

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POSTGRADO

MUSICOTERAPIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA SALUD LABORAL
Experiencia musicoterapéutica con funcionarias de un hospital público.

Monografía para optar a la especialización del Postítulo en Terapias de Arte,
Mención Musicoterapia

LAURA ANDREA MILLANAO MARTÍNEZ

Profesor Guía: MT. Rodrigo Quiroga Provoste

Santiago, Chile 2015

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCION.....	1
2. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	3
2.1. Hospital San Borja Arriarán	
2.2. Centro de Diagnóstico y tratamiento (CDT)	5
3. MARCO TEORICO.....	8
3.1. Salud	
3.2. Factores Psicosociales	9
3.2.1 Factores de Riesgo Psicosocial	9
3.2.1.1 Estrés laboral	12
3.3. Salud laboral del personal de salud	13
3.4. Prevención en Salud laboral de los trabajadores del sector salud	16
3.4.1 Factores Protectores de Salud laboral	17
3.4.1.1 Autocuidado	
3.4.1.2 Habilidades sociales	18
3.4.1.3. Creatividad	19
3.5. Musicoterapia	20
3.6. Musicoterapia de Grupo	22
3.6.1. Factores terapéuticos en el trabajo grupal según Irvin Yalom	23
3.7. Planteamientos de Gustavo Gauna	27
3.8. Musicoterapia Preventiva	29
3.8.1. Técnicas musicoterapéuticas aplicadas	30
3.8.1.1 Técnicas Activas	
3.8.1.2 Técnicas receptivas	31
3.8.1.3. Expresión corporal	32

3.8.1.4. Música y medios artísticos	32
4. PROCESO MUSICOTERAPEUTICO.....	34
4.1. Reclutamiento de participantes	
4.2. Aproximación Diagnóstica	35
4.3. Características del grupo	36
4.4. Objetivos	38
4.4.1. Objetivo General	
4.4.2. Objetivos Específicos	
4.5. Encuadre	
4.5.1. Recursos Humanos	
4.5.2. Espacio Físico	
4.5.3. Materiales e instrumentos	39
4.5.4. Sesiones	40
4.5.4.1. Formato de las sesiones	
4.5.5. Acuerdos y compromisos	41
4.5.6. Resumen de actividades	42
4.6. Análisis del proceso Musicoterapéutico	43
4.6.1. Etapa de Inicio	44
4.6.2. Etapa de desarrollo	48
4.6.3. Etapa de Cierre	52
5. EVALUACION GENERAL DEL PROCESO GRUPAL.....	55
5.1 Análisis de objetivos	55
5.2 Análisis del vínculo musicoterapeuta - usuario.	58
5.3 Análisis del vínculo entre terapeuta y co-terapeuta	59
5.4 Autoevaluación de fortalezas y debilidades propias	
6. CONCLUSIONES	61

7. BIBLIOGRAFIA.....62

8. ANEXOS.....67

1. INTRODUCCIÓN

La música constituye un estímulo en la percepción de los individuos y puede cumplir con distintas funciones, entre ellas, la posibilidad de expresar emociones, ideas e influir en los estados de ánimo; algo importante cuando día a día nos vemos sometidos a trabajos y/o actividades demandantes y con escaso tiempo para uno mismo.

En Chile, la Fuerza de Trabajo Ocupada (F.T.O.) se estima actualmente en un 38,9 % de la población total y sobre ella recae directamente el nivel de vida de un grupo familiar y el desarrollo económico - social del país.

La carga laboral, condiciones físicas inadecuadas, estructuras jerárquicas con dificultosos estilos de comunicación, tiempos ajustados y demandas de usuarios internos o externos, son causas frecuentes de alteraciones a nivel físico, mental y social de los trabajadores provocando efectos negativos en su salud, los cuales son prevenibles.

Es por esto que se plantea la posibilidad de brindar un espacio para abordar el daño que produce el estrés de forma preventiva y redescubrir habilidades psicosociales a través de una intervención musicoterapéutica en un grupo de 9

funcionarias del Hospital Clínico San Borja Arriarán, el cual se centró en la prevención de la salud laboral desde el 12 de junio al 12 de Septiembre del 2014, realizando un total de 13 sesiones. El desarrollo del marco teórico se basa en distintas orientaciones musicoterapéuticas, entre ellas la Musicoterapia Preventiva propuesta por la argentina Patricia Pellizzari. A través de sus características veremos como un trabajo preventivo y el potenciar los elementos positivos puede ayudar a enfrentar de mejor manera las demandas que contempla el sistema público de Salud.

2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

2.1 Hospital Clínico San Borja Arriarán

El Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) nace de la fusión de dos hospitales históricos en el año 1976: el Hospital San Francisco de Borja, en funcionamiento desde el año 1772; y el Hospital Manuel Arriarán creado en 1910. Es en los terrenos de este último, Avenida Santa Rosa, comuna de Santiago, donde se emplaza el actual recinto.

El HCSBA es un hospital público, tipo 1, acreditado, base de la red del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC). Presta atención de alta complejidad a cerca de 730.000 usuarios beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) correspondientes a las comunas de Santiago, Estación Central, Maipú, Cerrillos y Pedro Aguirre Cerda. Además es Centro de Referencia para pacientes de la Décima a Duodécima región.

En él se realizan atenciones ambulatorias y de pacientes hospitalizados. Cuenta con Servicio de Urgencia Infantil y Maternal, además de servicio de apoyo y diagnóstico.

Su equipo de salud está constituido por médicos, matronas, enfermeras, técnicos paramédicos (TENS), psicólogos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, nutricionistas y otros profesionales no clínicos y administrativos.

Cumple un rol docente-asistencial al recibir durante el año a estudiantes de distintas carreras universitarias y de otras instituciones en convenio para la realización de pasantías y prácticas profesionales.

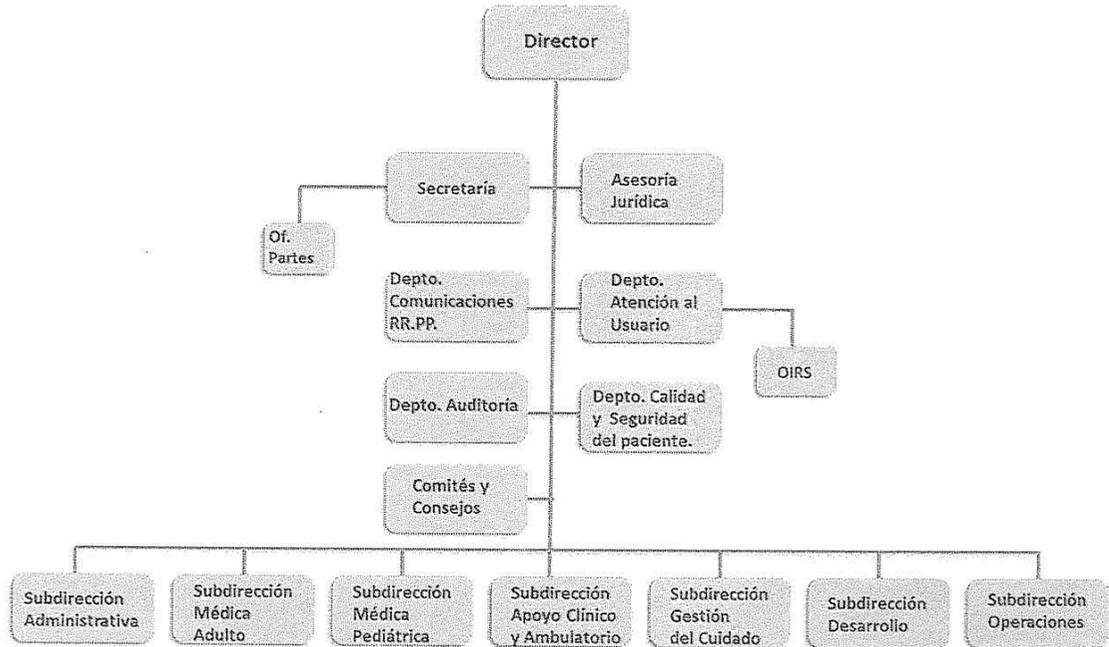
Su visión:

“Ser un hospital de alta complejidad, centrado en el paciente y su familia, referente nacional del sistema público, reconocido por la excelencia en la atención, calidad de los procesos y el desarrollo de las personas”.

Su misión:

Brindar a sus usuarios atenciones en salud ambulatoria y de hospitalización de alta complejidad, en ambiente acogedor y de confianza, con equipos competentes y comprometidos con la calidad, seguridad, eficiencia e innovación (Hospital Clínico San Borja Arriarán, s.f).

El organigrama institucional se compone de la siguiente manera:



Adosado al Hospital, está el Centro de Diagnóstico y tratamiento (CDT), recinto donde se desempeñan las nueve funcionarias de esta intervención musicoterapéutica.

2.2 Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT)

El Centro de Diagnóstico y tratamiento es un establecimiento de atención ambulatoria de alta complejidad donde son derivados pacientes de distintos grupos etarios a algunas de las 56 especialidades con las que cuenta el

recinto, entre ellas Urología, Cirugía Digestiva, Oncología; donde se realizan atenciones programadas.

Durante el último tiempo, el número de pacientes con distintas patologías ha generado un aumento en la demanda de horas médicas y de otros profesionales, lo que ha repercutido en la carga laboral de los funcionarios y su capacidad de respuesta. Pacientes más demandantes y alterados por su condición de salud exigen soluciones rápidas y atenciones de “Urgencia” cuando la institución no cuenta con estas características ni la infraestructura necesaria.

