

UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Artes

Escuela de Post Grado

Informe de práctica para optar al Post Título de Artes, mención Musicoterapia

LA MUSICA LENGUAJE DE EMOCIONES.

ALUMNA

Paulina Cortés Gutiérrez.

PROFESORA GUÍA. Patricia Ubilla

Santiago, Chile 2004

RESUMEN .	1
INTRODUCCION .	3
MARCO TEÓRICO . .	5
1. Antecedentes históricos: la música lenguaje de emociones y su uso en la musicoterapia .	5
2. Historia de la musicoterapia .	6
3. Definición y características de una quemadura . .	8
4. Perspectiva psicológica del accidente .	10
5. Desde la familia . .	11
6. Definiciones de musicoterapia .	12
RECURSOS DE QUE DISPONE LA MUSICOTERAPIA .	15
1. Técnicas . .	15
2. Modelo Teórico .	15
3. Métodos .	16
3.a. Métodos activos .	16
3.b. Métodos receptivos .	16
4. La improvisación musical .	17
5. El contexto no verbal .	17
ACCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA .	19
1. La organización de las sesiones . .	19
2. Objetivos .	20
3. Las sesiones musicoterapéuticas . .	20
4. El encuadre en la sesión musicoterapéutica .	22
5. Los instrumentos musicales y el setting en la sesión .	23
6. Rol del musicoterapeuta y del co-terapeuta . .	23
7. Análisis de algunas sesiones .	24
Primera sesión . .	24

Segunda sesión . . .	25
Tercera Sesión . . .	26
Cuarta sesión . . .	26
Quinta sesión . . .	26
Sexta sesión . . .	27
Séptima sesión . . .	27
Novena sesión . . .	28
PREPARACIÓN DEL TÉRMINO . . .	31
CONCLUSIONES . . .	33
1. Beneficios observados en el trabajo grupal . . .	33
2.La musicoterapia facilitadora entre la relación padres-hijos . . .	34
3. Resultado de la ficha de evaluación . . .	34
4. La relación con mi co-terapeuta . . .	35
5. La supervisión . . .	35
6. COANIQUEM . . .	35
7. En lo personal . . .	36
ANEXOS . . .	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . .	41

RESUMEN

¡COANIQUEM me impactó cuando lo visité! Las personas con quienes tuve mi primer contacto, tanto del personal administrativo como del equipo profesional, me proyectaron espíritu de servicio, compromiso y vocación por el trabajo que realizan, motivándome a realizar en esa Institución mi práctica aportando lo que estuviera a mi alcance.

Mi opción de práctica estuvo orientada al trabajo con padres de niños afectados por daño o minusvalía. La teoría leída sobre personas con accidentes de quemadura, muestra la pesada carga que los padres sobrellevan. La rehabilitación de un niño con accidente de quemadura es larga, los accidentes, en general, son sufridos a temprana edad y la rehabilitación se prolonga hasta los 18 años, vale decir, al término de la etapa de crecimiento. Durante éste proceso, los niños son sometidos a curaciones y cirugías dolorosas. Los padres junto con hacerse cargo del dolor que implica ver sufrir a un hijo, enfrentan sus propias necesidades. Más adelante lo veremos en detalle.

Las sesiones de musicoterapia grupales fueron trabajadas en la modalidad de “terapeuta y co-terapeuta”. Los instrumentos, en su calidad de objetos intermediarios, facilitaron la conexión entre su mundo interno y su mundo externo. Ello les permitiría explorar instrumentos, con el fin de descubrir sonidos, escucharse a sí mismos y escuchar al grupo, teniendo acceso a conocer las vivencias de sus pares. Las actividades corporales contribuyeron a facilitar la expresividad.

Los objetivos se establecieron a través de la información entregada por los padres en las primeras sesiones y a través de la Ficha Musicoterapéutica.

INTRODUCCION

El Post Título de Terapias de Arte, con mención en Musicoterapia, de la Universidad de Chile, ha destinado diferentes lugares para que los alumnos realicen sus prácticas. Entre ellos está incluida la Corporación de Ayuda al Niño Quemado, en adelante COANIQUEM.

COANIQUEM es una institución privada sin fines de lucro, creada en el año 1979 por un grupo de profesionales pertenecientes al Hospital Roberto del Río. Se encuentra ubicada en la comuna de Pudahuel de la ciudad de Santiago. Se atienden niños, tanto en forma ambulatoria como interna.

La atención ambulatoria es realizada desde el policlínico, que consiste en tratamientos médicos y cirugías ambulatorias. La atención interna es realizada desde la “Casa Abierta”, que cuenta con un recinto de alojamiento, donde se hospedan los niños, que vienen de regiones o del extranjero a tratamientos, que requieren de una estada más larga.

Esta institución tiene como uno de sus principales objetivos brindar a los niños con accidentes de quemadura y a su familia una atención integral, cuya recuperación física, se vea acompañada de apoyo emocional. Es por ello que las prácticas realizadas en COANIQUEM, se conciben como una terapia complementaria a las otras actividades que se brindan a los niños que han sufrido accidente de quemadura y a sus familias.

Se atendió a un grupo de niños y a otro de padres en forma paralela, participando, además, la profesora guía asignada por el postítulo, una psicóloga de COANIQUEM y la directora de “Casa Abierta”.

En la realización de la práctica desarrollé una labor dual, actuando como co-terapeuta en las sesiones con los niños y como terapeuta en las sesiones con los padres. Así, ésta práctica se realizó orientada a facilitar a los niños su proceso integral de recuperación en el área psicosocial y, en el caso de los padres, brindarle un espacio de contención en el cual pudieran conectarse con su mundo interno, liberando a través de la música, sus emociones y conflictos provocados por el accidente.

Las sesiones grupales se realizaron una vez a la semana, con una duración de 50 minutos cada una, durante 3 meses y medio.

En la versión digital se incluyó material auditivo, que corresponde a las sesiones 3, 6 y 7 del proceso terapéutico.

El siguiente Informe de práctica dará cuenta del trabajo realizado con el grupo de padres de los niños que sufrieron un accidente de quemadura y que se encuentran en rehabilitación en COANIQUEM habiendo sido derivados a las sesiones de musicoterapia. Los sentimientos y emociones dadas las diferentes estructuras de personalidad, eran expresados de forma distintas, sin embargo, en todos ellos estaban presentes los:

- Sentimientos de pérdida
- Sentimiento de culpa;
- Baja autoestima;
- Rabia, impotencia y frustración.

MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes históricos: la música lenguaje de emociones y su uso en la musicoterapia

El lenguaje musical es uno de los más adecuados para expresar las emociones humanas y así como es capaz de manifestar las ideas más fuertes y vigorosas, también lo es con las vivencias más apacibles.

La emoción que despierta la música se puede apoderar del ser humano, con tal fuerza, que lo obliga a recordar sus elementos expresivos una y otra vez.

Las leyendas acerca del poder mágico de la música muestran que Orfeo es capaz de domesticar a las bestias salvajes y desenraizar a los árboles con su lira.

La música y la curación han estado relacionadas desde los tiempos antiguos. Es posible detectar al menos tres funciones terapéuticas vinculadas a la música. La primera, es la de regulación, la devolución del alma y/o el cuerpo a un estado de equilibrio, despertando o calmando, según lo necesario, para atemperar la emoción excesiva o deficiente; la segunda, es la sensación de placer a través del movimiento; y la tercera, es la inducción de una experiencia de éxtasis o catarsis que libera al Ser del conflicto emocional¹.

El hombre desde sus orígenes, cuando aun no existían los instrumentos, percutía ritmos y usaba su voz. La percusión la hacía utilizando sus extremidades, tanto superiores como inferiores, lo que le permitía explorar diferentes sonidos con el fin de expresar sus emociones.

A través de la historia se ha podido constatar que la música, mediante sus diversas formas ha sido un elemento fundamental de expresividad y creación, jugando claramente el rol de objeto intermediario entre el mundo interno del ser humano y su realidad externa.

“El arte, la creatividad y la experiencia estética, ayudan a satisfacer la antigua necesidad de dar sentido a la vida y reinstalar valores perdidos. Pueden transformar el dolor en experiencia de crecimiento, en libertad para cambiar y proyectarse hacia el futuro. ¡Cuánto más podría decirse del valor de la música como medio de expresión, diálogo y trascendencia, tan necesarios para la vida! Cualquiera que sea el modo de experimentarla, se encontrará en ella un acceso más directo a las emociones humanas que el que ofrecen las palabras. Suscita sentimientos y nuevas formas de comprensión de uno mismo, de los demás y del mundo. Es capaz de sorprender y de abrir las puertas de la esperanza al que sufre y al que busca acceder a realidades que de otra manera permanecerían inaccesibles”² .

2. Historia de la musicoterapia

Las funciones formativas y terapéuticas de la música han sido reconocidas y ejercidas desde la antigüedad, variando su aplicación según la cosmovisión, las creencias religiosas, los conceptos de salud y enfermedad de cada época y el contexto cultural. Tanto en los rituales chamánicos, de las culturas ancestrales, como en las acciones terapéuticas de la antigua Grecia, la música y los instrumentos musicales formaban parte del repertorio curativo.

