



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ARTES  
ESCUELA DE POSTGRADO

---

MUSICOTERAPIA COMO HERRAMIENTA PARA EL AUTOCUIDADO EN  
SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

Intervención grupal en funcionarios del Hospital Clínico San Borja Arriarán,  
ciudad de Santiago de Chile, periodo Junio – Septiembre de 2014.

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

ÁLVARO JOSÉ GAJARDO REYES

Profesor Guía: MT. Rodrigo Quiroga Provoste

---

Santiago, Chile 2015

## ÍNDICE

Contenido	Pág.
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>II. CONTEXTO INSTITUCIONAL</b> .....	7
<b>III. MARCO TEÓRICO</b> .....	9
3.1 Concepto de salud .....	9
3.2 Prevención de enfermedades.....	10
3.3 Autocuidado .....	11
3.4 Factores psicosociales de riesgo .....	13
3.5 Estrés Y Burnout .....	15
3.6 Teoría de Grupo de Irvin Yalom .....	17
<b>IV. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO</b> .....	21
4.1 Musicoterapia en prevención de enfermedades.....	21
4.2 Expresividad y núcleos de salud .....	23
<b>V. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO</b> .....	25
5.1 Instalación proceso de práctica .....	25
5.2 Recursos humanos .....	26
5.3 Conformación y aproximación diagnóstica del grupo .....	27

5.4	Objetivos .....	29
5.4.1	Objetivo general.....	29
5.4.2	Objetivos específicos .....	29
5.5	Plan de trabajo .....	30
5.6	Criterios de Evaluación.....	31
5.7	Encuadre Musicoterapéutico .....	32
5.7.1	Constante espacial .....	34
5.7.2	Periodicidad y duración de la intervención.....	36
5.7.3	Set de instrumentos musicales .....	37
5.7.4	Set técnico .....	38
5.8	La sesión de musicoterapia .....	39
5.9	Etapas y análisis del proceso musicoterapéutico .....	42
5.9.1	Inicio .....	42
5.9.1.1	Objetivos de esta etapa.....	43
5.9.1.2	Descripción .....	43
5.9.1.3	Hitos/Emergentes.....	44
5.9.1.4	Expresividad/Musicalidad.....	45
5.9.1.5	Cohesión/Contención .....	46
5.9.2	Desarrollo .....	49

5.9.2.1	Objetivos de esta etapa.....	49
5.9.2.2	Descripción .....	50
5.9.2.3	Hitos/Emergentes.....	51
5.9.2.4	Musicalidad/Expresividad.....	53
5.9.2.5	Cohesión/Contención .....	54
5.9.3	Cierre .....	55
5.9.3.1	Objetivos .....	55
5.9.3.2	Descripción .....	56
5.10	Evaluación de logros de objetivos según criterios de evaluación.....	59
5.11	Análisis vínculo musicoterapeuta - usuario .....	63
5.12	Análisis vínculo terapeuta - coterapeuta.....	64
5.13	Autoevaluación de fortalezas y debilidades.....	66
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>VII.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>73</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>
	Anexo I: Consentimiento Informado. ....	76
	Anexo II: Encuesta final.....	79

## I. INTRODUCCIÓN

La presente monografía describe y sistematiza la experiencia grupal de proceso de práctica de Musicoterapia realizado con los funcionarios del Hospital Clínico San Borja Arriarán efectuado entre los meses de junio a septiembre del año 2014.

El motivo planteado por el Hospital para realizar esta intervención fue el ausentismo laboral por licencias médicas de funcionarios, cuya principal causa eran enfermedades relacionadas con el estrés.

En las siguientes páginas se describe el contexto general donde se realiza esta práctica, presentando un marco teórico basado en la prevención de enfermedades en este tipo de contexto laboral, bajo una perspectiva de salud positiva y autocuidado. Posteriormente se da cuenta cómo la Musicoterapia se inserta en este contexto de prevención, abordando conceptos de Gustavo Gauna, Patricia Pellizzari, Kenneth Bruscia y Karina Ferrari, los cuales fueron fundamentales para plantear objetivos y definir una modalidad de acción frente al tema tratado.

En el capítulo posterior se da a conocer y se desglosa el proceso terapéutico, desde el encuadre, criterios de evaluación, etapas de una sesión

hasta el análisis de las sesiones e hitos más significativos del proceso con el fin de que el lector pueda hacerse una idea específica de los acontecimientos y metodología utilizada.

Luego de esto realiza un análisis y evaluación del proceso en relación a los logros de los objetivos, resultados según los criterios de evaluación. Se analiza también los vínculos de terapeuta con los integrantes del grupo y de terapeuta – co-terapeuta.

Finalmente se dan a conocer las conclusiones de lo que significa realizar un proceso Musicoterapéutico en un contexto de estas características.

## II. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) se crea a partir de la unión de dos hospitales los cuales fueron el Hospital San Francisco de Borja y el Hospital Manuel Arriarán. En el año 1976 el Hospital es trasladado a su actual ubicación en Avenida Santa Rosa #1234 en la comuna de Santiago y es denominado como Paula Jaraquemada, posteriormente en el año 1990 pasa a llamarse Hospital Clínico San Borja Arriarán. En el año 1998 se adosa y entra en funcionamiento el Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) en el cual se ven las atenciones de Policlínico de pacientes. Actualmente el HCSBA es un Hospital de Tipo I, lo cual quiere decir que es un establecimiento de alta complejidad, con no más de 500 camas, ubicado en la ciudad sede de la dirección del Servicio de Salud, constituyendo el Hospital Base de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Centro (SSMC). El Hospital Clínico San Borja Arriarán pertenece a la red de hospitales del sistema público de salud, en él se atienden personas correspondientes a las comunas de Santiago, Estación Central, Maipú, Cerrillos y Pedro Aguirre Cerda.

El establecimiento hospitalario ocupa un área de 80.000 m<sup>2</sup> y está conformado por un edificio principal de nueve pisos y otro edificio anexo que alberga al Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT). No cuenta con servicio de urgencia, las personas que lo requieran son derivadas a la Posta Central.

Entre las especialidades que se atienden está Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Oncología, Columna, Quemados Infantil, Pediatría, Neonatología, Cirugía Adultos e Infantil, Psiquiatría, Neuropsiquiatría y otras que ofrecen atención a la población infantil, maternal y adulta beneficiaria del sistema público de salud (Hospital Clínico San Borja Arriarán, s.a.).

El grupo objetivo estuvo compuesto por Enfermeras, Técnicos Paramédicos y Administrativos. Las áreas donde se desempeñaban eran neurología, neurocirugía, plástica, cardiología, cardiología infantil, nefrología infantil, nefrología adulto, comité de diálisis, admisión, recaudación y secretaría. Los años de servicio fluctuaban entre 4 meses hasta 34 años.



### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Concepto de salud:

Según Bruscia (2007) el nivel de salud de cada individuo tiene relación con su potencial según el estado de desarrollo en que se encuentra, no tiene relación con la gravedad del problema, sino con la manera en que la persona hace uso de sus potencialidades al momento de enfrentar el problema. Lo que se hace con la salud tiene que ver directamente con la forma de ser de cada persona. La salud no es algo que se posea, sino más bien es un proceso activo de quien se es, es cómo se vivencia subjetivamente el ser. No se está dentro o fuera de la salud, sino que la persona se relaciona con la salud y la enfermedad en distintos niveles y de distintas maneras.

No se debe considerar a la salud como algo estático, sino como un proceso en continuo cambio y adaptación. La salud se ve influenciada por el medio ambiente, la cultura, sociedad, biología, hábitos y otros factores. Se refiere también a tener buenas relaciones sociales e interpersonales, armonía interna y una estabilidad afectiva (Tifatino, 2011).

Bajo el Concepto de Salud Positiva, se puede percibir la salud no como el objetivo sino como fuente de riqueza de la vida cotidiana (Pellizzari &

Rodríguez, 2005). Este punto es relevante para delinear los objetivos de prevención desde una mirada basada en la salud y recursos propios.

### **3.2 Prevención de enfermedades:**

Para contextualizar el trabajo en prevención desde un enfoque positivo es necesario entender en primera instancia en qué consiste prevenir en salud. La prevención en salud dice relación al conjunto de acciones que evitan el surgimiento y consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que conllevan a aumentar el riesgo de enfermedad. Existen 4 tipos de prevención. La prevención primaria es el conjunto de acciones que inciden en el control de factores de riesgo para evitar la incidencia de la enfermedad. La prevención secundaria es el conjunto de acciones cuyo objetivo es favorecer un diagnóstico temprano para reducir secuelas y mortalidad precoz, acortando el periodo entre el inicio y diagnóstico de la enfermedad. La prevención terciaria son aquellas acciones que se realizan para reducir el progreso y complicaciones de una enfermedad, además de impulsar el aprovechamiento de potencialidades residuales. Por último la prevención cuaternaria es la suma de acciones que dan soporte y acompañamiento en procesos terminales y de polipatologías, para esto se requiere ampliar los cuidados para cubrir estas necesidades emergentes (OPS, 2012).

### **3.3 Autocuidado:**

Se denomina autocuidado a las prácticas que realiza una persona y las decisiones que toma para cuidar su salud con el propósito de fortalecer la salud, llamadas prácticas protectoras, o prevenir la enfermedad, llamadas prácticas preventivas. Existen prácticas positivas que favorecen la salud y prácticas negativas que son un riesgo para la salud. Estas últimas están ligadas a factores de riesgo que pueden ser de naturaleza química, orgánica, psicológica o social, los cuales pueden incrementar la posibilidad de enfermar. Son inherentes al concepto de autocuidado las prácticas positivas ya que van ligados a aspectos favorables de la salud. Algunas prácticas de autocuidado son el manejo de estrés, desarrollo de habilidades para establecer relaciones sociales, entre otras (Tobón, s.a.).

Algunas características del autocuidado es que es un proceso voluntario, es una responsabilidad individual, que se apoya en un sistema formal de salud e informal/social. Tiene un carácter social ya que implica un grado de conocimiento y saber además de dar lugar a interrelaciones sociales. Estas prácticas siempre se desarrollan con la certeza que serán con un fin positivo y que mejorarán el nivel de salud. Por otro lado, se requiere un grado de desarrollo personal, esto es mediado por un conjunto de características como el

autoconcepto, autocontrol, autoestima, autoaceptación y resiliencia (Tobón, s.a.).