Las demandas, información insuficiente y poca comprensión de los usuarios frente a situaciones como esta generan reclamos y malos tratos al equipo de salud, influyendo negativamente en el desempeño diario. Si bien las exigencias pueden variar en una Unidad y otra, el personal clínico y administrativo tiene funciones asignadas según su rol, lugar de trabajo y jefaturas, muchas veces viéndose sobrepasadas por razones de buen servicio.

A pesar del aumento de la población consultante, no se han realizados mayores modificaciones en la infraestructura desde la entrega del recinto en el año 1998. Aún así, se ha contratado nuevo personal clínico y administrativo dejando en evidencia el déficit de espacio físico para una atención de calidad.

Solo en el CDT trabajan 76 TENS, 29 enfermeras, 19 administrativos y un auxiliar, sin mencionar el número de otros profesionales que deben ajustar sus horas contratadas para realizar atenciones en las oficinas disponibles en horario diurno.

Es importante mencionar que la estructura orgánica del equipo de Enfermería está formada por una Subdirección de Atención Ambulatoria conformada por una Enfermera Coordinadora de quien dependen las enfermeras clínico-administrativas de las distintas especialidades. A su vez, las enfermeras tienen a su cargo el personal técnico paramédico (TENS) y administrativo del CDT, por lo tanto, la búsqueda de soluciones ante problemáticas debe ser informada y resuelta según un flujo jerarquizado y formal donde será priorizado para otorgar respuesta.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Salud y trabajo

Para comenzar es importante definir dos de los temas sobre los que girará esta monografía y que a su vez orientarán su desarrollo.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el concepto de Salud se define como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Bajo esta definición podríamos decir que un estado de salud apropiado en las personas les permitiría realizar diversas acciones para su desarrollo como el realizar algún deporte, participar en actividades sociales o realizar un Trabajo, el cual se definiría como una actividad de carácter productivo donde el individuo aporta recursos propios como conocimiento y habilidades para obtener algún tipo de compensación material y/o psicosocial. El tipo de compensación psicosocial recibe el nombre de Factores psicosociales.

3.2 Factores Psicosociales

En el ámbito laboral estos factores hacen referencia a situaciones y condiciones inherentes al trabajo, relacionadas al tipo de organización, al contenido del trabajo y la ejecución de la tarea. Pueden ser elementos positivos que contribuyen en el bienestar y salud física, psíquica o social de los trabajadores y generar mayor rendimiento laboral, pero también pueden ser elementos negativos que se transformen en *riesgos* para la salud de los trabajadores afectando su desempeño y motivación (Mutual de Seguridad, s.f.).

3.2.1 Factores de Riesgo Psicosocial

El departamento de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud (MINSAL), encargado de evitar el desmejoramiento de la salud laboral y de promover y mantener su bienestar, crea un protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales donde menciona que estos últimos pueden tener efectos sobre la salud física y psicológica de los trabajadores; además de efectos sobre los resultados del trabajo y la organización (Ministerio de Salud, 2013). A continuación se mencionan algunos de ellos.

- Efectos sobre la salud física: tensión muscular, cansancio, dificultad para dormir, trastornos gastrointestinales, entre otros.
- Efectos sobre la salud psicológica: ansiedad, irritabilidad, Burnout, falta de participación social, dificultad para establecer relaciones interpersonales, tensión psíquica, etc.
- Efectos sobre los resultados del trabajo y la organización: ausentismo laboral, disminución en el rendimiento y en la calidad, falta de cooperación, rotación del personal, trabajo aislado o en solitario.

Este protocolo también muestra un listado de factores de riesgo psicosocial (MINSAL, 2013) que forman parte de instrumentos evaluados y validados para la realidad laboral chilena. A continuación se mencionarán alguno de ellos.

- Demandas psicológicas: esto alude a exigencias cuantitativas; emocionales; como manejo de sentimientos y sensaciones; y cognitivas.
- Relaciones al interior del trabajo: hace referencia a la claridad en los roles, al tipo de liderazgo y relación con compañeros de trabajo.

- Doble presencia: se define como la preocupación que generan las tareas del trabajo doméstico y/o familiar en el trabajador.
- Trabajo activo y desarrollo de habilidades: alude a la libertad de tomar decisiones, posibilidades de desarrollo profesional, integración en la institución.
- Organización y condiciones del empleo: se refiere a la seguridad y estabilidad en el trabajo, formas de comunicación, ausentismo del personal por enfermedad.

La calidad e interrelación de estos factores puede impactar de manera positiva o negativa sobre el estado de salud de los trabajadores, La Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras de Chile (ENETS), realizada entre el periodo 2009- 2010, revela que los principales síntomas que los chilenos asocian al trabajo son sensación continua de cansancio, dolores de cabeza, problemas para dormir y sentirse tenso o irritable. Todos ellos síntomas de estrés, tema que abordaremos a continuación.

3.2.1.1 Estrés laboral

Para ejercer una actividad es necesario estar alerta para responder de manera efectiva a las necesidades que se presenten. La respuesta fisiológica, psicológica para adaptarse a los estímulos que nos rodean es el Estrés y es importante que sea el suficiente, de lo contrario puede afectar negativamente la salud de una persona.

En el caso del Estrés Laboral se puede definir como la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus capacidades y conocimientos poniendo a prueba sus recursos de afrontamiento. Cuando estas demandas, ya sean sociales y/o laborales son excesivas en relación a esos recursos, la persona puede desarrollar problemas de salud física, como colon irritable, cefalea, alopecia, taquicardia, dolor muscular; y/o problemas de salud mental como pérdida de control, depresión, trastornos del sueño, adicciones, entre otros (Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T., 2013).

Los problemas de salud física y/o mental son una de las causas más comunes de ausentismo laboral. Estudios realizados en la Unión Europea sugieren que entre el 50% y el 60% del total de los días laborales perdidos están vinculado al estrés (Paritarios, s.f).

A partir de esta información es importante conocer cómo es la salud laboral de un grupo específico de trabajadores, en este caso de funcionarios de la salud, grupo al cual se enfoca este documento.

3.3 Salud laboral del personal de salud

El estudio de la salud laboral en equipos hospitalarios ha revelado que las altas demandas del trabajo, la presión en los tiempos de realización de actividades, la falta de comunicación con compañeros ha generado no solo repercusiones en el bienestar físico y psíquico de los trabajadores sino también en su vida familiar y social.

Román (2003), en su estudio realizado en un municipio de La Habana, Cuba, sobre las Fuentes de Estrés propias de los profesionales de la salud de Nivel Primario y Secundario de Atención revela que los inicios del estrés laboral están relacionados con las relaciones con los superiores, la responsabilidad en el cuidado de los pacientes y sus demandas emocionales; y el bajo reconocimiento de la población asistida.

Entre otros factores laborales de riesgo psicosocial relacionados con la satisfacción de las condiciones ambientales de su trabajo (ruido, espacio,

ventilación, temperatura e iluminación) se observó que solo el 54% de los profesionales de la salud chilenos estaban satisfechos, lo cual es un dato importante de considerar, sobre todo si pensamos en la cantidad de horas diarias que una persona trabaja en una institución. El intentar adaptarse a condiciones ambientales deficientes día tras día genera un débil desempeño y un deterioro físico- mental en los funcionarios (Osorio, 2012).

Otro de los riesgos evidenciados en la encuesta ENETS 2009 -2010 es el que se asocia a la salud mental de los trabajadores de la salud chilena destacando que tienen peor salud mental en un 28.2% frente al 20,4% de otros profesionales. Esto se podría asociar con los factores de riesgo relacionados con el trabajo como las demandas laborales, la dificultad en relaciones interpersonales (jefaturas, compañeros y familia), y la relación funcionario-paciente donde se viven constantemente situaciones de salud –enfermedad, vida y muerte; generando un desgaste psíquico y emocional. Además menciona que la prevalencia, es decir, el número de casos existentes de una condición o enfermedad en una población determinada (PUC, s.f.) en este caso, problemas de salud mental, recae en el grupo de mujeres con un 80%. Se ha considerado que la mayor morbilidad en mujeres se asocia con la forma de percibir los síntomas, evaluarlos y tomar decisiones frente a su condición de salud, es decir, asistirían a consultas médicas en mayor proporción que los hombres; aunque no existe mayor evidencia en esta hipótesis.

Como se menciona en la definición de salud planteada en este trabajo, el desarrollar actividades sociales se relacionaría con mejores estados de salud. El estudio de Melita (2008), en cuanto a la realización de actividades diferentes al ámbito de su profesión, como participar en grupos comunitarios u otros, el 76,5 % de las enfermeras(os) de SAMU y el 68,4 % de los que trabajaban en Unidades de Emergencia respondieron no realizar este tipo de actividades, lo que se transformaría en un factor de riesgo para los individuos.

En síntesis, un ambiente de trabajo poco cohesionado y solo preocupado por resolver las demandas de los usuarios; constantes faltas de respeto y amenazas del público por situaciones que sobrepasan el rol de los funcionarios, parece deteriorar la capacidad de respuesta del equipo de salud frente a estas problemáticas provocando mayor facilidad para la angustia, menor respuesta inmune y otras repercusiones a nivel físico, psíquico y social. El nivel de estrés y la baja tolerancia a éste aumentaría la vulnerabilidad de enfermar del personal de salud. Por ese motivo es importante evaluar constantemente los riesgos para prevenir su aparición y en el caso que funcionarios ya lo padezcan, impedir sus consecuencias por medio de planes preventivos que promuevan la salud laboral de los profesionales de la salud.