“Los griegos aplicaron en forma sistemática la música como un medio curativo o preventivo que podía y debía ser dosificado, pues sus efectos sobre el estado físico y mental eran predecibles.

Si Hipócrates fue llamado el “padre de la medicina”, podemos también reconocer a Platón y a Aristóteles como los “precursores de la musicoterapia”, que es el uso dosificado de la música. Aristóteles da a la música un valor médico definido cuando afirma que la gente que sufre de emociones no dominables, después de oír melodías que elevan el alma hasta el éxtasis, retorna a su estado normal como si hubiera experimentado un tratamiento médico o depurativo”³ .

¹ Rowell, L. Introducción a la Filosofía de la Música; Antecedentes históricos y problemas estéticos. Ed. GEDISA, Buenos Aires, Argentina. 1985. Pág. 76.

² Marinovic, M, El dolor humano y la música. Aisthesis, Revista Chilena de Investigaciones Estéticas, N° 33. 2000. págs. 63 – 71.

³ Alvin. J. Musicoterapia. Ed. Paidós Educador. Barcelona, España. 1984. Pág.54

“Durante el Renacimiento los campos de la medicina y de la música experimentaron enormes cambios, pues ambos afectaban al hombre que se estaba descubriendo a sí mismo.

El progreso extraordinario que se desarrolló durante ese período repercutió sobre todos los medios curativos, incluso el uso de la música en la medicina.

La música empezaba a convertirse en un medio importante de auto expresión individual y de comunicación entre compositores, ejecutantes y oyentes, en quienes los elementos humanos eran cada vez más significativos. Algunos médicos mencionan el tema, con mayor o menor brevedad, en libros de medicina; pero otros han escrito tratados acerca de los efectos de la música sobre sus pacientes y acerca de su aplicación en tratamientos médicos. Robert Burton fue uno de los primeros médicos del Renacimiento, que observó y escribió acerca de los poderes curativos de la música. Posiblemente sus ideas provengan de su propia experiencia: el había padecido de melancolía crónica”⁴.

“En el siglo XVIII encontramos cierto material de investigación sobre los efectos puramente fisiológicos de la música. Los autores descubrieron alguna relación entre los ritmos corporales y la música, el pulso y el tiempo musical. Se observó el efecto de la música sobre la respiración, sobre la presión sanguínea o la digestión”⁵.

“En el siglo XIX una aplicación creciente a los tratamientos médicos de las enfermedades mentales y físicas despertó en los médicos un interés por los medios terapéuticos auxiliares. El Dr. Héctor Chomet, en 1846 escribió acerca de “la influencia de la música sobre la salud y la vida”, donde analiza el uso de la música como ayuda en la prevención y en el tratamiento de enfermedades. Algunas de sus conclusiones son válidas hasta hoy en día”⁶.

“Después de una larga historia, solamente en el Siglo XX, la musicoterapia empieza a formalizarse como una disciplina y una profesión. Alrededor de los años 50 se crearon los primeros programas universitarios para la formación de musicoterapeutas en los Estados Unidos y en Europa y las primeras organizaciones profesionales. La experiencia adquirida en la práctica como en la educación y el entrenamiento de musicoterapeutas, favoreció su expansión y el desarrollo de un cuerpo de conocimientos que guía su ejercicio profesional. Éste ha sido reconocido y acreditado en numerosos países por agencias gubernamentales y organizaciones profesionales, y cuenta con el respaldo de la Federación Mundial de Musicoterapia. Desde 1974 se realizan Congresos Mundiales de Musicoterapia, cada 3 años en los cuales se da énfasis a la investigación y al intercambio de conocimientos.

América Latina realizó las Primeras Jornadas de Musicoterapia en Buenos Aires en 1968. A partir de esa fecha se han formado carreras, postítulos y asociaciones profesionales en diversos países, entre ellos, Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú,

⁴ Alvin J. Op.cit. Págs. 63-65.

⁵ Alvin. J., Op.cit. Pág.68

⁶ Alvin, J. Op. cit. Pág 69. .

Puerto Rico, Uruguay y Chile.

En Santiago de Chile, la Facultad de Artes de la Universidad de Chile, con el patrocinio de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina Norte, realizó en 1997 el Primer Seminario Chileno de Musicoterapia a nivel de postgrado, contando con la presencia del Dr. Rolando Benenzon, quien es uno de los pioneros más importantes de la musicoterapia en América Latina.

Desde entonces se han realizado eventos y cursos experienciales y teóricos que han puesto en evidencia el creciente interés de profesionales y graduados en música, educación y ciencias de la salud, por una especialización sistemática y una formación continua en esta área.

En 1999 la Facultad de Artes Universidad de Chile creó el Postítulo de Musicoterapia”⁷

3. Definición y características de una quemadura

A partir de los siguientes antecedentes nos acercaremos a lo que significa un accidente de quemadura, tanto para el niño que lo sufre como para la familia que es testigo presencial del hecho.

La **quemadura** es una lesión de la piel, en la cual un agente térmico, químico u otro, daña los tejidos vivos produciendo alteraciones locales y generales que puede comprometer incluso la vida del niño afectado.

El diagnóstico y pronóstico de las quemaduras está fundamentado en el análisis del caso individual y considerando cada uno de los siguientes factores: extensión, localización, profundidad, edad del paciente, agente causal, patología asociada, lesiones concomitantes, condiciones socioeconómicas y culturales, tratamiento previo, tiempo transcurrido entre el accidente y la primera atención.⁸

La **extensión de la quemadura** es el factor que se debe considerar con exactitud y en forma inmediata, ya que es el que determina el riesgo de muerte del paciente. Para determinar su magnitud se emplea una escala, en que cada segmento corporal está representado por un porcentaje. Por ejemplo, la palma de la mano de un accidentado por quemadura es equivalente al 1% de la superficie corporal⁹.

La **profundidad de la quemadura** nos indica las capas de la piel que se encuentran comprometidas. A mayor profundidad provocan una más dificultosa cicatrización, con mayores secuelas.

⁷ www.musicoterapiachile.cl , ICHMU.

⁸ www.coaniquem.cl , Corporación del Niño Quemado.

⁹ Coaniquem, Op.cit

Así, las quemaduras, de acuerdo a su profundidad, pueden ser clasificadas de la siguiente forma:

a) Quemaduras superficiales “Tipo A”, caracterizadas por:

- Enrojecimiento de la piel (irritación, estado de sobreexcitación y sensibilidad inusual),
- Dolor,
- Ampollas,
- Sólo destrucción superficial de tejido y
- Curación rápida ¹⁰.

b) Quemaduras Intermedias Tipo “AB”. Corresponden a un estado intermedio entre la quemadura superficial y la profunda. Dependiendo de su evolución, puede requerir de injertos y/o dejar secuelas que necesiten de rehabilitación. Estas lesiones se caracterizan por ser:

- Dolorosas,
- Aspecto color rosa pálido,
- Presencia de grandes ampollas,

c) Quemaduras profundas “Tipo B”, se caracterizan por una destrucción total de la dermis y epidermis, dando origen a las llamadas escaras. Se caracterizan por ser:

- Color castaño negruzco o blanco acartonado y dura al tacto,
- Ausencia de dolor por la destrucción total de los elementos nerviosos,
- Requiere de injertos para sanar y,
- Dejan secuelas por lo que siempre necesitan rehabilitación ¹¹.

La **secuela de la quemadura** es la alteración estética (cicatriz) y/o funcional (de movimiento) que persiste después de la cicatrización de una quemadura. Se originan en una quemadura profunda o en la evolución desfavorable de una quemadura intermedia ¹².

La quemadura puede ser considerada como una **enfermedad** y, para tales efectos, entenderemos que se trata de un proceso patológico definido, que presenta un conjunto característico de signos y síntomas y que afecta a todo el cuerpo o a cualquiera de sus partes, cuya etiología, patología y pronóstico pueden ser conocidos o no ¹³.

¹⁰ Cada año hay más de 100 mil niños chilenos quemados, cifra a la que se arriba según un cálculo que se basó en un estudio poblacional realizado en 1993 por la escuela

¹¹ de Salud Pública, con financiamiento del Fondo de Ciencia y Tecnología, Fondecyt, en

¹² Coaniquem, Op.cit.

¹³ Weller F.B. Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud, McGraw-Hill Interamericana. Ciudad de México, México D.F. 1997. pág 274.

que encuestó a una muestra aleatoria de 5.000 personas de la Región Metropolitana donde se obtuvo una tasa de incidencia de 3,4%. Esta tasa se aplicó a la población de niños de 15 años y menos obtenida de las cifras del censo 2002. Asumiendo que esta población tiene las mismas características socioeconómicas que la población del estudio¹⁴.

Al ser humano, la enfermedad le hace perder la condición de sano. En este caso, ésta se pierde como consecuencia de un accidente, lo que nos enfrenta a un ser afectado física y psicológicamente, generando simultáneamente trastornos emocionales en la familia como resultado del sufrimiento del niño. Ésta se verá enfrentada a tareas de gran envergadura para contribuir a la recuperación.

Las diferentes variables que se hacen presentes durante el proceso de rehabilitación, afectan tanto a los padres como a los niños. Por ello, en el cuidado emocional del paciente que ha sufrido accidente de quemadura, es necesario considerar al paciente y a su familia como objetivos del tratamiento.

