



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Artes
Escuela de Post Grado

MUSICOTERAPIA Y DESARROLLO PERSONAL
“Encuentro conmigo misma”

Monografía para optar al Curso de Especialización de
Postítulo en Terapias de las Artes, mención Musicoterapia

ALUMNA
LINDA SARDI GUTIÉRREZ
Licenciada en Música
Universidad de Valle
Colombia 2005

PROFESORA GUIA
Patricia Ubilla Carvajal
Musicoterapeuta

Santiago, Chile
2010

DEDICATORIA

Dedicado al creador del lenguaje maravilloso de la Música,

Que Gracias a las notas, sonidos y ritmos

Nos permite dibujar

La Expresión del Sentimiento.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por la fortaleza que me ha dado

A mis padres y hermano por su amor y apoyo incondicional

A mis profesores y compañeros por ayudarme a crecer como profesional

A todos aquellos que me han acompañado en este proceso,

Aún desde la distancia, mis Amigos

TABLA DE CONTENIDO Y ANEXOS

	Página
INTRODUCCION	6
CAPITULO I	7
MARCO TEORICO	7
1.1 FAMILIA Y DISCAPACIDAD	7
1.2 FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS	8
1.2.1 Características de las familias Multiproblemáticas	8
1.2.2 Características y Polisintomatología de las Familia Multiproblemáticas	11
1.2.3 Variables presentes en las Familias Multiproblemáticas	11
1.3 RELACIÓN (VÍNCULO) ENTRE MADRE E HIJOS CON NECESIDADES ESPECIALES.....	12
CAPITULO II	15
EDUCACION ESPECIAL	15
2.1 Educación y Familia	15
2.2 Integración de la Familia en el contexto	16
2.3 Calidad de Vida Familiar	16
2.3.1 La Calidad de Vida y Teoría de Sistemas	17
2.3.1.1 Microsistema.....	18
2.3.1.2 Mesosistema.....	18
2.3.1.3 Macrosistema	18
CAPITULO III	19
MUSICOTERAPIA	19
3.1 Definiciones de Musicoterapia.....	19

3.2 Orientaciones Teóricas Musicoterapéuticas desde la mirada Psicológica.....	20
3.3 Modelos, métodos y técnicas en Musicoterapia.....	22
3.3.1 Musicoterapia Receptiva.....	22
3.3.2 Musicoterapia Activa.....	23
3.3.3 La Improvisación Musical.....	23
3.3.3.1 Improvisación No Referencial.....	24
3.3.3.2 Improvisación Referencial.....	24
CAPITULO IV.....	25
DESARROLLO PERSONAL.....	25
4.1 Definición de Desarrollo Personal.....	25
4.2 Relación entre Desarrollo Personal y Musicoterapia.....	27
CAPITULO V.....	29
INTERVENCIÓN MUSICOTERAPEUTICA.....	29
5.1 Contexto Institucional.....	29
5.2 Estudio de Caso.....	30
5.2.1 Descripción de la paciente.....	30
5.2.2 Ámbito Familiar y social.....	31
5.2.3 Antecedentes Musicales.....	32
5.2.4.1 Objetivo General.....	33
5.2.4.2 Objetivos Específicos.....	33
CAPITULO VI.....	34
METODOLOGIA.....	34
6.1 Setting y Encuadre Musicoterapéutico.....	34

6.2 La Supervisión	35
6.3 La Sesión de Musicoterapia.....	35
CAPITULO VII.....	37
PROCESO MUSICOTERAPEUTICO	37
7.1 Fase Inicial.....	37
7.1.1 Sesión Uno.....	37
7.1.2 Sesión Dos.....	37
7.1.2.1 Primera improvisación.....	37
7.1.2.2 Segunda improvisación.....	38
7.1.2.3 Tercera improvisación.....	38
7.1.3 Sesión tres.....	39
7.2 Fase Desarrollo.....	41
7.2.1 Sesión cuatro.....	42
7.2.2 Sesión cinco.....	43
7.3 Fase Final	46
7.3.1 Sesión Ocho.....	46
7.3.2 Sesión final.....	48
7.4 Conclusiones del Proceso Musicoterapéutico	51
CAPITULO VIII	58
CONCLUSIONES.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	61

ANEXOS

ANEXO A FORMATO SESIÓN MUSICOTERAPIA INDIVIDUAL PROTOCOLO DE LA SESIÓN

ANEXO B FORMATO FICHA MUSICOTERAPÉUTICA HISTORIA SONORA

ANEXO C FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GRABACIÓN

AUDIOVISUAL

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Análisis de los Aspectos Emocionales	53
Tabla 2: Análisis de los Aspectos Comunicacionales y/o Sociales.....	54
Tabla 3: Análisis de los Aspectos Corporales y Físicos.....	55
Tabla 4: Utilización de los Instrumentos Musicales	56
Tabla 5: Aspectos Musicales.....	57

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Circuito de Dolor y Conducta Desordenada.....	10
Ilustración 2 Figura Totémica Sesión Final	51

INTRODUCCION

Hoy en día, las técnicas de expresión artística como la música, la pintura, la danza entre otras, son usadas como herramientas terapéuticas profesional, convirtiéndose muchas de éstas en terapias complementarias debido al poder que se ha descubierto en ellas, por lo tanto, surge la necesidad de darlas a conocer ya que son un gran aporte a la formación y el crecimiento del ser humano. Se invita con el siguiente trabajo a descubrir una experiencia de desarrollo personal a través de la Música.

El presente documento registra el estudio de un caso, relacionado con un proceso de la Práctica profesional del Postítulo en Terapias de las Artes mención Musicoterapia de la Universidad de Chile, el cual fue realizado en el Colegio Rotario Paul Harris de Educación Especial ubicado en la Comuna de las Condes durante los meses de Septiembre 2009 y Enero 2010. La intervención se realiza a una mujer de 48 años, adulto sin patologías aparentes, con quien se trabajó durante tres meses, una vez por semana, ella es asistente de Educación Especial, madre de 3 hijos con características especiales, A de 20 años con diagnóstico de Depresión Endógena, D de 18 años con diagnóstico de Cáncer y B de 8 años con Síndrome de Down.

Se describirá en tres capítulos los aspectos a considerar en el desarrollo de este caso, el primer capítulo consiste en el marco teórico que abarca entre otras cosas el contexto de familia y discapacidad, educación especial, desarrollo personal, definiciones, y ventajas relacionadas con la Musicoterapia, a su vez se desarrollan temáticas como la sobreprotección, la postergación y el duelo, factores que surgen cuando existe un hijo con discapacidad. A partir del segundo capítulo se desarrolla el caso, la descripción del proceso musicoterapéutico y la descripción y análisis de algunas sesiones y sus resultados. En el tercer y último capítulo se muestra las conclusiones y observaciones finales de este proceso y algunos anexos.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 FAMILIA Y DISCAPACIDAD

La familia es el primer contexto socializador por excelencia, el primer entorno natural en donde los miembros que la forman evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y social, según modelos vividos e interiorizados. Las experiencias que se adquieren, y los vínculos de apego que se dan en ella van a estar determinadas por el propio entorno familiar generador de las mismas.

Cada familia es un sistema abierto en continuo movimiento, cambio y reestructuración, en busca de una estabilidad y equilibrio entre todos los miembros que la componen.

Es como una unidad formada por distintas subunidades que pretenden conseguir un ajuste y una adaptación positiva, en donde los procesos que tienen lugar, son interactivos, de tal forma que cualquier suceso que ocurre en uno de sus miembros repercute de una u otra manera en todos los demás. De este modo, las familias experimentan cambios desde cuando nace algún miembro, crece, se desarrolla, muere. En muchas ocasiones, ante determinados hechos, se producen desadaptaciones, una de éstas surge cuando nace un hijo con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad, acontecimiento que suele ser impactante y por lo tanto repercutirá, probablemente, a lo largo de todo el ciclo vital.

La familia que tiene un hijo con discapacidad afronta una crisis movilizadora a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico, enfrentándose desde ese momento al estrés de la cronicidad a lo largo del ciclo vital, cada etapa de transición de un ciclo a otro implica que la “herida inicial del diagnóstico” que cuesta

cicatrizarse y siempre existirá el temor de que se vuelva a abrir, por lo tanto es una herida que nunca va a sanar completamente.

La discapacidad del hijo es una crisis accidental que produce un impacto psicológico a nivel de los diferentes vínculos familiares. En relación a cómo se elabore la crisis podría producirse un crecimiento y enriquecimiento vincular o, por el contrario, problemas psicológicos con distintos grados de gravedad, en la trama vincular familiar.

1.2 FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS

El concepto de familias multiproblemáticas¹ responde a aquellas en donde no es un síntoma específico el cual las afecta, sino toda una cadena de factores y problemas que potencian un estrés continuo y perdurable en el tiempo. Se entiende por familia multiproblema como aquella en la que de manera sistémica en todos sus miembros un problema que como resultado de una contradicción entre metas y recursos de la familia, irradia el surgimiento fenoménico o visible de un haz de problemas en diferentes miembros, estructura, situaciones, patrones de comportamiento y creencias de la familia, que incide negativamente en su funcionamiento y vida interna. Lo que caracteriza a este tipo de familias es la perdurabilidad de los problemas, en uno u otro de sus integrantes y a los que difícilmente se les dará solución a menos de que se encuentre su desencadenante y causa principal, debido al buscar el origen de sus dificultades emergen solo problemas aparentes, o síntomas de estos pero que no son sus detonantes.

1.2.1 Características de las familias Multiproblemáticas

La dinámica familiar se define además por una desorganización, en cuanto a una estructura caótica y comunicación disfuncional.

¹ COLETTI, M. y LINARES, J.L. (1997): La intervención sistémica en los Servicios Sociales ante la Familia Multiproblemática. Barcelona: Paidós

- Tiene un chivo expiatorio: se trata de familias que proyectan sus problemas como grupo en un miembro de la familia por miedo a reconocer sus conflictos y la responsabilidad de todo el grupo en ellos, se caracteriza por ser mono parental y por la dispersión de sus miembros.
- Control: al no mantenerlo le surgen problemas con los roles, patrones y tomas de decisiones.
- Roles: existe mucha confusión de roles y límites pocos claros y mezclados. La comunicación se ve afectada en cuanto a la incongruencia y ambivalencia de la misma creando desorientación entre sus miembros, relaciones emocionales intrincadas o distantes.
- Conflictos: no tiene mecanismos para resolverlos, los cuales conviven con ellos o utilizan mecanismos de evasión para no enfrentarlos. “En situaciones de resolución de conflictos, tienden a interpretarse las “señales” comunicativas como muestra de rechazo o abandono”².

La aproximación operacional al concepto de familias multiproblemáticas es aquella que las contempla como familias en que la comunicación familiar se realiza en un lenguaje traducido en síntomas; es decir, no hay mensajes verbales en la medida en que esto es lo sano y lo deseable, sino que por el contrario hay un «juego manipulativo» mediante la utilización de emociones provocadas por la presentación de síntomas creados por la familia y mantenidos de forma persistente. (Ríos González, 1984).

Desde otra perspectiva Malagoli (1987) entiende como núcleos familiares multiproblemáticos aquéllos en los cuales varios de sus miembros manifiestan un malestar psicosocial y están en contacto con varios servicios para solicitar ayuda o intervenciones múltiples, generalmente a largo plazo (familias numerosas con

² Linares, J. (1997). Modelo sistémico y familia Multiproblemática. En M. Coletti & J. Linares (Ed.), La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia Multiproblemática: la experiencia de Ciutat Vella (pp. 23-44). Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

problemas de habitabilidad u ocupacional, de inadaptación; familias en las que intervienen varias agencias o servicios, etc.)

Por otra parte, las familias multiproblemáticas tienen una historia de crisis no resueltas, a menudo crónicas, con pérdidas emocionales o físicas, enfermedad y, en definitiva mucho dolor. Estas situaciones las pasan con sentimientos de miedo a las pérdidas, al abandono, a la aniquilación y también con sentimientos de ira, frustración y depresión. Esto se manifiesta en conductas disfuncionales con manifestaciones de violencia, abandonos o estilos negligentes de cuidados para los hijos.

