



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POST-GRADO**

**DESARROLLO DE LA CORPORALIDAD, SONORIDAD Y EXPRESIVIDAD
INDIVIDUAL Y GRUPAL COMO CAMINO HACIA LA SALUD.**

Musicoterapia grupal en un centro diurno de salud mental comunitaria.

Monografía para optar al Postítulo de Especialización en Terapias de Arte,
mención Musicoterapia

Autora: Natalia Hermosilla Astete

Profesor Guía: Mt. Nicolás Larraín Süsskand

Santiago de Chile, Septiembre del 2016

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	CONTEXTO INSTITUCIONAL	2
III.	MARCO TEORICO	6
	3.1 Conceptos básicos	6
	3.1.1 Salud y salud mental.....	6
	3.1.2 Trastornos mentales.....	6
	3.1.2.1 Trastornos del estado de ánimo.....	7
	3.1.2.2 Trastornos de la personalidad.....	8
	3.1.2.3 Retraso mental.....	9
	3.2 Salud, pobreza y rehabilitación psicosocial	9
	3.2.1 Determinantes sociales de la salud.....	9
	3.2.2 Enfoque Biopsicosocial, contexto mundial y nacional.....	10
	3.2.3 La rehabilitación psicosocial como vía hacia la salud.....	12
	3.3 Enfoque teórico musicoterapéutico	14
	3.3.1 Principios de Eutonía.....	14
	3.3.2 El sí mismo y la corporificación.....	16
	3.3.3 Personalidad expresiva y el camino hacia la salud.....	17

IV. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	21
4.1 Presentación de la práctica en la institución y creación del grupo-taller.....	21
4.2 Características del grupo.....	23
4.3 Aproximación diagnóstica.....	25
4.4 Objetivos.....	27
4.4.1 Objetivo general.....	27
4.4.2 Objetivos específicos.....	27
4.5 Criterios de evaluación.....	28
4.6 Metodología de trabajo y Setting.....	28
4.6.1 Institución como espacio físico.....	28
4.6.2 Setting personal, instrumentos.....	29
4.6.3 Estructura de la sesión.....	30
4.7 Desarrollo del proceso.....	31
4.7.2 Etapa de inicio.....	31
4.7.3 Etapa de desarrollo.....	36
4.7.4 Etapa de cierre.....	40
4.8 Evaluación del proceso.....	42
V CONCLUSIONES.....	45

VI BIBLIOGRAFÍA.....	47
VII ANEXOS.....	49

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental ha volcado sus esfuerzos hacia la mirada e intervención sobre todos los aspectos de la vida de las personas, ya no solamente se enfoca en su sintomatología clínica psiquiátrica, sino que se explica las causas y factores de los estados de salud y enfermedad a partir de un modelo multidimensional, biológico, psicológico y social. Este tipo de intervención se da especialmente en el ámbito comunitario y es en este contexto donde se inserta la práctica musicoterapéutica. Se trabajó durante tres meses con un grupo de 9 miembros del centro diurno de la Fundación Rostros nuevos de Conchalí, con quienes, luego de un período de diagnóstico, se convino intervenir en sus ámbitos emocionales, expresivos y de convivencia, lo cual se llevó a cabo mediante un proceso musicoterapéutico orientado hacia el desarrollo de sus ámbitos corporal, creativo-expresivo y comunicativo-vincular, para los cuales se emplearon los modelos teóricos de eutonía, la noción del sí mismo corporificado y el desarrollo de la personalidad expresiva.

II. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La práctica profesional fue realizada en la Fundación Rostros nuevos, sede Conchalí, Santiago, desde septiembre hasta diciembre del 2015, bajo la modalidad de dos casos individuales y uno grupal, este último en conjunto con un co-terapeuta, proceso que se analiza en este trabajo. Esta institución forma parte de las Fundaciones Hogar de Cristo, tales como Fundación Paréntesis o Fundación Emplea, todas nacidas dentro de las propuestas benéficas para la superación de la pobreza en el país, las cuales tuvieron su origen a partir de la labor de la Compañía de Jesús en Chile, iniciada por obra de Alberto Hurtado S.J. en la década de 1940.

La fundación nace a partir del sistema de hospederías del Hogar de Cristo, en respuesta a la gran población usuaria de este sistema, que conjuntamente con su situación de extrema pobreza, sufría problemas de salud mental, para lo cual entre los años 1996 y 2000 nace Rostros Nuevos, y lo que se inició como un sistema de hogares y residencias protegidas de larga estadía, va acoplándose en sus lineamientos a lo que en el año 2000, y en concordancia con la tendencia mundial, propuso el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: el modelo comunitario de intervención en salud mental, en donde se establece que los índices de salud y enfermedad mental, van en directa correlación con la situación socioeconómica y la calidad del ambiente y de las relaciones con que se vive.

La línea de acción de la Fundación Rostros Nuevos en la que se insertó la práctica musicoterapéutica fue dentro del Centro Diurno de la comuna antes nombrada. Este dispositivo se define como un servicio ambulatorio, en donde los usuarios, que son personas con diagnóstico de una o varias discapacidades o trastornos psíquicos y/o intelectuales, en su mayoría residentes del sistema de hogares de la misma institución, asisten de lunes a viernes en horario diurno a talleres y actividades que desarrollan sus habilidades, intereses y necesidades específicos, con el fin de fomentar su autonomía, calidad de vida, desarrollo personal e inserción en la comunidad, así como promover el conocimiento y ejercicio de sus derechos como personas y como pacientes.

El centro diurno está ubicado en Cardenal José María Caro nº1851, Conchalí. Dentro del edificio funcionan éste y otra línea de acción de la fundación, llamada Centro de Preparación para el Trabajo (CPT), con distintas administraciones. El terreno total es de 400 mt.2 aproximadamente. La construcción es antigua pero bien mantenida, de un piso, de ladrillos, en forma de U y con un patio en medio, el cual es lugar de encuentro y reunión. Tiene 8 oficinas, 4 salas de taller, 2 cocinas, un comedor y 5 salas de baño, de las cuales 3 son individuales y dos con capacidad para más personas.

El C.D. cuenta con un equipo interdisciplinario de dos trabajadores sociales de los cuales uno oficia como director, un psicólogo, una terapeuta ocupacional y dos monitoras estables de talleres, más los profesionales voluntarios que por período de tres meses o más, se suman a la labor

rehabilitadora del centro. La cantidad de usuarios del centro diurno fluctúan entre 60 a 65 personas, de las cuales un 90% aproximadamente son habitantes de los Hogares Protegidos de la fundación, insertos en el mismo sector y el 10% restante son personas del sector, que viven en casas particulares y que participan del programa de rehabilitación. Esta población también recibe atención integral por parte del centro, pero su participación es menos controlada y menos constante que la de los residentes de hogares.

La práctica fue posible gracias a un voluntariado realizado anteriormente en el mismo centro, el primer semestre del 2015, junto a 6 compañeros más del Postítulo. Esta experiencia previa sirvió de antecedente para constatar los beneficios, en múltiples aspectos, sobre la musicoterapia en el campo de la rehabilitación psicosocial, específicamente en los aspectos de estabilización del ánimo, mejoramiento de la convivencia y desarrollo expresivo de los usuarios, valoración hecha tanto por nosotros como musicoterapeutas, como también por los usuarios que participaron en los talleres y por las monitoras y cuidadoras que trabajan ahí, además esto favoreció la existencia de un vínculo terapéutico previo con la población usuaria del lugar y con el equipo profesional.

Dentro de este panorama es que en Agosto de 2015, se iniciaron las tramitaciones con Juan Ruiz, director del centro diurno, para implementar un taller de musicoterapia como parte de la práctica profesional. Él solicitó autorización a la casa central de la fundación y al dar éstos una respuesta positiva, se implementó el taller, fijado para los días jueves de 10:00 a 12:00

del día, con quien escribe como musicoterapeuta y Sergio Navarro como co-terapeuta.