Los niños que han sufrido un accidente de quemadura durante su rehabilitación viven diferentes etapas del desarrollo, algunas de ellas particularmente complejas, como la pubertad y la adolescencia. Hay adicionales al sufrimiento físico tales, como hacerse cargo de su nuevo estado de salud, lo que implica tomar conciencia de la pérdida de su condición de sano y asumir el dolor que ello significa. Por otra parte, en la reinserción escolar que debe enfrentar, está presente la discriminación hecha por sus pares y la propia vivencia de ser diferente. Otras fuentes de dolor, angustia y tensión son las intervenciones quirúrgicas.

Todas las variables anteriormente descritas reactivan en los padres el sentimiento de culpa por no haber podido evitar el accidente.

4. Perspectiva psicológica del accidente

El accidente de quemadura puede ser observado desde:

- El niño quemado
- Desde su familia.

En relación al niño que ha sufrido el accidente de quemadura, vive una agresión física y psicológica de gran intensidad, que provoca un cambio abrupto en su existencia saludable trasladándolo a una situación de stress mantenido, durante la cual deberá sufrir un intenso dolor.

La separación de su familia produce en ellos trastornos emocionales expresados a través de problemas conductuales, pesadillas, trastornos relacionados con la angustia.

¹⁴ Cornejo,E,Carrasco, Rojas,J, Medina,E, "Incidencia de quemaduras Región Metropolitana 1993. XI Jornadas Chilenas de Salud Pública". Santiago, Chile. 1994.

5. Desde la familia

La familia del accidentado se siente agobiada, vive un gran sentimiento de culpa¹⁵, por no haber podido evitar que sucediera el accidente. Los primeros momentos del accidente son vividos con estupor, descontrol y desorganización.

Siente mucha rabia como consecuencia de toda la situación. Simultáneamente tiene nuevas y exigentes responsabilidades, debido al rol que jugará en el proceso de rehabilitación de su hijo.

“La importancia del apoyo de la familia para la mejoría física y mental del paciente quemado, como para su calidad de vida, después de la lesión de quemadura, ha sido bien documentado. A través de la observación clínica y la revisión de la literatura, los miembros de la familia de los pacientes quemados, están en un estado de crisis y sobrellevan tensión al inicio de la hospitalización. Estos factores estresores pueden tener no solamente efectos psicológicos, sino también un efecto inmunológico sobre ellos. Shelby et.al. concluyó que los miembros de la familia de pacientes que sufrieron accidente de quemadura tenían una disminución en sus funciones inmunitarias, la que correspondía al aumento de la tensión psicológica.

La tensión puede impedirles, dar y mantener el apoyo a su ser querido. Para optimizar la recuperación del paciente quemado, es imperativo contar con “ayuda, asistencia, educación, confort y apoyo familiar”¹⁶.

Koller entrevistó a miembros de la familia de pacientes en estado crítico, para determinar como ellos se enfrentaban con ésta situación. En general, los miembros de la familia percibieron esta experiencia como muy estresante. La incertidumbre del pronóstico y la espera fueron para la mayoría considerados como la prueba más estresante para este tema de estudio¹⁷.

La complejidad de la situación produce impotencia, bloqueo en las habilidades parentales, tanto de acogida y afecto como de control y guía de sus hijos.

Otro factor que aparece en la evolución del proceso, son los conflictos relacionales especialmente en la pareja de padres, pero también con los hijos y el niño que ha sufrido accidente de quemadura. Hay mayor permisividad con éste y tendencia a la sobreprotección. También existen familias que como conducta, asumen mecanismos de negación y abandono hacia este niño que es diferente y complejo siendo común que sufran síntomas, tales como:

¹⁵ Experiencia emocional y cognitiva que ocurre cuando se ha transgredido un determinado estándar moral y se es, o se siente, responsable por ésta. Surge en la persona como una sensación negativa.

¹⁶ Journal of Burn Care & Rehabilitation, pag. 487, Nov-Dic. USA. 1999.

¹⁷ Op.cit. pag. 488 Nov-Dic. USA. 1999.

- Desórdenes por estrés postraumático, se denomina al conjunto de manifestaciones que se expresan a través de tensiones emocionales y conductuales, en alteraciones del sueño y recuerdo del accidente. Una de las principales causas de estrés emocional para los miembros de la familia es el sentimiento de culpa por el accidente de quemadura, sea que hayan participado o no. Casi por regla, los miembros de la familia atraviesan por un proceso en el cual imaginan lo que hubieran hecho o dejado de hacer para prevenir el accidente. Miran a su ser querido en trance doloroso y se sienten impotentes para ayudarlo.
- Con frecuencia problema físicos previos con el estrés se agravan.
- La necesidad de entrega emocional por parte de la familia se satisface visitando al paciente; esta demanda provoca un estrés adicional debido a que el funcionamiento normal de la vida se trastorna, porque sus miembros emplean gran parte del tiempo en el hospital, o deben abandonar la casa para estar con el paciente.

Las variables recién mencionadas y su complejidad, son argumentos que validan la necesidad de ofrecer un apoyo terapéutico estable a los padres, con el fin de otorgarles un espacio en el cual ellos puedan expresarse, aliviar y canalizar sus tensiones siendo la musicoterapia, por sus características, una instancia terapéutica significativa durante el proceso de rehabilitación de sus hijos quemados con accidente de quemadura.

Los padres se ven enfrentados a una situación de pérdida, Hay un estado psíquico que implica considerar la naturaleza de lo perdido, revisar la relación que existía previamente al accidente y ésta define el estado afectivo.

“El trabajo de duelo, caracteriza las tramitaciones psíquicas realizadas durante el duelo. Si son bien resueltas, las representaciones de objetos, en vez de ser demolidas o aturdidadas, logran cierta estabilidad en el psiquismo”¹⁸.

6. Definiciones de musicoterapia

La musicoterapia es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos, corporo-sonoro-musicales, para establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupos de pacientes, permitiendo, a través de ella, mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad¹⁹.

La musicoterapia es el uso de la música y/ o de los elementos musicales (sonidos, 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

¹⁸ Horstein L., Trabajo de duelo y depresiones, *Revista Actualidad Psicológica Chile*, Año II, N° 17, Septiembre. 2003.

¹⁹ Benenzon, R. La Nueva Musicoterapia. Ed. Lumen, Buenos Aires, Argentina.1998. Pág. 141.

musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o restablecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal y, en consecuencia, alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento”²⁰.

Kenneth Bruscia, nos dice que:”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”²¹.

²⁰ Federación Mundial de Musicoterapia . 1996.

²¹ Bruscia K. Definiendo Musicoterapia. Colección Música arte y proceso.Ed. Amarú, Salamanca, España. 1997. Pág. 43.

RECURSOS DE QUE DISPONE LA MUSICOTERAPIA

Encontramos entre ellos, las técnicas y los métodos.

1. Técnicas

Las técnicas son utilizadas para transmitir empatía, proporcionar una estructura musical para la improvisación del paciente, organizar el proceso de improvisación, estimular la improvisación referencial, explorar emociones y discutir temas terapéuticos²².

Diego Schapira, define que el método es un modo ordenado de proceder para llegar a un resultado o fin determinado de acuerdo a un sistema de ideas.²³

2. Modelo Teórico

²² Bruscia, K. Modelos de improvisación en musicoterapia, Producciones Agruparte, Salamanca, España. 1999, Cap. 25 Pág. 392.

²³ Schapira D., Mimeo Método Plurimodal en Musicoterapia, Programa ADIM, Buenos Aires, Argentina.

El modelo teórico es una aproximación específica a la musicoterapia: una concepción del ser humano sobre la que se basa una gnoseología terapéutica. Está formado de metas, estructuración de un marco teórico sólido, técnicas, procedimientos terapéuticos, dinámicas propias y también procedimientos de evaluación. Ellos deben ser explicables, transmisibles, reproducibles y evaluables.

3. Métodos

Entre ellos podemos distinguir métodos activos y métodos receptivos.

3.a. Métodos activos

Los Métodos activos son aquellos que implican una acción visible por parte del paciente, como por ejemplo: tocar un instrumento, bailar, cantar, etc.

Algunos métodos activos son:

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

3.b. Métodos receptivos

Los métodos receptivos son aquellos que no parecen comportar acción externa o física, como en la audición musical, aunque suponen lógicamente una actividad interna y esencial al poder provocar cambios en el estado de ánimo ²⁴ .