El autoconcepto es referido a las creencias sobre sí mismo que se manifiestan en la conducta, con ello van ligados otros dos conceptos que son la autoimagen que es el esquema mental de nuestra propia imagen corporal o autoeficacia que es la creencia en las propias capacidades para realizar lo que nos proponemos. La autoestima nace del autoconcepto y se forma a partir de la opinión de los demás sobre uno mismo. La autoaceptación se refiere al reconocerse a uno mismo con cualidades y limitaciones. El autocontrol hace referencia a la capacidad de la persona para controlar sus propias decisiones. Finalmente, la resiliencia es la capacidad humana de hacer frente a las adversidades y superarlas, pudiendo salir de la experiencia fortalecido o incluso transformado (Tobón, s.a.).

Los factores determinantes del autocuidado pueden ser internos, como los conocimientos y la voluntad, o externos/ambientales, ya sean de tipo cultural, político, económico, ambiental, familiar o social (Tobón, s.a.).

Para objeto de esta intervención, brindar entonces un espacio de Autocuidado se transforma en un objetivo fundamental para efectos de prevención.

### **3.4 Factores psicosociales de riesgo:**

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) plantea que los factores psicosociales en el trabajo se relacionan con el contenido, la organización y la ejecución de la tarea. Esto puede afectar tanto positiva como negativamente el bienestar y la salud del trabajador. Ante la exposición de situaciones de riesgo psicosocial, el trabajador puede tener consecuencias sobre su salud física y psicológica, además de afectar la organización y resultados de su trabajo (MINSAL, 2013a).

Entre las consecuencias a la salud física se puede mencionar hipertensión arterial, palpitaciones, cansancio, enfermedades cardiovasculares, tensión muscular, trastornos músculo esqueléticos; dificultades para dormir, trastornos psicosomáticos, trastornos médicos de diversos tipos como los de tipo respiratorios, gastrointestinales, entre otros. Entre las de tipo psicológico, se encuentran la depresión, ansiedad, irritabilidad, tensión psíquica, insatisfacción, desánimo, disminución de la capacidad del procesamiento de información y de respuesta, síndrome de Burnout, dificultad para establecer relaciones interpersonales y de asociatividad dentro y fuera del trabajo, falta de participación social, conductas relacionadas con la salud como estilos de vida no saludables, como por ejemplo fumar, consumo de alcohol y drogas lícitas o

ilícitas, sedentarismo que conllevan a las enfermedades crónicas no trasmisibles (MINSAL, 2013a).

En relación a las consecuencias sobre los resultados del trabajo y organización, se destacan el ausentismo laboral por masificación de licencias médicas, incremento de accidentes del trabajo, abusos y violencia laboral, personal con jornadas extensas sin productividad o personas físicamente presentes pero sin producir, aumento de costos de producción derivado de rotaciones de personal por despidos o por falta de fidelidad con la institución, disminución en el rendimiento, productividad y calidad, presencia de acciones hostiles contra la institución y falta de cooperación (MINSAL, 2013a).

Una de las estrategias de salud para la década 2011 – 2020 establecidas por el MINSAL dice relación con disminuir la incapacidad laboral por enfermedades profesionales en la cual considera a todos los trabajadores, independiente de su categoría ocupacional, tipo de contrato, dependencia laboral, edad o nacionalidad. La importancia de lo anteriormente nombrado se relaciona directamente con el impacto en el aumento de la productividad, crecimiento económico e indicadores de desarrollo humano (MINSAL, 2013b).

Bajo el contexto de esta intervención, la identificación y el estudio de los factores psicosociales de riesgo anteriormente descritos puede ayudar a tomar mejores decisiones terapéuticas durante el proceso.

### **3.5 Estrés Y Burnout:**

Algunos efectos que tiene el estrés en la salud y comportamiento humano son: hipertensión, úlceras, enfermedades de la piel, dolor de cabeza, arteriosclerosis, disfunciones reproductivas, enfermedades coronarias y respiratorias, y alteraciones en el nivel de linfocitos que pueden aumentar el riesgo de contraer cáncer. Otras dolencias que también se relacionan con el estrés y la ansiedad son la retención de fluidos, obesidad, síntomas psicósomáticos, además del aumento de depresión y suicidio. Por otro lado, la música tiene un efecto marcado en procesos fisiológicos específicos, cuyas variaciones funcionales pueden ser indicativas de ansiedad, tensión o estrés (Taylor, 2010).

Una encuesta acerca de la calidad de vida en la población chilena, señala que entre el año 2000 y 2006 la sensación de estrés en la población aumentó de un 34% a un 37% (Solé, 2011).

El estrés en los lugares de trabajo está directamente relacionado con el ausentismo laboral y la poca participación de los funcionarios. Estos se ven expuestos a una serie de situaciones que pueden producir estrés laboral, como son los turnos extras, sobrecarga laboral, exposición a riesgos biológicos, poco tiempo libre para estar con su familia, entre otros. Esto puede producir la somatización por carga emocional e incluso el síndrome de Burnout (Solé, 2011).

El Síndrome de Burnout se conceptualiza en 3 dimensiones:

- Agotamiento o cansancio emocional, es cuando el cansancio o fatiga se manifiesta psíquica o físicamente, dando la sensación de no poder entregar más de sí mismo a los demás.
- Despersonalización, es cuando se desarrollan sentimientos, respuestas y actitudes negativas y distantes hacia otras personas, especialmente a los que se benefician con su propio trabajo.
- Baja realización personal, es cuando no se puede dar sentido a la propia vida y logros personales, afloran sentimientos de fracaso y baja autoestima (Lee & Ramírez, 2011).



### **3.6 Teoría de Grupo de Irvin Yalom:**

La presente intervención se realizó en modalidad grupal, esta permite observar una serie de características individuales que se dan dentro de un grupo, por ejemplo el desarrollo las habilidades sociales, que como se nombró en párrafos anteriores, consiste en una práctica de autocuidado y en consecuencia una actividad preventiva. Irvin Yalom plantea once factores terapéuticos que pueden suceder en una terapia grupal, estos factores no necesariamente son agentes de cambio de manera independiente, sino que pueden ser facilitadores para algún otro proceso de cambio. Por otro lado, estos factores funcionan de manera grupal e individual dentro del grupo por lo que afecta de manera independiente a cada integrante (Larraín, 2010).

Los factores que plantea Yalom son los siguientes:

- Instalación de la esperanza:

La esperanza de mejorar es la que permite a los pacientes permanecer en terapia. La instalación de la esperanza es un factor en sí mismo terapéutico.

- Universalidad:

La universalidad se refiere a los elementos considerados positivos y negativos para la sociedad. La confirmación de no ser único en una situación o elemento

negativo determinado, produce un impacto en el tratamiento además de un alivio, ya que los elementos negativos tienen a ocultarse.

- Entrega de información:

Son los consejos, sugerencias o guía directa dada por el terapeuta u otro miembro del grupo, esto puede ser más o menos relevante para la persona ya que entender cómo funciona un fenómeno es un primer paso hacia su control.

- Altruismo:

Dice relación con sentirse necesario dentro del grupo, puede desarrollar la autoestima y favorecer la cohesión grupal sin necesariamente implicando un costo personal, puede incluso enriquecer la autoimagen.

- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario:

En una posible insatisfacción con el grupo familiar, se trabaja este elemento como experiencia correctiva explorando distintas formas de relación y modos expresivos.

- Desarrollo de habilidades sociales:

Este es un factor que se facilita en terapias de grupo ya que permite ensayar y mejorar habilidades sociales o cambiar hábitos que impiden un contacto social positivo.

- Comportamiento imitativo:

Son las actitudes que toman los miembros del grupo ya sea del terapeuta o de algún otro miembro del grupo, integrando nuevos aspectos de la conducta por medio del ejemplo.

- Aprendizaje interpersonal:

Es la experiencia emocional correctiva y se da por las interacciones entre todos los miembros del grupo, es clave identificar esta interacción y cómo afecta en el desarrollo de su problema.

- Cohesión grupal:

Es uno de los factores más importantes dentro del proceso de terapia, es la resultante de todas las fuerzas de cada integrante que permanece en el grupo.

- Catarsis:

La catarsis por sí misma no necesariamente conduce a cambios, pero si es un factor que facilita otros procesos que generan cambio.

- Factores existenciales:

Dicen relación con la comprensión y aceptación de realidades que no se pueden cambiar, dentro de estos factores se pueden reconocer cinco sentimientos los cuales son el reconocer que la vida puede ser injusta,

reconocer que no se puede escapar de sentir dolor en la vida o muerte, reconocer que no importa lo cerca que estemos de las personas ya que siempre tendremos que enfrentar la vida de forma personal, enfrentar situaciones básicas de la vida y muerte por ende vivirla con honestidad sin perder el tiempo en trivialidades y finalmente aprender a tomar la responsabilidad independiente del apoyo o guía de los demás (Larraín, 2010).

Dentro de un ámbito preventivo, el estudio de estos factores constituye parte fundamental para el análisis del desarrollo interpersonal y social de cada individuo y permite a su vez, delinear de mejor forma el trabajo terapéutico.

## IV. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO

### 4.1 Musicoterapia en prevención de enfermedades:

Este modelo se enmarca en el concepto de Salud Positiva. Pellizzari y Rodríguez (2005) plantean que en la Musicoterapia Preventiva se investiga y actúa sobre las problemáticas de la salud detectando indicadores psicosociales además de utilizar técnicas de sensibilización sonoro-musical. Trabaja con la población en situación de riesgo, esto quiere decir con “condiciones de vida, normas, valores, motivaciones o comportamientos que constituyen un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o verse afectado desfavorablemente por tal proceso” (p.83). Se centra en la identificación y estudio de signos o rasgos sonoros de riesgo psicosocial.

Esta disciplina surge a partir del cambio de las demandas hacia los Musicoterapeutas en los servicios de salud, entre ellas demandas por problemas de ansiedad, estrés, crisis vitales que producen cambios físicos y psicológicos como hijos, adolescencia o vejez. La Musicoterapia preventiva actúa potenciando los rasgos sanos de la(s) personas actuando frente a los factores de riesgo.