A continuación se ilustra el circuito (modificado de Kagan, 1989) de dolor y conducta desordenada que motiva la intervención de sistemas de protección y/o de control social³.



Ilustración 1 Circuito de Dolor y Conducta Desordenada

³ Kagan, R. &Schlosber, S.:1989: Families in Perpetual Crisis. Nee York, Norton&Company, Inc.

1.2.2 Características y Polisintomatología de las Familia Multiproblemáticas

La Polisintomatología y crisis recurrentes, se pueden comprender por:

- La Presencia de problemas múltiples, de gran complejidad y gravedad.
- Más de un portador de sintomatología.
- Episodios recurrentes de crisis individuales y familiares. Dichas crisis pueden constatarse como respuesta a:
 - Dificultades de carácter mental o físico, como cesantía, enfermedades crónicas, etc.
 - Relaciones conflictivas con el entorno circundante, expresadas como marginación social o demandas de aceptación a contextos violentos o estresantes.
 - Relaciones conflictivas al interior del sistema familiar, y que adoptan la forma de violencia intrafamiliar, abuso sexual, negligencia, etc.

1.2.3 Variables presentes en las Familias Multiproblemáticas

Entre las variables presentes en la familia multiproblemática se encuentran:

- Conflictos
- Metas versus recursos.
- Problemas económicos. Excluidos.
- Problemas con el entorno.
- Crisis de valores: contradicción entre lo que plantea la sociedad y cómo se comportan los individuos con respecto a las normas establecidas.
- Roles inadecuados, etc.

1.3 RELACIÓN (VÍNCULO) ENTRE MADRE E HIJOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Para Blanca Núñez, La discapacidad del hijo es una crisis accidental que produce un impacto psicológico a nivel de los diferentes vínculos familiares.

El vínculo que se forma entre la madre y ese hijo con discapacidad se convierte en una relación muy estrecha, regida por la Ley materna, dicha ley, se basa en una madre que aparece como una proveedora de “amor sublime”, que muchas veces surge por los sentimientos de culpa, y que tratan de suplirla dedicando todo su tiempo y energía, en otros casos, esta entrega es una respuesta activa a sentimientos inconscientes de indiferencia, hostilidad, rechazo e ideas de muerte⁴.

Como parte de este vínculo se presentan tres factores que afloran creando de esta manera un conflicto en este vínculo entre la madre y su hijo: el rechazo, la sobreprotección y el duelo. *El rechazo se define como la no aceptación, no admisión o resistencia a algo, eso mismo siente una madre cuando se da cuenta de la condición de su hijo especial, por lo tanto, se da esta sensación consciente de rechazo frente a ese “hijo extraño” que no es el deseado y/o esperado, a su vez surgen deseos de muerte, “tendrá siempre un trasfondo de muerte, de muerte negada, disfrazada, la mayor parte del tiempo amor sublime, a veces de indiferencia patológica.....aunque todas las madres ni pueden tomar conciencia de ello”⁵* como lo menciona Manonni.

Núñez afirma que los datos arrojados en la experiencia clínica muestran que a pesar de esta sensación de rechazo se logra una relación muy estrecha entre madre-hijo

⁴ Núñez, Blanca, Familia y Discapacidad, Capítulo IV La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares pág. 118-119.

⁵ Núñez, B Op. Cit pág. 118-119.

siendo el infante criado bajo la “ley materna” impidiendo la integración del padre, dándose aquí los indicios de *La Sobreprotección* que bloquea de manera inconsciente el vínculo temprano entre hijo-padre, induciendo a la madre a un “niño eterno”, lo cual va incidir en el crecimiento de las potencialidades y capacidades en cuanto a su proceso de separación e individuación. Esta Modalidad vincular que “sobreprotege” e impide el desprendimiento encubre una desprotección⁵. Con relación al duelo, es un factor que es muy difícil de superar, ya que el hijo deseado o soñado no está y tampoco existirá, por lo tanto aceptar la condición de déficit de su hijo y que no se esperaba, produce dolor, tratar de conectarse con este hijo real es difícil para los padres, por lo tanto es un duelo que ambos deben trabajar por separado. Dependiendo de la brecha que exista entre el hijo deseado y el hijo real, favorecerá o retardará el empoderarse, enfrentando la crisis y por lo tanto superando el duelo y a su vez afrontando la realidad.

1.4 MADRE DE HIJOS CON NECESIDADES ESPECIALES

La gran mayoría de las investigaciones realizadas en familias con hijos con necesidades especiales han demostrado que las madres están más involucradas en la vida de sus hijos que los padres, ya que ellas se encuentran más comprometidas con la crianza y el cuidado, sobre éstas recae esta responsabilidad.

La madre que tiene hijos con necesidades especiales presenta asunción de **nuevos roles** que se suman a los roles tradicionales, por lo tanto, se le dificulta aunar su vida de mujer, esposa, compañera y madre, dado que la discapacidad de este hijo (a) le demanda unas exigencias internas y externas más de lo que a veces es soportable, por esto, muchas veces entra en un conflicto consigo misma, con sus deseos, con sus necesidades y proyectos, cuando los confronta con las necesidades y deseos de su hijo (a) discapacitado (a).

La discapacidad del hijo siempre va a generar un impacto psicológico a lo largo del ciclo vital de la madre, alterando de forma significativa la **identidad** de género que tienden a relativizar y a integrar las diferencias entre hombres y mujeres, algo que no

permite alcanzar la madurez y el logro de un adecuado sentimiento de individuación en la mujer, debido a que el carácter crónico e incapacitante de la enfermedad de su hijo sostiene con mayor rigidez los roles tradicionales de esta madre, comprometiendo a la mujer como responsable de un mayor ajuste psicosocial, de una mayor efectividad interpersonal, para así generar un mayor bienestar psicológico en ella al llegar a la madurez, la cual puede lograr con ayuda terapéutica profesional.

La postergación de la madre, dejando en un segundo plano su realización, sacrificándose, dejando a un lado su pareja y sus otros hijos, quedando reducida esta maternidad a la atención única y exclusiva de este hijo que necesita “más” cuidado o un cuidado “especial”. En algunos casos, esta dedicación exclusiva camufla una necesidad de la madre, llena vacíos, o simplemente cubre y tapa inseguridades o temores como mujer.

No obstante afirmar que se cumple con el ideal de su sacrificio resultaría ambivalente, ya que el no cumplimiento de este ideal está acompañado de sentimientos de culpa, acusaciones, auto reproches y auto exigencias, ya que es todo un reto muy difícil la discapacidad de este hijo para una madre.

CAPITULO II

EDUCACION ESPECIAL

2.1 Educación y Familia

La Educación de este hijo con discapacidad es un tema al que temen todos los padres cuando a este pequeño le llega su hora de ingresar a la educación especial, ya que es una tarea difícil y compleja debido a que es enfrentarse de una manera más cruda y real a un entorno en el cual los padres por ningún motivo desean que su pequeño sea discriminado, o en su defecto no tenga la suficiente atención que necesita por ser un niño “especial”, y a su vez que las instituciones educativas especiales no ayuden a estimular sus potencialidades, por lo tanto no sea un completo aporte en el crecimiento, formación y desarrollo del infante, tanto en lo cognitivo como en lo social, es un factor que siempre va a presentar cierta inseguridad en los padres frente al sistema educativo.

Actualmente la educación especial en Chile ha logrado progresos importantes gracias a su nueva política de educación en la manera de concebir la discapacidad, desde concepciones tradicionales de rechazo y segregación, pasando por concepciones clínico rehabilitadoras centradas en revertir los efectos de la discapacidad a la igualdad de oportunidades, a la participación y a la no discriminación de las personas que presentan necesidades educativas especiales, garantizando su pleno acceso, integración y progreso en el sistema educativo, convirtiéndose en un gran aporte desde lo profesional hasta lo humano para el infante con discapacidad, existen cuidadores capacitados en las distintas áreas de discapacidad, para así de esta manera ir permitiendo el desarrollo completo del niño. Unos de los principales aportes de esta política se orientan a potenciar a las escuelas especiales con la elaboración de nuevos planes y programas, perfeccionamiento para sus profesionales docentes y no docentes, entrega de material didáctico, textos escolares y recursos educativos; junto a su incorporación paulatina en programas de aseguramiento de la calidad de la educación fortaleciendo el equipo multidisciplinario y a su vez incorporando a la Familia en este proceso.

Chile es un país donde la educación es consagrada como un derecho constitucional, haciéndose indispensable avanzar en el desarrollo de políticas educativas que efectivamente permitan a la población escolar con discapacidad acceder a los saberes culturales fundamentales a través de los cuales puedan efectivamente desarrollar su identidad y las habilidades necesarias para enfrentar las exigencias sociales, intelectuales y aquellas de gran valor que impone la sociedad en la que viven⁶.

2.2 Integración de la Familia en el contexto

En Chile, en los últimos seis años se han realizado trabajos sistemáticos y proyectos de inserción familiar con el fin de involucrar a la familia en el proceso educativo, para esto se han utilizado las guías N° 1, 2 y 3 denominadas “Escuela, Familia y Discapacidad”, y también talleres terapéuticos y psicológicos que permitan orientar a los padres para que así sean de un buen apoyo en el desarrollo de sus hijos, estos talleres van a depender del apoyo económico que tenga dicha institución para llevarlos a cabo, este es un trabajo que se ha ido fortaleciendo, a través del desarrollo de programas innovadores para lograr una educación de calidad para la población y las familias y aún se está en la búsqueda de implementar otros sistemas de información, asesoría y apoyo a las familias de los alumnos y alumnas que presentan necesidades educativas especiales, para ejercer su derecho de elegir la opción educativa más adecuada para sus hijos y participar activamente en el proceso educativo.⁷

2.3 Calidad de Vida Familiar

⁶ ANTECEDENTES HISTÓRICOS, PRESENTE Y FUTURO DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN CHILE. Ministerio de Educación, Programa de Educación Especial.2004 y 2010 Guía 600 Mineduc- Educación Especial.

⁷ Ministerio de Educación, Programa de Educación Especial.2004 y 2010 Guía 600 Mineduc- Educación Especial.

Cuando se habla de calidad de vida familiar, se refiere al bienestar que deben tener todos y cada uno de sus miembros, lo cual es difícil de lograr sobre todo en familias en las que uno de sus miembros tiene discapacidad debido al impacto que se produce, lo cual genera transformaciones que provocan en muchos casos estrés y graves problemas de adaptación, por lo tanto estas familias presentan muchas necesidades de apoyo personal y también social, en la mayoría de los casos el miembro que se ve más afectado es la madre ya que sobre ella muchas veces recae la responsabilidad en cuanto al bienestar de este hijo (a) que necesita de mayor cuidado.

Las familias experimentan su máximo nivel de calidad de vida cuando sus necesidades son satisfechas, sus miembros disfrutan la vida conjuntamente como una familia, y a su vez tienen la oportunidad de perseguir y conseguir metas que son significativas para ellos.

Algunos de los autores que han estudiado la calidad de vida familiar son Shalock y Verdugo (2006) los cuales nos dan a conocer que la calidad de vida es un concepto multidimensional que representa los valores positivos, las experiencias y las condiciones de vida de cada uno de los miembros de la familia. Estas dimensiones se representan en ocho necesidades fundamentales: Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación, Inclusión Social y Derechos.⁸ Estas dimensiones se pueden alterar de acuerdo a las distintas perspectivas culturales y vitales que por lo general tienen que ver con los deseos relativos al bienestar personal.

2.3.1 La Calidad de Vida y Teoría de Sistemas

La calidad de vida puede ser mirada desde una perspectiva de la teoría de sistemas, entendiendo sistema como el conjunto de reglas o principios en donde se destacan la interacción y el orden a una finalidad, caracterizándose por un estado estable,

⁸ Shalock R. L. Y VERDUGO, M. A. (en prensa). The Concept of Quality of Life in Human Sewices: A Handbook for Human Sewice Practitioners, Washington Association on Mental Retardation.

dinámico que permite un cambio constante de componentes mediante asimilación y desasimilación, con indicadores que pueden analizarse a través del conocimiento de la relación establecida teniendo en cuenta tres categorías.