Entre ellos encontramos la audición musical cuyos objetivos principales son:

- Sugerir imágenes y fantasías,
- Provocar recuerdos y sentimientos conscientes y subconscientes,
- Provocar cambios en las emociones y los sentimientos,
- Provocar cambios en el estado de ánimo,
- Facilitar el conocimiento profundo del mundo emocional del propio paciente,
- Facilitar la expresión verbal de los sentimientos,
- Facilitar el conocimiento del mundo emocional del paciente como ayuda en el

²⁴ Pochs, S. Compendio I de Musicoterapia, Ed. Herder S.A., Barcelona, España. 1999. Págs. 131 -132.

diagnóstico,

Hacer tomar conciencia al paciente, de la existencia de sentimientos distintos a los suyos, en los demás, para que los acepte y los respete²⁵

“La audición musical estimula la imaginación y la creatividad. La música en sí es un símbolo y, más concretamente un símbolo inacabado, lo cual hace posible que cada uno de nosotros proyecte en ella anhelos, conflictos, carencias, recuerdos, tristezas, alegrías, etc. La música tiene un significado absolutamente personal e intransferible y además ligado a un tiempo determinado; lo que es válido para nosotros en este momento, no lo será tal vez dentro de media hora, por ejemplo”

4. La improvisación musical

La improvisación consiste en que sin pautas establecidas por otros, a través de instrumentos musicales, de la voz y del cuerpo, el paciente pueda expresarse espontánea, libre y creativamente. Ésta no requiere de conocimientos musicales previos, haciéndola una herramienta accesible a cualquier persona.

El musicoterapeuta, a través de la improvisación, tiene la posibilidad de profundizar el vínculo, contribuyendo al insight que el paciente pueda realizar de sí mismo, a conocer sus fortalezas y debilidades, a avanzar durante el proceso terapéutico en desarrollar su seguridad y ayudarle a desarrollar su potencial tanto creativo como expresivo, por tener la connotación de ser una vía de acceso al mundo interno. Además, es una valiosa herramienta para la interacción grupal, es una instancia que permite ir generando una identidad sonora que será propia y característica de ese grupo. Al escuchar sus improvisaciones grabadas el grupo expresó un sentimiento de gratificación. Estas tuvieron un espacio preferente en las sesiones y se combinaron las improvisaciones libres con improvisaciones de carácter semi estructuradas, es decir, una experiencia musical libre dentro de márgenes, existiendo una temática formando parte del contexto terapéutico.

5. El contexto no verbal

¿Qué es? y ¿Qué significa?

En primer lugar, el contexto no verbal, diferencia a la musicoterapia de las terapias verbales. Está formado por códigos y lenguajes, entre los que destacan el sonoro, musical, gestual, corporal, kinésico, verbal, olor, color, temperatura, gusto y otros; además de los que con seguridad se irán descubriendo. Para que éste tenga éxito, es necesaria la interacción entre todos estos códigos y lenguajes para que haya un impacto en el sistema perceptivo global permitiendo el reconocimiento. Serán todas estas nuevas experiencias las que favorecerán las muchas percepciones, constituyendo la memoria

²⁵ Poché, S. Op. cit. 1999. Pág. 133

no-verbal, posibilitando el reconocimiento del mundo que lo rodea, su entorno, su ambiente. Su significado está en que nos otorga la posibilidad de llegar a la comunicación con el otro ser humano.

La génesis de él se origina en la comunicación intrauterina que se produce entre la madre y el feto²⁶.

²⁶ Benenzon, R. Op.Cit. Pág. 94.

ACCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA

1. La organización de las sesiones

Al iniciar la práctica, el temor era un sentimiento que estaba presente. Nunca había tenido contacto directo con una persona con accidente de quemadura. Mi aproximación a un accidente de quemadura había sido teórica y mi gran duda era si estaría preparada para enfrentarme a una persona con esas características, tanto física como psicológicamente. En mi carácter de co-terapeuta no bastaba con ser capaz de relacionarme con ella, era importante mantener una actitud serena y cercana como para lograr los objetivos trazados.

La práctica me dio la respuesta. Acercarme a los niños, conversar con ellos y conocerlos, hizo aflorar sentimientos de ternura y de empatía, con lo que el temor se fue desvaneciendo hasta desaparecer.

Para poder organizar las sesiones es importante conocer algunas variables fundamentales y así determinar la forma de trabajar. Entre ellas están presentes:

- conocer las características principales del grupo con el que se trabajará
- requisitos que la institución exige.
- tiempo de duración del proceso terapéutico

Con estos antecedentes se estaría en condiciones de elaborar líneas de acción y de evaluar cuáles recursos parecerían ser los más efectivos para la situación concreta.

2. Objetivos

Entre los objetivos establecidos para el proceso estuvieron los siguientes:

- Generar el vínculo terapeuta-paciente, objetivo principal de las primeras sesiones y condición necesaria para el trabajo terapéutico.
- Facilitar un espacio donde los participantes obtuvieran sentido de pertenencia.
- Facilitar la conexión con su mundo interno.
- Desarrollo de la creatividad.
- Facilitar la expresión de emociones vividas en torno al accidente de quemadura.
- Canalización de tensiones.
- Mejorar la calidad de vida y la autoestima.

Estos objetivos fueron trabajados usando: métodos activos y métodos receptivos.

3. Las sesiones musicoterapéuticas

El grupo de padres estuvo integrado por 6 madres y un padre. Sus hijos eran tratados tanto en el Policlínico como en “Casa Abierta” y los niños asistían a las sesiones de musicoterapia en las que mi rol era el de co terapeuta.

Las sesiones musicoterapéuticas para padres fueron grupales, la asistencia promedio fue de cuatro personas. Estas fueron concebidas como una instancia en la que juntos iniciaríamos una etapa exploratoria de los instrumentos, con el fin de que los conocieran, se identificaran con los de su preferencia para ir lentamente familiarizándose con ellos y así, durante el proceso terapéutico, conectarse a través de los sonidos con su mundo interno e integrarlo con su mundo externo. Fue claramente explicado que entre las características de este espacio estaba presente la ausencia de juicios de valor, la libertad de expresión, los contenidos y lo que dentro de la sesión sucediera sólo pertenecería a los integrantes del grupo. También fue importante informar, que no era necesario tener conocimientos de música, ni ser intérprete de ningún instrumento en particular para participar activamente en las sesiones. El objetivo de estas aclaraciones era generar confianza en que la expresión de su intimidad sería respetada y guardada, siendo una primera aproximación para generar el vínculo.

“En un trabajo grupal el paciente se siente de algún modo protegido por el grupo; puede ser más o menos anónimo y le parece estar menos expuesto. Musicalmente se lo

puede tomar a su propio nivel en la medida que se comporta de manera socialmente aceptable”²⁷ .

Me gustaría destacar que la musicoterapia, entre sus características, favorece la capacidad de expresión sonoro-musical y verbal de sensaciones, emociones, conflictos y deseos, como también ayuda a desarrollar la escucha interna y externa, y en su quehacer se integran las áreas cognitiva, afectiva y motora del ser humano y que la sesión es una instancia privilegiada que posibilita la conexión entre el mundo interno y el mundo externo del paciente, pudiendo definirla como objeto intermediario.

“El objeto intermediario es un instrumento vincular, capaz de crear canales de comunicación, mostrando que no todos los instrumentos córporeo-sonoro-musicales serán utilizados como objetos intermediarios, pero todos pueden ser convertidos en tales, dependiendo de la habilidad del musicoterapeuta y su capacidad de comunicación”²⁸ .

“Tener la flexibilidad de utilizar canales de comunicación no verbales y verbales, es el sello de la terapia de improvisación. La música puede proporcionar un medio de autoexpresión y comunicación no verbal o puede servir como puente que conecta canales de comunicación no verbales y verbales”²⁹ .

Este concepto tomado de K. Bruscia, fue usado para contribuir a la expresión libre y espontánea a través de la elección del instrumento de su preferencia y de otras técnicas tales como, viajes musicales, técnicas corporales de relajación usando el ritmo de la respiración, diferentes movimientos desde caminar, soltar la cara, la lengua, moverse en un lugar, bailar, uso de la voz, mímica, rol play, el baño sonoro, la poesía, la audición de música grabada y las producciones musicales del grupo.

En las sesiones se emplearon tanto métodos receptivos como métodos activos y el setting estuvo formado por instrumentos Instrumentos de Percusión y adicionalmente un teclado.

Se incluyeron en la sesión musicoterapéutica algunos conceptos analíticos encontrados en el trabajo de Juliette Alvin:

- El uso de la audición musical para despertar las funciones del ello, yo y superyo.
- El uso de instrumentos como un medio de proyección de un objeto intermediario.
- El uso de la improvisación libre como medio de auto proyección y de asociación libre”³⁰ .

“La desaparición de las defensas es uno de los efectos de la música más generalmente aceptado en la psicoterapia. La música puede llegar a ser un puente entre la realidad y el mundo irreal en el cual el paciente se aísla o busca refugio. Al quebrar las defensas, la música puede ayudar a descubrir actitudes

²⁷ Alvin, J. 1984. Op.cit. Pág. 182.

²⁸ Benenzon, R.1998. Op. cit. Pág. 34.

²⁹ Bruscia, K. Op. Cit. Cap. 6. Pág. 416.

³⁰ Bruscia K. Op.cit. Cap. 5. Pág. 85.

inconscientes o revelar recuerdos o pensamientos escondidos en el subconsciente. Este proceso no requiere necesariamente música catártica. Hacer u oír música puede mitigar de manera agradable o penetrar en los secretos ocultos del alma”³¹ .

4. El encuadre en la sesión musicoterapéutica

El encuadre es un espacio intersubjetivo, cuyo rol es poner claras las reglas del juego.