En este contexto general es donde la práctica musicoterapia se adhiere a los objetivos del establecimiento, desde la propia mirada y herramientas de la disciplina.

III. MARCO TEORICO

3.1 Conceptos básicos

3.1.1 Salud y salud mental.

La OMS ha establecido en su constitución (OMS, 1948) que la salud es un estado positivo de “completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”. Posteriormente (OMS, 2013), ha convenido en que la salud mental es definida como la condición en que las personas son conscientes de sus capacidades, pudiendo hacer uso de ellas para cubrir y afrontar las tensiones y necesidades de la vida, es decir, trabajar de forma productiva y contribuir con ello a su comunidad.

3.1.2 Trastornos mentales.

Tomas, U. (2014) cita al DSM V para la definición de trastorno mental, y aclara que no hay un concepto general aplicable completamente a cada trastorno en particular, pero si cabrían dentro de la siguiente definición:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados

a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

Junto con lo anterior, el manual aclara que cada cultura, a su vez, delimita los criterios para clasificar un comportamiento o conjunto de síntomas como un trastorno mental, de modo que hay respuestas esperables ante situaciones de estrés, como un duelo o catástrofe, que no constituyen trastornos mentales, así tampoco otros comportamientos “socialmente anómalos” de tipo político, religioso o sexual lo constituyen, a no ser que sean parte de una disfunción mayor del individuo dentro de su sistema cultural.

3.1.2.1 Trastornos del estado de ánimo

Aunque la intervención musicoterapéutica no fue enfocada tanto en el ámbito clínico como sí en el psicosocial, es necesario referirse a los diagnósticos más recurrentes con que se trabajó, aclarando que el proceso fue orientado hacia factores comunes del grupo y del contexto intervenido, mas que hacia las causas o expresiones específicas de cada enfermedad.

Uno de los diagnósticos más recurrentes fue la depresión en sus distintas formas, por lo que se hablará del síndrome depresivo sin clasificación específica, establecido por Carvajal, Florenzano y Weil (2008, p.142), quienes distinguen 5 grupos de síntomas:

1. Alteraciones emocionales: tristeza patológica, ansiedad, irritabilidad y malhumor.
2. Alteraciones del pensamiento: Dificultad de concentración, indecisión, preocupación, autoestima baja, negatividad, falta de esperanza, culpabilidad e hipocondría.
3. Alteraciones somáticas: del sueño, hambre, peso, menstruación, fatiga crónica y dolores físicos.
4. Alteraciones de los ritmos vitales: Circadiano, respiratorio, estacional.
5. Alteraciones del comportamiento: Llanto, lentificación, agitación y aislamiento.

3.1.2.2 Trastornos de la personalidad

Otro diagnóstico común fueron los de este tipo, los cuales, según los mismos autores, no están exentos de controversia ya que implica, en algunos casos, una patologización extrema de los modos de ser distintos de algunas personas. De todos modos, lo que engloba a este grupo de trastornos es la posesión individual crónica de rasgos de personalidad alterados de tal modo que entran en conflicto, en mayor o menor grado, con su medioambiente interpersonal (p.242). K. Schneider (en: Carvajal, et.al.) definió estas alteraciones como “personalidad psicopática”, correspondiente a las de los sujetos que por ellas sufren o hacen sufrir. Tienden a ser conductas rígidas y estereotipadas, las cuales actúan como un impedimento para lograr sus objetivos, y hacen que bajo tensión se descompensen, lo que los lleva fácilmente a desarrollar sintomatología angustiosa, depresiva, fóbica o a

cometer actos impulsivos. Algunos tipos son: paranoide, esquizoide, histriónico, ansioso dependiente.

3.1.2.3 Retraso mental

Esta condición estaba diagnosticada en aproximadamente un tercio del grupo con que se trabajó. Es definida por el CIE-10 como la capacidad cognitiva notoriamente inferior al promedio de la población, con un coeficiente intelectual aproximado de 70 o menor, caracterizado por un déficit de la capacidad adaptativa de la persona en relación a la etapa del desarrollo correspondiente a su edad y grupo cultural. Debe cumplir para su diagnóstico con la dificultad adaptativa de al menos dos de las siguientes áreas: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales e interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

3.2 Salud, pobreza y rehabilitación psicosocial

3.2.1 Determinantes sociales de la salud

Para hablar de salud mental en contexto sociales adversos es muy importante entender cómo se entremezclan estos dos factores en la experiencia de salud de las personas, ya que no se puede hablar de aparición espontánea de enfermedades o debido a causas netamente individuales o familiares, también es necesario observar la realidad mayor que relaciona índices de pobreza,

inequidad y exclusión social, con mayor prevalencia de malestares psíquicos y empeoramiento o agudización de sus síntomas.

El equipo de Equidad en Salud de la OMS ha planteado el problema de los determinantes sociales de la salud (Vega, Solar, Irwin, s.f.) Esta categoría se define como las condiciones y características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar, y las vías por las que estas condiciones se traducen en efectos para la salud de las personas. Este concepto se acopló en los años 70`, cuando una serie de publicaciones hizo ver lo limitante de las intervenciones a nivel individual en la búsqueda de la prevención y disminución de la enfermedad, argumentando que se debe entender e intervenir en salud a través de políticas que impacten la estructura social que determina las posibilidades de salud de los individuos, por lo tanto, el acto prioritario para prevenir y conservar la salud ya no es tanto la atención médica oportuna sino que, antes de eso, el principal condicionante de la salud es la realidad social en que se vive o se trabaja, ya que son éstas condiciones las que permiten la existencia y permanencia de la salud o la aparición de la enfermedad.

3.2.2 Enfoque Biopsicosocial, contexto mundial y nacional

La OMS, en su “Informe sobre la salud en el mundo” (2001) se abocó a darle la importancia necesaria a la salud mental dentro de los sistemas generales de salud de los Estados miembros, haciendo ver principalmente dos grandes observaciones nuevas a considerar sobre la realidad de este ámbito:

a) la estigmatización, exclusión e invisibilización de las personas con padecimientos psiquiátricos.

b) Las causas múltiples: genéticas, biológicas, psicológicas y sociales, generadoras de enfermedad mental.

Con el primer punto se indicó la necesidad de terminar con la discriminación por motivos de enfermedad mental y hacer un llamado a los gobiernos a apoyar y promover los derechos a la vida y al trabajo de las personas con estos padecimientos, insertados dentro de su propia comunidad y ejerciendo tareas en la medida de sus capacidades. Junto con esto, recalca que el tratamiento debe ser lo más territorializado posible, es decir que idealmente no se debe sacar a los sujetos de atención del lugar de su comunidad, sino que la atención en salud mental es integrada a los sistemas de salud primarios y secundarios, a diferencia de décadas anteriores, donde la única alternativa de tratamiento era la internación en hospitales psiquiátricos, y esto se condice con la ideología del Plan Nacional de Salud Mental, cuando expresa en las Orientaciones técnicas para el funcionamiento de los Hospitales de día (MINSAL, 2002) que “El hospital psiquiátrico, institución monográfica, debe ser superada, integrando sus recursos y funciones a la red territorial”. Con esto se pasa al segundo punto expuesto, sobre las causas de los problemas en salud mental.

Como se dijo anteriormente, la OMS en el año 2001 estableció un nuevo paradigma de explicación e intervención sobre la salud, fundamentado en que las enfermedades, tanto físicas como psíquicas, éstas últimas aún más, están

influidas por factores biológicos, psicológicos y sociales, por ende las políticas de intervención en salud mental deben ser tanto intersectoriales como interdisciplinarias, es decir que el abordaje debe salir de lo meramente “clínico” y expandirse hacia lo económico, político y sociocultural, además de integrar al grupo familiar o cercano de los pacientes a su plan de tratamiento, lo que corresponde al enfoque comunitario de la intervención. Desde esta intersectorialización a nivel macro, se desprende la interdisciplinariedad de los equipos de salud, que en trabajo conjunto contribuyen a la rehabilitación integral de los usuarios, aportando a mejorar la calidad de vida en general y a la disminución de la exclusión por diagnóstico o por des-atención. Para este fin, el Plan Nacional ha venido implementando nuevos dispositivos y espacios de atención y prevención en salud mental, entre los cuales se encuentran los Hospitales de día, COSAM (centro de salud mental) y centros de atención ambulatoria en hospitales, todas instancias pertenecientes a la Red de Salud mental suministrada por el Plan Nacional, y al cual también Rostros nuevos se ha acoplado a nivel de su trabajo y lógica de intervención, vinculando a sus usuarios con la red territorial y ofreciéndoles tanto un tratamiento integral de rehabilitación como una solución participativa para el problema de la vivienda.