3.4 Prevención en Salud laboral de los trabajadores del sector salud.

El realizar un trabajo puede cumplir un rol positivo en el desarrollo de las personas al satisfacer necesidades, al brindar redes de apoyo, generar relaciones de amistad, al permitir el despliegue de habilidades utilizando la creatividad, etc.; sin embargo, también se puede convertir en un factor de riesgo por la sobrecarga laboral, la desmotivación y un clima laboral negativo.

La prevención de la salud laboral de los funcionarios clínico- administrativo de un recinto hospitalario, no solo se debe centrar en las condiciones laborales sino en fortalecer los factores protectores, tanto personales como los de la organización. Esto implica desarrollar acciones anticipadas con el fin de promocionar el bienestar de los individuos y así evitar situaciones indeseables o problemas que se pueden convertir en estilos de vida poco saludables.

Por lo tanto, un trabajo preventivo permite identificar factores de riesgo y potenciar los factores protectores que promuevan la salud de los funcionarios.

3.4.1 Factores Protectores de Salud laboral

Los factores protectores son los recursos personales, sociales o institucionales que promueven el desarrollo de una persona, lo cual disminuye la probabilidad de desgaste físico o psicosocial, es decir, previenen los riesgos. Un enfoque preventivo como el que se plantea, puede trabajar en potenciar los factores protectores con el fin de disminuir la incidencia de los factores de riesgo.

Si bien la institución debe velar por el bienestar del trabajador generando un óptimo clima laboral, espacios y herramientas para proteger la salud; cuando esta situación no es posible o resulta insuficiente, existen elementos a nivel individual que facilitan la adaptación de las personas frente a situaciones complejas o tensas en el trabajo colaborando en la mantención de nuestro equilibrio, entre ellos: el Autocuidado, las Habilidades sociales y la Creatividad; las cuales describiremos a continuación.

3.4.1.1 Autocuidado

Uno de los factores más determinantes en la protección de la salud de los trabajadores es el Autocuidado. Orem (1993) en su Teoría del Autocuidado lo

define como “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar”.

Podríamos decir que el Autocuidado es una conducta que el individuo desarrolla frente a situaciones concretas de la vida, y no van dirigidas solo a sí mismos, sino también hacia los demás o hacia el entorno con el fin de regular los factores que afecten su propio avance. Además previene la aparición de situaciones adversas y sus efectos, promoviendo las condiciones necesarias para un óptimo estado de salud a través de la utilización de habilidades, en este caso las sociales.

3.4.1.2 Habilidades sociales

El conjunto de conductas, hábitos, pensamientos y emociones que nos permiten relacionarnos con los demás son las Habilidades Sociales y su desarrollo permite estar saludables al mejorar relaciones interpersonales y lograr objetivos (Roca, 2005).

Esto podría indicar que el generar un sistema de apoyo como las uniones entre individuos o de individuos con grupos e instituciones, sirven para mejorar la competencia adaptativa en el afrontamiento de crisis a corto y a largo plazo,

momentos de transición vital, retos a largo plazo, estrés y privaciones (Caplán, 1993).

El desarrollo de las Habilidades sociales surge de la interacción con otros a través de actividades laborales, sociales, recreativas y lúdicas, dando paso a un encuentro consigo mismo y los demás a través de la creatividad.

3.4.1.3 Creatividad

La creatividad es una habilidad del ser humano vinculada a su propia naturaleza, la cual implica desarrollar habilidades del pensamiento que permite la integración de procesos cognitivos para lograr una idea. Un individuo resulta ser más creativo en aquellas áreas donde se concentran sus principales motivaciones, esto puede ser en distintos ámbitos, vida social, familiar, actividades recreativas, laborales, entre otras.

Para Mitjans (1991) la creatividad es el proceso de descubrimiento o producción de algo nuevo que cumple exigencias de una determinada situación social, proceso que, además tiene un carácter personalógico.

Esto quiere decir, que un grupo o una persona al conectarse con la creatividad se conecta con la capacidad de cumplir un objetivo y ser espontáneo. Esto favorece la participación protagónica al moverse de una actitud pasiva a una

activa brindando ideas para optimizar los recursos disponibles, algo totalmente aplicable para mejorar las condiciones laborales en una institución y fortalecer los factores protectores de los involucrados.

En resumen, las personas se ven influidas por el medio donde se desenvuelven lo cual puede generar efectos negativos o positivos en su salud. El desarrollar habilidades permite disminuir los factores de riesgo de los trabajadores y prevenir estados de enfermedad. Es ahí donde la musicoterapia y el trabajo músico-sonoro-corporal pueden actuar como un ente preventivo y propender al bienestar de la salud laboral.

3.5 Musicoterapia

La Musicoterapia se puede definir de distintas maneras según la línea teórica que se desarrolle. A continuación se citarán algunas definiciones con el fin de representar el trabajo realizado.

Según Bruscia (2010) la Musicoterapia “es un proceso constructivo en el cual el terapeuta ayuda al paciente a mejorar, mantener o restaurar un estado de bienestar, utilizando como fuerza dinámica de cambio, experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ésta”. Esto indica que la música

es utilizada como agente de cambio en los individuos; y que la relación con otras personas a través de ella, permite mejorar o restaurar su salud. Proceso siempre guiado por un musicoterapeuta.

A su vez Benenzon (2004), señala que la Musicoterapia “es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos corporo-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”.

Ambas definiciones coinciden en utilizar la música y sus elementos para generar vínculos con los demás, ya sea terapeuta-paciente o paciente-paciente en el caso del trabajo grupal. Esto porque la música genera emociones y tiene un impacto en la fisiología y psicología humana, y puede causar efectos en la salud de los individuos a través de tres elementos. El ritmo, influye sobre la fisiología de nuestro organismo, modificando ritmos internos que tienden a sincronizarse con los de la música como algo instintivo. La melodía en cambio, enlaza con las emociones y ayuda a evocar y revivir situaciones y experiencias afectivas. Por último, la armonía, se relaciona con los aspectos mentales o cognitivos, es decir, con lo más racional (Trallero, 2006).

Es por esto que la musicoterapia puede ser dirigida a abordar necesidades físicas, mentales y/o psicosociales para mejorar la calidad de vida y potenciar los recursos y habilidades de un grupo de personas.

3.6 Musicoterapia de Grupo

Como ya se mencionó en los párrafos anteriores, la música permite desarrollar vínculos y fortalecer recursos de cada uno de los individuos de un grupo. La aplicación de técnicas específicas, la realización de intervenciones por parte del terapeuta calificado, el grupo en sí mismo, genera cambios en cada integrante de esta experiencia grupal. A continuación veremos como la Psicología puede ayudar a entender los procesos grupales en la Musicoterapia Grupal.

Osle (2007), a través de su artículo “Musicoterapia de grupo como psicoterapia grupal” señala que este tipo de musicoterapia pretende la apertura de los canales de comunicación y a través del contexto no verbal hacer manifiestas las emociones favoreciendo la expresión del mundo interno. Entonces, a través de la Musicoterapia de Grupo, se pretende poder expresar el “Yo oculto”, es decir, el yo que queremos pero no podemos dejar salir, el que se relaciona con la superación de miedos; incrementar el “Yo ciego” a través del reflejo de las otras personas; y el acceder al “darse cuenta” por medio del “Yo desconocido”;

en conclusión favorecer el conocimiento personal en las relaciones con los otros.

La mayoría de los estudios en el área de la terapia grupal han sido realizados por psiquiatras y psicólogos. Para efectos de este trabajo se tomará como referente a Irvin Yalom y sus planteamientos en relación a psicoterapia de grupo y mencionaremos la importancia de una serie de características que ayudarían en el trabajo grupal.

3.6.1 Factores terapéuticos en el trabajo grupal según Irvin Yalom

Yalom (1998), señala que existen factores que trabajan e inciden en los grupos y en los individuos de forma más influyente que otros en un proceso terapéutico, y que además no actuarían de manera independiente sino que también operarían en conjunto. Para operacionalizar la terapéutica grupal, nos basaremos en los 11 factores terapéuticos que trabajan en la Psicoterapia de grupo planteada por el autor.

El primer factor es la *Instalación de la Esperanza*. Es muy importante ya que puede ser capaz de mantener en terapia a los participantes y ser terapéutica en

sí misma. Implica que tanto el terapeuta como el paciente estén convencidos del éxito de este tipo de abordaje y se relaciona con la frase “sí se puede”.

La *Universalidad* es el segundo factor terapéutico. Muchas personas ingresan a un grupo con la idea de ser los únicos con ciertos problemas pero al escuchar a otros participantes con preocupaciones similares genera un impacto en el resultado del tratamiento y un alivio al compartir este tipo de sentimientos con los demás.

El tercer factor terapéutico es la *Entrega de Información*. Se relaciona con la importancia de informar a las personas sobre un tema específico ya que disminuye el nivel de angustia. El autor señala que el explicar el funcionamiento de un fenómeno es el primer paso hacia su control, el cual puede provenir del terapeuta como de los otros participantes.

Para un paciente que inicia terapia y cree que no puede ofrecer nada de valor a nadie, la experiencia de ser útil a otros miembros del grupo puede resultar gratificante y es una de las razones por las cuales la terapia de grupo incrementa la autoestima. Este factor se define como *Altruismo* y se asocia con el dar y recibir.

Otro de los factores terapéuticos es la *Recapitulación correctiva del grupo familiar primario*, aquí es posible observar como los participantes empiezan a interactuar con otros miembros del grupo tal como alguna vez lo hicieron con sus padres y hermanos, ya que el grupo se parece mucho a su familia; y la aparición de conflictos permiten resolver situaciones no resueltas en su grupo primario.