En una sesión de musicoterapia grupal trabajan un musicoterapeuta y un co-terapeuta.

Es parte del reglamento que en las sesiones de práctica del Postítulo esté presente la Profesora Guía, quien es seleccionada y asignada a estar presente durante el proceso terapéutico, con el fin de evaluar a las alumnas. La modalidad exige que terminada cada sesión se realice una reunión de supervisión, de 90 minutos de duración y cuyo objetivo es revisar los recursos, herramientas y criterios aplicados, como también planificar y evaluar el comportamiento profesional de las alumnas en práctica.

La musicoterapeuta esperaba a los pacientes dentro de la sala en la que se realizaría la sesión y la co-terapeuta se preocupaba de invitarlos a pasar a la sala y de ser una activa colaboradora de la musicoterapeuta.

“Al paciente, el encuadre ha de servirle como continente, como marco de seguridad que dé lugar a la aparición de las propias inseguridades. Al terapeuta, el sostenimiento del encuadre le permite brindar continencia al paciente”³² .

El encuadre está formado por elementos que permanecen estables, permitiendo visualizar el proceso terapéutico. Estos dicen relación con:

a. Constantes temporales, las que en este caso fue de una duración de 2 y medio meses, la periodicidad de las sesiones, fue una vez a la semana y su duración de 50 minutos.

b. Constantes espaciales, que se refieren a cómo es el lugar de atención y los elementos que lo conforman, siendo éste una sala de 9 por 7 metros, con tres ventanales grandes que miraban a una gran cancha de foot ball, teniendo acceso a la luz natural; la acústica es muy buena. El piso era de baldosín cerámico y con el fin de tener privacidad los vidrios de las puertas eran cubiertos con papel. Si bien es cierto que la sala no cumplía con los requisitos que la teoría indica, personalmente me parecía buena.

c. Económicas, es decir, modalidad y regulación de los honorarios, que en esta situación no se aplica.

d. A estos elementos se pueden considerar dos constantes más: la constante teórica como marco conceptual desde el cual se puede dar cuenta del acontecer de los procesos

³¹ Alvin, J. *Op.cit.* 1984. Pág. 182

³² Schapira D. *Musicoterapia Facetas de lo Inefable. Ed. Enelivros, Brasil. 2002. Cap.3, Pág. 59.*

terapéuticos.

E. Finalmente el área laboral, especialización que signifique un área de contención a los pacientes, permitiendo circunscribir y consolidar un conocimiento que apunte a la eficacia.

5. Los instrumentos musicales y el setting en la sesión

El set de instrumentos era ubicado alternativamente al centro, formando a su alrededor un círculo con cojines instalados sobre una alfombra, o a un costado de la sala, estuvo formado por:

huro, maracas, metalófono, xilófono, placas, ocarina, palo de agua, panderos, sonajas de semillas, pezuña, triángulo, arquín, pandereta, arpita pequeña, tambor, zampoña, teclado, bombo. Lavoz fue usada como instrumento en algunas actividades.

Otros recursos usados fueron la poesía y el baile.

El setting es parte importante de una sesión. Se ha comprobado que modificaciones en el mismo provocan cambios en la conducta y el comportamiento de los pacientes. Es parte de la consigna de un contexto no-verbal³³.

Los instrumentos musicales elegidos para la musicoterapia grupal tuvieron como base los criterios usados por Benenzon³⁴:

- Simple manejo.
- Fácil desplazamiento.
- Potencia sonora.
- Tendencia a la expansión y no a la introversión.
- Que sus posibilidades sonoras sean de claras y entendibles estructuras rítmicas-melódicas.
- Que su sola presencia sea suficiente estímulo como objeto intermediario.

6. Rol del musicoterapeuta y del co-terapeuta

El rol del musicoterapeuta consiste en desarrollar, otorgar y contener un espacio que le permita al paciente descargar sus energías de comunicación y recrear un sistema

³³ Benenzon R.O. 1988. Op. cit. Pág. 15.

³⁴ Benenzon R.O. Manual de Musicoterapia. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina. 1981. Pág. 80.

vincular que lo retrotrae a experiencias infantiles ³⁵ .

El rol de co-terapeuta, es apoyar cada una de las acciones del musicoterapeuta y favorecer el rol del mismo ³⁶ .

El trabajo en pareja terapéutica contribuye a ³⁷ :

- Evitar el acting out, que significa “llevar al acto”.
- Permite un encuentro reflexivo posterior a las sesiones.
- Se complementa la información para los protocolos.
- Es un marco de contención fuerte y más seguro para el paciente.
- La pareja es una pantalla proyectiva para distintos aspectos transferenciales del paciente.

7. Análisis de algunas sesiones

El análisis fue realizado escogiendo las sesiones al azar, tomando en cuenta los siguientes criterios:

- Observaciones de la supervisora de práctica,
- Notas y comentarios hechos por la co-terapeuta,
- Registros hechos por la musicoterapeuta

Entre los elementos que facilitaron el análisis, encontramos:

- La transcripción de cintas grabadas
- Filmación de algunas sesiones,
- Escucha de las grabaciones de las improvisaciones realizadas para realizar el análisis musical.

Primera sesión

Una primera sesión tiene siempre, un significado especial. Se inicia la creación del vínculo terapeuta y paciente, el que es determinante en una terapia. La inseguridad y el temor de enfrentarse a una experiencia nueva juega un rol importante, hasta ese momento el acercamiento a la musicoterapia había sido teórico, sólo en una asignatura

³⁵ Benenzon, R. Op.cit Pág. 94 1998.

³⁶ Benenzon, R. Op.cit Pág.95. 1998

³⁷ Benenzon,R. Op.cit. Pag. 96. 1998.

habíamos trabajado con pacientes.

La responsabilidad frente al trabajo terapéutico tiene la connotación, de que el sujeto es un ser humano, lo que compromete a que su realización sea hecha con gran seriedad y profesionalismo. En este trabajo hay dos partes involucradas, musicoterapeuta y pacientes. Todas estas variables hacían que mis vivencias fueran expectantes.

Para los padres de los niños con accidente de quemadura tampoco la situación era relajada. Era una experiencia nueva y una actividad desconocida. Debían enfrentarse a instrumentos musicales que no conocían y tenían el temor de hacer el ridículo frente al grupo.

Esta primera sesión con el grupo de padres de COANIQUEM consistió en invitarlos a explorar los instrumentos. Esta solicitud tuvo como objetivo que los padres se familiarizaran con ellos, conocieran sus sonidos, sintieran una mayor seguridad satisfaciendo su curiosidad y se atrevieran a practicar en una primera improvisación libre.

Con posterioridad a esta improvisación, hubo un diálogo verbal que dio lugar a manifestación de emociones, sentimientos y vivencias personales, elementos fundamentales para la elaboración de objetivos del proceso terapéutico.

Otro elemento importante, que está presente en toda sesión terapéutica es la transferencia y la contratransferencia.

Se entiende por transferencia “a la actitud del paciente de repetir en la figura del terapeuta, los mismos episodios ocurridos primitivamente en la historia de su relación materno-paterno-infantil. Es transferir al presente actitudes del pasado y se entiende por contratransferencia al sentir del terapeuta a partir del impacto que la transferencia hizo en su inconsciente. La contratransferencia es una investigación objetiva de la subjetividad del musicoterapeuta”³⁸.

¿Qué es la Ficha musicoterapéutica? : Es una herramienta de la que dispone la musicoterapia, de carácter objetivo, cuya aplicación tiene por finalidad conocer diferentes aspectos de la personalidad del paciente incluyendo su Historia Sonora. Es una herramienta que orientará y facilitará la definición de los objetivos para el proceso terapéutico. Normalmente ésta es aplicada al término de la primera sesión.

Segunda sesión

En la segunda sesión asistió solo una madre. La poca asistencia me generó una inseguridad enorme, mi reflexión estaba orientada a preguntarme si ¿sería yo el fracaso o si la disciplina no les habría gustado? La situación me desconcertó y tuve que cambiar rápidamente la actividad y los objetivos.

Aproveché la coyuntura para realizar con ella un Baño Sonoro. La paciente estaba muy tensa y asustada, era sólo una segunda sesión, el vínculo no se había aún establecido, sin embargo, a pesar de las condiciones dadas, la actividad tuvo un resultado positivo. “Z” se conectó con su mundo interno, expresó sentirse más relajada.

³⁸ Benezon, R. Aplicaciones Clínicas de la Musicoterapia. Ed. Lumen, Buenos Aires, Argentina. 2000. Pág.31.

Aunque había sentido temor de que la sesión fuera individual, pudo comunicar que vivía angustiada por un permanente temor, que consistía en la fantasía de que le “quitaran” su pareja y que sus hijos quedaran sin padre.

Tercera Sesión

La asistencia y las disculpas por la inasistencia a la sesión anterior, demostraron que no había razones para sentirme insegura. La asistencia fue de siete padres.

Las primeras tres sesiones mostraron a un grupo temeroso. Esto se percibía en su relación con los instrumentos, en el temor que les infundía percutirlos; los sonidos apenas se escuchaban. Ellos se sentían inseguros y con razón, estaban iniciando una relación con la musicoterapeuta y con sus pares, en un contexto que les era desconocido.