3.2.3 La rehabilitación psicosocial como vía hacia la salud

El contexto de intervención musicoterapéutica aquí expuesto, no será analizado desde la perspectiva de la diagnosis clínica y su sintomatología característica, sino desde el aporte que esta terapia puede hacer en un proceso de rehabilitación psicosocial, esto por varios motivos: primero, la

acción de la fundación en que se inserta la práctica, aunque cubre las necesidades médicas de sus usuarios, se enfoca mayormente en el desarrollo de las habilidades de éstos para vivir en sociedad, promoviendo este tipo de actividades por sobre las que se enfocan en el diagnóstico, y segundo, la variedad de tipos de dolencias con que se trabajó no permiten aunar criterios clínicos para la intervención, per sí criterios transversales que responden a la situación biopsicosocial de los participantes.

Por otro lado, se ha comprobado en las últimas décadas que la salud mental admite y demanda urgentemente un abordaje ampliamente interdisciplinario que abarque todas las dimensiones de la vida de las personas.. Sobre esto se refiere Sandoval, C. (s.f.) en su estudio sobre la conceptualización de la rehabilitación psicosocial, del que se desprende que este modelo apunta, antes que nada, a reemplazar la institucionalización psiquiátrica por la rehabilitación integral de las personas para reinsertarse de la manera mas funcional y sanamente posible al ambiente de su preferencia o de sus posibilidades, y esto conlleva necesariamente a propiciar el desarrollo de la autonomía individual y grupal, de manera que cada vez sea menos necesaria la atención profesional. El concepto pretende reestablecer las habilidades de los pacientes para vivir en un ambiente comunitario, su ambiente natural, y participar de todas las instancias de éste: familia, amistades, barrio, ciudad, trabajo, etc.

3.3 Enfoque teórico musicoterapéutico

La manera en que se propone el uso de la musicoterapia en el contexto de rehabilitación psicosocial es mediante la apropiación de la propia corporalidad y el desarrollo y enriquecimiento de la personalidad expresiva, como vías de salud y bienestar a nivel individual y grupal.

3.3.1 Principios de Eutonía

En “Música y Eutonía, el cuerpo en estado de arte” de Violeta Hemsy de Gainza y Susana Kesselman (2003), la clásica dicotomía entre Arte y Ciencia es resignificada en el territorio de lo corporal, así, su propuesta de “El cuerpo en estado de arte” sugiere a la corporalidad como una “razón sensible”, al cuerpo propio como fuente de pensamiento, por ende, a la singularidad como única constante. Este principio, que integra la noción de cuerpo sintiente y pensante dentro de disciplinas no corporales, es lo que ha llevado a aplicar la eutonía como práctica dentro del aprendizaje de la música y en particular dentro de la experiencia musicoterapéutica que se analiza aquí. Se considera a la eutonía como “la lógica de la flexibilidad de tono: llevar a la persona a vivir en un cuerpo vibrátil, afectado, abierto a la diversidad, la complejidad y la heterogeneidad de su espesor humano” (p.25). El proceso eutónico pretende despertar estados perceptivos y propioceptivos en los practicantes, pacientes o estudiantes, desde la globalidad de lo corporal hacia lo particular, aquellos “matices comúnmente desechados por la sensibilidad habituada a

sensaciones mas generales” (p.26). De este modo, a través del aprendizaje y la práctica de registrar las diferencias en las sensaciones (densidad, tono, textura, peso, posturas) en un proceso continuo de transformación corporal, se va creando en los practicantes una disposición a la transformación, un habituarse a la multiplicidad y a lo fugaz, y a través de la experiencia efímera de múltiples sensaciones, se multiplican las posibilidades de afectos, emociones y percepciones, enriqueciendo la experiencia de Ser en un cuerpo.

Eutonía significa “buen tono” o “tono justo”, y la actividad tónica puede traducirse en gestos, actitudes, y modos variables y singulares de estar cada uno en su propio cuerpo, por lo tanto en la práctica eutónica se busca orientar hacia el estilo personal de crear posturas y gestos, llevando a las personas en una búsqueda sensorial y de formas de estar en el cuerpo, montados en la interrogación de los límites de su corporeidad, mediante consignas que sutil pero significativamente desafían las conexiones del cerebro y las disposiciones hacia los modos de sentirse en el cuerpo.

El daño en el tono se expresa como desvitalización, insensibilidad, atonía y desvigor, o bien hipersensibilidad, hipertonia o excesos de tensión muscular. Todo esto explicado por las autoras como efecto de un exceso o falta de estímulo y como una expresión de un daño en el núcleo de la confianza, condición generalizada en la sociedad, donde el cuerpo fabrica excesos de alertas posturales que limitan la maleabilidad de las sensaciones y rigidizan la sensibilidad en general.

Para la eutonía, la relajación es una herramienta clave para abrir la disposición a procesos creativos, ya que la relajación muscular y el silenciamiento de estímulos nerviosos, abre los canales de la sensibilidad. Por otro lado, la regulación o adecuación del tono, que es adaptar el nivel de actividad, de tensión y relajación a las actividades cotidianas, ayuda a dar flexibilidad a lo que pueden ser las “fijaciones tónicas”, y a ampliar las posibilidades de disposición hacia los estímulos, adquiriendo así un cuerpo vibrátil, sensible y lleno de matices que enriquecen la experiencia y remueven rigideces, acercando a los seres hacia un “estado eutónico”.

3.3.2 El sí mismo y la corporificación

James I. Kepner (1992) habla, desde un enfoque gestáltico, sobre la relevancia de considerar al cuerpo como una manifestación del sí mismo y la consecuente necesidad de integrar el cuerpo en el proceso de terapia. Hace mención a que los malestares a nivel físico que manifiestan las personas que van a terapia, son a menudo lo que las impulsa a consultar, con el fin de deshacerse de éstos (taquicardia, tensión, dificultad para respirar por ansiedad, jaquecas etc.), siendo éste un precedente para afirmar que la experiencia de sí es tanto física como mental, de modo que mientras más nos acerquemos a identificar la experiencia humana con la experiencia corporal, enriquecemos y acrecentamos la relación con el propio ser, al contrario que cuando alejamos la noción y experiencia de cuerpo de la noción y experiencia de sí mismo, vivimos una fragmentación y empobrecimiento del fundamento de la experiencia humana, la realidad corpórea, en donde las situaciones y

estados parecen “acontecernos” como algo exterior que nos invade, distintos de lo que estamos “siendo” en la realidad física. Para el autor, el concepto de “sí mismo” es un proceso fluido, no una estructura estática ni delimitada de antemano, sino un ser y un sentir siempre definido por el contacto con el entorno, pudiendo homologarse a un “sistema de contactos o interacciones con el entorno” y como un “integrador de la experiencia”, y este sistema de contactos está definido por las funciones o los niveles de “excitación, orientación, manipulación y varias identificaciones y alineaciones” (Perls, 1951, citado en: Kepner, 1992) en los que se reconocen, organizan, actúan, incluyen y discriminan las necesidades propias y sus formas de satisfacción, apartamiento o reemplazo. A través de este modelo, el indicador de salud estaría dado por la capacidad de avanzar hacia la variación auténtica de las capacidades y de los estados del sí mismo. De manera que en un proceso corporal terapéutico, el ofrecimiento de variados estímulos que desafíen y amplifiquen las funciones de contacto, se convierten en una acción directa sobre el sí mismo del paciente y en su capacidad de adaptación a distintos entornos.