El trabajo grupal por medio del aprendizaje social permite el *Desarrollo de técnicas de socialización*, es decir, de habilidades sociales. Los miembros más antiguos del grupo acogen y acompañan a los más nuevos, pudiendo transformarse en “co-terapeutas” de los procesos de sus compañeros.

La observación de otro integrante con problemas similares es beneficiosa para los participantes ya que generaría una retroalimentación positiva del grupo terapéutico. Este factor es definido como *Conducta de imitación*.

Otro importante factor terapéutico es la *Catarsis*, la cual se puede describir como la expresión de emociones que han sido suprimidas. Es importante compartir con los demás el propio mundo interior, ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas ya que puede guiar a una comunicación más profunda y aprendizaje interpersonal.

Yalom propone cinco factores existenciales que surgen con frecuencia en las terapias grupales, y tienen que ver con aceptación y/o comprensión de realidades que no podemos cambiar, ellos son:

- I. Reconocer que la vida a veces es injusta.
- II. Reconocer que en última instancia nadie puede liberarse de las penas de la vida y de la muerte.
- III. Reconocer que no importa que tan cerca estemos de otra personas, tendremos enfrentar la vida solos.
- IV. Enfrentar los problemas básicos de la vida y de la muerte; y así vivir mi vida más sinceramente y perder menos tiempo en trivialidades.
- V. Saber que debo hacerme responsable de la manera como vivo mi vida, sin importar cuanta orientación y apoyo obtenga de los demás.

El *Aprendizaje interpersonal* es uno de los factores terapéuticos más complejos ya que es el resultado de las interacciones entre todos los miembros del grupo. Cuando hay suficiente apoyo y confianza los pacientes pueden tener experiencias emocionales correctivas en su grupo terapéutico. Si un paciente vive una situación emocional fuerte en interacción con otros, es minimizado por la actitud contenedora del grupo. Esto aumenta la posibilidad de reconocer conductas propias y ayuda en la interacción con los demás.

El último factor terapéutico propuesto por Yalom es la *Cohesión de grupo* *el cual* es uno de los factores con mayor fuerza y complejidad. Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas. El reconocer y aceptar puntos de vista distintos, la valoración del grupo como familia, la apertura, el manejo y resolución de conflictos, son los que hacen que la cohesión grupal se mantenga.

La expresión de emociones, el apoyo, la interacción con los demás, la similitud en las vivencias, la aceptación, entre otros; son factores que pueden incidir y colaborar en el desarrollo de un proceso terapéutico grupal potenciando la salud y fortaleciendo los recursos sanos de los participantes.

3.7 Planteamientos de Gustavo Gauna.

La presente intervención se realizó con un gran énfasis en potenciar la salud de las usuarias, sus recursos positivos y sanos. En ese sentido, las ideas del musicoterapeuta Gustavo Gauna fueron de gran importancia para crear la mirada de este abordaje. El plantea el concepto de Núcleos de Salud, donde se señala que toda persona, por muy severa que sea su enfermedad, tiene núcleos sanos más activos o más inmovilizados, y al extenderse o asociarse

pueden generar nuevos significados; todo esto vivenciado a través del fenómeno sonoro-corporal que genera la Musicoterapia (Gauna, 1996).

Es importante mencionar que el lograr expandir los núcleos sanos potenciando los factores positivos de los individuos minimiza los factores de riesgo y promueve el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas, lo cual es necesario para desarrollar un trabajo preventivo en salud.

Dicho autor plantea el concepto de “discurso estético” el cual tiene su soporte en el tiempo-espacio de la improvisación libre y le permite al paciente reconocerlo y modificarlo. Basándonos en esto, el rol del musicoterapeuta es acompañar la creación del discurso estético y rescatar el instante donde se crea la tensión creativa. Gauna destaca que el arte es un espacio que permite al individuo salir de lo reiterativo y generar nuevas oportunidades. Su forma de enfrentar el pensamiento estético es “que aquello que esta estático, está enfermo y lo estético propende a la salud”. Podríamos decir que el desarrollar núcleos sanos por medio de la música y el trabajo terapéutico grupal es estético, ya que propende a la salud de las personas y el mantener factores de riesgos genera enfermedad, por lo tanto es planteamiento estático.

Entonces, el rescatar los núcleos sanos a través del discurso estético de las participantes, desarrollará el trabajo musicoterapéutico enfocándose en la prevención de la salud laboral.

3.8 Musicoterapia Preventiva

Según Patricia Pellizzari (2005), la Musicoterapia Preventiva es la disciplina que protege y promueve la salud por medio de la aplicación sistematizada, profesional y técnica de la música como recurso específico en todas sus expresiones para reconocer y desplegar modalidades sonoras, expresivas y relacionales para desarrollar el potencial de salud del individuo y de la comunidad.

Su objeto de estudio es la investigación acción de situaciones de riesgo de la persona o un grupo de personas; es decir, identificar condiciones y comportamientos que puedan transformarse en un riesgo patológico.

El rol del musicoterapeuta preventivo es ser un orientador o guía del proceso y potenciar los rasgos “sanos”, es decir, la salud del individuo en todos los sentidos: físico, psíquico, social y emocional; quien a través de la música y distintas técnicas debe ser capaz de generar una apertura a la participación y de crear lugares intercambio social, de esta manera surgirá la creatividad y habilidades de los integrantes de un grupo.

La musicoterapia preventiva habla de impactar redes sociales como la familia y distintos sistemas de apoyo a través de la música y lo sonoro a través de improvisaciones y el movimiento expresivo con otros; además de encuentros con la expresividad y la creatividad.

3.8.1 Técnicas musicoterapéuticas aplicadas

En el proceso musicoterapéutico se utilizaron principalmente tres técnicas: activa, receptiva y corporales, las cuales se definirán a continuación.

3.8.1.1 Técnicas Activas

Las técnicas activas son “aquellas en las que el paciente toca instrumentos, percute en el propio cuerpo, se mueve o danza, canta..., en fin, se expresa a través de la música en lugar de ser simplemente un receptor de ella” (Gil, 2008).

En este caso, la más utilizada es la Improvisación Musical, a la cual Bruscia (2010), define como "...la técnica más eficaz a la hora de favorecer el autoconocimiento, resolver conflictos personales y crear una relación con el terapeuta y otros usuarios".

De acuerdo con los objetivos terapéuticos los participantes pueden improvisar solos, con el terapeuta o con los demás compañeros. Fue una de las técnicas más utilizadas en las sesiones y está clasificada en Referencial (con consigna) y No Referencial (sin consigna).

3.8.1.2 Técnicas receptivas

Las Técnicas Receptivas buscan explorar ideas, pensamientos, evocar respuestas corporales específicas; imaginar, estimular o relajar, promover la receptividad, entre otros. Una de las actividades más utilizadas fue la Conciencia corporal donde a través de la visualización del cuerpo se recorren todos los segmentos dando énfasis en sentir y estimular las zonas mencionadas por el terapeuta.

3.8.1.3 Expresión corporal

Matoso (1992), señala que el trabajo corporal refuerza la individualidad en la relación vincular con el cuerpo. La concientización, el movimiento, la sensibilidad, permite y ayuda al reencuentro con uno mismo y con los otros. Este tipo de trabajo se puede considerar como una modalidad de habitar el propio cuerpo, de estar sin necesidad de hacer.

El trabajo corporal permite liberar energía, exteriorizar estados anímicos y contribuir a una mejor comunicación con los demás. Una de las actividades propuestas es la Toma de contacto o Caldeamiento donde el individuo se centra en el aquí y el ahora y recorre el espacio para en busca de expresar emociones y sensaciones por medio de la relación con los otros.

3.8.1.4 Música y medios artísticos

Para Grocke (2007) consisten en combinar la música con otros medios de creación artísticas permitiendo a los usuarios expresarse y comunicarse de manera no verbal a través del dibujar, modelar, pintar o crear un Collage.

En síntesis, la musicoterapia favorece la disminución de los factores de riesgo psicosocial y desarrolla los factores protectores de los individuos, por lo que se

convierte en un medio idóneo para el trabajo preventivo en salud laboral para los trabajadores clínicos y administrativos de un recinto hospitalario. A continuación se describe el proceso terapéutico en detalle.

4 PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

Es importante mencionar que la estudiante en práctica y autora del presente trabajo realizaba labores de Enfermera en la institución donde se desarrolló la intervención. Esto permitió conocer más de cerca las necesidades laborales de los funcionarios y los efectos a nivel físico, social y emocional en su salud, los cuales sin un método preventivo se podrían transformar a un corto plazo en factores de riesgo.

4.1 Reclutamiento de participantes

En primer lugar se realiza una reunión con una de las representantes de los Técnicos paramédicos del hospital para proponer la realización de un trabajo musicoterapéutico preventivo enfocado en la salud laboral de los funcionarios. Los cupos serían limitados.

Tras finalizar la reunión, la representante se dirige a cada Unidad del Centro Diagnóstico y Tratamiento (CDT) informando a los funcionarios la posibilidad de participar en este proceso.

La inscripción es casi instantánea. La representante registra a los interesados en un listado y entrega la información para contactarlos.

Posterior a esto, uno de los terapeutas cita a los posibles participantes a una reunión informativa sobre el trabajo musicoterapéutico a realizar.

La selección de participantes se definió con los asistentes a la reunión. En ese momento se decide día y hora de inicio para el proceso.

4.2 Aproximación diagnóstica

Durante la primera sesión se indaga en las expectativas de las participantes donde señalan que su intención de ingresar a un trabajo musicoterapéutico era para “dejar las presiones del día a día”, “tomar decisiones del trabajo y vida personal”, “liberarse de algunos pesares de la vida familiar”, “liberar tensiones”, “disminuir la ansiedad” y “relajarse”.