En las primeras sesiones el grupo tenía dificultad para entender que nuestra comunicación sería principalmente a través de los sonidos. Esta dificultad fue disminuyendo, en la medida que las consignas verbales y musicales se mantuvieron claras. Lentamente el contexto no verbal fue ganando su espacio y la verbalización el suyo.

En esta improvisación se escucha un ritmo principal, en un compás de $\frac{3}{4}$, que está compuesto de dos negras y seguido de dos corcheas. No se percibe mayor variación, en la ejecución se tocan diversos instrumentos de percusión. También se escucha una línea melódica, tocada en un xilófono, estructurada sobre este mismo ritmo, muy repetitiva. Da la impresión que los ejecutantes están algo cohibidas y no se atreven a expresarse con mayor libertad en la improvisación. Dentro del grupo hubo dos personas que mostraron clara preferencia por un instrumento, eligiendo el mismo durante varias sesiones, el resto cambiaba, hasta en más de un instrumento por sesión.

Cuarta sesión

En ésta los padres espontáneamente expresaron: “Al principio nos daba risa porque la música no tenía ni pies ni cabezas, tomaba un ritmo y se volvía a desordenar. Sin embargo ahora nos sentimos más familiarizadas con los instrumentos sintiendo que podemos tocar más y pasarlo mejor”. En esta nueva sesión, la parte melódica se vio enriquecida por el color de una pequeña arpa. Además llama la atención la participación de la persona que tocó el bombo, el cual aporta continuidad y variación rítmica a la improvisación. El resto de la percusión no estaba integrada, sino que, más bien cada uno tocaba sin preocuparse de lo que hacía el resto de los integrantes del grupo. Los ritmos usados eran binarios.

Quinta sesión

La actividad realizada en esta oportunidad fue un baño sonoro, asistieron cuatro padres. Manifestaron sentir bienestar durante la actividad. En la elección de instrumentos la actitud reflejaba mayor tranquilidad; el interés mayor se manifestó en las placas, arpa,

palo de agua, semillas. Al iniciarse la improvisación musical se escuchó un tanto desordenada, pero a medida que avanzaba la improvisación se fue logrando una integración sonora, especialmente en los percusionistas. Grupalmente se escuchó una mejor coordinación, lo que no había sido escuchado en las sesiones anteriores. El vínculo se había establecido tanto con la musicoterapeuta como entre los miembros del grupo. El objetivo planteado era conectarse con lo que les agradaba y desagradaba de ellos. Durante la verbalización, manifestaron su dificultad en hablar acerca de ellos y sus problemas, conducta que no les gustaba y que les parecía importante superar. También en la verbalización se esforzaron por expresarse, dando cuenta que hubo conexión con el objetivo planteado.

Sexta sesión

La asistencia fue de cinco padres. El objetivo era desarrollar la capacidad de expresar sentimientos y seguir fortaleciendo el vínculo. La primera consigna musical consistió en escuchar lo que habían improvisado en la sesión anterior. Ellos hicieron el análisis musical y “manifestaron que escuchaban: un ritmo de marcha y a un grupo de personas que avanzaba marchando, también había ruido de agua; el tambor marcaba el ritmo, paulatinamente éste se deja de escuchar y el resto de los instrumentos mantienen el pulso. Se escuchan xilófono, sonajeros, palo de agua. Deciden ponerle nombre a la improvisación, fue llamada: “Marchando bajo el agua “. Se sintieron gratificados de tener una producción del grupo grabada, expresando haber disfrutado la improvisación y sentirse relajados.

A continuación la propuesta fue realizar un viaje musical invitándolos a imaginar un lugar en el que se sintieran tranquilos, seguros, relajados. El viaje realizado fue expresado con una improvisación musical donde se distinguió la participación a manera de diálogo entre el bombo y el arpa. El resto de la percusión más bien actuó como acompañante en un trasfondo secundario.. La forma de elegir los instrumentos mostró a un grupo más seguro, con una buena relación grupal, con la musicoterapeuta y la co-terapeuta.

Séptima sesión

Asistieron tres padres, una madre de nacionalidad peruana la cuál tenía su hijo recién operado y hospitalizado.

El objetivo de esta sesión era desarrollar el sentimiento de confiar en los otros y conectarlas con el alivio y el bienestar que produce la confianza.

La música escuchada para realizar la actividad fue el Cuarteto para piano, flauta, oboe y clarinete del compositor Henry Poulenc.

La actividad realizada fue El Lazarillo trabajado en parejas. Cada componente de la pareja jugó el rol de cuidar y ser cuidado, la segunda pareja fue completada por la co-terapeuta.

En la improvisación musical se escuchó una zampoña en primer plano, cuya

ejecutante no la sabía manejar, sin embargo, se esfuerza por expresarse melódicamente.

El bombo nuevamente se distingue por su sonoridad y por el desempeño rítmico de su ejecutante. El arpa integra al grupo mediante arpeggios que los agrupa en un continuo sonoro.

La verbalización realizada al terminar la actividad dio cuenta de las diferentes emociones vividas por cada uno de ellos en los dos roles que cada uno tuvo:

En el de ser conducidas, cuyo objetivo consistía en entregarse a otra persona y confiar, estuvo presente el miedo a que otro los condujera sin saber adónde iría. Algunas pudieron hacerlo, otras no llegando incluso a tener síntomas físicos como transpirar y sentir taquicardia.

En el acto de conducir, la emoción que primó fue la de bienestar y gratificación por guiar a otro, hacerse cargo de otro. No hubo miedo.

Manifestaron en la verbalización contar con al menos una persona en quién confiar, lo que sentían tranquilizador.

Novena sesión

Asistieron dos padres. El objetivo era conectarse con los fantasmas que vivimos (temores, culpas, tristezas).

La primera consigna musical consistió en solicitarles la elección de instrumentos representando a su grupo familiar y que tuviera afinidad con los rasgos de personalidad del familiar. Posteriormente hacer una improvisación individual con cada instrumento.

La Consigna verbal fue la lectura del poema **Hagamos Un Trato de Mario Benedetti** acompañada por cadencias tocadas por la co-terapeuta en el teclado.

La verbalización hecha como resultado de ambas actividades mostró una buena capacidad de insight, expresaron situaciones dolorosas, algunas de ellas regresivas a la infancia y pubertad.

“X” tuvo una catarsis significativa. Su conducta durante las sesiones anteriores había sido reservada, siempre había elegido un solo instrumento que era percutido con una mirada ausente. En la elección de instrumentos para representar a su grupo familiar, formado de seis personas, sólo eligió uno, el bombo, fundamentando que “vivía con caleta de personas”, pero que no se justificaba más que elegir un instrumento. Confirmó en su verbalización, lo analizado con anterioridad acerca de los sentimientos de culpa y de rabia, sumado al daño que había producido en su relación de pareja el accidente de quemadura de su hijo. En este caso, estos sentimientos le eran adjudicados a su pareja por no compartir la responsabilidad en la rehabilitación del hijo quemado, además ella era culpada por su pareja y familia, por la responsabilidad del accidente. Sin embargo, en su percepción, era su pareja la culpable y ella no tenía responsabilidad.

Además de lo relacionado con el accidente de quemadura de su hijo, hizo una conexión con su historia de vida, mostrando lo herida que estaba, lo desesperanzada que se sentía. Había recibido atención psiquiátrica y psicológica, sin embargo, su vivencia se

resumió en que sentía que no la habían podido ayudar. Textualmente dijo: “**Me han sacado la tristeza un poquito, pero no la rabia**”. Su vivencia es que ella no tiene “arreglo”. Musicalmente esto lo expresaba en una forma de tocar, inexpressiva, rabiosa, incesantemente explorando del bombo al xilofón, el que era tocado estridentemente, con una mirada ausente y una actitud desvitalizada. Terminó diciendo que en las situaciones límites que le había tocado vivir, siempre le habían dado vuelta la espalda, lo que la había llevado a ser “dura”. Que ella no contaba con nadie, conectándola así con el poema de Benedetti. Ilustro el contenido de su verbalización con una estrofa del poema, el que había sido material de trabajo de la sesión.

HAGAMOS UN TRATO³⁹ *Mario Benedetti Compañera Usted sabe Que puede contar Conmigo No hasta dos O hasta diez Sino contar Conmigo.*

La segunda asistente dio cuenta de sus emociones sentidamente, expresando que la música y el poema la habían hecho sentirse muy conectada con su mundo interno y que sí contaba con un amigo que era incondicional, lo que la hacía sentirse muy contenta de tenerlo. En la elección de instrumentos para representar a su familia, eligió uno por persona, maracas, palo de agua, metalófono, ocarina. La improvisación fue grabada y al terminar escuchada por las asistentes. La intencionalidad apuntaba a facilitar la expresión de percepciones, recuerdos, descripciones, usadas como objeto intermediario, para producir una mayor conexión entre sus mundos externo e interno. El metalófono destacó en la improvisación melódica, desarrolló ideas rítmicas las que fueron variando en la medida que avanzaba la improvisación.

³⁹ *Benedetti M. Inventario. Ed. Nueva Imagen, Ciudad de México, México, D.F. 1978. Pág 164.*

PREPARACIÓN DEL TÉRMINO

Durante las cuatro sesiones finales, el énfasis estuvo puesto en la preparación del término del trabajo terapéutico.