3.3.3 Personalidad expresiva y el camino hacia la salud

Para G. Gauna (1996), la Musicoterapia tiene la particularidad de encontrar en la producción musical de la persona o paciente, dentro del proceso terapéutico, los elementos necesarios para encaminar el despliegue de recursos hacia la salud. La cura y armonización en sentido amplio que ofrece este arte, se origina en etapas primitivas de la humanidad, quedando hoy

estructuras actuales a las que aún podemos acceder en el espacio terapéutico mediante el juego, el rito, el cuerpo y el sonido.

El autor ha promovido la conceptualización de la vivencia de lo sonoro-corporal como base para un marco teórico musicoterapéutico, apoyado en la gran proporción que ocupa este aspecto en la comunicación y en la impronta significativa que tiene desde la experiencia intrauterina y a lo largo de toda la vida de las personas. También ofrece un nuevo modelo de terapia en cuanto a dinámica, representaciones y vínculo terapéutico, a este último se le añade el uso de la intuición como herramienta profesional, que conecta y pone en valor aspectos menos racionales de los individuos como elementos importantes para la relación terapéutica.

Uno de los conceptos que guían la eficacia del proceso musicoterapéutico es el desarrollo de la expresividad y la personalidad expresiva del paciente y los grupos, ya que ésta es capaz de estructurar, sostener y modificar por sí misma la personalidad a nivel profundo, sea en un tratamiento hacia la salud mental como hacia la salud física, proceso que el musicoterapeuta sostiene, guía y contribuye a dar sentido sin imponer interpretaciones a priori, y procurando una proximidad corporal que estimule la movilidad de los límites de la comunicación.

La personalidad expresiva se define como el modelo propio de cada individuo para expresar y comunicar, es la forma que toma el viaje de la emoción hacia la representación, delineando la estructura psíquica de la persona y su relación con el afuera. Esta estructura a nivel profundo, estaría moldeada por

sus primeras reacciones hacia los objetos en la infancia, las cuales implantaron un sello en sus búsquedas sensoriales de gratificación y frustración, sello que se traduce en permanencia de los modos de acción y reacción hacia los objetos y posteriormente hacia el afuera. Sobre esta base se establece que la innovación e intercambio de actos, genera nuevos modelos de acción y nuevas representaciones, de modo que la personalidad expresiva se ve enriquecida por nuevas permanencias y recambios de formas de actuar, representaciones y asociaciones.

En el sentido musicoterapéutico, la permanencia de nuevas representaciones y modos expresivos se sustentan en un *tempo*, con todas las variaciones relativas a la música, como textura, cadencias, pausas, etc., y es la posibilidad de movilidad de los modos expresivos lo que sustenta la acción musicoterapéutica, al ser del mismo modo una posibilidad de variación en la constitución de la personalidad.

Bajo este modo es que la musicoterapia se plantea como un “espacio generador de procesos para la salud: espacio de los núcleos de salud” (p.33), sabiendo que la enfermedad y el núcleo enfermo se definen como el elemento que menoscaba la capacidad de variación en la expresividad y en la generación de nuevas representaciones.

Toda esta profundidad de movilización emotiva y representacional, ocurre a nivel práctico gracias a la experiencia sonoro-corporal y a las posibilidades de variación en este nivel que sustenta la relación terapéutica, y como afirma

Andreu, S. (2009), para Gauna, tanto la música como la corporalidad son la vía de desarrollo expresivo para el camino hacia la salud.

IV. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

4.1 Presentación de la práctica en la institución y creación del grupo-taller

Como es de esperarse, esta forma de terapia era poco conocida por los profesionales que administran los talleres del centro diurno, por lo que fue necesaria una reunión expositiva con el equipo, en la que se mostró y se conversó, de manera general, qué es la musicoterapia y cómo se obtienen resultados a través de ella. La reunión abarcó también una breve experiencia receptiva y una pequeña experiencia improvisatoria-exploratoria con un setting reducido, llevado para la ocasión. De esta forma, el equipo estuvo mas interiorizado con el tipo de experiencias y proceso al que se integrarían los participantes del taller de musicoterapia, lo que lo orientó también para discriminar a quiénes integrarían en el proceso. Antes de iniciar las sesiones de práctica, el equipo estaba bastante abierto y expectante hacia los efectos de la musicoterapia en los usuarios, y al preguntarles qué esperaban ver en los participantes como resultado del proceso, respondieron mayoritariamente que esperaban verlos “mas felices, con mejor ánimo, más comunicativos”.

El formato a nivel grupal que el centro diurno admitió para realizar la práctica fue el de “taller de musicoterapia”. La diferencia entre esto y hacer sesiones de musicoterapia grupal, radican principalmente en que, en cualquier momento y en el caso de que lo estimen necesario, el equipo profesional del centro puede integrar nuevas personas a la instancia, o bien retirar a algún

integrante por motivos particulares. Afortunadamente la permanencia en el taller fue muy estable, salvo casos muy puntuales.

Es importante mencionar que, aunque la institución se base en un modelo de intervención comunitario y psicosocial, hay condiciones de estadía en el centro diurno que son propias de la institucionalización, una de estas es la obligatoriedad de asistir a los talleres, bajo pena de perder otros privilegios como salidas en grupo, asistencia a otras instancias o visitas a la familia. Esto conforma un compromiso asumido por los usuarios, para asegurar su permanencia en el centro y aprovechar sus beneficios. Por este motivo, quienes designaron a los asistentes al taller de musicoterapia fueron personas del equipo profesional del centro diurno, quienes armaron un grupo-taller que tuviera un nivel de habilidades mayormente homogéneas entre sí, para propiciar la cohesión y la globalidad del avance terapéutico. El criterio para aunarlos fue que asistieran los usuarios y usuarias que tuvieran mayor independencia, capacidad de abstracción y estabilidad emocional, de modo que pudieran compartir experiencias similares, formándose dos grupos más, en horarios y días distintos para usuarios que estuvieran en otra nivelación de capacidades. De estos otros dos grupos, yo participé en uno como co-terapeuta.

Durante el proceso de musicoterapia no se contempló mayormente la especificidad del diagnóstico clínico en la planificación de las actividades terapéuticas, a excepción del nivel de complejidad y abstracción de las consignas, principalmente por la diversidad de diagnósticos que impedían la

planificación de actividades personalizadas para cada caso, como ya se mencionó en el marco teórico. El otro motivo por el que no se consideró el diagnóstico fue que desde la misma institución nos revelaron que estos mismo no eran certeros, ya que en muchos casos se habían hecho por personal no calificado y en tiempo insuficiente, en visitas rápidas al consultorio u hospital del sector, lo que conllevaba a que constantemente fueran evaluados con otras patologías, es decir, su diagnóstico era cambiado de forma mas o menos constante en el tiempo, lo que los exponía frecuentemente a cambios en los medicamentos, más en función de los síntomas que de las diagnosis específicas. Por este motivo es que se decide intervenir en aspectos generalizados que se podría afirmar, responden a la suma de situaciones vitales adversas, en su mayoría, estas mismas gatillantes de los estados patológicos.

4.2 Características del grupo.

El conjunto de los 9 usuarios con que se realizó el proceso tenía características transversales y características individuales, lógicamente. Entre las transversales están que todos provenían de una situación de calle y de pobreza extrema en el pasado, con escasa o nula relación con su familia, claramente sin posibilidades de trabajar si no era de forma puntual en trabajos muy menores, coincidían en historias de vida muy desgarradoras, que confieso, me fue muy difícil asimilar en un momento de la práctica. Todas estas situaciones habían sido agudizadas, mas bien directamente

relacionadas con una o mas patologías mentales como depresión menor a severa u otros trastornos del ánimo y trastornos de personalidad. También había integrantes con dificultades cognitivas, como retrasos mentales leves a moderados. Los participantes se conocían todos entre si, debido al tiempo compartido en el centro y/o porque algunos vivían en la misma casa o eran vecinos. Su relación era bastante cercana, habían lazos ya establecidos y consolidados de amistad, varios se conocían bien y entre los que compartían casa había roles establecidos, ya fuera de forma natural o bajo acuerdos para la convivencia.