A través de los relatos fue posible percibir los conflictos relacionados con la institución. Se menciona de manera recurrente el abuso de poder, los liderazgos y la poca claridad en los roles y funciones; es decir dificultades en las relaciones con los demás. Si bien manifiestan sentir agrado por la actividad laboral que desempeñan, este tipo de situaciones les genera inseguridad, tensión no solo física, sino también psicológica y deseos de desvincularse de la institución. No existe tiempo ni espacio que permita la expresión de emociones, por lo tanto, las sensaciones generadas deben ser reprimidas por largos

periodos o anuladas. Si bien se debe trabajar en equipo, el aislamiento de algunas unidades no permite la relación persona-persona.

La ausencia de espacios grupales, la falta de comunicación y la carga asistencial evidencia la necesidad de intervenir.

4.3 Características del Grupo

A continuación se describirán las características del grupo de funcionarios participantes del proceso musicoterapéutico en prevención de la salud laboral:

Número de participantes	- Nueve
Sexo	- Femenino
Grupo etario	- Adulto joven y adulto maduro
Estamentos incluidos	- Técnico Paramédico. - Enfermera - Administrativo

Años de servicio	- De 04 meses a 34 años
Jornada laboral	- 44 horas semanales
Función en común	- Atención directa de personal interno y externo de la institución.

4.4 Objetivos

4.4.1 Objetivo General

- Contribuir en la prevención de la salud laboral de las funcionarias del CDT San Borja Arriarán a través del trabajo musicoterapéutico grupal.

4.4.2 Objetivos Específicos

- Otorgar un espacio para la expresión verbal y no verbal de emociones a través de dinámicas grupales.
- Promover factores protectores personales de las participantes a través de técnicas musicoterapéuticas grupales.

- Fortalecer las relaciones interpersonales por medio de dinámicas de grupo

4.5 Encuadre

4.5.1 Recursos Humanos:

El equipo está formado por dos estudiantes en práctica. Se acordó que los roles de musicoterapeuta y co-terapeuta fueran realizados semana por medio para que ambos pudiéramos vivir la experiencia de la misma manera.

La supervisión docente se realizó semanalmente y estuvo a cargo de un musicoterapeuta guía. En ella se realizó análisis de videos, donde se observó el desarrollo de las sesiones y nuestro trabajo como terapeuta y co-terapeuta; lo cual permitió orientar nuestra intervención, reconocer errores y potenciar habilidades.

4.5.2 Espacio Físico

El lugar de trabajo es una sala de espera rodeada de cinco oficinas ubicada en el zócalo del CDT (piso -1) correspondiente a la Unidad de Neurología y

Neurocirugía utilizada luego del horario de trabajo. Es amplia para el desplazamiento, no se filtran sonidos externos, solo se utiliza luz artificial ya que no tiene ventanas, hay 2 puertas de vidrio las cuales son cubiertas con papel kraft para privacidad, 11 sillas, 1 escritorio.

4.5.3 Materiales e instrumentos

Los materiales utilizados son una cámara fotográfica – grabadora, un trípode, un reproductor mp3, parlantes, ventilador, camilla.

Para otras actividades también se utilizan cartulinas, revistas, diarios, plumones, lápices de cera, hojas de colores, entre otros.

El set de instrumentos contiene:

1 Bombo legüero	1 Metalófono	1 par de Pezuñas
1 Wankara	1 Multitono	2 pares de Huevitos
1 Darbuka	1 Cencerro	1 Palo de agua

1 Marimba	1 Jam Block	1 Sonajero
1 Kultrun	1 Toc-Toc	1 Panderero
1 Triangulo	1 Caja China	1 Flauta
1 Kalimba	1 Afuche	1 Pifilka

4.5.4 Sesiones

Las sesiones tuvieron una frecuencia semanal con una duración promedio de una hora y media. Según acuerdo con las participantes, el proceso se desarrolló los días viernes al finalizar la jornada laboral a partir de las 16:00 hrs.

- Inicio: 13 de junio 2014
- Fin : 12 de septiembre 2014
- Total : 13 sesiones.

4.5.4.1 Formato de las sesiones

Inicio:

- En esta fase se realiza un caldeamiento. Está destinada a la conexión de los participantes, toma de contacto con el espacio, su cuerpo, la mirada del otro, uno mismo y el grupo. Un grupo que lleva un tiempo trabajando probablemente necesitará menos tiempo de calentamiento,

pero no debemos olvidar que esta primera fase es siempre necesaria independientemente de la trayectoria del grupo, ya que es lo que permite ir centrando al grupo en el aquí y ahora.

Desarrollo:

- En esta fase se realizan las actividades centrales de la sesión las cuales se relacionan con objetivos que surgen de los emergentes del grupo en la sesión anterior. Estas pueden incluir actividades basadas en técnicas activas, receptivas o corporales como improvisaciones referenciales, baño sonoro, entre otras.

Cierre:

- En la fase final de la sesión, los terapeutas abren un espacio para la reflexión y verbalización de lo ocurrido durante la sesión.

4.5.5 Acuerdos y compromisos

Durante las primeras sesiones es importante mencionar en el encuadre los acuerdos y compromisos que se mantendrán a lo largo del proceso.

- Asistencia y puntualidad
- En caso de inasistencia informar con anticipación a alguno de los terapeutas.
- Toda sesión será grabada para su posterior análisis.
- Mantener la confidencialidad de los datos aportados en las sesiones, tanto terapeutas como participantes.

4.5.6 Resumen de actividades

A continuación se presenta el resumen de actividades realizadas en las Sesiones del proceso terapéutico.

Tabla. Resumen de actividades por sesión

<u>N° de sesión</u>	<u>Actividades centrales planteadas</u>
1° sesión	Exploración de instrumentos Improvisación libre
2° sesión	Improvisación referencial: "Polaridades del día a día"
3° sesión	Trabajo con globos
4° sesión	Cuento sonoro
5° y 6° sesión	El solista y su banda

7° y 8° sesión	Baño sonoro
9° y 10° sesión	Elección del instrumento: desde el grupo al participante
11° sesión	Actividad Corporal: Mi reflejo (desde la mirada del grupo)
12° sesión	Escucha de audios: <ul style="list-style-type: none"> - 2 improvisaciones realizadas por las participantes. - Creación de Collage
13° sesión	Improvisación referencial: proceso vivido. Con elección de instrumento significativo.

4.6 ANALISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPEUTICO

Para analizar de mejor manera el proceso se decidió dividir en etapas el proceso grupal musicoterapéutico de las participantes.

Tabla. Etapas del proceso y cantidad de sesiones

Etapa de Inicio	4 sesiones
Etapa de Desarrollo	4 sesiones
Etapa de Cierre	5 sesiones

4.6.1 Etapa de Inicio

Durante esta etapa se inició la aproximación a las necesidades de las participantes. En los primeros diálogos se mencionaron algunas expectativas relacionadas con lo personal y laboral. El “dejar las presiones del día a día”, “tomar decisiones del trabajo y vida personal”, “liberarse de algunos pesares de la vida familiar”, “liberar tensiones”; permitió orientar el planteamiento de objetivos que guiaron el proceso musicoterapéutico preventivo en salud laboral.

Antes de comenzar la intervención, consideramos muy relevante el asegurar la confidencialidad de lo que se hablaría en las sesiones a través del encuadre, esto por ser estudiante en práctica y, más aún, por ser miembro de la institución. De esta manera podríamos apuntar a un fluido y beneficioso proceso musicoterapéutico al señalar que el malestar asociado a la institución y

cualquier otra vivencia se mantendría en total resguardo y no se daría a conocer a ningún miembro del establecimiento.

Desde el inicio de las sesiones las funcionarias evidencian la necesidad de expresión de sentimientos y surgen las primeras verbalizaciones en torno a su Salud Laboral. Se mencionan las malas relaciones con jefaturas y compañeros, la poca claridad en los roles y las preocupaciones familiares de las trabajadoras, todo esto corresponde a factores de riesgo psicosocial percibidos en la institución. Si bien muchas destacan que “les encanta su trabajo y lo que hacen...pero están cansadas” es un claro indicador del efecto físico generado por los factores de riesgo pero además nos entrega señales de cómo orientar las medidas preventivas para la salud de las participantes.

Frente a esto, se plantean objetivos que permitan observar y conocer a las funcionarias a través de su relación con los otros y con los instrumentos; desarrollando actividades que permitan la expresión verbal y no verbal por medio de los sonidos, la música y el movimiento

En dos sesiones de esta etapa se viven situaciones muy emotivas por temas personales de algunas participantes. A continuación se expondrá una de las más representativas:

La primera Catarsis se genera durante la verbalización de una de las participantes en la improvisación “Las polaridades”, donde se solicitó al grupo escoger un instrumento que les permita expresar la emoción o sensación generada con las situaciones negativas del día a día. Una de las participantes manifestó “me da rabia lo que le pasa a mi mamá porque yo trabajando en la salud no puedo hacer nada (llora)”, “yo soy la fuerte de la familia, el pilar...”, “no puedo estar mal (...)”. Otra compañera frente a esto refiere: “ella en algún momento va a flaquear, se va a caer, se va destruir y tiene que sacar esa rabia a algún lado (llora), (...) siento que soy súper mal apoyo porque terminan consolándome a mí”.

En esta verbalización es posible identificar un factor de riesgo psicosocial en la participante donde existen preocupaciones familiares en el trabajo; la Doble Presencia puede generar tensión psíquica y otros efectos negativos en la salud si las emociones que genera no son manifestadas. La música permitió la apertura de los canales de comunicación y favoreció la expresión del mundo interno de la participante y el grupo.