La Musicoterapia Preventiva se encuentra en la intersección de la Musicoterapia clínica y la Musicoterapia social, abarca la prevención primaria, secundaria, terciaria, tratamiento y rehabilitación del campo clínico y la prevención primaria del campo social.

El Musicoterapeuta preventivo se puede insertar en proyectos cuya finalidad sea actuar sobre las redes sociales de apoyo como la familia, lugar de trabajo, entre otros, generando “una apertura a la participación, construyendo lugares de posible intercambio social a través de la música y lo sonoro” (Pellizzari & Rodríguez, 2005, p.111), donde se hace posible un encuentro físico/real con la música, ya sea con improvisaciones, movimiento y canto grupal, y un encuentro psíquico con la creatividad, dignidad y expresividad. Gauna (1996) plantea que el hecho de hacer más intensa la estructura expresiva del yo, frenar la dinámica estereotipada de la patología, desbloquear una traba afectiva, potenciar la capacidad de prever situaciones traumáticas, la posibilidad de generar nuevas representaciones y movilizar los objetos hacia una actividad creativa, hace que la musicoterapia en sí misma sea una actividad preventiva.

## **4.2 Expresividad y núcleos de salud:**

Si se quiere realizar una intervención basada en la salud de los participantes y no en la enfermedad es fundamental entender los conceptos descritos a continuación.

Gustavo Gauna (1996) afirma, “la personalidad expresiva es aquella característica particular, personal, definida, que cada sujeto posee y utiliza consciente o inconscientemente” (p.31), es un modelo identificable del conjunto de permanencias de la expresividad en la persona, diferenciando los objetos internos con los objetos y sujetos externos, estas permanencias además se estructuran en elementos propios del lenguaje musical, como las duraciones, cadencias, alturas, entre otras. Todos los procesos de musicoterapia tienen como objetivo ir enriqueciendo la personalidad expresiva, por lo tanto, una de las tareas del musicoterapeuta es aprehender el modelo de la personalidad expresiva de la persona.

Los núcleos enfermos en la patología restringen la personalidad expresiva, por lo que el musicoterapeuta debe movilizar tanto lo psíquico como lo corporal, musical, rítmico y lo sonoro en la persona, es decir, movilizar la emotividad. Así, como plantea Gauna (1996), se desarrolla “un progresivo despliegue de actitudes que involucran el esfuerzo intelectual y las lógicas

estructurantes de un discurso que, desde su inicio apunta al propio reflejo y, en este sentido, a la propia salud y bienestar” (p.35).

El lugar donde se desenvuelven estas asociaciones sonoras con el mundo simbólico de la persona es generador de procesos para la salud o núcleos de salud, en un comienzo tomando nota de que existen y luego desarrollando un sistema para que ésta logre confiar en dichos núcleos. Esto quiere decir que desde que aflora un núcleo de salud, se trabaja mediante la expresividad dándole otro sentido a la construcción de los gestos, actos y cosas. Es otorgar un sentido a lo propio, se vive como existente, se reconoce comunicándose y se despliega concretándose en el accionar de la persona en el mundo. El Musicoterapeuta reconoce y propone un reordenamiento mediante la expresividad de cada persona.

Ampliar los recursos propios y mitigar los núcleos enfermos conforman en sí mismo una actividad autocuidado y por ende una actividad preventiva de enfermedades.



## **V. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO**

### **5.1 Instalación proceso de práctica:**

Antes de entrar al proceso de práctica en sí, cabe destacar que el proceso Musicoterapéutico fue guiado por 2 practicantes, intercambiando roles de terapeuta y co-terapeuta según el orden de las sesiones, una de las practicantes era parte del Hospital desempeñándose con el cargo de Enfermera. Esto fue importante al momento de abrir el espacio para la musicoterapia en esta institución, debido a que se tuvo conocimiento específico de las personas encargadas, y se pudo hacer un trabajo de difusión fluido dentro de esta misma.

En un comienzo se intentó hacer una intervención con personas con Parkinson pero por motivos externos no se pudo lograr de forma exitosa. Pese a esto, el personal del HCSBA ya tenía conocimiento de que se estaban realizando sesiones de Musicoterapia.

Se procedió a realizar 3 reuniones, en una primera instancia fue con una Técnico Paramédico encargada de representar a los funcionarios en la institución, en una segunda instancia con las Enfermeras del HCSBA y en una tercera instancia con el personal Administrativo y Paramédico, esto por la

dificultad de reunir a todos en el mismo horario. El objetivo de estas reuniones fue ofrecer la Musicoterapia como herramienta de prevención de enfermedades y captar participantes. Se le entregó a cada uno de los posibles participantes un consentimiento informado donde se explicaba los detalles de la intervención, sus derechos y deberes (ver anexo I).

## 5.2 Recursos humanos:

Los recursos humanos de esta intervención lo compone el grupo de trabajo constituido por un tutor, un supervisor y los 2 practicantes, en la siguiente tabla se detalla el cargo y la función de cada uno.

**Cuadro 1: Cargo y función del equipo de trabajo**

Tipo	Cargo	Función
Tutor	Neurólogo	Representante de la institución y facilitador de recursos materiales y humanos dentro de la institución.
Supervisor	Musicoterapeuta	Representante de la Universidad de Chile y guía del proceso.
Practicantes	Estudiantes de Musicoterapia	Terapeuta y co-terapeuta en la intervención.

### **5.3 Conformación y aproximación diagnóstica del grupo:**

El grupo se conformó de la siguiente forma:

- Nueve participantes
- Sexo femenino.
- Adulto joven, adulto maduro y adulto mayor.
- Tiempo de desempeño en la institución: desde 4 meses a 34 años.
- Distintos estamentos tales como: Técnicos Paramédicos, Enfermeras y Administrativos.

De las nueve participantes hubo una de cargo administrativo que no pudo continuar en sesión debido a traslado de lugar de trabajo, se retiró a la 4° sesión. Sólo se inscribieron participantes de sexo femenino. El rango etario estaba distribuido entre 1 adulto joven, 6 adultos maduros y 1 adulto mayor. Esto tomó relevancia en la dinámica de los comentarios y reflexiones después de cada actividad, las personas que eran mayores tomaron un rol de consejera o voz de la experiencia que será descrito en el análisis del proceso. Los estamentos también estaban distribuidos. En uno de los casos una participante era jefa directa de otro miembro del grupo.

Durante las visitas constantes realizadas a la institución, el mismo personal se acercó preguntando si es que era posible realizar Musicoterapia

para los trabajadores del Hospital. Este fue un primer indicador de que existía una necesidad por parte de los funcionarios.

Se realizó una reunión con una Técnico Paramédico quien era parte de una comisión encargada de velar y resolver los problemas de los funcionarios dentro del Hospital. En esta reunión se le explicó en qué consistía la Musicoterapia, desde definiciones hasta tipos de enfoques. A su vez, ella plantea una problemática que actualmente se estaba tratando en la comisión referida al ausentismo laboral. Plantea que los funcionarios estaban pidiendo muchas licencias médicas por enfermedades derivadas del estrés. Esto se estaba transformando en un problema para la institución y para ellos mismos ya que debían conseguir reemplazos los cuales en muchas ocasiones eran realizados por ellos mismos cubriendo el lugar del trabajador ausentado, produciendo una sobrecarga de trabajo.

Cuando se les consultó a las participantes por las expectativas y motivaciones por integrarse en Musicoterapia, surgieron frases como “el gusto por la música, liberar tensiones, bajar la ansiedad a través de algo nuevo, relajo, dejar las tensiones del día a día, del trabajo y la casa, expresar sentimientos, interactuar, compartir, conocer gente nueva, sentir compañía, tomar decisiones”.

Tomando en cuenta la reunión con la Técnico Paramédico, los indicadores entregados por los funcionarios y las expectativas expuestas por las participantes, se planteó la siguiente idea:

- El ausentismo laboral en funcionarios del HCSBA es consecuencia de las enfermedades derivadas del estrés, la cuales pueden deberse al exceso de trabajo, malas relaciones interpersonales entre los trabajadores, disconformidad con la autoridad y poco tiempo de calidad para compartir en familia.

#### **5.4 Objetivos:**

##### **5.4.1 Objetivo general:**

Ofrecer un espacio de autocuidado a las participantes bajo una perspectiva de salud positiva.

##### **5.4.2 Objetivos específicos:**

- 1.- Potenciar la expresividad y núcleos sanos de los participantes.
- 2.- Adquirir técnicas y/o recursos para reducir los factores psicosociales de riesgo.

3.- Desarrollar la observación de los estados emocionales.

### **5.5 Plan de trabajo:**

La intervención de Musicoterapia con funcionarios del HCSBA tuvo lugar desde el 13 de Junio hasta el 12 de Septiembre del 2014. Las sesiones se realizaron los días viernes de 16:00 a 18:00 hrs. El lugar seleccionado fue la sala de espera de la Unidad de Neurocirugía – Neurología ubicada en el Zócalo o piso -1 del edificio.

La supervisión se realizó los días miércoles de cada semana a las 17:00 hrs. Desde el inicio de la práctica. En ella se realizaban los reportes verbales y escritos de cada sesión, además de analizar los videos de la sesiones con el fin de poder formular de mejor manera los objetivos emergentes de las sesiones y analizar el desempeño de los terapeutas. Se realizaba una intervisión como describe Ferrari (2013) entre practicantes posterior a la sesión y durante la semana para llegar a la supervisión con reflexiones previas y problemáticas definidas. Se utilizaron técnicas activas y receptoras de musicoterapia dependiendo del objetivo de la sesión y etapa del proceso.

De acuerdo de lo descrito en el marco teórico, la prevención de enfermedades se puede enmarcar dentro del concepto de salud positiva. Desde

esta perspectiva, basado en la aproximación diagnóstica, se decidió realizar un trabajo enfocado en el autocuidado, potenciando los recursos propios, poniendo énfasis en los núcleos sanos, identificando los principales factores de riesgo y entregando herramientas para manejar la carga laboral. Todo lo anterior dentro de un espacio seguro para desarrollar la personalidad expresiva y la observación de los estados emocionales. Por otra parte, a medida que fueran avanzando las sesiones, se tomaría y desarrollaría objetivos emergentes de cada sesión.

#### **5.6 Criterios de Evaluación:**

Para evaluar los cambios, avances y el cumplimiento o no de los objetivos de esta intervención se utilizaron una serie de criterios y herramientas cualitativas que facilitó la recopilación de esta información.