4.3 Aproximación diagnóstica

Para Gauna (2008, citado en: Andreu, 2009) la aproximación diagnóstica tiene el objetivo de conocer los parámetros sobre los que se se construyó el discurso del padecimiento, para ofrecer alternativas que movilicen su deconstrucción estética. Para llegar a este conocimiento es preciso extender un vínculo entre terapeuta y paciente y entre paciente y los objetos. En esta última relación se busca conocer la distancia inicial del paciente con los objetos, para posteriormente evaluar su capacidad de investigación, escucha y creación propia, una vez lograda esta evolución, el paciente deja aparecer lo emotivo en su creación, que dará apertura a la variabilidad expresiva (corporal y sonora) con el objeto y con el terapeuta.

La aproximación diagnóstica duró desde la primera hasta la tercera sesión, y en esta instancia se enfatizó el conocimiento interpersonal entre los usuarios y entre usuarios y terapeutas. También se observó el tipo de relación existente entre los usuarios y su corporalidad, principalmente en el inicio, que siempre consistía en, luego del saludo, un caldeoamiento corporal y/o una inducción de relajación. Aquí se develó la escasa costumbre de poner atención en su estado corporal y de movilizar distintas zonas del cuerpo, se observó monotonía de los movimientos, posturas rígidas, puños cerrados, movimiento constantemente circular alrededor de la sala, cabezas agachadas y hombros levantados.

Al explorar el setting para indagar en los rasgos sonoro corporales del grupo, se notó que existía entusiasmo por tocar los instrumentos y apropiarse del sonido, la disposición era curiosa y tranquila, probando ritmos, intensidad y formas de tocar. Paralelamente se observó que los recursos propios eran algo limitados, no existía aún un lazo de confianza para interactuar de forma mas variable con el instrumento y con los compañeros, esto se reflejaba también en el tono corporal con que tocaban, era una manipulación tensa del instrumento y a nivel vincular había escaso contacto visual y escasa atención hacia los sonidos de los otros, cualidades habituales en el inicio de un proceso musicoterapéutico.

En los momentos de verbalización, ésta era escasa y se repetía bastante la respuesta “bien” al preguntarles qué y cómo se habían sentido luego de las distintas actividades. Por otro lado existía una usuaria que ocupaba en exceso

el espacio de conversación, interrumpiendo a menudo a sus compañeros y a los terapeutas.

Se puede interpretar que estos rasgos de rigidez, poca variabilidad y falta de contacto, podrían ser producto de las condiciones de vida poco saludables en las que se han mantenido los usuarios gran parte de su vida, en donde sus vínculos, oportunidades y recursos han sido muy deficientes y han generado un impacto a estos niveles que aún persiste.

En el otro extremo se observó la existencia de factores protectores de la salud similares en cada uno, los cuales tuvieron que ver con su sentido de pertenencia a un lugar y un grupo, esto se dejó ver al momento de expresar su impresión sobre el ser parte de la fundación, lo que generó una nueva forma de referirse al respecto, mucho mas variable, en la que expresaron su visión y algunos su testimonio. De igual modo la música resultante a partir de la consigna mencionada resultó ser el primer cambio en el sonido del grupo. Aquí se nota el contraste con el párrafo anterior, en donde el impacto negativo de una historia de exclusión puede ser contrarrestada en mayor o menor grado por un entorno inclusivo.

El segundo factor protector corresponde a que la mayoría de los usuarios relacionaron la experiencia musical propia a recuerdos agradables de su infancia, aunque más asociado al espacio de la escuela que del entorno familiar, además, una gran proporción del grupo estuvo toda su vida institucionalizado en hogares e internados. Como ejemplo, una usuaria contó:

“Me recordó cuando era chica y cantaba en el coro del colegio, con las monjas, ahí aprendí muchas canciones”.

A partir de éstas observaciones iniciales es que se decidió intervenir en el desarrollo expresivo de los usuarios, promoviendo experiencias de comunicación consigo mismos y con el grupo, principalmente a través de lenguajes y vivencias no verbales como la corporal, sonoro corporal y expresivas en general, siempre dando espacio suficiente para la elaboración hablada de las experiencias.

4.4 Objetivos

4.4.1 Objetivo general

Contribuir con el desarrollo expresivo y el autoconocimiento de un grupo de usuarios del centro diurno de la fundación Rostros nuevos, Conchalí.

4.4.2 Objetivos específicos

- 1) Promover la toma de contacto con su dimensión sonorocorporal.
- 2) Facilitar instancias de desarrollo creativo-expresivo.
- 3) Estimular la toma de contacto y comunicación entre los usuarios.

4.5 Criterios de evaluación

Los criterios usados durante el desarrollo del proceso partieron desde lo observado en la aproximación diagnóstica, lo cual orientó la creación de los objetivos. Estos criterios son de tipo cualitativo y consisten en la observación y análisis de los aspectos expresivos de los usuarios a nivel corporal, sonoro y verbal, tanto para interactuar consigo mismos como en la comunicación interpersonal.

Estas observaciones se realizaron in situ durante las sesiones y también semanalmente, al momento de ver los videos de cada sesión.

4.6 Metodología de trabajo y Setting

4.6.1 Institución como espacio físico:

Las sesiones se realizaban en una sala amplia del centro diurno, el lugar contaba con todo lo necesario para desarrollar la sesión de manera cómoda para los usuarios y para los terapeutas.



4.6.2 Setting personal, instrumentos



El setting constaba de:

- 1 djembé
- 2 armónicas
- 3 panderos
- 1 cámara de video
- 3 toc toc
- 1 cámara fotográfica
- 2 juegos de pezuñas
- 1 grabadora de audio
- 3 pares de huevitos
- 1 computador portable
- 2 pares de maracas
- 1 parlante "cubito."
- 1 clave
- Telas
- 1 palo de agua
- Block
- 1 metalófono
- Lápices de cera
- 2 kalimbas

4.6.3 Estructura de la sesión

- 1.- Saludo e impresiones de la sesión anterior
- 2.- Caldeamiento corporal y/o inducción de relajación
- 3.- Actividad de musicoterapia corporal
- 4.- Improvisación sobre la actividad corporal
- 5.- Verbalización de la experiencia
- 6.- Despedida

4.7 Desarrollo del proceso

A continuación se describirá el proceso de práctica a partir de sus tres grandes etapas (inicio, desarrollo y cierre) y éstas desde sus hitos importantes a nivel expresivo desde lo corporal, sonoro corporal y verbal tanto en lo individual como en lo grupal y vincular.

4.7.2 Etapa de inicio:

Esta etapa va de la sesión 1 a la 3, y la finalidad de estas sesiones fue conocer y explorar con los usuarios, todos los aspectos con que se pretendía conducir el proceso musicoterapéutico, es decir, sus dimensiones y vivencias desde lo corporal, sonoro, verbal y vincular como camino hacia el desarrollo expresivo, de modo que se familiarizaran con este lenguaje y lo fueran incorporando a su experiencia cotidiana, además de establecerse una aproximación diagnóstica sobre el grupo en relación a estos mismos aspectos.

4.7.1.2 Hitos importantes:

Corporales:

Durante todo el proceso, el trabajo corporal con distintos medios y técnicas fue un elemento constante, en el que se pudieron observar procesos importantes de cambio y variación. En la primera sesión, durante el caldeamiento inicial hubo mucho movimiento imitativo entre ellos y hacia mí, por ejemplo, al yo declarar: “realicen los movimientos que sus propios brazos necesiten para estar más cómodos” todos realizaban el mismo movimiento

que observaron del primero que se movía, o bien imitando el movimiento que yo hacía para ejemplificar, denotando poco contacto con el propio estado corporal o propiocepción, así como también un esfuerzo por hacer la actividad “correctamente”. Esto me permitió aprender a manejar mi propia corporalidad distintamente según lo ameritara la actividad, a veces ayudando con ejemplos y a veces quedándome quieta en un lugar más lejano, con el fin de no interferir ni condicionar el uso del espacio y del cuerpo en los participantes.