La escuela psicoanalítica sostiene que si una persona tiene que enfrentar una situación de pérdida, es importante elaborarla, reconocerla; asumirla. A esto se denomina: "Elaborar el Duelo". El grupo de padres con el término del proceso terapéutico estaban situados frente a una pérdida. ¿Por qué? Porque les significaba la pérdida de un espacio que les era común, el cuál tenía una estabilidad en el tiempo, brindándoles protección y con una característica importante de destacar: en este espacio no existían lo juicios de valor y podían expresar libremente lo que tuvieran necesidad de decir. Tenían a su disposición, una musicoterapeuta y una co-terapeuta quienes contenían sus emociones. Personas facilitadoras para que éstas emociones las pudieran canalizar y así establecer una conexión entre su mundo interno y su mundo externo, permitiéndoles sentirse integrados y aliviados.

El grupo expresó que lamentaban el término de las sesiones, lo que fue expresado a través de conductas y expresiones verbales de protesta. Querían que la musicoterapia fuera estable en Coaniquem.

Los padres precisaron su deseo de realizar en la última sesión una fiesta de despedida, en conjunto con sus hijos, quienes, como ya se ha dicho, participaban en sesiones musicoterapéuticas paralelamente. Estos deseos se llevaron a cabo, cada familia aportó algo especial para comer y tomar, dándole a esta sesión de término, un carácter afectuoso y familiar. Espontáneamente surgió el deseo de hacer una

improvisación musical participando los niños, sus padres y el equipo que había trabajado con ambos grupos durante el proceso.

A los padres como símbolo de afecto y reconocimiento a su participación en las sesiones se les entregó una ocarina.

Se aplicó al finalizar la última sesión, como es habitual, la Ficha de Evaluación. Esta es una herramienta de la musicoterapia, cuyo objetivo es conocer la opinión del participante, los aportes recibidos, las críticas realizadas.

CONCLUSIONES

Las sesiones de musicoterapia realizadas en el período de práctica, con un grupo de padres en COANIQUEM, cumplieron con los objetivos fijados.

Los profesionales de Coaniquem manifestaron haber observado en su quehacer profesional, cambios que mostraban los beneficios obtenidos en el proceso terapéutico. Mejoró la forma de comunicación entre padres e hijos y viceversa, dejando en claro que la única variable incorporada a esas familias habían sido las sesiones de musicoterapia.

1. Beneficios observados en el trabajo grupal

El trabajo grupal otorgó a los padres la posibilidad de escucharse, escuchar a otros, realizar diferentes actividades sonoro-corporales descubriendo una gama de conductas personales y de otros, logrando un nivel más profundo de contacto con su mundo interno. El trabajo con los instrumentos musicales, así como los sonidos producidos individual y grupalmente, son reflejos de nuestro mundo intra psíquico y, aún sin experiencia musical previa, el valor simbólico del lenguaje musical les dio acceso a la posibilidad de poner en perspectiva la conflictiva que viven, pudiendo tener acceso a una mirada diferente, siendo además un espacio valioso de intercambio de experiencias con sus pares.

La interacción que se produjo entre los participantes del grupo, al compartir situaciones dolorosas como la discriminación que sufren sus hijos accidentados de parte

de otros niños o de sus compañeros de colegio, les aportó otra mirada permitiéndoles una mejor tolerancia al dolor y al sentimiento de impotencia.

Socializar los sentimientos de culpa por no haber evitado el accidente, también los alivió, porque éste hasta ahora había sido vivido individualmente, cada uno lo sentía como propio, de su exclusividad, mostrándoles también una perspectiva que les era desconocida.

2.La musicoterapia facilitadora entre la relación padres-hijos

Algunos de los contenidos verbales mostrados por los padres durante las sesiones fueron los cambios percibidos positivamente en la relación con sus hijos, la que ellos atribuían a:

- Los niños se sentían participando en un grupo en el que no eran discriminados,
- Compartían un mismo problema con sus compañeros,
- No temían a la agresión del medio,
- Esto les permitía estar más relajados y contentos, incidiendo en una mejor relación en el ámbito familiar y escolar,
- Les gustaba ir a la sesión e intercambiar con sus compañeros.

Analizado desde el punto de vista de los padres, expresaban:

- Que el grupo los ayudaba en su conflicto en relación al accidente, porque compartían experiencias similares, sintiendo apoyo, solidaridad y perspectivas diferentes.
- Las sesiones les permitieron expresar, a través de lo sonoro-corporal, sus emociones, conectarse con su mundo interno, tales como, canalizar sentimientos tan fuertes como los que ya hemos mencionado: sentimientos de culpa, desgaste por la longitud del proceso de rehabilitación, la gran responsabilidad que les cabe en diferentes ámbitos. Ellas les ayudaron a mejorar su autoestima, sintiéndose más relajados, optimistas, tranquilos consigo mismo, teniendo mayor serenidad para cambiar actitudes que afectarían la relación con sus hijos.

3. Resultado de la ficha de evaluación

En ella se pudo leer el deseo de continuar las sesiones, que esta actividad existiera en forma estable en la institución, solicitando para ella más instrumentos musicales y el deseo de que un grupo más grande de padres se beneficiara con la musicoterapia. Había sido un medio a través del cual pudieron expresar sus emociones, conectarse con sus

historias de vida, sintiéndose más relajados que antes de iniciar el proceso musicoterapéutico. La experiencia sonoro-corporal había facilitado la expresión de sus emociones, la conexión con ellas, permitiéndoles mejorar la relación padres - hijos.

4. La relación con mi co-terapeuta

La experiencia con mi co-terapeuta, Marcela Oyanedel, no quisiera dejar de mencionarla. La relación con ella como compañera del Post Título, había sido buena, pero, era una interrogante saber como funcionaríamos en este nuevo rol que desempeñaríamos juntas. Durante la formación teórica se hace gran énfasis en la importancia de la generación del vínculo con los pacientes. A mí me parece que la calidad de relación que se establezca entre este dúo que colaborará en un proceso terapéutico también es fundamental.

Afortunadamente, con mi co-terapeuta, la relación fue excelente. Coincidimos desde la puntualidad en el punto de encuentro para dirigirnos a la práctica, hasta la generosidad y buena voluntad para escuchar la planificación de las actividades, el hecho de aportarnos ideas nuevas que pudieran ser más creativas, con el fin de mejorar una sesión.

En las sesiones mismas, se fue generando un lenguaje de comunicación a través de gestos, sonrisas u otros recursos que permitieron un excelente entendimiento, facilitando la tarea, permitiendo vivir juntas las inseguridades y temores que la práctica genera, como también sentir un apoyo afectuoso y cercano con quién compartir las vicisitudes.

5. La supervisión

La supervisión es otro aspecto fundamental; con el cual se debe contar permanentemente. Es la supervisora quien pone la mirada sobre la forma en que la alumna está desarrollando su tarea. Es ella quien aporta la técnica, con su experiencia y conocimientos. Fueron fundamentales los 90 minutos que teníamos de evaluación después de cada sesión, no sólo en el aspecto de evaluar la sesión realizada, sino también en las sugerencias recibidas.

6. COANIQUEM

Facilitó los recursos (sala, cojines, personal que se hiciera cargo de los niños mientras se realizaban las sesiones con los padres, etc.), el personal colaboró y apoyó la iniciativa. Los resultados obtenidos en el proceso terapéutico, permiten concluir que para la institución sería beneficioso que la musicoterapia formara parte junto a las otras terapias

complementarias en la rehabilitación del accidentado por quemadura y su familia.

7. En lo personal

En lo personal, las 28 sesiones que formaron parte de mi práctica, 14 con los padres y 14 como co-terapeuta en el trabajo con el grupo de niños con accidente de quemadura habían finalizado y dejado una impronta significativa en mí. La teoría recibida en mi formación como musicoterapeuta había sido tan sólo una primera etapa, en la que obtuve nuevos conocimientos y aparecieron atractivos desafíos. La práctica que podría definirla como la integración de los aspectos teórico-práctico, tuvo para mí además otra connotación. Se inició con ella, una etapa de gran riqueza personal, me permitió el contacto con el ser humano integral, con sus dolores, limitaciones, grandezas, su capacidad de asombro, vale decir, lo que significa el ser humano. Este proceso movilizó en mí sentimientos que acrecentaron el compromiso de seguir adelante con mi formación y perfeccionamiento, reavivando mi espíritu de servicio y una fuerte motivación de continuar aportando a la vida de otras personas, que necesiten de ayuda musicoterapéutica.

ANEXOS

FICHA MUSICOTERAPEUTICA

Identificación:

Nombre.....

Apellidos.....

Lugar de Nacimiento.....

Edad.....

Nº de Hijos.....

Estado Civil.....

Historia Familiar

Con quién se crió?.....

Cuál era el ambiente sonoro de la casa?.....

Tocaba alguien de su familia o Ud. algún instrumento, cuál?.....

Historia Personal

Recuerda algún sonido especial o música de su niñez?.....

Recuerda si hubo algún sonido o música que le desgradara en su niñez o

adolescencia?.....