En una primera sesión se consultó a las participantes del grupo sobre sus expectativas y motivaciones para incorporarse a Musicoterapia. Esto entregó datos personales de cada integrante acerca de su situación actual laboral, familiar, emocional, física, entre otros, previo el inicio del proceso.

Por otro parte, cada sesión fue grabada y anotada con el fin de registrar, analizar y supervisar semanalmente lo acontecido. Los parámetros a observar

fueron la musicalidad, expresividad, núcleos de salud, relación con los instrumentos, relación entre los miembros del grupo, relación con los terapeutas, relación entre terapeutas, lenguaje no verbal, corporalidad y lenguaje verbal. Evaluar este tipo de parámetros permitió comparar la relación entre los acontecimientos musicales/corporales y verbales de cada participante durante cada sesión y etapa del proceso musicoterapéutico.

Finalmente un mes tras finalizado el proceso, se hizo entrega a las participantes una encuesta (ver anexo II), donde se le harían preguntas relacionadas con los objetivos del proceso. La encuesta fue realizada un mes finalizado el proceso para que las participantes tuviesen tiempo de relacionarse consigo mismas, su familia, entre ellas, la institución, además de depurar ideas y reflexiones finales acerca de lo vivido en proceso.

### **5.7 Encuadre Musicoterapéutico:**

El encuadre es el conjunto de elementos que permanecen estables y permiten visualizar un proceso terapéutico, Karina Ferrari (2013) define el encuadre como el primer paso que debe dar un Musicoterapeuta antes de comenzar un proceso con el fin de favorecer el trabajo. Nada de lo ocurre dentro de este encuadre será de forma aleatoria o casual, y estará netamente controlado por el Musicoterapeuta. En el caso particular de esta intervención el



encuadre no fue del todo estable u óptimo, al ser realizado en una institución pública de salud donde nunca se había realizado una intervención de estas características, hubo un periodo de adaptación por parte del personal del hospital hacia el uso del espacio utilizado para este fin, por lo que el encuadre tomó un rol importante dentro de las sesiones. Estas variables inestables que se dieron por el contexto institucional donde se realizó esta práctica, fueron previamente conversadas con el grupo con el fin de hacerlas parte del encuadre, así evitar situaciones incómodas o de sorpresa que podrían interrumpir un normal desarrollo de las sesiones.

Según describe Ferrari (2013), dentro del encuadre se encuentra la constante espacial, la periodicidad y duración de la intervención, el set instrumental y técnico, la orientación teórica del profesional, los honorarios y supervisión e intervención.

Si bien se definen una serie de variables, para este proceso de práctica se definirán sólo las constantes espaciales, periodicidad/duración y set instrumental/técnico.

### **5.7.1 Constante espacial:**

La constante espacial bajo los parámetros de Ferrari, fue de tipo cerrado dado que en el lugar de terapia sólo participaba el grupo y los terapeutas, e institucional ya que el grupo era atendido dentro del mismo Hospital. El lugar fue la sala de espera de Neurocirugía – Neurología del HCSBA ubicado en piso -1. El lugar establecido si bien era óptimo en relación a las dimensiones de la sala, no lo fue en privacidad. Los terapeutas utilizaban papel kraft para cubrir la puerta de entrada que era de vidrio. Aun así, hubo ocasiones en que personas se asomaron, esto fue notado algunas veces por el grupo por lo que el co-terapeuta tuvo que solucionar la situación para que el terapeuta no interrumpiera la sesión.

Por otro lado, el espacio era colindante con oficinas de atención de Neurocirugía – Neurología, por este motivo hubo que hablar en reiteradas ocasiones con los médicos para que se retiraran antes de comenzar la sesión. Para las participantes, uno de los elementos más importantes fue la privacidad, era de suma importancia que se cumpliera lo estipulado en el consentimiento informado, cuando estas situaciones ocurrían, la sesión se interrumpía por parte del grupo y era el co-terapeuta quien era el encargado de solucionarlo. Eso ocurrió así hasta la etapa de desarrollo del proceso. Cuando ya hubo más confianza entre los miembros de grupo, estos pedían que la sesión empezase

sin importar que la persona de cargo administrativo tuviese que salir, una vez que esta lo hacía, la sesión ya no se interrumpía y seguía su transcurso normal.

Otra situación que se daba en el inicio del proceso, era que el grupo esperaba afuera de la sala hasta que esta estuviese preparada. Esto también varió en la etapa de desarrollo del proceso, ya que el grupo aunque la sala no estuviese lista, entraban y ayudaban con el orden y preparación de esta. Esto coincidió con comentarios durante las verbalizaciones que hacían alusión al sentirse seguras en el espacio, reconociéndolo como un espacio propio.

La distribución de la sala de trabajo se mantuvo estable durante todo el proceso, se utilizaron sillas dispuestas en forma circular que se retiraban para las actividades de inicio de sesión en caso de ser necesario, los instrumentos se colocaban al centro de este círculo a excepción de un par de sesiones donde se colocaron en un mesón dado el objetivo específico de esta. Las sillas de la sala de espera se apilaron siempre en un mismo lugar, esto delimitaba también el espacio de acción de las participantes como se ve en la Figura 1.



*Figura 1.* Distribución del espacio sin instrumentos musicales.

### **5.7.2 Periodicidad y duración de la intervención:**

El periodo de práctica se extendió durante los meses de Junio a Noviembre, completando un total de 13 sesiones. Las sesiones se realizaban los días viernes desde las 16:00 a las 18:00 hrs. Dada las circunstancias descritas en punto anterior el horario de comienzo de sesión se veía retrasado por variables externas tales como personas externas ya sea médicos, enfermeras o administrativos hicieran abandono de los espacios continuos a la

sala utilizada para terapia o retraso de las participantes debido a solicitudes y exigencias por parte de sus superiores.

Hubo ocasiones donde el día de sesión varió por feriados o vacaciones de las participantes y tuvo que ser cambiado. Generalmente este se recuperaba el día martes o miércoles de esa misma semana o la semana siguiente para no perder la continuidad del proceso, una de las desventajas que recuperar otro día de semana fue que no todas las participantes podían asistir, ya que el horario de salida de lunes a jueves en el HCSBA es a las 17:00 hrs. Horario en el cual al menos 2 de ellas debían ausentarse. Esto se conversaba previamente con el grupo y se organizaba de tal manera que las participantes no se perdieran alguna actividad importante. En estos casos se realizaban sesiones dobles, las cuales consistían en dividir una actividad principal en 2 sesiones, donde se les daba la posibilidad a los miembros del grupo que iban a faltar a participar cuando estuviesen presentes.

### **5.7.3 Set de instrumentos musicales:**

El set de instrumentos musicales y técnicos fue aportado en su totalidad por los practicantes ya que en el HCSBA, al ser una la primera vez que se realizaba una intervención de Musicoterapia y ser una práctica no remunerada,

no contaba con materiales acorde la experiencia. Estos contemplaban instrumentos de percusión e instrumentos melódicos.

De esta manera, el set instrumental en su totalidad se conformó de la siguiente manera:

- Bombo legüero
- Palo de agua
- Afuche
- Triángulo
- Cencerro
- Trueno
- Wankara
- Jam block
- Pandero
- Metalófono
- Toc-toc
- Huevitos
- Kalimba
- Sonajero
- Multitono
- Pezuñas
- Darbuka
- Flauta
- Caja china
- Kultrún
- Pifilca

#### **5.7.4 Set técnico:**

El set técnico lo conforman todos los materiales no musicales que se utilizaron dentro de las sesiones. Se utilizó una cámara digital para registrar las sesiones y utilizarla en supervisión, esto fue anunciado y descrito en el consentimiento informado.

Sólo la cámara, trípode y sillas se mantuvieron estables durante la totalidad de las sesiones, los demás materiales fueron variando según actividad. De esta manera, el set técnico se conformó de la siguiente manera:

- Cámara fotográfica
- Trípode
- Camilla
- Mesón
- Reproductor mp3
- Parlantes
- Ventilador
- Sillas
- Cartulinas
- Revistas
- Plumones
- Témpera
- Lápices de cera
- Pinceles
- Globos
- Pegamento

### **5.8 La sesión de musicoterapia:**

Previo la sesión de musicoterapia, los musicoterapeutas preparaban el encuadre espacial donde se realizaba la sesión de manera que esta quedara en óptimas condiciones. Para esto se empapelaba la puerta de vidrio para evitar que personas se asomaran, se apilaban las sillas de la sala de espera, se colocaba un ventilador ya que la sala donde se realizaba no tenía ventilación, se ponían sillas en círculo, los instrumentos y/o equipo de música se colocaban al centro, en un mesón o al costado dependiendo del objetivo y la actividad de la sesión. Como se dijo anteriormente, en un comienzo las participantes esperaban afuera a que la sala estuviese lista para entrar, y a medida que empezaron a reconocer el espacio como propio ayudaban de forma voluntaria a esta tarea. El primer contacto terapeuta/participante siempre fue el saludo.

La duración de las sesiones fue de aproximadamente una hora y media. Se comenzaba entre 16:00 – 16:30 y finalizaba máximo a las 18:00 hrs.

La sesión siempre tendría un inicio, desarrollo y cierre. Esto fue previamente establecido por terapeutas y supervisor a modo de mantener una estructura definida. Esto proporciona estabilidad para el quehacer de los terapeutas y los participantes, permite una mejor visualización de los elementos surgidos en la sesión.

La sesión entonces, se configuró de la siguiente forma:

- I. Inicio: Esta etapa comenzaba con el saludo entre los participantes y con los terapeutas, se consultaba cómo había estado la semana y si habían reflexionado acerca de la sesión anterior, se le pedía a las mismas participantes que le explicaran a las que habían faltado lo de las actividades realizadas y qué había sucedido. Esto ayudaba a conocer las reflexiones de cada participante una semana después de realizada la sesión. Luego se procedía a realizar una actividad de caldeamiento o preparación al trabajo de fondo que se realizaba en el desarrollo. Esta actividad dependía del objetivo que se perseguía en cada etapa del proceso. Luego de esto se verbalizaba acerca de la experiencia vivida. El tiempo variaba entre unos 15 a 20 minutos.
  