En la segunda sesión ya existió una mayor apropiación de los propios movimientos así como de la ejecución de la respiración, la cual siempre estaba presente en la secuencia del caldeamiento, y en esta sesión apareció una apertura corporal hacia el gesto respiratorio en varios participantes. También se realizó el ejercicio de “el espejo” en parejas, que constituyó un hito en que se observó el nacimiento de nuevos movimientos corporales por parte de los usuarios, hubo variaciones en el tono y en la emotividad de los movimientos, pudiéndose ver cómo ellos se descubrían a partir de sí mismos y del reflejo del otro. Lo que faltó en este ejercicio, por mi parte, fue haber variado los ritmos y texturas del soporte musical del ejercicio, ya que usé una música similar durante toda la experiencia y posteriormente pude ver que los movimientos ya no cambiaban, en buena parte porque la música tampoco lo hacía.

Sonoro corporales:

La primera sesión tuvo dos improvisaciones, una netamente exploratoria, que fue de alta intensidad, ritmos poco concordantes, entre sí y escaso contacto en general entre los usuarios, y la segunda, referencial, en la que se les pidió que tocaran tratando de expresar qué significaba para ellos ser parte de Rostros nuevos, y en ese momento se oyó el primer cambio en el sonido y la disposición corporal a la ejecución. La música bajó inmediatamente su intensidad y se aunó el ritmo, la atención hacia la tarea realizada tuvo un gran cambio, estaban mucho mas concentrados todos tocando, y una brisa de suavidad se apoderó de su sonido, dejando ver un potencial núcleo de salud en el aspecto vincular y de pertenencia que reflejaba su vida en la institución. En la segunda sesión apareció la conversación musical en pareja, cuando parecía estar terminando la primera improvisación, al momento de silencio un usuario, V., toca un ritmo con el djembé, el cual es respondido por otra usuaria con el kultrún, lo que hace que todo el grupo retome la improvisación por un momento más.

En esta misma sesión apareció el uso de la voz, en la que algunos cantaron trozos de canciones conocidas de manera individual durante la segunda improvisación, las canciones fueron tres, de distintos usuarios, K. Cantó “Do el puño bien cerrado” acompañándose del metalófono, O. Cantó “ella ya me olvidó” acompañado de la kalimba y M. Cantó “el venao” en compañía del kultrún.

En la tercera sesión, luego del caldeamiento se trabajó en dos grupos, donde a nivel sonoro hubo grandes variaciones ya que se dio la consigna de paisaje sonoro, en la que había que elegir entre “mundo marino” o “desierto”, aquí experimentaron el tocar representando una idea, en un esfuerzo individual y grupal por que el otro equipo la “entendiera”, es decir, movilizandolos sus propios recursos para la comunicación, apareciendo nuevos modos de expresar, como el sonido de animales o elementos de la naturaleza con instrumentos y voz. El hecho de estar sostenidos en una imagen mental y apoyados en sus compañeros, les permitió mayor confianza para crear y comunicar las imágenes elegidas.

Verbales:

En la primera sesión también se reflejó a nivel verbal el impacto positivo que tiene la institución en sus vidas, por ejemplo, una usuaria declaró “si no fuera por esta institución, todos nosotros estaríamos en la calle”, lo que fue inmediatamente reforzado por el resto del grupo, otro menciona: “me abrieron las puertas en la fundación (...) mis compañeros me hacen sentir bien, me hacen sentir cariño”. También mencionaron la importancia de tener la oportunidad de trabajar dentro de la institución y de compartir con sus compañeros, dejándose ver la importancia y lugar que ocupan las relaciones interpersonales en sus vidas.

En la segunda sesión hubo importantes emergentes a nivel de la verbalización, algunos de éstos: “me sentí relajado y como que hubieron como emociones al interior de mi cuerpo, me sentí como emocionado tocando” (V.)

“me sentí bien cuando hicimos la musicoterpia de gimnasia, del espejo, explayándonos, por eso toqué el djembé, porque estaba contenta, porque la música es una canción que merece ser bien cantada, me lo decían las monjas, y con el xilófono también, que me dio alegría y me olvidé del sismo de ayer, que tenía mucho miedo, me acosté muy tarde.” (K.)

“-¿cómo te sentías con la músic de tus compañeros? (MT) -Muy bien, no había tanta bulla, había un acorde, expresaban lo que habían sentido” (K.)

En todo este proceso se puede apreciar un aumento de la confianza en los ámbitos de la comunicación, tanto entre ellos como grupo como desde sí mismos hacia su dimensión corporal y sonora, la cual se ve reflejada posteriormente en sus variaciones de formas de expresarse e interactuar grupalmente.

La tercera sesión, del paisaje sonoro, dejó una sensación en varios participantes de haber tenido un buen desempeño en la actividad propuesta, de haber aumentado sus recursos para comunicar: “Para ser la primera vez que presento algo creo que lo hice bien” (G.)

4.7.3 Desarrollo:

Esta etapa se enfocó en sostener un proceso individual y grupal de profundización y autoconocimiento de la corporalidad y la expresividad sonora corporal, como camino hacia un enriquecimiento de la personalidad expresiva y la capacidad comunicativa de los individuos y del grupo, lo cual se fue comprobando mediante la observación de la evolución de estos aspectos y a través de los testimonios verbales que al respecto manifestaban los usuarios y usuarias. Aquí los recursos expresivos puestos en movimiento fueron variados, pasando por distintas formas de ser y estar en su cuerpo a través de juegos de dramatización corporo-musical, creación de personajes y uso y exploración de la voz como instrumento sonoro expresivo, además de la improvisación como elemento integrador y potenciador de estas experiencias.

4.7.3.1 Hitos importantes:

Corporales:

Las instancias del caldeamiento corporal inicial y las actividades de musicoterapia corporal, fueron un recurso que permitió a los usuarios experimentar su corporalidad cada vez con mayor confianza y amplitud de movimientos y variaciones tónicas, se propició la exploración emocional a través del gesto, del movimiento y del tono, de vincularse desde otra disposición de su ser-cuerpo y así experimentar mayores recursos sensitivos hacia sí mismo y en relación con los otros.

En la quinta sesión, el trabajo corporal se enfocó en preparar el cuerpo para usar la voz, por lo tanto se enfatizó en conectar la energía del cuerpo con el suelo y la tierra, intentando “anclar” las tensiones existentes para que no interfirieran con el uso del aire y la voz, y tener una musculatura mas blanda que no oprimiera tampoco esta salida del aire. Aquí también se observó cómo este tipo de consignas abrió nuevas posturas y movimientos en los usuarios y usuarias, observándose una disposición corporal abierta y relajada, los hombros cedieron y el tórax, que en muchos casos estaba encorvado hacia adentro, se dejó ver y se presentó ante el grupo.

En la séptima sesión, la actividad corporal inicial estuvo unida al caldeamiento, aquí se pudo observar muy claramente cómo los y las participantes empleaban mayor soltura al bailar de manera libre, aparecieron movimientos corporales ondulantes donde siempre antes hubo casi exclusivamente movimiento sólo de brazos, apareció el movimiento de caderas, cuello, cabeza y cambios en la emoción que sustentaba el movimiento, hubo mayor goce del momento que se estaba vivenciando, esto se pudo ver en la expresión de la cara y en las cualidades del movimiento. Posterior a esto se empleó la técnica de masajes con globos, con el fin de propiciar la relajación de músculos mas profundos y de estimular la vinculación desde el cuidado y la entrega de bienestar hacia los compañeros.