Bajo esta situación es posible identificar varios factores terapéuticos planteados por Yalom. El ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas ya en la segunda sesión fue como una prueba de confianza para el grupo. Según los planteamientos del autor es más útil un proceso catártico cuando ya se han

formado los vínculos del grupo. Esto nos hace pensar que la sensación de confianza percibida por las participantes fue tal, que permitió manifestar y exponer sentimientos a funcionarias cuya relación es solo laboral y no personal. La reacción del grupo frente a esto fue de mucha empatía, apoyo, respeto y aceptación; sinónimo de Cohesión grupal, lo cual se refleja en frases como “es importante que comparta esa pena con alguien de su familia o con alguien que considere”, “la podemos escuchar”; o través de contacto físico como abrazos entregados al finalizar la sesión.

Pero no solo a través emociones fuertes y profundas es posible observar la interacción grupal. A través de la promoción de la confianza y la cohesión por medio de una actividad corporal, surgió lo lúdico y creativo entre las participantes. En una actividad corporal denominada Trabajo de Espejos, la cual consistía en ubicarse en parejas en algún lugar de la sala e imitar los movimientos del otro al ritmo de la música; surgen sonrisas y carcajadas durante gran parte del ejercicio. Las participantes refieren “me sentí como una niña...la manera que uno se expresa sin importar quien estaba al lado”, “mucho complicidad”, “confianza”.

Esto indica que la interacción grupal asociado a lo creativo y lúdico disminuye los factores de riesgo como el aislamiento y el estrés, potenciando los núcleos sanos y desarrollando las habilidades sociales. En relación a esto dos participantes mencionan que “desde que están en terapia se preguntan cómo

están en el trabajo”. También señalan que “ha servido de mucho esto (...) he aprendido a conocer los gestos, las caras de nosotras (...) nos comunicamos”.

En lo musical las funcionarias se observan participativas en la exploración de instrumentos e improvisaciones, aunque para algunas “el no saber tocar, la correcta manipulación y lo que suena bonito” es un tema importante en esta primera etapa. Algunas de ellas están más pendientes de ejecutar correctamente un instrumento que de vivir la experiencia corpóreo-sonoro-musical. A esto se refiere Gauna con su concepto de “discurso estético” ya que señala que el arte es un espacio que permite al paciente salir de lo repetitivo y estereotipado - dejar lo estático - para generar nuevas posibilidades y modificar su vivencia, es decir, propender a la salud y potenciar los núcleos sanos.

4.6.2 Etapa de desarrollo

Durante la fase de desarrollo las participantes comienzan a mostrar cambios. Uno de ellos dice relación con su “darse cuenta”, lo que según la musicoterapia grupal basada en psicoterapia es el “Yo desconocido”. Esto se puede ver reflejado en la experiencia de una participante al realizar la actividad “El solista y su banda”. En ella la participante escoge un instrumento que la represente. A

continuación cada compañera escoge un instrumento para acompañar al solista. El solista improvisa y el grupo lo acompaña.

En primera instancia señala que “al instrumento que escogió no le sacó el sonido que quería ya que simulaba una marcha estudiantil, algo más escandaloso y ella quería algo más suave”. Tras una reflexiva verbalización y casi al final de la actividad refiere que lo generado en la improvisación “refleja el día a día de nosotros”, “(...) a mí me gusta ser de bajo perfil, pero por el cargo que uno tiene, de repente uno tiene que llevarla (...) y fue como ¡ya, generemos ruido!...pero no era lo que a mí me gusta. Como que lo tenís que hacer porque tenís que llevar al equipo”. A través de esta verbalización podemos ver cómo surge el “yo desconocido” y darse cuenta que parte del rol que debe cumplir en la institución no era de su total agrado. El análisis reflexivo junto a la expresión del mundo interno en este “darse cuenta” es un factor protector en la salud laboral de la funcionaria.

El desarrollo de habilidades sociales continúa en las participantes. Esta vez, una integrante que ante ciertas situaciones se comportaba de manera más impulsiva, comenta una situación generada fuera de las sesiones, específicamente en su trabajo, y su nueva forma de enfrentarlas. En su relato se evidencia cómo el iniciar una conversación, el autocontrol, la expresión de

sentimientos y la asertividad permiten sentirse bien, mejorar las relaciones laborales y disminuir las consecuencias negativas.

Incluso varias compañeras le indican que “su semblante cambio”, “que está más radiante”. Ella señala: “fue un cara a cara, saqué mi yo interno (...) dije lo que sentía, me desahogue. Lo dije muy educadamente. Todos preguntan si me he hecho algo y no me he hecho nada”. El ser asertivo y desarrollar autocontrol frente a situaciones estresantes es realmente importante al trabajar en un recinto hospitalario, y el lograr su desarrollo se considera un factor protector en la salud laboral.

A través de la actividad del baño sonoro en las sesiones siete y ocho, las participantes se dan cuenta que la música genera distintas sensaciones en las personas según su mundo interno. Si bien la música parecía entregar alegría y en otras instancia tranquilidad, hubo un sonido que gatilló recuerdos negativos de la infancia y adolescencia de una de ellas y decidió traerlos al aquí y ahora y compartirlo con sus compañeras. El “yo oculto” perdió el temor y expresó gran rabia y dolor. Es ahí donde se observa el autocuidado como factor protector de la paciente y un potencial de mejora frente a una situación negativa, lo cual le permite asumir lo que pasa y expresarlo con un grupo de confianza cuando considere necesario. Manifestó que “sabía que en algún momento de las sesiones podía surgir, que sentía temor, pero esta vez era necesario compartirlo con el grupo, así la mochila se hace más liviana”.

Durante esta etapa se destacan los efectos o aportes realizados por la Musicoterapia preventiva grupal. En relación a lo laboral señalan que han aprendido a conocer la otra parte de esas personas, no solo lo laboral, “ahora nos saludamos, preguntamos más”. Y en lo personal una de ellas refiere que “antes era más arrebatada, ahora piensa las cosas (...) aprendí a ser de otra forma. Como que si tengo que discutir algo... es con fundamento (...). Aprendí a decir no... algo cambió en mí”.

A medida que avanza el proceso es posible distinguir con claridad muchos de los factores terapéuticos planteados por Yalom. El aprendizaje interpersonal donde la experiencia emocional fue correctiva para varias funcionarias y la universalidad que permite darse cuenta que muchas personas tienen problemas similares, genera una relación de apoyo no solo en la terapia, sino en la vida laboral. El expresar sentimientos, “el dejar salir”, el vivir situaciones y salir adelante se evidencia como un factor protector en la salud de los individuos tanto en lo físico, psíquico, social y emocional.

En lo musical, se observa mayor exploración en los sonidos, toma de decisiones frente a la elección de instrumentos y flexibilidad ante la necesidad del grupo. Se busca un pulso común, proponen células rítmicas y generan

diálogos. Comienzan a dejar a un lado los cuestionamientos y centran su atención en la creación en conjunto: en sentir la música y entregar.

4.6.3 Etapa de Cierre

En esta etapa se destaca la cohesión grupal, la complicidad, la auto-observación y el buen humor, lo cual representa un fortalecimiento en las habilidades sociales de las participantes y minimización de los factores de riesgo. Un ejemplo relacionado se observa en la actividad “mi reflejo desde la mirada del grupo”, donde las compañeras de pie forman un círculo y una participante se ubica en el centro con los ojos cerrados a la espera de que el grupo refleje alguna característica o actitud. Luego la participante abre los ojos y ve su reflejo en cada representación de sus compañeras. Las funcionarias señalan “vimos nuestra manera de ser”, “uno debe reírse de uno mismo”, “uno piensa ¿tanto se nota?”, “estuvo muy bueno”. El plantear una actividad como esta demuestra la cohesión grupal y confianza generada en el proceso. Probablemente no hubiera sido posible programar una actividad de estas características al iniciar un proceso lo cual hubiera significado un riesgo en la continuidad de la terapia. Las participantes refieren que ahora “realizan actividades sin temor a la vergüenza”, “más extrovertidas”, “disfrutamos más”, “nos tomamos el espacio”.

En otra de las sesiones se realizó la actividad denominada “Escucha y registro” la cual consistía en hacer escuchar a las participantes una grabación de ellas mismas mientras escribían o dibujaban lo que surgía. Esto permitió evidenciar la evolución del grupo tanto en lo musical como en lo personal. La reflexión quiso ser orientada a que sí es posible generar música sin ninguna referencia, sin haber realizado antes una actividad en conjunto, sin tener noción de cómo ejecutar un instrumento y que la utilización de instrumentos musicales permite la expresión de sentimientos y generar nexos a través de relaciones de confianza. Los audios seleccionados eran improvisaciones realizadas por las participantes. Una de ellas correspondía a la primera improvisación grupal libre realizada en la sesión número uno, y la segunda a un baño sonoro realizado en la mitad del proceso. La reacción al revelar quienes interpretaban estos audios generó silencios reflexivos y luego entusiasmo: “no lo creo, lo encuentro maravilloso”, “se puede...todo es música, nos conectamos”, “nos supimos escuchar, hay un cariño entre todos”. En relación a lo laboral y los lazos creados otra integrante señala “uno saluda... pero no te detienes a abrazar. Uno tiene muchos problemas pero uno cree que uno no más tiene problemas, y no sabe que los demás tienen problemas más grandes que uno”. “No hay espacio físico para sentarse a conversar a pesar de estar al lado”, “ahora nos dieron un espacio para hacerlo”.