Cuál/cuáles?.....

Qué música escuchaba durante su adolescencia?.....

Le gustaba especialmente algún instrumento?.....

Lo tocaba?.....

Historia Actual

Le gusta escuchar música?.....

Qué tipo de música?.....

Con qué canción o música se siente identificada actualmente?.....

Le gusta cantar?

Cómo encuentra su voz?

Qué sonidos de la naturaleza, de los animales u otros sonidos

le gusta escuchar?.....

Qué sonidos no le agradan?.....

Cómo se siente con el silencio?.....

Aspecto corporal

¿Ha realizado alguna actividad corporal, como baile, gimnasia, deporte, relajación u otros?.....

Le gustaría realizar alguna en especial?.....

Cómo se siente frente al contacto corporal con otra persona, le agrada, le asusta, lo rechaza o le es indiferente?

Sabe qué tipo de música escucha su hijo?.....

Le gusta su elección le molesta o le es indiferente?

FICHA DE EVALUACION

SESIONES MUSICOTERAPIA

Nombre.....

¿Cómo se sintió en las sesiones de Musicoterapia?.....

¿Qué le aportó la musicoterapia a su calidad de vida?.....

.....

Cómo se sintió con el grupo?.....

Hay algo que quisiera contar?.....

.....

Le interesaría que la Musicoterapia se estableciera en COANIQUEM en forma

permanente?.....

Porqué?.....

Qué sugerencias le gustaría hacer en relación a su experiencia de las sesiones?

Piensa Ud. que la música facilitó la expresión de sus emociones?.....

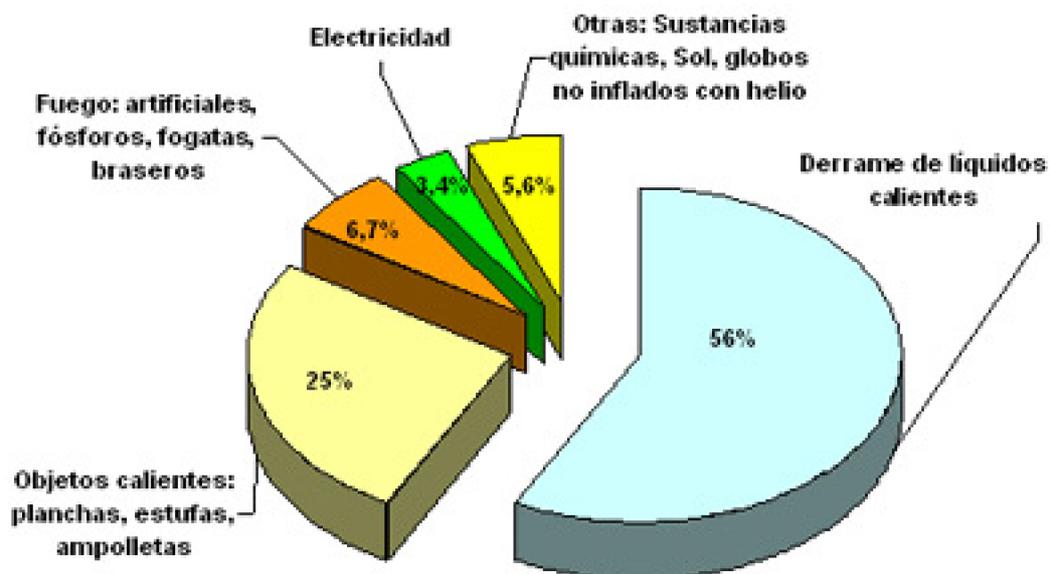


Gráfico 1 AGENTES CAUSALES DE LAS QUEMADURAS

Fuente: COANIQUEM.

Tabla 1 FACTORES FRECUENTES DE LAS QUEMADURAS

Factores	Variables de riesgo
Edad	menores de 6 años
Sexo	levemente superior en niños hombres
Mayor frecuencia	extremidades superiores e inferiores
Localización	tronco – cabeza – cuello
Lugar del accidente	Hogar en presencia de padres o adultos
Horario	Mayor frecuencia al llegar del colegio y los padres de trabajo

Fuente: Datos Epidemiológicos. Centro de Rehabilitación del Niño Quemado. Dirección de Extensión, Docencia e Investigación (D.E.D.I)

ILUSTRACIONES CON FOTOGRAFIAS

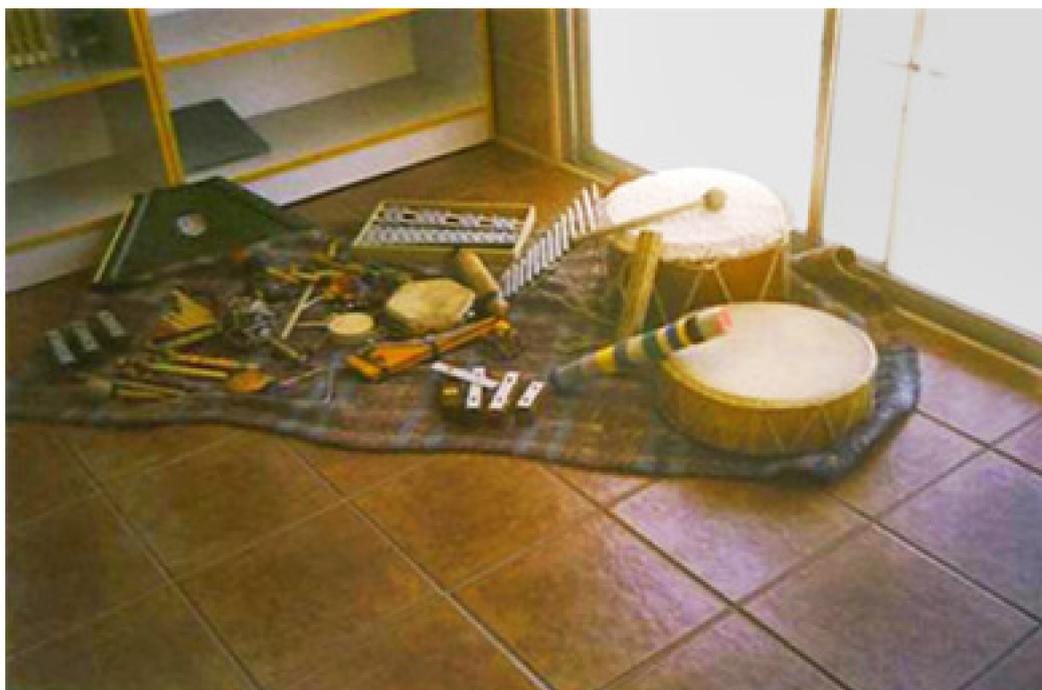


Foto 1. Set de Instrumentos



Foto 2. Grupo de Madres y Musicoterapeuta

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alvin Juliette, Musicoterapia. Ed. Paidós Educador, Barcelona, España, 1984.
- Benenzon R.O. Manual de Musicoterapia. Ed. Paidós Educador, Buenos Aires, Argentina, 1981.
- Benenzon R.O. Aplicaciones Clínicas de la Musicoterapia, Ed. Lumen, Buenos Aires, Argentina. 2000.
- Benenzon, R. La Nueva Musicoterapia, Ed. Lumen, Buenos Aires, Argentina. 1998.
- Benedetti, M., Inventario, Ed. Nueva Imagen, Ciudad de México, México D.F. 1978.
- Bruscia, K. Definiendo Musicoterapia. Ed. Amaru, Salamanca, España, 1997.
- Bruscia, K. Modelos de Improvisación en Musicoterapia. Editorial Agruparte, Salamanca, España, 1999.
- COANIQUEM, www.Coaniquem.cl , Corporación del Niño Quemado.
- Cornejo, E., Carrasco, R., Rojas, J., Medina E., Incidencia de quemaduras. Región Metropolitana 1993. XI Jornadas Chilenas de Salud Pública. Santiago, Chile. 1994.
- Instituto Chileno de Musicoterapia, ICHMU. www.ICHMU.cl
- Loewy J., The Oficial Newsmagazine of the American Academy of Pediatrics, USA. Dic. 1999.
- Marinovic, M., El dolor humano y la música. Aisthesis N° 33, Revista Chilena de Investigaciones Estéticas N° 33, 2000.

- Weller F. Bárbara. Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud, McGraw-Hill Interamericana. Ciudad de México, México D.F. 1997.
- Hornstein, Luis. Trabajo de duelo y depresiones, Revista de Actualidad Psicológica Chile. Año II N° 17, Septiembre, Santiago, Chile. 2003.
- Journal of Burn Care & Rehabilitation. USA. Nov-Dic.1999.
- Pochs, S. Compendio I de Musicoterapia. Ed. Herder S.A., Barcelona España, 1999.
- Schapira D., Musicoterapia Facetas de lo Inefable. Ed. Enelivros, Brasil, 2002.
- Schapira D. Método Plurimodal en Musicoterapia. Mimeo, ADIM. Buenos Aires, Argentina.
- Santander, D. Castillo, C.G. "Propuesta de un Modelo de Atención Psicológica al Niño Quemado", Revista Terapia Psicológica, Año XIV, Vol. VI (2) N° 26, Santiago, Chile. 1996.