Sonoros:

La quinta sesión fue significativa a este nivel, ya que se experimentó el uso exclusivo de la voz como medio expresivo, permitiendo a los usuarios estar y ser desde un recurso muy poco explorado a un nivel más profundo. Esto permitió que se sintieran y se escucharan de un modo distinto y descubrieran su potencialidad expresiva desde el instrumento vocal, que a su vez es también cuerpo y siempre irá acompañado de movimiento. De este modo, las actividades se enfocaron en la propiocepción necesaria para un buen uso de la voz, la creación de movimientos mezclados con sonido y la comunicación a través de éstos mediante “conversaciones” sonorocorporales, además de el canto de un canon que permitió que ellos se escucharan en conjunto, lo cual generó apreciaciones y sensaciones muy positivas y agradables.

En la sesión número 12, se observó un cambio significativo a nivel de amplitud de los recursos expresivos a nivel sonoro, esto se dejó ver en una actividad en que había que crearse un personaje, vestirse como tal, inventarle una historia y asignarle un instrumento personal, y desde ahí interactuar con el grupo y posteriormente presentarlo verbalmente. El uso a nivel del setting aquí fue marcadamente diferenciado del que se venía haciendo en sesiones anteriores, el soporte de estar en un personaje que les resultara cómodo les permitió atreverse a crear sonidos nuevos, cambiar ritmos y otorgarle más emoción a la ejecución musical. En esta misma sesión, la improvisación final que integrara esta experiencia tuvo una cohesión rítmica que tampoco se había vivenciado, por primera vez aparecieron las palmas al unísono para

acompañar otros instrumentos, un usuario, J., que tenía muy poca capacidad de vincularse y expresar emociones, se integró a la improvisación con movimientos corporales de cabeza y palmas, además de demostrar alegría y mayor interacción con el grupo. La improvisación se pudo homologar con un ambiente festivo, de celebración, la que al terminar dejó muchas risas y sonrisas. Este fue un evento importante, si no el mayor, en que se pudo apreciar claramente la movilización de la personalidad expresiva en los pacientes, quizás por el mayor empleo de recursos artísticos (tela, dramatización, narración y musicalización) y por el tiempo llevado en terapia.

Verbales:

En la quinta sesión hubo una muy buena apreciación del uso de la voz, todos manifestaron haberlo disfrutado mucho: “Me sentí como un cantor, me sentí importante” (V.) pero también existieron quejas por sentir que no tenían suficiente capacidad de oxigenación por fumar en exceso, lo que generó una conversación sobre el hábito arraigado y masivo de fumar en el centro diurno y de las consecuencias negativas que ellos mismos observaban y vivían a partir de eso.

En la novena sesión se trabajó corporal y sonoramente representando distintos estados emocionales, lo cual generó una remoción de la disposición con que previamente habían llegado, cambiando significativamente su ánimo y su forma de interactuar. Algunas citas al respecto que permiten observar una mayor apropiación de los recursos expresivos:

“Llorar, cantar”

“ser lo que siente uno”

“expresiones de uno por el otro, expresiones del cuerpo”

“emociones de la cara”

“expresé una música india”

“expresé en el kultrun un sentimiento de pena”

En la doceava sesión, al terminar la improvisación luego del trabajo con personajes, los usuarios manifestaron: “fue como una orquesta” (O.) “Yo sentí mucha alegría” (G.) Además, cada uno narró la historia de su personaje, dejándose ver parte del mundo interno de los pacientes y permitiendo la movilización de éste.

Cierre del proceso:

Esta etapa, de las sesiones 13 a la 16, se enfocó en fortalecer todos los cambios y los aprendizajes vividos en las etapas previas, se dio mayor espacio a la verbalización, con la intención de traer a la conciencia y guardar en la memoria los efectos que el proceso musicoterapéutico había generado en los participantes, se dio mayor espacio a compartir los aprendizajes y cambios en la convivencia y en la vida personal de los usuarios, de modo que las conversaciones del principio y del cierre fueron mas largas en esta etapa que

en las anteriores. La impresión, aprendizaje y cambios experimentados por los pacientes, según su propio testimonio aludía a una mayor valoración y disfrute de la comunicación con sus compañeros, es decir se fortaleció el vínculo mediante el empleo de distintas vías expresivas que permitieron y removieron las formas de comunicación en los usuarios. También apareció la capacidad de modelar los propios estados emocionales, manifestando que la musicoterapia les había ayudado a estar mucho mas contentas y tranquilas durante la semana, algunos manifestaron dormir mejor y “echar pa fuera” las penas (E.). Durante el proceso, los pacientes fueron fortaleciendo significativamente su vínculo, se demostraban apoyo en los problemas que cada uno compartía y también fuera del espacio de terapia se les veía compartiendo alegremente. Muchas veces se contaron historias sobre la infancia o sobre lo que estaba aconteciendo personalmente a cada uno, lo cual es importante ya que pocas veces se había dado el esclarecimiento de las situaciones personales en el entorno institucionalizado en el que viven.

También debo mencionar que fue difícil esta etapa, tanto por mi cansancio como por la constante manifestación de los pacientes de no querer que esto terminara, lo cual me afectaba en cierto grado porque veía que había mucho potencial para seguir trabajando con ellos. Finalmente se cerró la práctica con una convivencia y por primera vez cantamos canciones conocidas, ya que nunca antes había incluido este recurso en la terapia, ahí me di cuenta que hubiera sido una gran herramienta para haberla integrado, ya que habría aportado cohesión, entretenimiento y un soporte de confianza al ser música conocida por todos.

4.8 Evaluación del proceso

a) Evaluación del logro de los objetivos de acuerdo a los criterios de evaluación planteados:

A mí parecer, el logro de los objetivos fue satisfactorio, ya que fue posible ampliar, movilizar y enriquecer los recursos expresivos del grupo con que se trabajó, tanto a nivel individual como grupal. Creo que el contacto constante con su dimensión corporal y sonora les permitió explorar esta área poco conocida y apropiarse de ella tanto como de sí mismos, permitiéndose usarla y modificarla para desenvolverse de manera mas satisfactoria en su entorno, además de tener un cuerpo más disponible para otras instancias expresivas como la sonora musical y la dramatización. Este desarrollo del sí mismo mediante la toma de contacto con el cuerpo desde distintos recursos expresivos, les permitió enriquecer tanto la imagen y concepto de si mismos como su capacidad de comunicación y vinculación con el entorno cercano.

b) Análisis vínculo musicoterapeuta-usuario:

En este caso, en general el vínculo se dio muy fácilmente desde los usuarios hacia mí, ya que ellos están muy acostumbrados a tomar talleres y experimentar procesos grupales, por lo tanto no fue difícil tener su confianza y participación. Por otro lado ya habían experimentado la musicoterapia, con otros compañeros como musicoterapeutas y les gustaba mucho. Donde sí fue difícil fue para mí fue en desarrollar mi propia confianza y apropiarme del rol

de musicoterapeuta, aunque estaba satisfecha con mi desempeño en las sesiones, me costaba mucho sentir seguridad y permitirme cierto “fluir” durante las sesiones, lo cual con la práctica misma fue tomando forma y casi sin darme cuenta cada vez salía con una sensación de mayor liviandad después de terminada la sesión, ya no me hacía problema por no haber sido “espontánea” o haber sido “rígida” en alguna actividad, sino que fui adquiriendo competencias que me permitían discernir cuándo soltar la planificación y cuándo poner límites.

c) Análisis del vínculo entre terapeuta y co-terapeuta:

Trabajar con Sergio fue una gran ayuda en todo sentido, hubo una complementación entre las personalidades muy enriquecedora, ya que él aportaba mucha organización a mis ideas e intuiciones, además de tener una gran disponibilidad a conversar y analizar nuestro trabajo, lo cual hacíamos semanalmente viendo los videos, conversando de lo observado y planificando las actividades siguientes.