- II. Desarrollo: Instancia donde se realizaba la actividad principal de la sesión, es la que tomaba la mayor cantidad de tiempo, este oscilaba



entre 35 a 40 minutos. Esta actividad dependía del objetivo general de cada sesión. Cada actividad finalizaba con una verbalización. Bajo la mirada de la música en terapia, esta verbalización tuvo el mismo valor y entregó la misma cantidad de información que las actividades musicales. El tiempo de actividad/verbalización fue variable.

- III. Cierre: Espacio donde se realizaba reflexiones finales, resumiendo lo vivido en la sesión, además, se consultaba por las expectativas de la próxima sesión. Se les recordaba pensar en lo vivido durante la semana para que pudiesen compartirlo en la sesión siguiente. Luego la sesión se daba por terminada y se despedían.

### **Cuadro 2: Resumen sesión musicoterapia**

Inicio	Saludo, sensaciones sesión anterior, actividad, verbalización.
Desarrollo	Actividad, verbalización.
Cierre	Resumen de lo vivido, expectativas próxima sesión, despedida.

## **5.9 Etapas y análisis del proceso musicoterapéutico:**

El proceso terapéutico se dividió en 3 fases las cuales son inicio, desarrollo y cierre. La etapa de inicio fue realizada en 4 sesiones, el desarrollo duró 6 sesiones y el cierre se hizo en 3 sesiones. Por otro lado, el análisis de las sesiones se dividió según objetivos de cada etapa, descripción, hitos/emergentes, expresividad/musicalidad y cohesión/contención. Estos elementos en su conjunto y observados en perspectiva permiten visualizar el cumplimiento o incumplimiento de los objetivos a lo largo del proceso.

### **5.9.1 Inicio:**

Kenneth Bruscia (2007) define esta etapa como “parte del proceso terapéutico en el cual se involucra y observa al cliente en diversas experiencias musicales con el fin de comprenderlo mejor como persona, y para identificar cuáles son los problemas, necesidades y preocupaciones que el cliente lleva a la terapia” (p. 24). Gustavo Gauna (2009) afirma que el objetivo de esta etapa es “reconocer cuáles son los parámetros sobre los cuales se construyó el discurso del padecimiento y enunciar alternativas en su posible desconstrucción estética” (p, 104), por otra parte propone como parte fundamental de este proceso el generar un espacio para dos o vínculo con la persona y apoyar la expresividad de esta sonoramente.

#### **5.9.1.1 Objetivos de esta etapa:**

En esta etapa los principales objetivos de la intervención fueron conocer los rasgos psicológicos, musicalidad, expresividad, corporalidad, historia de vida de los integrantes del grupo y generar vínculo entre el terapeuta y los integrantes del grupo como objetivo transversal de todo el proceso.

#### **5.9.1.2 Descripción:**

En los inicios o caldeamientos de cada sesión se plantearon actividades enfocadas a la cohesión grupal, además de realizar diferentes tipos de relajación y actividades corporales para observar la respuesta a estas y comenzar a entregar herramientas que pudiesen utilizar en su vida cotidiana.

En una primera sesión se le consultó acerca de sus expectativas. Además, se dan a conocer nuevamente los parámetros y el encuadre del proceso, con el fin de hacer consciente de los parámetros constantes y las posibles inconsistencias de este, producto de factores externos que pudiesen afectar el normal desarrollo de la sesión.

Las dos primeras sesiones se realizaron caldeamientos de relajación, primero con música envasada y luego con música en vivo, se utilizó una

Kalimba para este fin, desarrollando una melodía estable en ritmo y motivos melódicos. Corporal y verbalmente las participantes demostraron satisfacción y sensaciones de relajación.

Durante las verbalizaciones, se observa una gran capacidad de análisis de parte de las participantes, surgen temáticas familiares, personales y laborales.

Los caldeamientos de la tercera y cuarta sesión fueron de tipo corporal. Se observó diferencias en comparación con el trabajo de relajación, las participantes demostraban mayor ánimo y energía al enfrentar la actividad de de fondo con actividades corporales más que con actividades de relajación.

Las actividades realizadas durante las primeras cuatro sesiones fueron: exploración de los instrumentos, improvisación con consigna de polaridades, trabajo con globos y cuento sonoro respectivamente.

#### **5.9.1.3 Hitos/Emergentes:**

Un primer hito se da durante la verbalización al inicio de la tercera sesión, una participante da cuenta de la necesidad de realizar cambios en su vida, reflexiona acerca del hecho de asistir a musicoterapia, cuenta que “es un

escape, una experiencia nueva, he aprendido que con la respiración puedo pensar tranquila, sentir más los sentidos, escuchar más, me permito hacer cosas que antes no hacía y de mejor manera, lo que más he aprendido hasta este momento es a respirar mejor y le he sabido sacar provecho”. Esto da cuenta de los primeros resultados producto de las relajaciones, las cuales se realizaron con el objetivo de entregar herramientas que pudieran incorporarlas a su vida cotidiana. Se registra por primera vez que una participante está llevando a cabo una práctica de autocuidado, lo cual tiene relación con el objetivo general de esta intervención y con el segundo objetivo específico. Agrega también “estoy viva y no soy sólo yo la que tiene problemas, son todos, eso es importante, todos somos un conjunto, cada uno tiene una vivencia y todas son valederas”. Podemos observar una mayor confianza y entrega hacia el grupo identificándose con el resto de las problemáticas, lo que Yalom define como universalidad.

#### **5.9.1.4 Expresividad/Musicalidad:**

Durante la primera sesión, al momento de presentarse entre ellas, algunas lo hacen de forma lúdica produciendo risas entre las participantes, esto da cuenta de la personalidad expresiva, la forma de relacionarse en grupo y las habilidades sociales de cada participante.

En las primeras actividades de desarrollo se presentan los instrumentos, las participantes y se les pide que los exploren. Se dan las primeras impresiones respecto a los instrumentos con frases como “este instrumento me relaja mucho”. Se observa una clara capacidad exploratoria y personalidad expresiva esta vez desde la manipulación de los instrumentos, se hacen preguntas entre ellas, ríen y comparten. Específicamente en una participante se observa un cambio significativo desde la primera sesión, ya que la primera vez que se acercó a un instrumento lo hizo de forma tímida, prácticamente no tocó durante la primera improvisación dedicándose a observar, durante la segunda sesión se observó una manipulación completa del instrumento, jugando con ritmos, dinámicas y melodías. Se observa musicalidad de parte del grupo. Al dar consignas específicas, eligen un instrumento en particular y lo tocan de determinada manera para representar de mejor forma la instrucción dada.

#### **5.9.1.5 Cohesión/Contención:**

Durante las primeras sesiones, cuando una participante llegaba tarde a sesión los demás miembros demostraban su preocupación y consultaban que había sucedido, esto es un primer acercamiento hacia la cohesión grupal.

Al finalizar la experiencia de relajación al inicio de la segunda sesión, se observa en el grupo una actitud pensativa e introspectiva, se produce una

primera instancia de catarsis, surge el llanto por parte de una integrante a lo que el grupo responde en silencio y mirando hacia el suelo como no queriendo indagar en lo sucedido. La actitud de las participantes fue interpretada por el terapeuta como una forma de contener aún no desarrollada por las participantes al ser la primera vez que ocurría una situación de estas características. Podemos observar el primer acercamiento del grupo frente a situaciones de catarsis, además da cuenta los modos expresivos de cada participante frente a distintas situaciones de movilización afectiva y emocional.

Durante esa misma sesión se da una segunda situación de catarsis. Surge el llanto de parte de dos participantes, esta vez luego de la primera actividad de desarrollo la cual consistió en una improvisación con la consigna de polaridad, coincidentemente las participantes involucradas trabajaban en la misma área dentro del hospital siendo una jefa de la otra. Esta vez se observó preocupación y cariño, a diferencia de la primera situación descrita en el párrafo anterior. En esta ocasión se observa al grupo mirando a los integrantes involucrados, conteniendo, escuchando atentos e incluso opinando, dando consejos a través de la experiencia personal, lo que Yalom denomina como universalidad y altruismo. Al finalizar esta segunda sesión surgen abrazos espontáneos de parte del grupo hacia la integrante involucrada con la situación descrita anteriormente. Esto nos da cuenta de un grado de confianza y se empieza a hacer más visible la cohesión grupal.

Durante la tercera sesión una participante anuncia su salida, el grupo responde dándole su apoyo con frases como “todo cambio es para mejor”. Se realiza una verbalización respecto a las sesiones anteriores donde las participantes empiezan a contar asuntos personales y problemáticas relacionadas con la familia. Esto permite observar más confianza entre el grupo y hacia los terapeutas. Se dan instancias de interrupciones de la sesiones por terceros lo que enfoca la conversación hacia la importancia de mantener el espacio propio bajo los parámetros de privacidad establecidos, esto demuestra un primer acercamiento hacia reconocer el espacio como lugar seguro.

En los caldeamientos realizados en la tercera y cuarta sesión se realiza un trabajo corporal, esta vez se realiza una conciencia corporal de pie y con movimiento. Durante estas surgen abrazos espontáneos, se toman las manos, se ríen, bailan entre sí al recorrer de pie el espacio de terapia. Durante las verbalizaciones de esta surgen frases como “complemento, relajante, buenas vibras”. Se realizó actividad corporal con globos durante la actividad de desarrollo de sesión donde surgieron frases como “me gustó la confianza, se siente confianza, me puedo expresar, cuando se apreta con el globo se transmite y algo se suelta, fue lúdico, me transportaba, me sentía niña, libre, nos compenetramos y nos contuvimos, me pude expresar sin importar quien estuviese al lado”. Dentro de los títulos que le pusieron a la actividad surgió “viaje a la contención”. Se puede observar mayor cohesión de grupo y



modalidades expresivas que es uno de los objetivos fundamentales de esta etapa. Permite observar además los núcleos sanos de cada participante para trabajarlos bajo estas mismas modalidades expresivas. Esto tiene que ver con el primer objetivo específico, el cual dice relación con potenciar la expresividad y núcleos sanos de las participantes.

Durante la cuarta sesión surgieron otras problemáticas personales donde el grupo se observó más cohesionado al momento de contener a alguna participante, se decide por parte de los terapeutas empezar a realizar actividades en grupos separados para dar paso a la etapa de desarrollo del proceso.