Se observa el sentido de pertenencia al espacio otorgado en una de las últimas improvisaciones. No hubo un pulso constante, ni diálogos musicales, más bien se percibió un alto grado de introspección y variación en las dinámicas... al finalizar la ejecución se observa a las funcionarias un tanto pensativas permanecer aferradas a los instrumentos, sin dejarlos en su lugar y destacan: “La relación laboral no es la misma...hay más cariño”.

A lo largo del proceso fue posible no solo visualizar al trabajador y pesquisar sus riesgos, sino que se vio a la persona potenciando sus núcleos sanos desarrollando habilidades a través del trabajo musicoterapéutico grupal preventivo. El fortalecimiento de la autoestima a través de la relación con los demás se manifiesta en este comentario: “el poder entregar a los jóvenes, el poder ser de apoyo...la experiencia de uno sirve a los demás”. Y los factores protectores se evidencian “uno evoluciona, va creciendo (...)”, “aprendí a tener seguridad (...) creo que eso lo logré, logré seguridad y tomar mis decisiones (...) y lo agradezco (...)”.

5. EVALUACION GENERAL DEL PROCESO GRUPAL

5.1 Análisis de Objetivos

- Otorgar un espacio para la expresión verbal y no verbal de emociones a través de dinámicas grupales.

Lo sucedido durante las primeras sesiones permitió percibir la necesidad de expresión de las participantes. El escuchar comentarios relacionados con malestar hacia la institución y compartir con el grupo reflejó la necesidad de un espacio confiable para la expresión de emociones. A medida que avanzaban las sesiones se podía observar como los sentimientos de pena, rabia y angustia eran exteriorizados siendo aceptados por las demás participantes. La seguridad que brindaba este espacio ante la expresión verbal y no verbal de emociones permitía plantear problemáticas muy profundas de la vida personal y no solo laboral de las participantes, la cohesión generada ante esto se mantuvo hasta el finalizar el proceso. La risa social permitió liberar tensiones físicas y psíquicas. El espacio otorgado “permite una relación laboral distinta, donde hay más cariño” lo cual se demuestra en el saludo cotidiano y la generación de abrazos espontáneos al encontrarse, ya no solo son

compañeras de trabajo, sino que son personas expresan sentimientos y crean lazos de amistad.

- Promover factores personales protectores de las participantes a través de técnicas musicoterapéuticas grupales.

Se observa el desarrollo de recursos y/o habilidades de las participantes a través de la comunicación y la escucha activa. El autocontrol al expresar ideas y emociones sugieren un avance en sus relaciones al disminuir los conflictos y tensiones generadas tanto en lo laboral y personal. Se notan más seguras en sus decisiones y sus cercanos lo perciben.

Otro de los factores protectores desarrollados en el proceso es el Autocuidado y el “darse cuenta”, ambos reflejados en los relatos de la intervención laboral, lo cual demuestra reflexiones elaboradas y decisiones frente a su propia salud psíquica y emocional.

En la encuesta realizada al final del proceso las participantes manifiestan que adquirieron técnicas para el manejo del estrés laboral por medio de la relajación, la respiración y la concentración a través de la música, lo cual les permite aplicar lo aprendido en el trabajo y en la casa.

- Fortalecer las relaciones interpersonales por medio de dinámicas de grupo

Las encuestas realizadas al final del proceso, evidencian que las relaciones interpersonales a través de un proceso musicoterapéutico grupal mejoraron y que el realizar una nueva intervención ayudaría en las relaciones de otros miembros de la institución

Este espacio *fortalece las relaciones persona – persona* y se rescatan los factores terapéuticos planteados por la psicoterapia. La cohesión grupal, la universalidad, la recapitulación correctiva, colabora en las mejoras de las relaciones, desde lo individual a lo grupal.

Las dinámicas corporales como “la muñeca de trapo”, “los animales y “mi reflejo desde la mirada del grupo”, permitieron rescatar los núcleos sanos y contribuir en la prevención de la salud laboral de las funcionarias creando verdaderas redes de apoyo que se mantienen hasta hoy.

Por lo tanto, el total de los objetivos planteados en este proceso musicoterapéutico preventivo en salud laboral demostraron beneficios en las participantes y fueron logrados.

5.2 Análisis del vínculo musicoterapeuta-usuario.

En un principio, antes de comenzar el proceso, consideré que podía ser un tanto difícil el realizar un trabajo con funcionarios sobre todo por mi rol en la institución. El desempeñarme como enfermera tiene una carga jerárquica a nivel organizacional que pudo influir en el desarrollo de las sesiones más bien al considerar los factores de riesgo psicosocial como los tipos de liderazgo y la claridad en la funciones. No existía una relación más que la laboral, es decir, el saludo diario y la colaboración en relación en un tema puntual como lo es resolver el caso de un paciente.

El planteamiento de la clara diferenciación de roles en el encuadre y el compromiso de confidencialidad demostrado diariamente en la jornada laboral, y no solo en las sesiones, fue fundamental para un fluido desarrollo del proceso.

El conocer los riesgos psicosociales durante las primeras sesiones permitió guiar el trabajo musicoterapéutico y orientar las actividades en su prevención, lo que se logró semana tras semana.

La instalación de la esperanza planteada por Yalom se hace visible al demostrar que es posible confiar y expresarse sin temor ni consecuencias en un lugar seguro. Cada vez que una participante demostraba algún sentimiento de frustración por “dudar” en sus logros, se hizo ver lo realmente importante de la vivencia enfocándose en rescatar y fortalecer los factores protectores.

5.3 Análisis del vínculo entre terapeuta y co-terapeuta

El trabajo de co-terapia en un grupo es primordial, el apoyo generado, la complicidad en las sesiones fue cada vez mayor. El desarrollo del lenguaje no verbal fue notable ya que muchas veces la toma decisiones frente a cierres de sesiones o realizar alguna modificación en lo programado se planteó de esta manera logrando un entendimiento instantáneo.

Un co-terapeuta no es solo un compañero que está atento a las necesidades del grupo sino que también participa de las dinámicas cuando es necesario, por medio de actividades, de preguntas, de comentarios asertivos frente al proceso de las participantes. El trabajo en co-terapia es realmente un complemento al otorgar otra visión de la situación.

5.4 Autoevaluación de fortalezas y debilidades propias

Considero que una de las fortalezas que colaboraron en el proceso es la flexibilidad y la resolución de conflictos lo que permitió adaptarme a distintas situaciones como catarsis, interrupciones, problemas personales de los integrantes. Esta capacidad unida a la empatía genera pensar en el otro y actuar frente a su necesidad y no sobre la correcta planificación estudiada. La

capacidad verbal ha permitido entregar seguridad a los participantes en los momentos necesarios y brindar confianza en lograr los objetivos propuestos.

En relación a las debilidades el estar tan preocupada de orientar al grupo en los avances durante las primeras sesiones, mi capacidad de auto-observación se vio disminuida, algo que mejoró con el transcurso de las sesiones. El control de las expresiones faciales frente al agotamiento y cansancio por la jornada laboral concluida muchas veces pudo haber interferido en la visión del grupo y mi entusiasmo por la realización de una sesión.

6. CONCLUSIONES

La realización de un proceso grupal en salud laboral evidencia la falta de un espacio para la expresión de los trabajadores, en especial de los equipos de salud a quienes se les exige realizar atenciones de calidad en situaciones a diario conflictivas, con déficit de recursos humanos y estructurales. Bajo estas condiciones, los riesgos psicosociales generan efectos en su salud y ponen en peligro el buen funcionamiento de la institución. Es por esto que su realización resulta efectiva, ya que la música y sus elementos pueden fortalecer los recursos de los participantes y potenciar sus factores protectores para reducir la tensión del día a día.

Desarrollar una intervención de este tipo es necesaria para el estudiante de musicoterapia, ya que brinda herramientas que no son visualizadas en otro momento de la práctica. Las diferencias y similitudes en las experiencias de las participantes transforman el escenario grupal en un acto terapéutico donde los integrantes pueden generar el desarrollo de habilidades de sus compañeros, siempre bajo el trabajo guiado de un musicoterapeuta calificado.

La Musicoterapia preventiva se hace necesaria... y es nuestra labor avanzar en ella.

7. BIBLIOGRAFIA

- Benenzon, R. (2004). *Teoría de la Musicoterapia. Aportes al conocimiento del contexto no verbal*. Editorial Mandala. Madrid. España.
- Bruscia, K. (2010). *Modelos de improvisación en Musicoterapia. Colección Música, Arte y Proceso*. Agruparte. Vitoria-España.
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Paidós. Argentina
- Gauna, G. (1996). *Entre los Sonidos y el Silencio*. Editorial Artemisa, Rosario.
- Gil, M (2008). *Musicoterapia como herramienta psicoterapéutica*. Tesina. Barcelona.
- Grocke, D.y Wigram, T (2007). *Métodos receptivos en musicoterapia. Técnicas y aplicaciones clínicas para musicoterapeutas, educadores y estudiantes. Colección Música, Arte y Proceso*. Editorial Agruparte. Vitoria-España
- Harcha, C (2005). *Musicoterapia Comunitaria: Intervención preventiva grupal en la Escuela Adolfo Saldias Haedo, Buenos Aires. Universidad de Chile*.