Durante las sesiones había mucho apoyo mutuo y la comunicación no verbal se afinó a medida que fue avanzando en proceso. También fue muy enriquecedor y un gran alivio el poder sostenernos en los momentos difíciles, ya que nos enfrentamos a una realidad bastante cruda y chocante a ratos, al menos para lo que ha sido mi propia historia, y la compañía de Sergio consolaba mucho estos momentos, al igual que yo lo hice con él cuando se le presentaron situaciones difíciles. Fue un gran apoyo.

d) Autoevaluación de fortalezas y debilidades propias:

Como fortalezas creo que tengo una buena intuición de cómo guiar un proceso terapéutico, me agrada mucho trabajar en grupo, más que individualmente, me siento más segura desde ahí. Creo que mi interés personal en el ámbito corporal como herramienta para en desarrollo de todas las dimensiones humanas, me otorga una mirada integrada de la persona, donde tengo la certeza que los cambios en un área de alguna manera llegarán a expresarse en otra. También creo que tengo suficiente empatía como para ofrecer un espacio seguro a quienes asistan a la terapia.

En las debilidades está mi falta de eficacia para concretar en el sentido práctico y organizativo toda esta buena intuición y mirada sobre los fenómenos, por ejemplo, no me di el tiempo suficiente para planificar las sesiones como hubiera querido, aunque estoy conforme con lo que sí fue. Esto también afectó a la escritura de esta monografía, ya que me costó darle una organización y valorización a las ideas y los logros obtenidos. También durante el proceso me demoré en sentirme confiada en que lo que hacía era bueno y resultaba, y creo que ahora recién es cuando mayormente así lo siento. De todos modos no veo las debilidades como fallas si no como aprendizajes, oportunidades de mejorar mediante el trabajo consciente lo que no viene tan “dado” con mi persona.

V. CONCLUSIONES

El contexto en que se realizó la práctica tenía rasgos muy particulares que determinaron tanto la forma de trabajar como el enfoque y los objetivos establecidos. Se trató de un contexto altamente institucionalizado en comparación a otros casos de trabajo grupal, lo cual dio luces sobre la importancia de trabajar los aspectos propioceptivos y comunicativo-expresivo, con el fin de contribuir a los procesos de salud mental de los usuarios.

Se observó, en la evolución desde la búsqueda en el propio cuerpo y en el cuerpo de los otros, así como en la exploración y desarrollo del sonido propio y del sonido del grupo, que el camino hacia el bienestar está dado necesariamente por la posibilidad de cambio en los modos de experimentar, expresar y percibir las posibilidades de sí mismos y en relación al afuera, para lo cual la musicoterapia y las terapias artísticas en general, pueden emplear gran cantidad de recursos que facilitan, desde un lenguaje no verbal y universal, el hallazgo de estas posibilidades de cambio respecto de la forma de percibirse y la forma de relacionarse con el entorno, de modo que estas dimensiones sean más satisfactorias para los pacientes.

El caso tratado demostró importantes cambios en los pacientes mediante la sustentación y facilitación del contacto con su personalidad expresiva y el enriquecimiento y variación de ésta. Les permitió tomar consciencia de sus capacidades, de remover y enriquecer su autoconcepto, de experimentar relaciones más cercanas y satisfactorias y por lo tanto contribuir de mejor manera en su comunidad, todo esto originado en el espacio de la terapia pero

realizado por ellos mismos, con una pareja terapéutica que los encaminaba y asesoraba en este camino.

En particular estoy muy agradecida de esta experiencia y de todo el proceso que ha implicado, con sus aciertos y dificultades, ya que me están permitiendo empoderarme de la profesión y de mí misma como persona también.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Andreu, S. (2009). *El espacio vincular entre Musicoterapia y Educación: Una experiencia musicoterapéutica en una escuela común*. (Tesis de Postítulo). Universidad de Chile, Facultad de artes, Santiago de Chile.

Carvajal, C., Florenzano, R. & Weil, K. (2008). *Psiquiatría*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.

Gainza, V. & Kesselman, S. (2003). *Música y Eutonía: el cuerpo en estado de arte*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.

Gauna, G. (1996). *Entre los sonido y el silencio. Musicoterapia en la infancia: clínica y teoría*. Argentina: Editorial Artemisa.

Kepner, J. I. (1992). *Proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: Editorial El Manual Moderno.

Ministerio de salud, Chile (2000). *Plan nacional de psiquiatría y salud mental*. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b628460e04001011f01239d.pdf> [consultado 09 septiembre 2016]

Ministerio de Salud, Chile (2001) *Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de los Hospitales de Día en psiquiatría*. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e5abf67b4b5395e04001011f017d>

[2e.pdf](#) [consultado 12 septiembre 2016]

Organización mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/> [consultado 20 septiembre 2016]

Tomas, U. (2014). Definición de trastorno mental según el DSM V [en línea] Elpsicoasesor.com. Disponible en: <http://elpsicoasesor.com/trastorno-mental-segun-el-dsm-5/> [consultado 29 septiembre 2016]

Vega, J. Solar, o. & Irwin A. (s.f.) *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción*. Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf [consultado 10 septiembre 2016]

VII. ANEXOS

7.1 Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE MUSICOTERAPIA

Yo, _____, he sido informado(a) oportunamente de mi participación en un tratamiento de Musicoterapia.

Se me ha notificado que las sesiones serán grabadas con el fin de facilitar la labor del supervisor docente y los musicoterapeutas. Entiendo que dichas grabaciones solo podrán ser utilizadas para los fines establecidos en esta carta y que en caso de requerir el material audiovisual para otro fin, se solicitará mi consentimiento informado nuevamente y de manera oportuna.

Se me ha garantizado que toda grabación de las sesiones en las que participaré es estrictamente confidencial, para uso educacional de los practicantes y que en cualquier momento, si así lo deseo, puedo decidir no seguir siendo grabado(a). Además fui informado(a) de mi derecho de pedir que el material audiovisual sea borrado una vez finalizado el tratamiento.

Por lo tanto, acepto voluntariamente que las sesiones sean grabadas para este fin.

Usuario

Musicoterapeuta

7.2 Formato planificación de sesión

Usuario/a:	Sesión:	Fecha:
Musicoterapeuta:		

Objetivo(s) de la sesión	
Técnica(s) utilizada(s)	
Setting	
Desarrollo de la sesión (inicio – desarrollo – cierre)	
Inicio	
Desarrollo	
Cierre	
Observaciones musicales, corporales, vinculares y verbales	
Desempeño del Terapeuta (dificultades, aciertos, percepción de la pareja terap.)	
Desempeño del Coterapeuta (dificultades, aciertos, percepción de la pareja terap.)	
Conclusiones	
Consideraciones para la próxima sesión	

7.3 Ficha de entrevista musicoterapéutica

FICHA MUSICOTERAPÉUTICA

I.- Antecedentes.

1.- Información General

Nombre

Fecha de Nacimiento Ciudad de Origen

.....

Dirección

.....

.....

Teléfono Email

.....

Motivo de Consulta

Fecha de Evaluación

2.- Antecedentes Familiares

Nombre	Parentesco	F.N.	Escolaridad	Ocupación

Observaciones:

3.- Antecedentes Escolares/Laborales:

4.- Antecedentes de Salud:

¿Padece de alguna enfermedad o condición vinculada al aparato auditivo?

II.- HISTORIA SONORA

- 1.- ¿Recuerdas sonidos o música significativa de su niñez?
- 2.- ¿Recuerdas sonidos o música significativa de su adolescencia?
- 3.- ¿Qué sonidos o música le agrada?
- 4.- ¿Qué sonidos o música le desagrada?
- 5.- ¿Cuáles han sido sus contactos con instrumentos musicales?
- 6.- Instrumentos musicales que le agraden
- 7.- Instrumentos musicales que le desagraden
- 8.- ¿Posee alguna formación o estudio musical?
- 9.- ¿Toca algún instrumento musical? Si es así ¿cuál/cuáles?
- 10.- ¿Qué sabe sobre la Musicoterapia?