2.3.1.1 Microsistema

Es donde existen las relaciones más próximas e íntimas que una persona tiene con un entorno determinado, el cual cuenta con unas características físicas y materiales particulares, se refiere a los ambientes sociales inmediatos, específicamente los que tienen que ver con su propio núcleo familiar.

2.3.1.2 Mesosistema

Es la relación existente entre dos o más sistemas que tienen estrecha influencia en la persona, el ejemplo más claro de esto lo constituye la relación entre familia y escuela, también se refiere al vecindario, comunidad y organizaciones que afectan al individuo.

2.3.1.3 Macrosistema

Se refiere a patrones sociopolíticos y culturales generales, del cual hacen parte los sistemas de creencias como valores y los estilos de vida que prevalecen en una cultura específica. En él también residen los mensajes que se transmiten en los medios de comunicación social, los estereotipos y lo que es valorado como deseable respecto a lo que puede considerarse una “buena familia”.

El concepto de calidad de vida nos da un sentido de referencia y guía desde la perspectiva familiar, un principio primordial para mejorar el bienestar personal y colaborar por el cambio a nivel social, y tener un lenguaje común y marco de referencia sistemático que guíe los esfuerzos actuales y futuros con el fin de poder analizar y entender cómo se desarrolla la calidad de vida en la familia.

CAPITULO III

MUSICOTERAPIA

3.1 Definiciones de Musicoterapia

La Musicoterapia como tal se ha desarrollado como función formativa y terapéutica desde la época antigua, existen historias donde se menciona que sin la voz, los sonidos y los instrumentos musicales no era posible ningún rito de sanación o liberación, tenemos un ejemplo bíblico del salmista David que tocaba para el Rey Saúl, *“Y cuando el espíritu malo de parte de Dios venía sobre Saúl, David tomaba el arpa y tocaba con su mano; y Saúl tenía alivio y estaba mejor, y el espíritu malo se apartaba de él; 1 Reyes 16:23”* (pasaje bíblico); y así sucesivamente se mencionan otras culturas, creencias y rituales como los shamánicos en donde la música juega un papel vital en estas experiencias, desde ese entonces hasta hoy en día la música aporta de una manera positiva y de beneficio para el que la toque y la escuche.

La Federación Mundial de Musicoterapia (1996) define de la siguiente manera:

"La Musicoterapia es el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar o promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o a restablecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal o interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento".

Para el Instituto de Musicoterapia "Música, Arte y Proceso" (Vitoria Gasteiz- España), la Musicoterapia es la aplicación científica del sonido, la música y el movimiento a

través del entrenamiento de la escucha y la ejecución instrumental sonora, integrando así lo cognitivo, lo afectivo y lo motriz, desarrollando la conciencia y potenciando el proceso creativo. Así podemos: facilitar la comunicación, promover la expresión individual y favorecer la integración grupal y social".⁹

Para Juliette Alvin una de las pioneras en la Musicoterapia la define como “ *proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas de cambio*”.¹⁰

El Dr. Rolando Benenzon precursor de la musicoterapia en Latinoamérica la define como “Una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos corpóreo-sonoro-musicales, para desarrollar, elaborar y reflexionar un vínculo o una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad”¹¹.

Así como estas podemos mencionar varias definiciones pero todas coinciden en favorecer la comunicación por medio del lenguaje no verbal, es decir, lenguaje sonoro-corpóreo musical que permite de una u otra manera que el individuo pueda desde este camino expresar lo que hay en lo profundo del alma y la emoción logrando de esta manera una mejor calidad de vida en cuanto a la prevención, rehabilitación, sociabilización y recreación.

3.2 Orientaciones Teóricas Musicoterapéuticas desde la mirada Psicológica

La música influye en la mente y en el cuerpo del ser Humano produciendo efectos que abarcan dimensiones fisiológicas, emocionales, cognitivas y espirituales, es decir, la

⁹ Del Campo Patxi. *La Música como Proceso*. Amarú Ediciones 1997.

¹⁰ Musicoterapia, cuadernos alternativos, Ed. Astrid, pág. 61

¹¹ Benenzon Rolando, *La Nueva Musicoterapia*, Ed Lumen, pág. 157

acción de la música es una eficaz terapia que actúa sobre el sistema nervioso y en las crisis emocionales.

Kenneth Bruscia dice: “La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir llegar a la salud utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas”, mediante la improvisación; entendiendo como “*llegar a la salud*” a no sólo la parte física si no al ser humano en su totalidad.

La Musicoterapeuta Mery Prestley en su enfoque psicoanalítico plantea que el uso de palabras y la música simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta, permite explorar la vida interna del paciente y facilitar su desarrollo, ya que permite acceder a las regiones inconscientes de la personalidad, llevar los conflictos reprimidos a un estado consciente para inducir al conocimiento y a la aceptación de los aspectos del Yo desconocidos, esto se puede lograr por medio de la improvisación creada por el paciente que viene guiada y estimulada por sentimientos, ideas, fantasías, memorias, recuerdos, etc., que tanto el paciente como el terapeuta fueron descubriendo e identificando por medio del sonido.¹²

Por otra parte Marinovic, habla que la música ejerce efectos fisiológicos, motores y afectivos a través de los sonidos, menciona el valor y el significado de la música como lenguaje no verbal apelando de manera intensa a lo afectivo, a su vez menciona que uno de las funciones psicológicas de la música es que actúa como instrumento mnemotécnico facilitando de esta manera el recuerdo de algo.¹³

Estos autores de una u otra manera enfocan a la música como movilizador de sentimientos ayudando a canalizar lo inconsciente, hasta llevarlo a lo consciente, permitiendo de esta manera fortalecer el Yo y guiarlo a un mejor estado al individuo,

¹² Bruscia, Kenneth, Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Ed, Agruparte, Unidad 4 Musicoterapia analítica pág. 115.

¹³ MARINOVIC M. Las Funciones Psicológicas de las Artes, edit. Letras de Deusto, 1994.pp. s.p.

debido a la sincronización intrapersonal e interpersonal, profundización de emociones que activan los sueños, los recuerdos y las fantasías.

Por lo tanto, resumiendo lo planteado por Marinovic, ***Psicológicamente la música***

- ✓ Puede despertar, evocar, estimular, robustecer y desarrollar diversas emociones y sentimientos.
- ✓ Es una fuente de placer, y puede provocar catarsis y sublimaciones
- ✓ Puede traer a la memoria olores y colores, y modificar el estado de ánimo del oyente y su percepción del espacio y del tiempo.
- ✓ La música suscita el placer estético y mueve a la reflexión
- ✓ Favorece la expresión de uno mismo e induce a la colaboración intergrupala y al entendimiento cultural.
- ✓ Implica una interacción dinámica afectiva-cognitiva entre lo activo y lo pasivo
- ✓ Refuerza la confianza en sí mismo y mejora la autoestima.
- ✓ Permite catarsis y clarificación emocional dentro de un marco socialmente aceptado.
- ✓ Promueve el proceso socializador e individualizador.

3.3 Modelos, métodos y técnicas en Musicoterapia

En la musicoterapia se encuentran una serie de técnicas para lograr los objetivos terapéuticos y se clasifican en Musicoterapia Receptiva y Musicoterapia Activa

3.3.1 Musicoterapia Receptiva

También llamada pasiva, busca llegar a la esencia del ser humano y provocar cambios en el estado de ánimo. Este técnica se centra en la audición o escucha musical que recibe el paciente, sea de música grabada, interpretada por el terapeuta o bien, por otros usuarios.

Bruscia, explica que, “estas técnicas son particularmente útiles cuando el paciente no puede participar de la improvisación musical, sea por razones emocionales, intelectuales o físicas. En estos casos las técnicas receptivas se utilizan para establecer un estado de ánimo o sentimiento de confianza para estimular una respuesta no musical”.¹⁴

Dentro de estas técnicas encontramos los siguientes: Modelo GIM (Guide imagery and Music), Técnica de Viajes Musicales de Cid-Poch, Abordaje Plurimodal a través del EISS.

3.3.2 Musicoterapia Activa

También llamada creativa, que implican una acción en el paciente, haciendo uso de los sonidos, los instrumentos musicales, la voz o el cuerpo dentro de una sesión sea grupal o individual.

Dentro de sus técnicas más empleadas se encuentran:

- Improvisación musical (para niños y adultos).
- Método Nordoff-Robbins (para niños).
- Modelo Benenzon.
- Musicoterapia analítica de Priestley (para adultos).
- Modelo Bruscia: perfiles para el análisis de la improvisación musical

3.3.3 La Improvisación Musical

¹⁴ Bruscia, Kenneth Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Ed Agruparte, pág.349

La improvisación es un proceso sistemático, organizado y con objetivos, que permite al paciente explorar aspectos de sí mismo y aspectos en relación a otros de manera apropiada a través de la expresión musical y/o corporal, convirtiéndose en una herramienta útil que permite al terapeuta conocer su mundo interno. Es una de las técnicas mayormente empleadas dentro de una sesión musicoterapéutica, y en muchos modelos constituye su base.

Bruscia lo plantea como "...la técnica más eficaz a la hora de favorecer el autoconocimiento, resolver conflictos personales y crear una relación con el terapeuta".

La improvisación se clasifica en Referencial y No referencial de acuerdo a lo que el terapeuta plantee al (los) paciente(s).

3.3.3.1 Improvisación No Referencial

Consiste simplemente en tocar libremente, sin tener ningún acuerdo, o tema específico sobre el cual basar la improvisación.

3.3.3.2 Improvisación Referencial

Radica en tocar basados en un tema concreto (sentimientos, situaciones, imágenes, etc.) que sea de relevancia para el paciente y para el tratamiento. Ayuda a profundizar en un sentimiento, abordar simbólicamente una situación, tomar roles, etc.

Tomando las palabras de Bruscia, "Es útil para explorar aspectos inconscientes o conscientes de sentimientos, acontecimientos y relaciones específicas"¹⁵ De acuerdo al objetivo terapéutico el (los) paciente (s) puede improvisar solo, interactuando con el terapeuta, o con los demás usuarios.

¹⁵ Bruscia, K op.cit. p349)

CAPITULO IV

DESARROLLO PERSONAL

4.1 Definición de Desarrollo Personal

Se entiende como la actualización de las potencialidades humanas (psicológicas y espirituales) que la persona puede alcanzar más allá de su desarrollo natural en función de la edad. Con el trabajo de crecimiento personal la persona aprende, a través de la conciencia de sí mismo, a aprovechar sus posibilidades de pensar, sentir y actuar para: Usar el pensamiento libre o autónomo, dominar una libertad responsable, siendo líder de sí mismo, Tener salud emocional, lo cual es fundamental y prácticamente la base del ser humano. ¹⁶

La vida emocional del ser humano empieza en el seno materno, allí se configura su modo de “ser” y “estar” en la vida, a su vez que precisa de formación y educación, no solo en beneficio de sí mismo sino también en la sociedad en la que vive, de la que vive, y en parte por la que vive, ya que el ser humano es un ser social.

La Psicología Humanista le permite al ser humano conectarse con su parte emocional, ya que, se enfoca específicamente en el concepto de *sí mismo*, las ideas y percepciones propias del individuo respecto a sus experiencias personales y aspiraciones (el auto concepto, la autoimagen) involucrando al ser humano en su totalidad, desde su conducta hasta su emoción.