## **5.9.2 Desarrollo:**

### **5.9.2.1 Objetivos de esta etapa:**

La etapa de desarrollo fue la etapa más larga del proceso comprendiendo un total de 6 sesiones. Las actividades que se realizaron fueron con el objetivo de promover la confianza y cohesión grupal, ofrecer un espacio de autocuidado donde las participantes pudiesen desarrollar su personalidad expresiva de forma óptima, identificar los núcleos sanos y crear un espacio seguro donde las participantes pudiesen desarrollar la observación de los

estados emocionales. Los elementos a observar fueron la musicalidad, corporalidad, verbalizaciones, vínculo con el espacio, entre ellas y con los terapeutas.

### **5.9.2.2 Descripción:**

Durante esta etapa se realizaron actividades que requirieron un mayor tiempo de realización, por lo que estas fueron divididas en 2 sesiones.

En la primera sesión de esta etapa, se realiza un caldeamiento de relajación concentrándose en la respiración, esto no tuvo buenos resultados para preparar el trabajo que se realizaría en el desarrollo de la sesión, ya que las participantes quedaron en un estado somnoliento debido a la carga laboral y el cansancio acumulado de la presente semana, recordemos que las sesiones se realizaban en el horario de salida del día viernes. Se decide después de esto no realizar más relajaciones ya que esto puede ser contraproducente en esta etapa del proceso. En la segunda sesión de esta etapa se realiza un caldeamiento de tipo corporal, esto tuvo gran repercusión en las participantes y la dinámica posterior de la sesión.

En la primera y segunda sesión de esta etapa, se realizó un trabajo de improvisación con la consigna del solista y su banda, donde una participante

elegía un instrumento que la representara y el resto del grupo la acompañaba, con el objetivo de observar con mayor claridad el vínculo con los instrumentos y la musicalidad de las participantes.

Durante la tercera y cuarta sesión de esta etapa se realizó la actividad de baño sonoro, con el objetivo de observar la musicalidad, expresividad y vínculo entre las participantes bajo la consigna de dar y recibir.

Finalmente en la quinta y sexta sesión de esta etapa se realizaron improvisaciones donde el grupo define un instrumento a cada participante según personalidad y visión personal, con el objetivo de promover la cohesión grupal y observar las características personales del grupo desde la mirada de las participantes a través de su musicalidad y formas expresivas.

### **5.9.2.3 Hitos/Emergentes:**

Durante las primeras sesiones de esta etapa, una de las participantes da cuenta de una situación de la vida cotidiana donde se vio reflejado un cambio de actitud producto del trabajo de musicoterapia. Esto es corroborado por las demás participantes. Se observa un interés por parte de la participante de llevar a cabo una práctica de autocuidado y por consiguiente de prevención, esto tiene relación con el objetivo general del proceso.

Durante los caldeamientos se realizan actividades corporales de miradas, surgen abrazos y risas espontáneas entre las participantes y hacia los terapeutas. En este hito se puede observar el fortalecimiento del vínculo entre las participantes y los terapeutas.

Durante la actividad de baño sonoro, surge una temática personal profunda de parte de una participante. Esto da paso a reflexiones tales como “antes no me atrevía a abrazarlas, ahora lo hago bien apretado y les digo te quiero, ha cambiado la percepción de las que estamos acá, nos vemos como somos, de igual a igual, nos preguntamos cosas que hace un mes no lo hacíamos, esto puede deberse a que firmamos un pacto de silencio, de aquí no sale, este cariño quedo como una familia de aquí, como confianza, se conoce otra faceta”, por otro lado una participante comenta “es bueno que compartir con ustedes y conocer porque yo estoy encerrada entre 4 paredes”, una participante agrega refiriéndose a los terapeutas “la manera como ustedes nos entregan, esa energía, hace que uno se suelte y libere, la música también relaja harto”. De estas reflexiones se puede observar la creación de un vínculo profundo entre las participantes, con los terapeutas, con el espacio de sesión que reconocen como propio y seguro y con la música. Esto favorece la cohesión grupal, se puede observar también el desarrollo de habilidades sociales y expresividad de parte de las participantes, se identifican núcleos sanos y una red de apoyo por parte de las integrantes. Se dan dinámicas de

concejos, algunas participantes asumen el rol de voz de la experiencia para con las más jóvenes del grupo. El hecho de formar una red apoyo entre los miembros del grupo fortalece las relaciones interpersonales de las participantes y como consecuencia minimiza los factores psicosociales de riesgo.

Por otro parte, las participantes dan cuenta además cambios significativos e instalación de prácticas de autocuidado en su vida cotidiana producto de la relación con los instrumentos. Comparan la forma de relacionarse con la vida en la cotidianidad es lo mismo que sucede cuando se relacionan con los instrumentos. Una participante opina que “uno con los instrumentos adquiere más seguridad, ahora tengo otra perspectiva de la vida”.

#### **5.9.2.4 Musicalidad/Expresividad:**

Durante la primera sesión de esta etapa, en la improvisación musical se observó una preocupación en elegir el instrumento conforme la consigna, en su mayoría verbalizó que costó sacarle el sonido que querían. Observamos que la musicalidad también fue a momentos sólo pensada y poco emocional con el fin de lograr la consigna de forma correcta.

Durante la segunda sesión de esta etapa, se observa un cambio en las modalidades expresivas y reflexiones profundas de temáticas personales, se

observan más activas al momento de improvisar y verbalizar, esto se vio influido en parte por el tipo de caldeoamiento en comparación con la sesión anterior, ya que esta vez fue de tipo corporal en vez de relajación.

Durante la tercera y cuarta sesión de esta etapa, durante la actividad de baño sonoro se observa un avance en la musicalidad y relación con los instrumentos de las participantes, al momento de improvisar lo hacen de forma inmediata, explorando los instrumentos de la mejor forma que pudiese representar lo que se quería entregar al miembro que se encontraba en la camilla.

En la quinta y sexta sesión se observa un grado de musicalidad y manipulación de los instrumentos más depurado.

#### **5.9.2.5 Cohesión/Contención:**

En la primera y segunda sesión de esta etapa, durante las verbalizaciones surgen temáticas personales donde el grupo contuvo de forma verbal, esto tiene relación con elementos referentes a la cohesión y contención grupal.

Ya en la tercera y cuarta sesión del proceso, surgen diversos tipos de experiencias personales, se da nuevamente una situación de catarsis y llanto por parte de algunas participantes. El grupo esta vez contuvo de forma verbal y física en cada una de estas situaciones.

En la quinta y sexta sesión, se observa también un fortalecimiento de la confianza entre los miembros del grupo. Esto se pudo observar durante la elección del instrumento por parte del grupo a cada una de las participantes, donde cada una pudo decir qué es lo que veía y qué sensación le producía la otra persona.

Al finalizar esta etapa las participantes ya se despedían después de cada sesión con abrazos entre ellas y con los terapeutas, lo que corrobora el fortalecimiento de vínculo.

### **5.9.3 Cierre:**

#### **5.9.3.1 Objetivos:**

Etapa en la cual los terapeutas preparan el cierre del proceso musicoterapéutico. Para dar un adecuado cierre se realizaron un total de 3 sesiones. Los principales objetivos de esta etapa fueron favorecer la

comprensión del fin del proceso musicoterapéutico, presentar dinámicas en las cuales los participantes pudiesen observar y comparar avances en su proceso y despedirse de forma simbólica realizando un collage con los principales aprendizajes del proceso.

#### **5.9.3.2 Descripción:**

Durante esta etapa del proceso no se indagó en reconocer características de los participantes o relación con los instrumentos. Por este motivo, a continuación se realizará un análisis de cada sesión con sus principales hitos según los objetivos planteados para esta etapa.

La primera sesión de esta etapa estuvo enfocada en experiencias lúdicas. Durante los caldeamientos se realizaron actividades corporales con el fin de preparar la actividad principal. La primera actividad realizada fue llamada estatua y reflejo, consistía en que una participante pasaba al centro del grupo y las demás realizaban algún gesto, postura o acción que identificara a dicha participante. Esto se prestaba para el juego, la convivencia y no recaía en temáticas personales o factores de riesgo que pudiesen alargar más el proceso. Se pretendía que las participantes resumieran a través del cuerpo lo que habían conocido de cada persona. Fue una sesión lúdica donde se observó el grado de vínculo entre los miembros del grupo, los métodos expresivos y núcleos sanos.



Un ejemplo de esto, fue que sin dar alguna instrucción por parte de los terapeutas, las participantes se juntaron espontáneamente para ponerse de acuerdo y realizar los gestos o movimientos. Al finalizar la sesión, las participantes se despiden con abrazos entre ellas y con los terapeutas. El único acercamiento explícito con el cierre fue recordarles que quedaban 2 sesiones para finalizar el proceso y que era importante su asistencia.

Durante la penúltima sesión, se continuó con las participantes que no alcanzaron a realizar la actividad de la sesión anterior, los resultados fueron los mismos descritos en el párrafo anterior. La segunda actividad consistió en la escucha de audios. Los audios consistían en una improvisación realizada por ellas en el inicio del proceso y una improvisación realizada por ellas en la etapa de desarrollo. Las participantes no estaban al tanto de esta situación y su tarea era escribir en un papel las sensaciones, palabras y/o imágenes generadas a partir de estos audios. El objetivo de esta actividad fue que las participantes pudiesen comparar su relación con la música en las diferentes etapas del proceso. Con el audio de la etapa de inicio surgieron opiniones como “es como una convocatoria, una experiencia ya vivida, me recuerda momentos vividos acá, nos veía a nosotros tocando, me daba energía, era mi rutina, lo asocie a niños, vi un camino de ida y vuelta, como que algo llegó a su fin”. El segundo audio de la etapa de desarrollo produjo una situación particular, las participantes espontáneamente crearon una historia a partir de todo lo que

habían imaginado individualmente. Se forma una especie de juego entre ellas. Si bien el contenido de la historia no demostró símbolos, elementos, objetos o cambios surgidos en terapia, sí demostró una vez más su cohesión como grupo y expresividad. Cuando se les devela que los audios eran ellas mismas, hubo sorpresa de parte del grupo, se sorprendieron de lo armónico y coordinado que sonaba, hubo reacciones de emoción. Se reflexiona de la importancia de tener un espacio para ellas, donde pudiesen desenvolverse tal cual son, dan cuenta que en su trabajo es difícil tener un tiempo para preguntarse entre ellas como estaban. Esto es importante como parte del resultado del proceso ya que le dan un significado y una importancia al espacio de terapia.