Escuela de postgrado. Chile. Recuperado el año 2013, de www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2009/ar-harcha_c/pdfAmont/ar-harcha_c.pdf

Hospital Clínico San Borja Arriarán (s.f.), Recuperado el año 2015, de http://www.hospitalclnicosanborjaarriaran.gob.cl/inicio/?page_id=58

Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2013). La organización del trabajo y el estrés. *Serie protección de la salud de los trabajadores N°3.*

Matoso, E. (1992). *El cuerpo, territorio escénico.* Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina

Melita, A. (2008). *Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile .Ciencia y enfermería, 14(2), 75-85.* Recuperado en 26 de abril de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010&lng=es&tlng=e. 10.4067/S0717-95532008000200010

Ministerio de Salud. (2013). *Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el trabajo.* Santiago.

Mitjáns, A. (1993). La relación entre la personalidad, creatividad y motivación. Implicaciones en la práctica educativa. *Revista Cubana de Psicología*, vol VIII, N° 2-3.

Mutual de Seguridad. (s.f.). *Mutual de Seguridad*. Recuperado el 10 de marzo de 2015, de <https://www.mutual.cl/Prevenci%C3%B3ndeRiesgos/SaludOcupacional.aspx>

OMS. Definición de Salud Registros Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, N° 2, Génova, 1948 p. 100.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.

Osle, R. (2007) *Música, Terapia y Comunicación* - nº 27. Bilbao: CIM

Osorio, C. E. (11 de Enero de 2012). *Prevalencia de problemas de Salud Mental en los trabajadores de la salud según los datos obtenidos por la ENETS Chile 2009-2010*. Santiago, Chile: Universidad Mayor.

Paritarios. (s.f.). *El Portal de la Seguridad, la Prevención y la Salud Ocupacional de Chile*. Recuperado el 21 de febrero de 2015, de http://www.paritarios.cl/consejos_estres_laboral.htm

Pellizari, P. & Rodríguez, R. (2005). *Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva y psicosocial*. Buenos Aires, Argentina

Poch, S. (2001). Importancia de la Musicoterapia en el área emocional del ser humano. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, nº42

Román, J. (2003). *Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención*. *Revista Cubana de Salud Pública*, marzo-diciembre, 103-110 Recuperado en 20 de marzo de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21429202#>

Sardi, L. (2010). *Musicoterapia y Desarrollo personal. Encuentro conmigo misma*. Universidad de Chile. Escuela de postgrado. Chile. Recuperado el año 2014, de http://www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ar-sardi_l/pdfAmont/ar-sardi_l.pdf

Taylor, D. (2010) *Fundamentos biomédicos de la musicoterapia*. Universidad Nacional de Colombia.

Trallero, C. (2006). Tratamiento del estrés docente y prevención del burnout con musicoterapia autorrealizadora. *Revista virtual Psiquiatría, Barcelona*.

Trucco, M., Valenzuela, P., & Trucco, D. (1999). *Estrés ocupacional en personal de salud. Revista médica de Chile, 127(12), 1453-1461*. [en línea] Recuperado en 25 de diciembre de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001200006&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98871999001200006.

Universidad Católica. (s.f.). *Epicentro*. Recuperado el 12 de Marzo de 2015, de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/IndEpi2.htm>

Yalom, I., Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de Psicoterapia de Grupo*. Ed. Paidós. Barcelona.

8. ANEXOS

- 8.1 Consentimiento informado
- 8.2 Cuestionario intervención Musicoterapia autocuidado y manejo de stress
- 8.3 Cronograma de sesiones

8.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIÓN MUSICOTERAPIA FUNCIONARIOS HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Usted ha sido invitado(a) participar del Proyecto de Intervención en Musicoterapia para Funcionarios del Hospital San Borja Arriarán durante el periodo de Junio – Octubre 2014 en las dependencias de esta institución.

Este proyecto de Intervención en Musicoterapia es realizado por el Sr. Álvaro Gajardo Reyes (Músico y Sonidista) y Srta. Laura Millanao (Músico y Enfermera), estudiantes del Postítulo de Artes, mención Musicoterapia de la Universidad de Chile.

El propósito que persigue el proyecto es contribuir en la prevención y promoción de la salud laboral de los funcionarios.

El programa de intervención en Musicoterapia consta de sesiones grupales, cada una de ellas tiene una duración de 1 hora y serán realizadas una vez a la semana durante 4 meses los días viernes desde las 16:00 hasta las 17:00 horas. El lugar de realización de las sesiones será la sala de espera de Neurocirugía ubicada en el Zócalo.

Estas sesiones serán grabadas con el fin de realizar un mayor análisis de las vivencias, siempre en función de mejorar el proceso y facilitar el registro de la información. Sin embargo, la identidad de los participantes será protegida, toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Sólo los responsables del proyecto y su supervisor Sr. Rodrigo Quiroga tendrán acceso a los datos que puedan identificar a un participante. Así mismo, se le solicitará a usted que resguarde la confidencialidad de los temas aquí tratados, así como la identidad de los otros participantes de la actividad.

Usted puede decidir no colaborar en esta Intervención o retirarse en cualquier momento sin que ello tenga consecuencias para usted ni su familia.

Su participación es voluntaria, por lo que no se le pagará por su colaboración en esta intervención.

DATOS DE CONTACTO

Si tiene dudas, se puede contactar con Laura Millanao Martínez, responsable de esta intervención, al teléfono (2) 5748878 o al email musicoterapiasanborja@gmail.com.

Para participar de esta actividad, es necesario que usted confirme que ha leído y/o comprendido este documento, firmando su aceptación en el siguiente certificado.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado(a) a participar de la Intervención en Musicoterapia para Funcionarios Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

He sido informado(a) sobre la(s) actividades a la que he sido invitado(a) a participar. Entiendo completamente la información que me ha sido proporcionada y he podido hacer preguntas, las que han sido contestadas de forma satisfactoria.

Acepto voluntariamente a participar de esta Intervención. Entiendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento y que esto no tendrá consecuencias para mí ni mi familia.

Me comprometo a resguardar la confidencialidad de lo que aquí se converse, así como la identidad de los otros participantes.

Nombre del (la) voluntario(a)

Fecha

Firma

Nombre del (la) responsable

Fecha

Firma

8.2. Cuestionario Intervención Musicoterapeutica Autocuidado y

Manejo de stress Funcionarios HCSBA

(Periodo Junio – Septiembre 2014)

Terapeutas: Laura Millanao M. – Álvaro Gajardo R.

Nombre:

Fecha:

1. ¿Considera que en las sesiones de musicoterapia adquirió técnicas para el manejo del stress? Si/No. Explique.
2. ¿Considera que en las sesiones de Musicoterapia amplió sus recursos para desenvolverse mejor en el trabajo (verbales, etc.)? Si/No. ¿De qué forma?
3. ¿Considera que las sesiones de musicoterapia fueron un espacio adecuado para la expresión de emociones y pensamientos? Si/No, ¿En qué sentido?

4. ¿Considera que las sesiones de Musicoterapia le ayudaron a explorar/reconocer/fortalecer aspectos de su personalidad? Si/No. ¿Cuáles? De ser así ¿Qué efecto tuvo en su vida diaria?

5. ¿Cómo se sintió participando en el grupo? Comente.

6. ¿Piensa que hubo un cambio en las relaciones interpersonales dentro del grupo? Si/No. Comente.

7. ¿Cree que la musicoterapia podría ser un aporte a la institución? ¿Por qué?

8. Comentarios. En este espacio puede explicar cualquier aspecto que quiera destacar de manera libre, algo vivenciado durante el proceso, experiencias, reflexiones posteriores a las sesiones, entre otras.

8.3. Cronograma del Proyecto de Intervención Musicoterapia preventiva en Salud laboral funcionarios HCSBA.

Marzo 2014

- Entrevista con el equipo directivo del Establecimiento educacional para evaluar condiciones de realización del proyecto (recursos disponibles y planta física).
- Firma y entrega de cartas para autorización.

Mayo 2014

- Reunión con representante técnicos paramédicos para evaluar posibilidad de realizar intervención. Número participantes.

Junio 2014

- Reunión informativa a funcionarios: Intervención MT.
Entrega de carta consentimiento informado a participantes.
- 1era sesión grupal "Introducción al trabajo MT"
- 2da sesión grupal. Conocer características de los participantes.
Improvisación con consigna "las polaridades del día a día".
- 3era sesión grupal. Promover la confianza a través de la música y el cuerpo. Trabajo con globos.

Julio 2014

- 4ta sesión grupal. Características personales en el trabajo grupal a través de dinámicas corporales y musicales: Dinámica corporal animales, Cuento sonoro.
- 5ta y 6ta sesión grupal. Cohesión grupal e identificar características personales en el trabajo grupal: El solista y su banda.
- Feriado legal funcionarias y terapeutas.

Agosto 2014

- 7ma y 8va sesión grupal.
Promover confianza, cohesión grupal, dar y recibir a través de la música y el cuerpo: Baño sonoro
- 9° y 10° sesión grupal.
Identificar características personales desde de la mirada del grupo: Elección del instrumento desde el grupo al participante e Improvisación grupal libre al finalizar la actividad
- 11° sesión grupal. Reforzar confianza del grupo: “El lazarillo o muñeco de trapo, Reflejo de pose”.

Septiembre 2014

- 12° sesión grupal. Preparar término sesiones grupales. Escucha y registro audios, collage grupal.

- 13° sesión grupal. Término del proceso grupal “improvisación, verbalizaciones y fotografía con collage realizado”.

Octubre 2014

- Entrega de Cuestionario y fotografía impresa a participantes sesiones grupales.

Noviembre 2014

- Recepción cuestionarios participantes sesiones grupales
- Reunión con referente clínico HCSBA.
- Reunión con Enfermera Coordinadora y Enfermeras encargadas CDT - HCSBA por finalización proceso grupal.

Enero 2015

- Reunión final con Supervisor práctica profesional