Uno de los autores precursores de esta mirada psicológica es Carl Rogers, quien se basa en la psicoterapia y el proceso de cambio de la conducta humana a través de las relaciones interpersonales, derivando de esta manera la teoría de la personalidad, la cual plantea que el hombre está conformado por el organismo y el self, donde en el

¹⁶ Satir, Virginia. Relaciones Humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax. México 1980

organismo reside el campo fenoménico (realidad subjetiva o marco de referencia individual), es decir, el conjunto total de las experiencias, percepciones y significados, tanto simbolizadas (conscientes) como no simbolizadas (no conscientes) y el *self* es una configuración de experiencias y percepciones de uno mismo, expresadas simbólicamente como auto concepto.¹⁷

Por otra parte está Gardner 1989, quien plantea que uno de los factores importantes para el individuo es la inteligencia emocional, el cual abarca 5 competencias principales, a las que Goleman¹⁸ ratificó más adelante, éstas son:

- 1) El conocimiento de las propias emociones (Autoconciencia)
- 2) La capacidad de controlar las emociones (Autorregulación)
- 3) La capacidad de motivarse uno mismo (Motivación)
- 4) El reconocimiento de las emociones ajenas (Empatía)
- 5) El control de las relaciones (Destreza sociales)

Conociendo estas características de la inteligencia emocional y la mirada humanista nos damos cuenta que ambos pensamientos coinciden en que el desarrollo personal está ligado a la emoción que de una u otra manera condiciona la conducta y que por lo tanto afecta en el crecimiento o evolución del ser humano como tal, determinando su propio Yo. Por lo tanto el desarrollo personal se puede lograr siempre y cuando el ser humano busque: Básicamente Conocerse a sí mismo, con honestidad, ubicando virtudes y defectos. Evaluar que quiere conservarse, mejorarse o cambiarse, y ubicar las herramientas para hacerlo.

¹⁷ Rogers, Carl. El Proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Barcelona 2000. Ediciones Paidós Ibérica

¹⁸ Goleman, Daniel. Inteligencia Emocional. Primera edición Kairos 1996. Barcelona, pág 30 a 40.

Librarse de los obstáculos interiores y exteriores que alguna vez o de alguna manera impida el liderazgo y el buen desempeño como trabajador y como líder.

Ser quien se quiere ser; donde el pensar, el sentir y el actuar sean una unidad coherente o guardar relación con la actitud personal y responsabilidad.

Esto se puede adquirir si la persona logra utilizar la propia experiencia, notando el sentido y el sentimiento que le damos a nuestras vivencias.

Ser consciente o darse cuenta de las propias acciones y comportamientos. Aprender a comunicar, a uno mismo y a otros, los descubrimientos sobre sí mismo. Tener su propia personalidad y no copiar otra.

4.2 Relación entre Desarrollo Personal y Musicoterapia

De acuerdo a lo que estudia la psicología Humanista, se puede observar que los objetivos y herramientas que ofrecen para ayudar al ser humano en su desarrollo personal tiene que ver básicamente con la emoción y los sentimientos, factores que movilizan la música, reforzando de esta manera la identidad, la personalidad y la autoestima del individuo, permitiendo de esta manera la libre expresión desde un lenguaje no verbal y sonoro, de manera simbólica, T. Gastón decía: *“la música tiene un enorme poder para mover al ser humano, por lo que ayuda a controlar el comportamiento”, “los estados de ánimo inducidos por la música derivan emociones tiernas, algo que permite vínculo entre el musicoterapeuta y el paciente”*.

Prestley¹⁹ menciona que *la meta principal de la musicoterapia es de eliminar obstáculos que impidan al paciente apreciar todo su potencial y alcanzar objetivos personales, dando entender con esto que la musicoterapia puede ayudar al paciente en su desarrollo personal.*

Por otra parte la música como arte, permite al individuo profundizar, comprender, sublimar, refinar sus emociones y sentimientos, contribuyendo como terapia al equilibrio psíquico, es un medio por el cual se conectan directamente las emociones de

¹⁹Bruscia, K op.cit. p114

forma inmediata movilizando biológica, física, psicológica, neurológica, social y espiritualmente en su totalidad a la persona, aún desde el vientre materno.

En síntesis, La musicoterapia aporta al paciente un soporte emocional permitiéndole proveerse de un espacio y un tiempo donde tiene la oportunidad de expresarse. La música como agente relajante, motivador y por su función comunicativa dará al paciente la capacidad de expresar sus emociones y sus preocupaciones en un contexto en que se siente escuchado y entendido, facilitando su proceso de adaptación a su realidad y aportando a su crecimiento personal.

CAPITULO V

INTERVENCIÓN MUSICOTERAPEUTICA

5.1 Contexto Institucional

El Colegio Diferencial Paul Harris fue fundado en 1972, y depende de la Comuna de Las Condes desde 1981. Actualmente cuenta con 150 alumnos de población infantil de necesidades educativas especiales, en su gran mayoría con severidad intelectual y limítrofe en los niveles pre-básico, básico y talleres laborales, presenta un enfoque humanista sustentado en una fuerte formación valórica. Tiene como fin último el mejoramiento de la calidad de vida de los alumnos y sus familias y favorece la participación y el trabajo en conjunto con todos los integrantes de la comunidad escolar en un ambiente acogedor.

El objetivo del establecimiento es entregar una educación holística, es decir, centrada en la globalidad de la persona con aprendizajes significativos, en una relación humana, abierta y dinámica, en aspectos fundamentales, tales como: Autonomía, Pensamiento Activo e Internalización de los contenidos.

De igual forma, promueve efectivamente la integración social a través de convivencias normalizantes en el ámbito escolar, familiar y comunitario y también el dominio de habilidades de la vida adulta, para mejorar las expectativas laborales de los alumnos, ampliando su enfoque educativo desde 1990, persiguiendo de una u otra manera mejorar la calidad de vida no sólo del infante si no también la de su entorno familiar, con el apoyo de la comunidad educativa, basándose en las propuestas educativas gubernamentales.

En la actualidad, la musicoterapia es una disciplina inserta en el contexto educativo, gracias a la participación hace algunos años de algunos estudiantes de la Universidad de Chile que realizaron una intervención musicoterapéutica, dando una gran apertura del tema por parte del cuerpo directivo de la entidad educativa, por lo tanto, hoy en día, el colegio cuenta con un musicoterapeuta, quien atiende algunos casos individuales

específicos y a su vez se encarga del área musical de la institución y aún es un lugar abierto para seguir desarrollando esta disciplina no sólo a sus alumnos si no también a la comunidad educativa en general.

La Institución tiene a su disposición una sala multiuso que contiene instrumentos musicales e implementos y una biblioteca los cuales estuvieron a disposición para llevar a cabo el proceso de intervención musicoterapéutica. Esta práctica es planteada al establecimiento educativo como la inserción de tres musicoterapeutas, donde una trabajaría con alumnos y dos con los apoderados, desde el ámbito grupal e individual, en las cuales el colegio propone a los participantes para efectuar la práctica correspondiente.

5.2 Estudio de Caso

5.2.1 Descripción de la paciente

E es una mujer de 48 años, madre de familia, Asistente de Educación Especial, al parecer es extrovertida, se muestra como una persona trabajadora, responsable, acelerada, sincera, amable y reservada cuando se trata de su parte personal, de aspecto sencillo (en su manera de vestir), de baja estatura, su tez color mate. Su lenguaje es claro con buena modulación, tiene un trato cortés.

Se presenta desde en el primer encuentro como una mujer que necesita ser escuchada, y menciona que su anterior contacto con la musicoterapia le sirvió para encontrarse con ella misma y que quiere volver a tener esta experiencia.

Se observa una mujer con mucha carga emocional, ella es la contenedora de su hogar, pero nadie se preocupa por ella.

E tiene tres hijos con características especiales, su hija menor B de 7 años, tiene Síndrome de Down con Hiperactividad, su hijo Mayor A de 20 años tiene Depresión Endógena y su hija del medio D de 18 años está en tratamiento para la cura del cáncer que padece.

E llega a musicoterapia por medio del colegio Paul Harris donde estudia su hija menor, una de las observaciones que hizo la institución es que la familia se caracteriza por tener dificultades o problemas en cuanto a la convivencia y aceptación de este miembro con necesidades especiales en el núcleo familiar, a pesar de que E ya había tenido contacto con la Musicoterapia, la institución la propone nuevamente como paciente, sobre todo para fortalecer la parte emocional en esta familia.

5.2.2 Ámbito Familiar y social

Frente al entorno familiar, vive con su esposo y sus tres hijos, A, D y B, uno de los factores relevantes es que siempre habla de su hija la menor, su vida gira en torno a ella. La discapacidad fue descubierta en el momento de nacer, lo que generó un rechazo por parte de su esposo y por parte de A su hijo mayor, culpando a E por ser la madre recayendo sobre ella toda la responsabilidad de la condición de la niña y por ende delegando en ella todo las responsabilidades asociadas a su desarrollo y crecimiento, como respuesta a estos factores E centra toda su atención en esta hija, buscando de alguna forma suplir la falta de apoyo, amor y afecto de los demás integrantes de la familia. Sin darse cuenta que como resultado de la sobreprotección y cuidados de su hija B, descuidó sus otros hijos y su esposo.

Años más tarde E se da cuenta del abandono en el que han crecido sus hijos mayores, sin contar con el apoyo de ninguno de los padres, hecho que hoy en día la hace sentir culpable.

La familia se ve abocada a otras situación relevantes y que cambian su dinámica, a su hija D a los 15 años le diagnostican cáncer, a su hijo mayor A depresión a los 14 años. Actualmente ambos están en tratamiento y se encuentran estables.

De un momento a otro se percata de que sus hijos ya son personas mayores y busca de un modo u otro remediar las carencias a nivel afectivo en las que crecieron, siendo una madre permisiva y buscando recuperar el tiempo perdido.

En cuanto al núcleo familiar primario de E, desde el nacimiento de su Hija menor B con necesidades especiales, no tiene contacto con ellos, debido a que la rechazaron por su condición.

E trabaja en un colegio de niños especiales como asistente de educación especial pero poco comenta de su parte laboral, también pertenece a una congregación a la cual deja de asistir por el rechazo que genera su hija menor B.

5.2.3 Antecedentes Musicales

La experiencia musical de E en su infancia fue únicamente a partir de las rondas infantiles, nunca participó de actividades musicales ni artísticas en su escolaridad. Su contacto más cercano con la música le empezó a tener cuando su hijo A mostró interés por los instrumentos musicales a los cuales poco a poco empezó a acceder y son los que hoy en día tiene en su casa, E menciona que desde que su hijo A se involucró con la música empezó a tener más conexión con él.

E manifestó un agrado por la música, sobre todo aquellos sonidos suaves, armónicos, que le evoquen naturaleza, tranquilidad, paz, y los instrumentos relacionados con esos sonidos como la flauta, la ocarina y el palo de agua. No le agradan los sonidos fuertes, chillones, y estridentes como las sirenas de ambulancia, los gritos, y la voz fuerte. No le gusta cantar ni escuchar aquellas canciones donde hayan voces, prefiere la música instrumental sea clásica o de folclore.

En cuanto a la ejecución de los instrumentos musicales lo hizo de manera básica, siempre consultaba como tocarlos, pero ella buscaba la manera de sacarle sonido disfrutando cada vez que tocaba. Su ritmo y patrones rítmicos en las primeras sesiones fueron constantes y monótonos, de una misma intensidad y volumen, en los últimos encuentros se presentaron cambios en cuanto a los matices, la intensidad y ampliaciones de patrones rítmicos. Dentro de los instrumentos que prefería tocar

estaban: el tambor, la ocarina, las pezuñas, el pandero, el toc-toc, el palo de agua, las maracas, el cultrún, la caja china, el güiro, los que no le gustaba tocar se encuentran: la flauta porque encontraba difícil su ejecución y el metalófono por lo estridente de su sonido.

5.2.4 Objetivos Terapéuticos

5.2.4.1 Objetivo General

Facilitar o posibilitar el proceso de toma de conciencia de la experiencia canalizando a través de lo sonoro-corpóreo-musical las emociones y vivencias que aparezcan en beneficio de una mejor calidad de vida.

5.2.4.2 Objetivos Específicos

- Facilitar por medio de la experiencia sonora el poder expresar, contactar y reconocer sus sentimientos, identidad e intereses a través de las elecciones sonoras, respuestas sonoras y la creación musical.
- Hacer de la musicoterapia una instancia de reelaboración de los conflictos que surgen a través de lo sonoro-corpóreo-musical de la paciente, como medio de desahogo y relajación.
- Propiciar un ambiente de reflexión donde vayan surgiendo realidades de la paciente en donde pueda experimentar, sentir, y ordenar.
- Estimular a la paciente a canalizar su capacidad creadora musical para comprender y tomar conciencia de su propia sonoridad y simbología.