Luego de esto se realiza un collage respecto al todo el proceso vivido, de modo de decantar y plasmar el proceso en algo físico.

En la última sesión se realiza un caldeamiento corporal donde nacen abrazos espontáneos. Luego se completa el collage con las personas que faltaron a la sesión anterior. Posteriormente a esta actividad, se consultó acerca de las expectativas y motivaciones con las que llegaron a musicoterapia. Se les leyó además lo que ellas respondieron durante la primera sesión con el objetivo que las participantes pudiesen comparar su proceso. Posterior a esto, se realizó una improvisación grupal final. Surge una situación particular al término de esta improvisación, ninguna de las participantes soltó su instrumento como lo hacían

normalmente después de las improvisaciones, este instrumento coincidentemente era el instrumento que las identificaba. Esto podría representar una evolución con el manejo, importancia y valor dado a los instrumentos, recordemos que en un principio se cuestionaban incluso cómo tomar los instrumentos. Luego de esto, se realizaron reflexiones finales, donde las participantes se agradecieron entre ellas y a los terapeutas dando cuenta del vínculo generado durante el proceso. Por último, se tomaron fotografías del collage que posteriormente se entregaron como regalo y recuerdo a todas las participantes.

#### **5.10 Evaluación de logros de objetivos según criterios de evaluación:**

Al inicio de la primera sesión se consultó acerca de las expectativas y motivaciones para integrarse a un proceso de Musicoterapia, un resumen de las respuestas fueron “el gusto por la música, liberar tensiones, bajar la ansiedad a través de algo nuevo, relajo, dejar las tensiones del día a día, del trabajo y la casa, expresar sentimientos, interactuar, compartir, conocer gente nueva, sentir compañía, tomar decisiones”.

Dentro de los emergentes que surgieron de parte de las participantes durante el proceso se puede destacar “lo lúdico y entretenido, confianza generada en el grupo, mayor seguridad, alegría, espacio de confianza y espacio

propio, relajación, cohesión grupal, red de apoyo, compartir, expresar sentimientos, evolución en el manejo de los instrumentos”.

Durante las últimas sesiones surgieron frases como “estoy más equilibrada y mi familia lo agradece y me lo hace notar, tomé decisiones, agradezco poder ayudar y ser un apoyo a través de mi experiencia, puedo brindar abrazos, aprendí a ser más segura y hablar de buena forma, ahora veo a mis compañeras de otra forma, estoy más relajada y lo noto en hechos cotidianos, estoy más perceptiva, aprendí a respirar y escuchar, puedo decir lo que siento, los instrumentos ayudaron a expresarnos, pude conocer a mis compañeras, considero que estoy más sociable, agradezco poder compartir, fue una bonita experiencia, me dio más seguridad y convicción para tomar decisiones”.

Desde el punto de vista de la musicalidad y manipulación de los instrumentos musicales, hubo un cambio significativo durante las 3 etapas del proceso, en un comienzo había inseguridad y timidez al manipular los instrumentos, una participante prácticamente no tocó en una primera sesión, durante el desarrollo se pudo observar mayor confianza para manipular, encontrar sonidos específicos para las consignas y experimentar con los instrumentos, en una etapa final del proceso después de la última improvisación

las participantes mantuvieron incluso durante las verbalizaciones el instrumento que las identificaba en sus brazos.

El primer objetivo específico el cual hace relación con potenciar la expresividad y núcleos sanos de las participantes, se considera cumplido ya que las participantes pudieron reconocer el espacio como seguro para expresarse musical, corporal y verbalmente, asimismo lograron reconocer sus núcleos sanos para llevar prácticas de autocuidado a partir de estos. Un ejemplo de esto se observa en el testimonio de una participante la cual cuenta que “ahora puedo expresar lo que pienso y siento con más calma”, otra participante afirma que “vivencié emociones, confianza y exploré con la música gratos momentos y emociones”. Por otra parte una participante afirma que “tengo más confianza en mí misma, en lo que soy y lo que siento”.

El segundo objetivo específico el cual tiene relación con adquirir técnicas y/o recursos para reducir los factores psicosociales de riesgo, se considera cumplido ya que las participantes durante las sesiones y en la encuesta hicieron alusión a prácticas incorporadas para el manejo del estrés. Un ejemplo de esto, se observa en el testimonio una de una participante que afirma que “hay ejercicios y movimientos que podemos realizar para relajar la musculatura y concentrándose en sonidos que antes no consideraba”, otra participante afirma que adquirió técnicas para el manejo del estrés como “la relajación por medio

de la música, la ejercitación, desenvolverse verbalmente y tocando los instrumentos no importando saberlos tocar”. Por otro lado una participante afirma adquirió técnicas como “la relajación, la respiración y concentración, sentir las melodías y las emociones”. Como se describió en el Marco Teórico, este conjunto de acciones que inciden en el control de los factores de riesgo se denomina Prevención Primaria.

El tercer objetivo específico el cual dice relación con desarrollar la observación de los estados emocionales, se considera cumplido ya que las participantes pudieron expresar emociones y demostraron un análisis profundo de estas durante las verbalizaciones. Un ejemplo del cumplimiento de este objetivo aparece en la encuesta, donde una participante afirma que “pude soltar emociones de angustia e incluso temor que estaban guardados, la musicoterapia permitió expresar sentimientos y emociones”. Otra participante afirma “cada sección traía algo diferente y hacía tener emociones al escuchar nuestros pensamientos”.

Con el cumplimiento de estos tres objetivos específicos, se considera cumplido el objetivo general, el cual hace alusión a ofrecer un espacio de autocuidado a las participantes bajo una perspectiva de salud positiva. Como se describió en los párrafos anteriores las participantes pudieron expresarse, formar vínculo entre ellas lo que denominaron como “familia” o “red de apoyo”,

analizar estados emocionales, reconocer sus núcleos sanos y adquirir técnicas para el manejo del estrés enfocado desde su propio estado de salud.

### **5.11 Análisis vínculo musicoterapeuta - usuario:**

El vínculo terapeuta-usuario se fue dando de forma paulatina conforme fue avanzando el proceso terapéutico. Esto se empezó a observar en la tercera sesión donde las participantes cuentan temáticas y problemáticas sensibles y profundas, se comenzó a percibir un espacio de confianza y seguridad dada por los terapeutas y los integrantes del grupo. De esto se puede inferir que el encuadre es una variable que permite y favorece este tipo de interacciones vinculares.

A medida se fue avanzando en el proceso, se observa un mayor desarrollo de vínculo con las participantes al momento de realizar actividades corporales en los inicios o caldeamientos de cada sesión. Las participantes incluyen a los terapeutas en los juegos de miradas sin haberse dado la consigna respecto a esto. Esto fue observado durante la primera parte de la etapa de desarrollo del proceso.

A partir de la segunda mitad del desarrollo ya se observa un fortalecimiento del vínculo terapeuta – usuario. Esto se puede observar en las

actividades corporales cuya finalidad fue promover la cohesión grupal, las participantes se acercan a los terapeutas y entregan abrazos espontáneos. A partir de este momento, dicha acción la realizaron de forma continua hasta el final del proceso. Cada vez que terminaba una sesión, estas se despedían con un abrazo y agradeciendo el espacio y lo acontecido en la sesión. Por otra parte esto fue corroborado con las palabras de una participante en la sesión N° 7, donde da cuenta que "...la manera como ustedes nos entregan esa energía, hace que uno se suelte y libere".

#### **5.12 Análisis vínculo terapeuta - coterapeuta:**

El rol de terapeuta y co-terapeuta fue intercalado durante el desarrollo del proceso. Hubo algunos errores tácticos en un comienzo que se revisaron en los videos durante la supervisión, por ejemplo, dentro del círculo donde se desarrollaban las actividades, no siempre el terapeuta y co-terapeuta se sentaban uno al lado del otro, esto producía confusión de roles de parte de los participantes dado las opiniones y complementos dados por el co-terapeuta, esto llevaba necesariamente la atención hacia su persona.

Hubo conexión y un paulatino desarrollo de habilidades no verbales de comunicación, llegó un momento durante las sesiones cuando surgían emergentes o cambios dentro de la planificación de las sesiones, donde sólo



era necesario una mirada para saber cómo actuar, qué decisión tomar o qué rumbo tomar. Se dio una dinámica previamente conversado al inicio del proceso donde se definieron roles y funciones del terapeuta y co-terapeuta dentro del espacio de sesión, esto constituyó un pilar fundamental en la relación entre terapeutas y favoreció un correcto encuadre musicoterapéutico. Parte de este protocolo de funcionamiento consistía en quién daba la instrucción, quién aportaba a las verbalizaciones, quién se hacía cargo de los elementos externos al proceso como poner, cambiar y manipular la música pregrabada, por otro parte, también se decidió quién iba ser encargado de solucionar los problemas externos al encuadre, como las personas que entraban sin permiso a sesión o las personas que trabajaban en las oficinas colindantes al espacio de sesión que debían salir eventualmente por el lugar donde se estaba realizando esta, quién se hacía cargo de probables problemas de salud por parte de un integrante del grupo, quién facilitaba elementos como pañuelos o vasos con agua cuando había momentos de desborde emocional en las sesiones.

Este desarrollo en la conexión y los puntos abordados anteriormente favorecieron una mayor confianza personal al momento de llevar a cabo una sesión, el hecho de saber que había un co-terapeuta apoyando en todo momento, con la misma mirada, enfoque y coordinación, hace que la sesión se desarrolle de mejor forma y favorezca también el vínculo con los usuarios.

Dentro de la supervisión e intervisión del proceso hubo un consenso de ideas dado el enfoque teórico similar entre los terapeutas al momento de tomar decisiones terapéuticas, esto también fue un facilitador del proceso musicoterapéutico.

