofos para acogida).

**Croma:** Intensidad baja para acompañar sin invadir visualmente al paciente.

**Valor:** Control de luminosidad para generar amplitud o recogimiento.

**Zonificación y orden estratégico**

Mantener a la vista solo lo necesario evita la dispersión y los "tuegos atencionales".

**El Contenido (Instrumentos y Recursos)**

**La herramienta debe ser significativa**

El instrumento se elige por su finalidad clínica y su relevancia cultural para el paciente.

**Adaptación a la estética contemporánea**

Los recursos digitales y el streaming facilitan la agencia y conectan con jóvenes.

**Instrumentos Troncales vs. Complementarios**

**Troncales**

La voz, guitarra y piano sostienen la estructura.

**Complementarios**

La pequeña percusión facilita la participación.

INFÓGRAFÍA CAPÍTULO 7

El Musicoterasherpa: Guía para la Alianza Terapéutica

**El Rol del Musicoterasherpa**

El terapeuta como guía, no como protagonista. Acompaña sin sustituir los pasos del cliente, adaptando la ruta a sus capacidades y necesidades reales.

**La Alianza Terapéutica es el motor del cambio**

Se define como un acuerdo estructurado en objetivos y tareas, sostenido por un vínculo suficientemente seguro.

**La "Humildad Cultural" como competencia**

Disposición activa para aprender del mundo del cliente, evitando imponer visiones y respetando sus códigos y significados.

**El Protocolo Sherpa en Acción**

**Los 5 minutos críticos del umbral**

Paseo inicial para regularse, localizar sin invadir y leer señales corporales (tono, ritmo, mirada).

**Seguridad (Coopera)**

Identificar si el cliente coopera.

**Lectura de Seguridad vs. Saturación**

Identificar si muestra inquietud y retirada para ajustar la dosis.

**Mapas de Sala: Diseñar el espacio**

Elegir entre Contención, Exploración o Diálogo según el estado del cliente.

**Resumen de Indicadores y Decisiones Clínicas del Sherpa**

| Dominio  | Señal de Seguridad (Cooperación)        | Señal de Saturación (Inquietud)        | Acción Sherpa               |
|----------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|
| Corporal | Respiración estable, ritmos que vuelven | Inquietud, congestión, hipervigilancia | Bejar estímulo, pausar      |
| Musical  | Pulso compartido, diálogo               | Retirada tonal, caos, rigidez          | Volver a estructura simple  |
| Verbal   | Negociación, curiosidad                 | Irritabilidad, silencio rigido         | Validar y simplificar tarea |
| Verbal   | Negociación, curiosidad                 | Irritabilidad, silencio rigido         | Simplificar                 |





INFÓGRAFÍA CAPÍTULO 10





**SOBRE EL  
AUTOR**



David José Gamella González (PhD) es Licenciado y Doctor en Bellas Artes (UCM), Máster en Musicoterapia Avanzada y Aplicaciones (UAM) y experto en Mindfulness (KAYZEN). Además de su carrera como artista plástico desempeña labores docentes en el campo de la musicoterapia y las artes. Desde 2019 es coordinador académico del Máster Oficial de Musicoterapia de la Universidad

Internacional de La Rioja (UNIR). Desarrolla actividad investigadora con varias publicaciones anuales y comunicaciones en congresos. Ha dirigido proyectos de intervención de musicoterapia en inclusión social, "Voces de Acogida"; en contexto hospitalario, "HUCImusic", UCI de Adultos del Hospital Universitario La Paz, Madrid); o educación especial, "MEMACI" (menores con altas capacidades intelectuales). Desde 2021 dirige, como editor jefe, la Revista de Investigación en Musicoterapia MiSOSTENiDO que creó como proyecto de innovación docente en UNIR. Colabora como revisor en revistas internacionales Q1 y editoriales especializadas del sector. Es creador de iniciativas como las jornadas de emprendimiento en musicoterapia "MUTtalks", del podcast "MUTCAST" musicoterapia y dirige la editorial IDETEC. Actualmente lidera iniciativas de innovación e investigación como "investIgA" y "TFMUT" (IA aplicada a la investigación aplicada) y los proyectos "TQiDO", "LEIMUT", "VELMUT" y "PiMAS". Es investigador principal del Proyecto de Transferencia "TCANTO" (2025-2026) en UNIR. Está acreditado como supervisor en musicoterapia por la CAEMT y es miembro fundador de la asociación HDOSOL, música y terapia.



# SERMUT

PROPUESTAS PROFESIONALES PARA MUSICOTERAPEUTAS



**COLECCIÓN SHERPAS EN ACCIÓN**