CAPITULO VI

METODOLOGIA

La intervención individual se realizó entre los meses de Septiembre 2009 y Enero 2010, con un total de 10 sesiones, las cuales se llevaron a cabo en la biblioteca y las últimas sesiones en la sala multiuso en el horario de 8:30am y 10:00 am los días miércoles. Este horario favorecía la asistencia de la apoderada ya que estaba dentro de la jornada escolar y podía permanecer en el establecimiento unas vez que fuera a dejar a su hija.

6.1 Setting y Encuadre Musicoterapéutico

- a. Lugar Físico: El lugar que estuvo disponible fue la biblioteca, una sala con sillas, cojines, mesas, con buena iluminación, y una radio, adecuada para trabajar de manera personal e individual con la madre.
- b. Implementos de Registro: Todas la sesiones se registraron en audio, utilizando una filmadora y una cámara digital, la cual se ubicó en un extremo de la biblioteca.
- c. Setting: El setting instrumental estuvo compuesto, en su mayoría, por recursos facilitados por la institución, eran instrumentos sencillos, de fácil ejecución y algunos aportados por la musicoterapeuta. En total se utilizaron veintidós instrumentos musicales, los cuales menciono a continuación:

✓ 1 Panderos	✓ 2 Maracas
✓ 1 Metalófonos	✓ 1 Pezuñas
✓ 1 Palo de Agua	✓ 1 Kultrum
✓ 1 Kalimba	✓ 2 Toc – toc
✓ 2 Flautas Dulces	✓ 1 Caja China

- ✓ 1 Xilófono
- ✓ 1 Ocarina
- ✓ 1 Cascabeles
- ✓ 1 Güiro
- ✓ 2 Tambores pequeños
- ✓ 1 Placas
- ✓ 1 Bombo

En las actividades de relajación corporal y actividades receptoras, se empleó un reproductor de CD, la cual estaba incluida dentro de los implementos facilitados por la institución.

6.2 La Supervisión

El trabajo de la musicoterapeuta fue supervisado por una profesora asignada por la Universidad de Chile, docente del Postítulo de Musicoterapia y guía de dicha práctica. Esta supervisión se llevó a cabo de manera no presencial, en reuniones de supervisión, y también con la entrega de informes semanales de lo trabajado con la madre.

6.3 La Sesión de Musicoterapia

Las sesiones tuvieron una duración de 45 min a 1 hora aproximadamente, por lo regular conservaron la misma estructura: inicio, desarrollo y cierre, basándose especialmente en lo musical (activo), solo algunas sesiones presentaron actividades corporales (receptoras), estos espacios eran alternados con instancias de verbalización.

A continuación se describen los tres momentos de la sesión:

- a) Inicio:** Al comienzo de la sesión se permite un espacio para verbalizar sobre lo realizado en el anterior encuentro, algo que haya quedado resonando, alguna reflexión u opinión, dejando esta instancia de libertad para que la paciente pueda

expresar lo que desea. Posterior a esto se le invitaba a situarse en el “aquí y ahora”, conectándose con sus sensaciones, y centrarse conscientemente en sí misma, su cuerpo, su postura y su estado corporal/mental. En algunas sesiones se hizo alguna relajación previa para estimular y disminuir el nivel de tensión de la paciente.

- b) Desarrollo:** En esta fase se ubica la actividad central de la sesión, realizada a través de técnicas activas y receptivas, de acuerdo a las que se ajustaran a los objetivos propuestos. Estas actividades trataban contenidos profundos, los cuales involucraban temas concretos de la paciente.
- c) Cierre:** Este espacio se da a través de un dialogo final abierto para la decantación de contenidos surgidos a partir de las actividades, llevándolos a un plano verbal y más consciente, el cual es expresado por el paciente a la terapeuta. En algunas sesiones se pudo concluir con una improvisación para complementar el cierre verbal en otras no.

CAPITULO VII

PROCESO MUSICOTERAPEUTICO

A continuación se plantea el proceso de terapia y los resultados observados.

7.1 Fase Inicial

7.1.1 Sesión Uno

En esta sesión por confusión de horario no se pudo realizar ninguna improvisación, solo hubo 15 minutos para realizarla, así que este espacio se utilizó para conversar y tener un primer contacto entre paciente – terapeuta, observándose una persona dispuesta y al parecer con una gran necesidad de ser escuchada, tuvo anteriormente contacto con la musicoterapia, y por lo tanto desea seguir explorando este campo y de “encontrarse nuevamente con ella”, a su vez mencionó que el acercamiento con la música le ha ayudado en su crecimiento personal y siente que esto también ha sido de beneficio en cuanto a las relaciones familiares.

7.1.2 Sesión Dos

7.1.2.1 Primera improvisación

fue basada en la descripción del fin de semana que tuvo la paciente, ya que E llega a la sesión contando que tuvo un fin de semana muy difícil, a lo cual la terapeuta le propone a E que se lo cuente pero por medio de los instrumentos musicales, E tomó el tambor, (terapeuta acompaña con flauta dulce) su sonido fue desestructurado, es decir, tocó de distintas maneras, generó muchos cambios de ritmos, lo cual mostraron

sonoramente que tuvo un fin de semana, con muchas situaciones no muy agradables, las cuales le trajeron desestructuración, desarmonía, cansancio físico.

E menciona que la flauta le recordaba la instancia en la cual ella quería estar ese fin de semana, tranquila y relajada y hace las siguientes preguntas a la terapeuta: ¿Cómo me escuchaste? ¿Qué te quise decir?, Mostrando de esta manera esa necesidad de ser escuchada a lo cual la terapeuta responde que percibió un fin de semana bastante descontrolado y con muchas cosas a la vez, sin tranquilidad, la paciente dice que eso fue exactamente lo que le sucedió.

7.1.2.2 Segunda improvisación

Fue basada en cómo quiere y desea E que sea su próximo fin de semana. E toma el Panderero, y la musicoterapeuta toma el Kultrun. Esta improvisación estuvo un poco más estructurada y exploratoria, con ritmos constantes y manejo de matices, fuerte, suave, lento y rápido, dando a conocer que desea movimiento pero dentro de un plano armónico, tranquilo y relajado.

En el momento de la verbalización E dice que es muy difícil siempre mantener la calma y la tranquilidad que solo la puede lograr cuando esta sola y con la música, la terapeuta le pregunta que le impide lograr esta calma y tranquilidad, paciente pensativa, responde voy a tocar música en mi casa, se que lo puedo hacer y no lo he hecho porque lo había abandonado, no me acordaba que podía tocar con los instrumentos que tengo, quiero volver a retomarlo...

7.1.2.3 Tercera improvisación

Se basó en que tiene que hacer para retomar el contacto con la música y consigo misma. E toma el Kultrum y terapeuta toma las Uñas. Esta intervención musical tuvo ritmos constantes y variados a la vez, aquí pudo dar a conocer la constancia y persistencia que necesita para llevar a cabo lo que ella misma plantea, y retoma que lo

va hacer con su hija menor (Síndrome de Down) porque a ella también le ayuda, afirma ella.

7.1.3 Sesión tres

E comenta como ha transcurrido su semana, y expresa que su hija menor ha mostrado poco avance, según lo expresado por la psiquiatra tratante, a lo cual E llega muy desmotivada y con pena, la terapeuta le propone expresar esta pena mediante lo sonoro. E tomó la Caja China, (terapeuta acompaña con flauta dulce) ella da la pauta para iniciar, su sonido es monótono y plano, solo presenta un ritmo distinto al inicio, sin embargo se siente conectada con el instrumento, transmitiendo así de esta manera su sentimiento.

Finalizada la improvisación, menciona que la caja china le conectaba con su “*gran pena*”, porque está hecho de madera y a su vez por el sonido, afirmando que con otro instrumento no lo hubiese transmitido tan bien.

En esta instancia, expresa que no quiere “*conciliar la pena*”, factor importante que está ocultando tomando la actitud de que está bien, argumentando que no quiere transmitirle esto a su hija menor, lo cual es contraproducente para ella como persona.

La terapeuta la invita a expresar esta pena, de no escapar ni ignorar lo que está sintiendo, y de superar la tristeza y el dolor que siente por lo que está viviendo con su hija menor, y que cuando sienta alguna de estas sensaciones, las exprese, buscando un espacio sola, para que ella se pueda desahogar.

La musicoterapeuta propone a E mirar los instrumentos y buscar aquel que represente a su hija B, ella escoge el Palo de Agua, empieza a observar el instrumento, a escuchar el sonido y dice que así es su hijita, una “*cajita de sorpresa*”, lo cual propicia la segunda improvisación, basándose en que el instrumento es la hija menor y va a transmitirle todo lo que quiere hacer con ella, cómo la puede ayudar, expresándolo sonoramente.

E toma el palo de agua, y realiza leves movimientos con su cuerpo tratando de buscar otros sonidos en el instrumento, iniciando con movimientos fuertes y luego suaves y constantes.

Culminada la improvisación, E siente que expresó puro sentimiento, y nombra la paciencia, la alegría como los elementos bases con los cuales van a ayudar a su hija menor en este proceso, y explica como los expresó sonoramente, a su vez dice que está enamorada de su hija menor, que es el amor de su vida.

A lo cual en la tercera improvisación de esta sesión se le invita a dar a conocer los tres elementos o sentimientos con los cuales va a ayudar a su hija, la paciencia, la alegría que van a estar basados en el amor, para lo cual E escoge un instrumento que represente cada sentimiento, para la *paciencia* escoge el Toc-Toc, para la *alegría* las Maracas y para el *amor* el Palo de Agua, instrumento con el cual acompaña la terapeuta la improvisación y E toca los otros instrumentos.

Su sonido al tocar las maracas es un poco variado y movido, el cual lo acompaña con movimientos corporales, es como si estuviera bailando, en este espacio la terapeuta trata de apoyar representado ese amor ligado con la alegría, luego E trata de combinar esta alegría con la paciencia, soltando de a poco una maraca e incorporando el Toc-toc hasta tomarlo completamente, en esta instancia la terapeuta trata de formar un diálogo pero E no capta, así que la terapeuta utiliza elementos imitativos, la intervención sonora de la paciente es rítmica cuando expresa la alegría, plano y monótona cuando expresa la paciencia.

Finalizada la improvisación surge algo importante, y es que finalmente E acepta y reconoce que necesita expresar sus emociones y no esconderlas ni ocultarlas, no se va a privar de la *pena* si no que la va a *unir con la alegría*, no voy a “*disfrazarlas*”, y dice: “*no lloro ni por la B ni por mí, pero si por todos los demás*”, reconociendo así que la única perjudicada es ella.

La terapeuta finaliza la sesión preguntando a E ¿por qué crees tú que con el amor vas a llevar a cabo la alegría y la paciencia? Ella responde: *porque es un sentimiento muy*

grande y por el amor que siento por mi hija, ella está convencida que con esto va a poder llenarse de paciencia y así mismo transmitirle la alegría a su hija que tanto necesita, de igual manera afirma que se va feliz y que va a seguir con esa actitud.

En las sesiones dos y tres los objetivos se centran en generar un espacio de contención emocional que permita al paciente descubrir que los elementos sonoros sirven como canal de expresión y comunicación y también permitir al terapeuta conocer la identidad sonora de E.

En estas sesiones podemos notar que E realiza un “insigth”, respuesta que se genera por el estímulo musical, mostrando desde esta manera la respuesta psicológica y fisiológica que ejerce la música, tal como menciona J. Alvin²⁰...se traduce en un efecto general relacionado con la combinación de los diversos elementos musicales presentes en una misma pieza...provocando reacciones y sensaciones diferentes los cuales actúan de manera directa sobre los niveles del ello, del yo y superyó, despertando instintos primitivos y a su vez ayudar a que se manifiesten. Por otra parte se presentan los principales efectos psicológicos, a los que la Musicoterapeuta Alvin menciona y clasifica en: Comunicación, Identificación, Asociación, Fantasía, Expresión Corporal y el Conocimiento de sí mismo, permitiendo de una manera que E viviera cada uno de estos efectos a través de los elementos sonoro-corpóreo-musicales, en particular la identificación y la asociación, debido a que el ritmo y la melodía le proporcionaron descubrir y relacionar el sonido y los instrumentos con sus sentimientos, permitiendo el logro de los objetivos trazados para éstas sesiones.