### **5.13 Autoevaluación de fortalezas y debilidades:**

Dentro de las fortalezas encontradas dentro de la realización de esta intervención se encuentran la capacidad creativa y flexibilidad para solucionar emergentes y problemas ocurridos durante las sesiones, esto permitió delinear de mejor forma el trabajo terapéutico y prestar atención a objetivos emergentes. Capacidad de organización y planificación previa entre terapeutas al inicio del proceso, este punto favoreció el encuadre y promovió una mayor confianza al momento de realizar las sesiones. Puntualidad, se considera una fortaleza ya que esto permitió preparar la sala de sesión con antelación para mantener estable el encuadre, además de facilitar la solución de posibles problemas o inconvenientes previos a la sesión. Se considera también una fortaleza la disposición al trabajo en equipo, esto es un punto fundamental ya que la musicoterapia al ser una disciplina interdisciplinaria es necesario tener buena disposición para recibir críticas y trabajar debilidades para mejorar el trabajo terapéutico.

Dentro de las debilidades encontradas durante el periodo de intervención se encuentran las dificultades para entregar la información de manera precisa, concisa y clara, esto se hace fundamental para darse a entender al dar instrucciones y durante las verbalizaciones, esto sin embargo fue evolucionando con el transcurso de las sesiones, se reconoce como un punto a seguir trabajando posterior al término del proceso. Otra debilidad fue en un comienzo el uso adecuado de una postura terapéutica y conciencia del propio lenguaje no verbal. Un ejemplo de esto, fue durante las improvisaciones cuando el terapeuta cambiaba la posición corporal, aunque fuesen movimientos mínimos, como cambiar la posición de las piernas, se interpretaba por parte de los participantes como una forma de frenar la improvisación, este elemento no verbal si se usa correctamente puede ser muy beneficioso, al tomar conciencia de esto rápidamente se conversó con el otro terapeuta y en la supervisión, mejorando de forma inmediata. Se considera debilidad el uso de los tiempos de sesión, este punto es importante al momento de mantener un encuadre estable, este fue el primer proceso de terapia llevado a cabo por los practicantes por lo que fue mejorando con el transcurso de las sesiones a medida que se fue adquiriendo práctica y experiencia. Al inicio del proceso aún no había una decantación total de conceptos de Gauna o las incumbencias de la prevención en musicoterapia según Pellizzari y Rodríguez, por lo que el proceso pudo haber sido más eficiente por parte de los terapeutas en cuanto a las reflexiones y emergentes de cada sesión, se supone a través de esto una vital importancia

en el uso de la supervisión como parte fundamental dentro de proceso de terapia y práctica laboral.

## **VI. CONCLUSIONES**

Para concluir este proceso es necesario abordar las principales temáticas que surgieron durante el transcurso de este. Se abordarán aspectos de la inserción del proceso de práctica en la institución, supervisión, marco teórico, objetivos, la música y resultados.

Referido a la instalación del proceso de práctica cabe señalar que no estuvo exento de dificultad, si bien un punto a favor es que uno de los terapeutas trabajaba con otro cargo en la institución, fueron necesario 6 meses de conversaciones para lograr sortear las barreras de la burocracia que se dan en una institución de estas características. Se debió ser perseverante para insistir con el objetivo de abrir un espacio nuevo para la Musicoterapia en los lugares públicos de salud, abrir una instancia para futuros practicantes y profesionales que pudiesen interesarse por estos lugares y forma de hacer musicoterapia. Creer en esta idea motivó a seguir adelante, pese a la cantidad de tiempo transcurrido, teniendo la presión económica y de tiempo para finalizar este proceso de práctica.

Se debió perseverar también en realizar esta intervención, luego de un fallido intento de intervención en otra área de dicho Hospital dado por errores de logística y factores externos. Esto fue primordial para un nuevo intento de

realización de práctica ya que entregó conocimiento fundamental de la forma hacer las cosas. Se considera importante para la realización de esta intervención el construir lazos y cumplir con los requerimientos y tiempos del Hospital. Ser paciente y construir una alianza de trabajo entre los que realizaron esta práctica laboral fue un punto fundamental al momento enfrentarse a barrera tras barrera, el apoyo incondicional por jugársela por este tipo de trabajo, permitió dar ánimo cuando uno de los practicantes estaba en momentos de frustración dada las dificultades. Se considera fundamental también la tarea de un supervisor con el mismo enfoque y forma de hacer las cosas, con la paciencia necesaria y voz de la experiencia que pudiese guiar un proceso previo tan complejo. El hecho de poder finalmente realizar esta práctica laboral en esta institución, presionó y motivó a intentar hacer el trabajo de la mejor forma posible, elemento fundamental en pro de las necesidades de las participantes del grupo.

Una vez ya en el proceso de práctica surgió la necesidad de investigar y obtener los conocimientos previos necesarios para realizar un proceso en prevención y autocuidado. El enfoque de Gauna y sus conceptos de expresividad y núcleos de salud y definir un marco teórico, permitió plantear los objetivos desde el punto de vista de la salud más que de la enfermedad, lo que se conoce como una mirada positiva de salud. Los enfoques entre los

practicantes eran similares, lo que facilitó la toma de decisiones terapéuticas dentro del proceso.

Se considera también parte del aprendizaje, poder definir un encuadre adecuado para facilitar la formación de vínculos entre los participantes y entre participante – terapeuta. El reconocer el espacio como propio y lugar seguro permitió que las participantes se concentraran de mejor forma en el trabajo terapéutico. Para esto fue fundamental el cumplimiento del consentimiento informado adjuntado en el anexo I. Se considera que se pudo trabajar más la estabilidad del encuadre en relación con el espacio y las interrupciones al inicio de este.

Los objetivos planteados buscaron ofrecer un espacio de autocuidado bajo una mirada de salud positiva y como consecuencia la prevención de enfermedades. Si lo comparamos con el motivo de consulta que hacía referencia al ausentismo laboral producto de enfermedades relacionadas con el estrés, se puede decir que se trabajó desde la salud de los funcionarios hacia la causa más que del síntoma.

El uso de la música fue fundamental para el quehacer terapéutico. En una de las reflexiones y verbalizaciones realizadas por las participantes, daban especial énfasis a cómo la forma de relacionarse con los instrumentos era

misma forma de relacionarse con uno mismo y las personas en la vida cotidiana. Esto da cuenta del grado de profundidad en la relación participante – música y la importancia de esta como pilar fundamental en su proceso terapéutico.

Finalmente en base a las respuestas de la encuesta final se puede decir que la Musicoterapia fue un aporte concreto a la salud y bienestar de las participantes, aportando no sólo al ámbito laboral que es el que perseguía la institución, sino que también a nivel personal y familiar. Por consiguiente, a todas las aristas presentes en un ser biopsicosocial.



## VII. BIBLIOGRAFÍA

Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia, métodos y prácticas*. México: Pax México.

Ferrari, K. (2013). *Musicoterapia. Aspectos de la sistematización y la evaluación de la práctica clínica*. MTD Ediciones: Buenos Aires, Argentina.

Gauna, G. (1996). *Entre los Sonidos y el Silencio, musicoterapia en la infancia: clínica y teoría*. Argentina: Editorial Artemisa: Rosario, Argentina.

Gauna, G. (2009). *Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez*. Koyatpun Editorial: Buenos Aires, Argentina.

Hospital Clínico San Borja Arriarán. (s.a). *¿Quiénes somos?*. Disponible en:

[http://www.hospitalclnicosanborjaarriaran.gob.cl/inicio/?page\\_id=60](http://www.hospitalclnicosanborjaarriaran.gob.cl/inicio/?page_id=60)

[Consultado: 29 noviembre de 2014].

Larraín, N. (2010). *Musicoterapia en la Prevención y Promoción de la Salud Laboral, una experiencia musicoterapéutica grupal de autocuidado para profesoras de educación pre-escolar*. (Tesis para optar al título de Licenciatura

en Terapia Artística Mención Música). Universidad Tecnológica de Chile, Santiago, Chile.

Lee, S. & Ramírez, M. (2011). *Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y satisfacción laboral*. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071865682011000300020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071865682011000300020&script=sci_arttext) [Consultado: 5 Abril de 2015].

Ministerio de Salud. (2013a). *Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo*. Disponible en:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf>

[Consultado: 16 de diciembre de 2014].

Ministerio de Salud. (2013b). *Metas 2011 – 2020, Elige Vivir Sano*. Disponible en:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

[Consultado: 20 Diciembre de 2014].

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dirigido a Equipos de Salud*. Disponible en:

[http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-  
implementacion-del-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-  
Comunitaria\\_DIVAP\\_2013.pdf](http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-<br/>implementacion-del-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-<br/>Comunitaria_DIVAP_2013.pdf) [Consultado: 22 Diciembre de 2014].

Pellizzari, P. & Rodríguez, R. (2005). *Salud, Escucha y Creatividad, Musicoterapia Preventiva Psicosocial*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Universidad del Salvador.

Solé, B. (2011). *Estilo de Vida de Funcionarios Hospital de Coquimbo 2010*. (Tesis para optar al grado académico de Magíster en Salud Pública Mención Salud Familiar). Universidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile.

Taylor, D. (2010). *Fundamentos biomédicos de la musicoterapia*. (Trad. Por Ivonne Florez) Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Tifatino, E. (2011). *Desde la musicoterapia comunitaria a la paz*. (Tesina para optar al grado de académico de Máster en Musicoterapia). Universidad de Vic. Barcelona.

Tobón, O. (s.a). *El Autocuidado, Una Habilidad Para Vivir*. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf)

[Consultado: 28 Diciembre de 2014].

## VIII. ANEXOS

### Anexo I: Consentimiento Informado.

#### 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](mailto: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

## **Anexo II: Encuesta final.**

1.- ¿Considera que en las sesiones de Musicoterapia adquirió técnicas para el manejo del stress? Sí/No. Explique.

2.- ¿Considera que en las sesiones de Musicoterapia amplió sus recursos para desenvolverse mejor en el trabajo (verbales, etc.)? Sí/No. ¿De qué forma?

3.- ¿Considera que las sesiones de Musicoterapia fueron un espacio adecuado para la expresión de emociones y pensamientos? Sí/No. ¿En qué sentido?

4.- ¿Considera que las sesiones de Musicoterapia le ayudaron a explorar/reconocer/fortalecer aspectos de su personalidad? Sí/No. ¿Cuáles? De ser así, ¿Qué efecto tuvo esto 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? Sí/No. Comente.

7.- ¿Cree que la Musicoterapia puede 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 o reflexiones posteriores a las sesiones, entre otras.