7.2 Fase Desarrollo

En esta parte se van proponiendo actividades a E en las cuales pueda conectarse más desde lo sonoro. En las sesiones cuatro y cinco se plantean como objetivos propiciar la respuesta emocional a la música producida por el mismo paciente y que se pueda conseguir un grado de conexión expresiva con el fenómeno sonoro y estimular

²⁰ Alvin, J. Musicoterapia Ed. Paidós, pág. 109, 112,113

habilidades de verbalización con relación a la música, con la finalidad de que E pudiese ir conectando y canalizando sus sentimientos, su necesidad de ser escuchada y de conocerse y auto re-conocerse.

7.2.1 Sesión cuatro.

E se presenta mucho diálogo desde el inicio hasta el final, mostrando de esta manera la necesidad de ser escuchada y contenida.

Dentro de este diálogo E da a conocer factores que están afectando la convivencia en su hogar, teniendo más relevancia el factor “*colaboración*”; y a su vez que necesita su propio espacio, ya que todo lo hace ella, por lo tanto está dejando a un lado su vida por la de los demás, en este caso, su familia, actitud que es totalmente comprensible debido a su rol de madre, pero, es tanta la carga, que físicamente la demuestra, sin darse cuenta, aquí en esta parte vemos muy marcado el factor postergación que está aún más enfatizado en este tipo de familia.

Se propone una actividad de relajación, con música de fondo de sonidos de la naturaleza, el cual tenía como objetivo conectarla con su interior y consigo misma, lo cual fue de gran ayuda para E, en esta instancia logra descargar físicamente su peso, que se notaba en sus hombros, brazos y manos, al finalizar esta parte, E expresa que sintió que soltó un peso de sus manos que traía, y que se siente liviana, y reconoce que parte de ese peso o carga es su hija menor, que le da pena reconocerlo pero que es así, dando a conocer también que siempre quiere hacer todo, y que lo hace por ser madre, y por miedo de que se alejen sus hijos, es como un temor que tiene de ver que por mucho tiempo se alejó de sus hijos mayores por estar al cuidado de su hija menor, y que ahora está recuperando este tiempo de ausencia que tuvo con sus hijos, a su vez reconoce que no tiene fuerza de voluntad y que esto muchas veces le impide decir: “*no*” cuando es necesario.

La terapeuta le recomienda delegar tareas pequeñas a sus hijos mayores para que de a poco la paciente vaya soltando labores hogareñas que le impiden encontrarse con ella, y de esta manera ir buscando un equilibrio, que le permita tener más libertad.

Basado y pensando en el equilibrio, la fuerza de voluntad y el miedo, se invita a E a se invita a escoger un instrumento e improvisar, E toma la Ocarina y la terapeuta acompaña con el xilófono.

Esta improvisación E estuvo muy conectada con su instrumento y en su sonido, el cual fue plano, ahogado, sordo, sin variación, en una actitud muy ensimismada ignorando el sonido de la terapeuta, fue una improvisación de corta duración.

Finalizada la improvisación, E expresa que sintió un grito de ayuda, un grito de auxilio, que salía de su interior y a su vez visualizó un bosque con lobos aullando, lo cual la hace recordar que en su intervención anterior de musicoterapia había trabajado parte de esta situación, y había puesto en práctica muchas cosas, pero que ahora, no sabe qué le pasa y que otra vez está sucediendo lo mismo, con su esposo ha aprendido a decir: “NO” pero con sus hijos no ha podido hacerlo. Se hace la invitación a E a que no ignore este grito y no sea sorda ante este llamado de su interior.

J. Alvin menciona que la Música puede tender un puente entre lo real y lo irreal, entre lo consciente y lo inconsciente, estado en el cual permite a E entrar y conectarse desde su propio sonido.

7.2.2 Sesión cinco

Inicia con una improvisación basada en “*como te sientes hoy*”, E toma el xilófono, y lo toca empleando con preferencia los sonidos graves de éste instrumento, con un ritmo movido pero no melódico, es decir, se dedica a tocar solo notas de do a la constantemente de arriba hacia abajo sin parar, no hay patrones rítmicos, solo

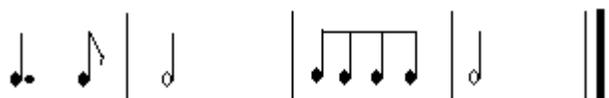
movimientos ascendentes y descendentes sin explorar las notas agudas, la terapeuta acompaña con el kultrum y los cascabeles.

Durante este inicio se logra observar a E muy concentrada en su música y en su sonido en una actitud bastante exploratoria, al finalizar ella da a conocer el agrado por el instrumento que es de madera y por el sonido, al igual de su preferencia los sonidos graves ya que los considera armónicos, y dice que el metalófono no lo tolera ya que emite sonidos “muy fuertes”.

La terapeuta le pregunta que sintió mientras estaba tocando y ella responde que se siente bien y tranquila y expresa que las cosas le están saliendo bien y que está dando resultado “*el pedir ayuda a sus hijos porque la necesita*”, esto tiene que ver con lo trabajado en la sesión anterior donde ella se da cuenta de este factor, lo cual es bueno que la paciente haya escuchado su voz interior y haya recapacitado en cuanto a esta problemática.

Después de esta conversación, la terapeuta invita a E a mirar los instrumentos musicales y escoger aquellos que representen a sus hijos y darlos a conocer a través de lo sonoro, a lo que escoge 3 instrumentos que representan a sus hijos, la ocarina es su *hijo mayor A*, el pandero es su *hija del medio D* y las uñas o pezuñas es su *hija menor B*.

E inicia con la ocarina, su sonido es ahogado y débil, con una célula rítmica binaria un poco variada, pero conservando el mismo patrón de rítmico,



fue una improvisación corta.

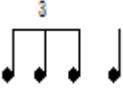
Seguidamente presentó a su hija D con el pandero tocándolo fuerte manteniendo un

mismo ritmo binario también , es monótona y corta, la finaliza con un agite de los platillos del pandero. Culmina con las pezuñas o uñas con la cual da a conocer a su hija menor B manteniendo el mismo patrón rítmico que empleo anteriormente con su hija del medio, toca el instrumento de manera fuerte y con las manos juntas como símbolo de protección y finaliza manipulando el instrumento, como acariciándolo.

Culminada las improvisaciones, E relata las personalidades de sus hijos y explica porque escoge los instrumentos elegidos, dice que la ocarina es su hijo A porque se parece a ella, es un chico muy especial y se hace notar dulcemente, su hija D (el pandero) porque es alegre y le gusta bailar, siempre se hace notar en cualquier lugar, y las pezuñas (su hija B), lo escoge porque tiene doble sonido un sonido profundo y un sonido más notable o sonoro que todos pueden escuchar, así es su hija profunda que cuesta llegar a ella, y que es una niña confusa, afirmando que es el mejor que la representa a su pequeña.

La terapeuta le expresa a E que le es curioso que hable muy bien a su hijo A y a su hija B pero que a su hija D poco la describe, a lo cual E responde que su hija es de carácter más fuerte, mientras que los otros son más débiles.

La terapeuta le pregunta ¿Hay algo clave en ellos (hijos) o alguna característica que para ti tenga un significado importante? E piensa en esto y comenta que a su hija D tiene claro esa característica pero que sus otros hijos le generan confusión, así que procede a representar esta característica de su hija D con el pandero acompañándose

con los cascabeles, planteando una célula rítmica  que poco a poco varia a , es una improvisación corta, cuando culmina comenta que la característica es la alegría y que complementa con los cascabeles ya que también le refleja lo mismo, en este espacio logra E hablar más de esta hija.

Seguido toma la ocarina (hijo A) y es curiosamente toca muy parecido como al inicio

cuando lo representó, manteniendo parte del patrón rítmico  hasta que toca muy parecido al planteamiento rítmico que utilizó en la primera improvisación  varia el segundo compás, expresando que su hijo es muy intelectual.

Finaliza presentando a su hija B con las pezuñas y da a conocer que su pequeña es irritable.

Culminada la sesión la terapeuta le pregunta ¿Piensas que tienes algo de estas características? Y ella afirma que si, lo cual abre instancia para que E dé a conocer parte de sus frustraciones y expresa que su hijo A le dice que ella es un diamante en bruto.

A esto encontramos que M. Prestley en su modelo analítico en sus objetivos terapéutico propone el trabajo central que consiste en que el paciente confronte sus problemas internos a través de la música y sus relaciones con el terapeuta, y el trabajo periférico, el paciente confronta los problemas actuales de la vida cotidiana con sus relaciones de la vida exterior u otros, aquí vemos que E pudo empezar con esta confrontación y conocer y re-conocer lo que está sucediendo en sí misma y su vez darse cuenta de lo que sucede con su entorno familiar, con respecto a sus hijos, dando paso a que se lograran los objetivos planteados.

7.3 Fase Final

En esta parte se va dando forma a lo descubierto mediante lo sonoro con E, ya que se fueron presentando factores rítmicos muy monótonos y a su vez la carga emocional que es para E sus hijos, por lo tanto se proponen como objetivos Desarrollar la capacidad de realizar elecciones sonoras y respuestas sonoras y Propiciar la respuesta emocional a la música producida por ella misma.

7.3.1 Sesión Ocho

Inicia con una pequeña relajación, conectando a E con sus emociones, sentimientos y sensaciones, llevándola en esta instancia a recordar algún momento grato de su vida, ya que basado en esto sería la invitación a improvisar con los instrumentos musicales.

Concluido este momento, la terapeuta invita a E a recordar ese momento y darlo a conocer por medio de los instrumentos musicales, donde puede emplear su cuerpo, su voz, etc., E toma el palo de agua y la caja china, iniciando con la caja china su improvisación, marcando un pulso constante pero variado en cuanto a su intensidad, luego acelerándolo y volviendo a la velocidad inicial, seguido toma el palo de agua y junto con este se levanta y empieza a realizar movimientos corporales (caminar, dar giros) y a tocar fuerte este instrumento, variando también el pulso, la velocidad y la intensidad, y culmina la improvisación con la caja china de nuevo, realizando movimientos exploratorios, marcando de manera intensa el pulso.

Durante esta improvisación se pudo percibir que era un recuerdo de tristeza mezclado con un momento de alegría o felicidad.

Concluida la improvisación, E comenta este recuerdo, expresando lo vivido cuando se graduó del 4to medio, estaba este momento de alegría, pero saliendo del lugar de festejo, la mamá es atropellada con una micro, lo cual es llevada de urgencia y ahí termina la celebración, su madre duró 1 año hospitalizada.

Lo curioso de esta improvisación es que se le invito a recordar un momento grato, pero ella afirma que lo primero que se le vino a la mente fue este episodio, que pensó también en el nacimiento de sus hijos, pero que volvía de nuevo este recuerdo, la terapeuta le pregunta ¿Qué sensaciones le generó este recuerdo? A lo que ella responde que siente *“pena enorme y tristeza”*, la terapeuta le invita a reflexionar sobre que sucede con esta tristeza, ¿hay culpa y dolor? Y ¿Ha trascendido hasta hoy en día? Ya que E se muestra muy conmovida por este recuerdo.

Luego de esta improvisación, se le invita a E a cerrar sus ojos y a mirarse internamente como ve su corazón, como se siente, y a despojarse de una manera simbólica mediante un respiro y un soplo de esta sensación generada.

Seguido de esta actividad, se le solicita a E pensar en su animal favorito y darlo a conocer por medio de uno o varios instrumentos musicales. E toma el bombo andino y

lo toca con intensidad fuerte, variando el ritmo, el volumen y la intensidad de su intervención musical.

Finalizada la improvisación E dice: *“mi animal favorito es el Tigre”*, porque se hace notar, sobresale, es orgulloso....la terapeuta la pregunta ¿Qué tienes del Tigre? E responde, *la Personalidad*, afirmando que es igual, ya que tiene las características que mencionó y se queda pensando en esas características, reconociendo una vez más que ella es así, impactándose de esto, al darse cuenta que esa era su personalidad, mostrándose en esta parte su re-conocimiento y auto conocimiento.

En esta sesión se puede notar que E pudo conectarse con su respuesta sonora accediendo a “regiones” inconscientes de ella, como lo menciona M. Prestley llevando los conflictos a un nivel consciente y de control, aceptando algunos aspectos del yo desconocidos previamente, los positivos y los negativos y liberando y redirigiendo la energía atrapada hacia objetos positivos. Así mismo se presenta en E, otra parte en cuanto a la historia personal expresada en el no verbal, ya que pude conocer y descubrir los estados regresivos y sensaciones del paciente y a su vez de revivir las relaciones materno – paterno – infantiles perdidas, por medio de lo sonoro, tal como lo señala Benenzon²¹.

7.3.2 Sesión final

Parte con una improvisación libre, como un diálogo sonoro, E toma los siguientes instrumentos: el palo de agua, el kultrum y un pandero pequeño, la terapeuta toma los instrumentos: la flauta contralto y la caja china. E parte la improvisación tocando el pandero y la terapeuta le acompaña con la flauta, formando un diálogo, so logra notar cambios en la forma de tocar en ella, con una mejor postura corporal, una forma diferente de ejecutar los instrumentos, se logra notar más libertad y soltura, a su vez se percibe un ambiente de fiesta o celebración al inicio de la improvisación y una mejor

²¹ Benenzon, Rolando. La Nueva Musicoterapia. Ed Lumen, pág 122.

comunicación entre E y la terapeuta, se logra tener un diálogo sonoro, luego E toma el kultrum continuando con la conversación, en esta instancia se emplean algunos elementos imitativos rítmicos, la terapeuta involucra poco a poco la caja china, tratando de mantener la imitación, pero se rompe esta conexión, luego la terapeuta retoma la flauta y se logra una vez más conectar el diálogo, mientras que E toma el palo de agua y genera un ambiente de relajación.

Finalizada la intervención, E da a conocer que fue muy bonito, que sintió momentos alegres y felices, que se sintió muy conectada con la flauta, nunca escuchó la caja china, y que le gustó mucho el sonido que se generó entre los instrumentos que ella tocaba (pandero, kultrum y palo de agua) con la flauta. Afirma a su vez que finalizando la improvisación se transportó a un bosque y que escuchó clarito el agua, un lobo, pájaros, lo cual le transmitió mucha tranquilidad.

En esta instancia E expresa que ha habido cambios positivos en su hogar, sobre todo con su hija B, dice que se respira un ambiente más grato y eso la tiene muy contenta, se ha dado cuenta que su postura y actitud frente a su esposo e hijos influyen mucho en todo y que por lo tanto ha tratado de generar cambios positivos, y trata de estar *más alegre y con mucho optimismo* para poderle transmitir esto mismo a su familia, la terapeuta le dice que está bien esa postura y actitud y le motiva a seguir manteniéndola a pesar de las circunstancias que se le puedan presentar.

Concluida esta parte, se le invita a E a cerrar sus ojos y pensar en todo lo que ha vivido en este proceso musicoterapéutico y tratar de resumirlo en una palabra o frase, para lo cual se le da unos pocos minutos; Luego se le solicita a E que esa frase la de a conocer por medio de una figura totémica, empleando todos los instrumentos musicales que están en el set.

E hace la figura totémica y explica que quiere decir con ella, menciona que su frase es **“Encuentro conmigo misma”**, afirmando que en el espacio de la musicoterapia descubrió cosas que tenía guardadas, mencionando como por ejemplo, las cualidades con las que represento a su hijos y descubrir que ella tiene de esas mismas, la personalidad del tigre, y las observaciones que le hizo la terapeuta en la sesión anterior

en cuanto a la monotonía y constancia, seguido de esto, comienza a explicar la figura totémica y la ubicación de los instrumentos.

En este espacio da a conocer que el kultrum (ubicado en el centro) es ella, y todos los instrumentos es lo que la rodea a ella, que está rodeada de la alegría, (panderos) y se dio cuenta que si es una persona alegre, que anteriormente no se veía alegre pero que ahora sí, la naturaleza (palo de agua) donde se pudo encontrar con ella misma, luego expresa que el tambor (bombo andino) es el tigre, su animal favorito y da a conocer que su otro animal favorito es el Delfín y que se pudiese representar con la flauta, argumentando que es místico, diciendo a su vez que todo lo que la rodea está relacionado con la inteligencia y que los demás instrumentos son todos los agregaditos, la terapeuta le afirma que son “agregados” que están ahí, que no se alcanzaron a descubrir o a trabajar pero que están presentes, invitando a la paciente a buscar la conexión que hay entre ellos, la relación que hay, ya que también están conectados con ella, con su familia y su entorno.

La terapeuta le pregunta: ¿Cómo te vas? E responde, **“totalmente armónica”**, afirmando que este espacio fue para ella, y que se descubrió a sí misma, agregando que siempre fue muy dispuesta a este espacio musicoterapéutico.

Finalmente la terapeuta le invita a tratar de mantener esta postura, a pesar de las dificultades que pueda presentar, no se olvide de este espacio y de lo mucho que logró consigo misma, tratando de buscar ese estado en el que ella como persona se sienta bien, con el **“Encuentro contigo misma armónico”**.

De esta manera termina el encuentro semanal con E, en el que ella expresa su agrado y disposición frente a los encuentros con la musicoterapia, lo cual le sirvió a encontrarse consigo misma. En estas sesiones se pudo comprobar cada uno de los efectos psicológicos que ejerce la Musicoterapia sobre el ser Humano de las que menciona J. Alvin²², las cuales dan origen a la comunicación, la identificación, la asociación, la fantasía, la expresión corporal y el conocimiento de sí mismo.

²² Alvin, J Musicoterapia, Ed. Paidós, pág. 108

También se presentaron algunos de los roles de la música que menciona Mary Prestley²³ en las que afirma que la música: Funciona como puente entre mundo interno y mundo externo del paciente, Libera los impulsos reprimidos y reclusos en el inconsciente (“Inner Child”) y Contiene, acompaña y confronta al paciente con sus conflictos internos.



Ilustración 2 Figura Totémica Sesión Final

7.4 Conclusiones del Proceso Musicoterapéutico

La vida que lleva esta mujer tan llena de cualidades, gira en torno a sus hijos, en especial a la de su hija menor B, desde que nace esta pequeña se presenta cambios bruscos, en cuanto a su forma de ver la vida, a su rutina, a su rol de madre y mujer

²³ Bruscia, K op.cit. p114

que se ve notablemente afectado, dejando de lado sus sueños, postergando su vida por la de su hija B.

Desde el primer encuentro E mostró esa necesidad de ser escuchada y de tener un espacio en el cual ella pudiese expresarse en confianza y desahogarse, ya que ha sido quien contiene emocionalmente a su familia, por lo tanto las primeras sesiones se enfocaron en generar este espacio de contención emocional, para lograr esto era importante el vínculo entre E y la terapeuta, el cual se fue dando durante estos encuentros.

E poco a poco fue mostrando su historia personal en este contexto no –verbal, su personalidad y fue re-conociéndose, fue impactante para mí, ver en cada sesión el efecto que generaba cada sonido y cada contacto con cualquier instrumento musical, llevándola a remontarse a su infancia, a sus vivencias cotidianas, y a poder descubrir sus propias cualidades, fortalezas, miedos, temores, con relación a sus hijos, a su vida, instancias que permitieron que ella poco a poco fuera moldeando auto percepciones y auto conceptos y recordando quien es ella, como mujer y como madre, pasando de la queja que mostraba en los primeros encuentros hasta la tranquilidad y alegría que reflejaba en las últimas sesiones.

Durante cada una de las sesiones E logró reconocerse a sí misma, logrando de esta manera que estos encuentros fuesen un espacio para ella, fortaleciendo su desarrollo personal, logrando una re-identificación de su personalidad y restaurando su autoestima.

A continuación se muestra aspectos evaluados durante el proceso a través del Fenómeno Sonoro realizado: los Aspectos Emocionales ver tabla 1, los Aspectos Comunicacionales y/ sociales ver tabla 2, los Aspectos Corporales y Físicos ver tabla 3, aspectos musicales ver tabla 4, utilización de instrumentos tabla 5.

Tabla 1: Análisis de los Aspectos Emocionales

ASPECTOS EMOCIONALES				
EVALUACION	COMUNICACIÓN DE SENTIMIENTOS A TRAVÉS DE SONIDO / MÚSICA	GRADO DE CONEXIÓN EXPRESIVA CON EL FENÓMENO SONORO	POSIBILIDAD DE DESARROLLO IMAGINATIVO CON RELACIÓN AL SONIDO Y LA MÚSICA	VERBALIZACIONES CON RELACIÓN AL SONIDO, LA MÚSICA
INICIO	Los patrones repetitivos no permitían ver con claridad sus emociones y sentimientos.	Producciones sonoras breves y poca interacción con los sonidos de la musicoterapeuta.	Al principio no hubo relación de imágenes con el sonido producido.	Siempre mostró el deseo de conectar lo verbal con lo sonoro
FINAL	Expresaba y permitía ver sus emociones con más libertad.	Mayor facilidad para conectarse musicalmente e interactuar en el diálogo	Durante y al final logró relacionar el sonido e imagen.	Últimas sesiones logró verbalizaciones más profundas.

Tabla 2: Análisis de los Aspectos Comunicacionales y/o Sociales

ASPECTOS COMUNICACIONALES Y/O SOCIALES			
EVALUACION	NIVEL DE DIÁLOGO SONORO	DIRECCIONALIDAD DE LA PRODUCCIÓN SONORA (HACIA EL MISMO, O LOS OTROS)	HABILIDADES DE VERBALIZACIÓN CON RELACIÓN A LA MÚSICA
INICIO	Muy Pobre, difícil conexión de diálogo con la Musicoterapeuta	Su direccionalidad sonora siempre fue hacia sí misma.	Muestra curiosidad de cómo relacionar el sonido con lo que sentía preguntando a la terapeuta
FINAL	Hubo muy poco avance, no pudo dialogar desde lo sonoro-musical, más bien conversaba consigo misma.	Últimas sesiones logra compartir un poco más de esa producción sonora.	Durante y al final del proceso logra hacer sus propios "insigth" con respecto a los vivido y sentido.

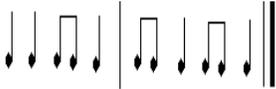
Tabla 3: Análisis de los Aspectos Corporales y Físicos

ASPECTOS CORPORALES Y FISICOS		
EVALUACION	CAMBIOS EN LA EXPRESIÓN FACIAL CORPORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA SESIÓN	ACTITUD CORPORAL FRENTE A LOS INSTRUMENTOS
INICIO	Mostraba preocupación, impotencia, angustia y mucha carga emocional.	Actitud muy ensimismada, ocultaba su instrumento con su cuerpo, como símbolo de protección.
FINAL	Últimas sesiones irradiaba tranquilidad, seguridad, alegría y esperanza	Mostró una postura más relajada, tranquila, y se veía su postura y la del instrumento y la forma de ejecutarlo.

Tabla 4: Utilización de los Instrumentos Musicales

UTILIZACION DE INSTRUMENTOS MUSICALES		
EVALUACION	INSTRUMENTOS ELEGIDOS PARA ACOMPAÑAR LAS PRODUCCIONES SONORAS	HABILIDAD PARA ELEGIR Y PLACER EN LA EJECUCIÓN INSTRUMENTAL
INICIO	Preferencia por los instrumentos de madera y de fácil ejecución como tambor, kultrum, caja china, toc-toc, maracas, palo de agua, de viento únicamente utilizo la ocarina	Siempre escogió instrumentos de fácil ejecución, sin dudar al momento de elegirlos. se notó desde un principio placer y entrega al tocar.
FINAL	Siguió en preferencia con los instrumentos de madera, agregando el xilófono, las placas.	Escogió instrumentos de fácil ejecución, explorando otros nuevos. Se notó mas entrega y mayor placer al final del proceso.

Tabla 5: Aspectos Musicales

ASPECTOS MUSICALES				
EVALUACION	CAPACIDAD DE RESPUESTA MUSICAL	CAPACIDAD DE CREACIÓN MUSICAL	ESTRUCTURAS RÍTMICAS CARACTERÍSTICAS	DURACIÓN DE LAS INTERVENCIONES MUSICALES
INICIO	Muy limitante o restringida	Muy pobre	Un mismo patrón rítmico repetitivo durante las 5 primeras sesiones. 	Durante 6 sesiones fueron muy cortas sus improvisaciones de 3 min a 5 min
FINAL	Mas libre	Llegó a ser más creativa y espontanea	Patrones rítmicos estructurados y más variados. 	Las últimas sesiones sus improvisaciones duraron entre 7 min a 15min.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

Cuando se me propone trabajar con una madre, sin patologías, una persona “Normal” y sabiendo que ya venía de un trabajo con otra musicoterapeuta (el cual no fue constante), se convirtió en un verdadero reto, lo que hizo que me preguntara acerca de que aspectos abordar o estudiar previamente para llegar con una idea clara a las primeras sesiones, fue mi desafío, ya que me imaginaba que esta madre tendría mucha necesidad, partiendo del hecho de tener una hija con educación especial, genera cansancio, estrés, entres otras, pero para mi sorpresa las primeras sesiones aportaron algunos temas que permitieron que las posibilidades que nos daba la música sirvieran como medio para que E experimentara y re-viviera por medio de los elementos sonoro-corpóreo-musicales situaciones pasadas que le ayudaron a despertar la toma de conciencia y conocerse más a sí misma en este proceso, lo cual favorecería a su desarrollo personal.

Durante los primeros encuentros con E se presenta un factor que se produce en frecuentemente en las sesiones de Musicoterapia, es el fenómeno transferencial, que hacen despertar en el musicoterapeuta la contratransferencia, la cual se da cuando el terapeuta recibe el transfer del paciente, sumándole a esto las propias experiencias pasadas del musicoterapeuta, sensación que solo se puede percibir y concientizar si es que el musicoterapeuta se permitió regresar junto a su paciente a ese pasado que está presente en ese instante en la sesión, tal como lo menciona Benenzon²⁴. Esta experiencia me permitió vivir de forma latente este fuerte fenómeno, mostrándome lo importante de protegerme como musicoterapeuta de estas situaciones transferenciales, dificultades que se presentan muchas veces en ese vínculo, a través del no –verbal.

Cada encuentro fue mostrando cambios paulatinos en esta madre, desde su forma de tocar los instrumentos, hasta la entrega y conexión sonoro-musical que mostró en sus

²⁴ Benenzon, Rolando. La nueva Musocterapia, Ed. Lumen Pág 78-79

últimas improvisaciones, estos cambios me fueron revelando de manera tangible el efecto de la música, que desde la formación teórica muchas veces parece ser tan lejana y mágica, en la medida en que se avanzaba, me daba cuenta que toda la revisión bibliográfica que plantea autores como Juliette Alvin, Rolando Benenzon, Thayer Gastón, entre otros, permitían corroborar las metas fijadas y que definitivamente se necesita mucha preparación músico-corporal y equilibrio psicológico para interpretar, para comprender lo que pasa en el encuadre terapéutico y llegar a establecer la empatía necesaria para contener corporal – sonora y verbalmente como es debido, a su vez, pude confirmar cada una de estas técnicas, abordajes, cambios y reacciones que tanto reúne esta terapia son reales y están completamente conectados con la emoción y el sentimiento permitiendo la conexión directa con el yo, llegando a los estados de consciencia y modificándolas si es necesario.

Cuando finalizaba cada sesión me quedaba reflexionando, acerca de si las palabras que daba en los cierres eran acertadas y precisas para esta madre, pero a medida que avanzaba el proceso me daba cuenta que mi postura, mi nivel de percepción y reflexión iban cambiando, a su vez iba adquiriendo más seguridad en un rol que era desconocido.

Esta experiencia fue muy enriquecedora ya que de una forma particular pude contribuir al crecimiento personal de esta madre, facilitando el reconocimiento de su identidad, contribuyendo al fortalecimiento del yo, guiándola para la superación y expresión de algunos miedos, posibilitándole el poder enfrentar condiciones, confrontarlas y asumirlas; considerando con esto que la musicoterapia es un gran aporte para todo tipo de personas ya que cada uno de los efectos que genera la música en el ser humano no solo psicológicos, si no también fisiológicos, entre otros, se vieron reflejados en esta práctica, pienso que el tiempo que tuve contacto con la madre fue corto pero a la vez valioso el cual fue reflejado en la última sesión. Por otra parte me abrió otra mirada con respecto a esta terapia complementaria que cada vez deja ver otra forma de planteamientos y abordajes mediante lo sonoro – musical y también el manejo de otros conceptos y posturas en cada encuentro que se tiene con el paciente.

Si se continuase el proceso con E, seguiría permitiendo que cada contacto sonoro-corpóreo-musical siga siendo de aporte en su desarrollo personal y de fortalecimiento de su autoestima.

Otro aspecto a resaltar es que las nuevas propuestas educativas especiales del ministerio de Educación de Chile que están vigentes desde el 2004 (guía 600 Mineduc, Educación especial) las cuales busca hacer efectivo el derecho a la educación, a la igualdad de oportunidades, a la participación y a la no discriminación de las personas que presentan necesidades educativas especiales, garantizando su pleno acceso, integración y progreso en el sistema educativo, como también busca implementar un sistema de información, asesoría y apoyo a las familias de los alumnos y alumnas que presentan necesidades educativas especiales, para ejercer su derecho de elegir la opción educativa más adecuada para sus hijos y participar activamente en el proceso educativo, permitiendo de esta manera que llegáramos a esta madre, quien se encontraba con una gran necesidad tanto personal como familiar, siendo este espacio un aporte en la calidad de vida de esta familia.

Por lo tanto es muy importante seguir fomentando estos programas para que este tipo de familias no lleguen a ser familias multiproblemas, si no por el contrario, sean familias con una buena estructura y salud emocional, lo cual beneficia a todos sus miembros, en particular a los que presentan necesidades educativas especiales.

BIBLIOGRAFIA

- ALVIN Juliette, Musicoterapia, Ed. Paidós Ibérica, Barcelona 1967.
- Artículo ANTECEDENTES HISTÓRICOS, PRESENTE Y FUTURO DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN CHILE. Ministerio de Educación, Programa de Educación Especial 2004 y 2010.
- BENENZON Rolando, La nueva Musicoterapia, Nueva Edición, Ed. Lumen 2008.
- BRONFENBRENNER, Urie (1987): La ecología del desarrollo humano, Buenos Aires: Paidós
- BRUSCIA Kenneth, Modelos de Improvisación en Musicoterapia, Ed. Agruparte
- GOLEMAN, Daniel. Inteligencia Emocional. Primera edición Kairos 1996. Barcelona, pág. 30 a 40.
- COLETTI, M. LINARES, J.L: La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. Barcelona Paidós.
- GUIA 600 MINEDUC, Educación Especial, Abril 2010, pág. 3-4.
- MARINOVIC Mimí, Las Funciones Psicológicas de las artes, Publicado en letras de Deusto, vol. 24, n°62 Enero-Marzo 1994.
- NÚÑEZ Blanca, Familia y Discapacidad, Ed. Lugar, Buenos Aires, Argentina 2007
- POSCH Serafina, Compendio de Musicoterapia Volumen I y II, Ed. Herder Barcelona 1999.
- ROGERS, Carl. El Proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Barcelona 2000. Ediciones Paidós Ibérica.
- TURNBULL, R., J. A., Y D. (2000, agosto). *Enhancing family quality of life. Through partnerships and core concepts of disability policy*, Paper presented at the Eloisa de Lorenzo Family Quality of Life Symposium
- RÍOS GONZÁLEZ, J. A.: *Orientación y Terapia familiar*. Instituto de Ciencias del Hombre, Madrid, 1984.
- SANCHEZ LOPEZ, Ma. del Pilar, MUJER Y SALUD Familia, trabajo y Sociedad, Capitulo 5, Mujer ante la discapacidad, Madres y afectadas.
- SATIR, Virginia. Relaciones Humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax. México 1980

**ANEXO A FORMATO SESIÓN MUSICOTERAPIA INDIVIDUAL PROTOCOLO DE LA
SESIÓN**

Protocolo de la Sesión

Fecha: _____ Sesión N^o: _____

Paciente: _____ Terapeuta: _____

I. OBJETIVOS GENERAL / ESPECÍFICOS:

II. SETTING Y RECURSOS MATERIALES

Características del espacio:

Instrumentos que se utilizarán:

Ubicación en el espacio:

III. TÉCNICAS USADAS: (Activa/receptiva; Improvisación libre/estructurada; cuerpo, etc.)

IV. ACTIVIDADES O DESARROLLO DE LA SESIÓN (Inicio-Medio-Final)

V.OBSERVACIONES MUSICALES (PACIENTES-TERAPEUTA)

VI. CONCLUSIONES

VII. ASPECTOS A CONSIDERAR

VIII.APRECIACIÓN PERSONAL

ANEXO B FORMATO FICHA MUSICOTERAPÉUTICA HISTORIA SONORA

FORMATO FICHA MUSICOTERAPÉUTICA HISTORIA SONORA

Nombre: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

1. ¿Qué tipo de sonidos le agradan o llaman su atención?

2. ¿Ha tenido alguna experiencia de educación musical a lo largo de su vida (canto, tocar instrumentos, asistir a conciertos u otro tipo de eventos musicales)? Señale alguna de esas actividades.

3. ¿Ha participado en alguna actividad relacionada con el teatro, el baile o la danza? Descríbala.

4. ¿Cuáles son sus preferencias musicales?

5. ¿Hay algún tipo de música y/o sonidos que le desagraden? Nómbralos.

6. ¿Recuerda sonidos y canciones relacionados con su infancia? Mencíónelos.

7. ¿Con qué frecuencia escucha música?

8. Actualmente, ¿le gusta cantar? ¿en qué momento lo hace?

9. ¿Cuál es el ambiente sonoro de su hogar? (sonidos rutinarios, silencio, música específica, etc.)

10. ¿Hay instrumentos musicales en el hogar? ¿Cuáles? ¿Los utiliza con frecuencia?

11. ¿Algún comentario que pudiera ser útil para este taller de musicoterapia?

ANEXO C FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GRABACIÓN AUDIOVISUAL

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GRABACIÓN AUDIOVISUAL

Yo _____, he sido invitado/a a participar en el grupo de Musicoterapia realizado por alumnos en práctica del Pos título de Musicoterapia de la Facultad de Artes de la Universidad de Chile la cual tiene una duración de cuatro meses y es supervisada regularmente.

Fui informada/o que una parte importante de la práctica es la grabación en audio y video de las sesiones que se llevarán a cabo, con la finalidad de optimizar las actividades e intervenciones musicoterapéuticas.

Asimismo me informaron que las grabaciones serán usadas y revisadas en las sesiones de supervisión, lo que garantiza el aprendizaje de los alumnos y mejora su calidad profesional y la atención que brindan a sus pacientes.

Entiendo que la información será almacenada **confidencialmente**, será publicada en su versión original para ser utilizada únicamente con fines de docencia especializada.

Asimismo, sé que puedo solicitar que los registros audiovisuales sean borrados, sin que esta decisión tenga un efecto negativo sobre la atención que el/ella reciba en dicho Centro o sobre la posibilidad de ser atendido/a nuevamente en otras ocasiones.

He leído y entiendo este documento de consentimiento y estoy de acuerdo con su contenido.

Fecha

Apoderado/a

Musicoterapeuta

Supervisora