



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POST-GRADO

**MUSICOTERAPIA EN SALUD MENTAL:
PROCESO GRUPAL CON PERSONAS (DIAGNOSTICADAS CON ESQUIZOFRENIA)
EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.**

Monografía para optar al Pos-título en Terapias de Arte con Mención en Musicoterapia

Gonzalo Venegas Chazarro

Profesor Guía: Rodrigo Quiroga Provoste

Santiago de Chile, marzo del 2018

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

I.- Introducción	p3
II.- Marco institucional	p6
III.- Marco Teórico	p9
1.- Esquizofrenia	p9
a) Cómo se ve afectada la persona con Esquizofrenia	p10
b) El derecho a vivir con una realidad subjetiva diferente.....	p13
c) Viabilidad al sistema biomédico y nuevas alternativas.....	p13
2.- Gestalt: una alternativa centrada en el sujeto	p15
a) Como comprende al sujeto	p16
b) Flexibilidad.....	p17
c) Desarrollo del potencial.....	p18
3.- El grupo como factor de cambio	p19
a) Fundamentos.....	p19
b) Factores que favorecen el proceso.....	p20
4.- Musicoterapia	p26
a) Complejidad del sujeto.....	p26
b) Pensamiento estético.....	p27
c) Núcleos de salud y personalidad expresiva.....	p29
5.- El valor y rol de la música en el proceso musicoterapéutico	p31
a) Valor del diálogo en la música.....	p32
b) Valor estético de la música.....	p33
c) Valor estético de la música como integración.....	p34
d) Valor estético de la música como reflejo de la belleza interior.....	p35
6.- La interacción en musicoterapia	p36
a) La improvisación musical.....	p36
b) El ritmo como recurso de interacción.....	p39
c) El control del tempo.....	p39
d) Papel interactivo del musicoterapeuta.....	p40

IV.- Proceso musicoterapéutico	p42
1.- Aproximación diagnóstica	p42
a) Antecedentes previos.....	p42
b) Antecedentes generales.....	p43
c) Antecedentes vinculares y musicales.....	p44
d) Antecedentes individuales.....	p46
2.- Áreas de trabajo y objetivos	p48
a) Objetivos.....	p49
b) Criterios de evaluación.....	p49
c) Encuesta cualitativa.....	p51
d) Plan de trabajo.....	p51
e) Setting musicoterapéutico.....	p52
3.- Análisis de proceso musicoterapéutico	p53
a) Inicio del proceso.....	p54
b) Desarrollo del proceso.....	p56
c) Cierre del proceso.....	p62
4.- Resultados	p65
a) Resultados por objetivos basados en la percepción de los musicoterapeutas.....	p65
b) Resultados obtenidos y evaluación sobre desempeño basado en la percepción de los usuarios.....	p69
5.- Análisis del vínculo entre terapeuta y co-terapeuta	p72
6.- Autoevaluación de las fortalezas y debilidades	p73
V.- Conclusiones	p74
VI.- Bibliografía	p77
VII.- Anexos	p78
1.- Texto creado por el grupo	p78
2.- Encuesta cualitativa	p79

I.- INTRODUCCIÓN:

La siguiente monografía está basada en el proceso grupal que se realizó en co-terapia en la Clínica de Salud Metal Mirandes en el área de Rehabilitación Psicosocial. Dentro de los puntos que se exponen se encuentra una visión crítica sobre las estructuras de poder que existen tras el diagnóstico clínico de un trastorno metal, advirtiendo que éste se condicionado por factores político, sociales e institucionales arraigados bajo un modelo biomédico que, a pesar de tener un discurso sobre una modernización del sistema y una nueva mirada desde lo psicosocial, no ha podido garantizar el bienestar de todos los Chilenos(as) que sufren algún tipo de patología crónica. Se intenta transmitir una nueva mirada de salud que dice relación con la búsqueda de alternativas al sistema actual, que se enfoque en las necesidades de los sujetos con toda la complejidad que significa la idea de sujeto y no a las que son impuestas por factores socioculturales externos, reivindicando así el derecho de las personas que viven bajo una realidad subjetiva diferente.

Dentro de estas alternativas están los fundamentos de la Gestalt, que bajo una orientación psicología y filosófica Humanista Existencial, entregan una mirada de sujeto acorde con la propuesta anterior que se sustenta en la promoción de la salud desde los recursos y no sobre sus carencias. Asimismo considera la comprensión de éste a través de una mirada fenomenológica de la realidad que no distingue la relación entre sujeto-observador, cuerpo-mente, organismo-ambiente, dejando los pre-juicios y la interpretaciones para centrarse en el “aquí y ahora” conectándose con la experiencia misma y su esencia, es decir, abriendo la puerta a la incertidumbre y a lo espontáneo para la comprensión del sujeto y la generación del conocimiento.

Desde esta alternativa no existe un predominio de la razón, por lo que las vivencias subjetivas del grupo y de los co-terapeutas, como también lo que pasa de forma objetiva durante una sesión, tiene un mismo valor para el desarrollo del proceso. En concordancia con esto, la postura de los co-terapeutas frente al grupo es horizontal dejando de lado las etiquetas de expertos y/o dueños de la verdad, considerando al grupo como un organismo autónomo capaz de reconocer sus necesidades y de desplegar sus propios recursos para el desarrollo de su máximo potencial.

Se aborda la importancia del grupo como agente de cambio. Durante el proceso se observa cómo las relaciones interpersonales posibilitan a los usuarios vivenciar diferentes roles y experiencias, que a su vez, amplían su forma de vivenciar el mundo pudiendo relacionarse de manera más amable con su entorno. Asimismo el trabajo grupal adquiere importancia en la medida que facilita la oportunidad para que el usuario se observe a si mismo fuera del modelo institucional del cual es parte.

En relación al marco teórico de la Musicoterapia hay dos áreas que son centrales para la puesta en práctica del proceso. Primero la idea de definir una mirada hacia lo que se entiende por salud que contemple la expresividad del sujeto como un eje central, entendiendo a ésta como una cualidad que le otorga la posibilidad para resignificar distintos ámbitos de su vida, pudiendo enfrentar sus conflictos con más herramientas en pro de su desarrollo personal y social. La segunda es indagar acerca del rol y valor de la música en relación a la cualidad intrínseca que posee para promover el bienestar de los sujetos, posibilitar la expresión de su mundo interno, forjar un diálogo profundo que da cuenta de un otro y reflejar la belleza interior del sujeto en la música.

En relación al proceso Musicoterapéutico se aborda en primer lugar la aproximación diagnóstica en Musicoterapia clave para identificar las necesidades del grupo y posteriormente establecer los objetivos terapéuticos del proceso. Éstos se dividen en tres aéreas: afectiva-expresiva, escucha activa e identidad, las cuales son abordadas a partir un plan de trabajo que contempla métodos receptivos, métodos de improvisación, composición de canciones y el trabajo de expresión corporal. Los criterios de evaluación son de carácter cualitativo y se enfocan en las tres aéreas mencionadas anteriormente donde se explicitan detalladamente los cambios esperados en cada una de ellas. El plan de trabajo se describe a grandes rasgos cuales son las características principales del encuadre y la metodología utilizada durante el proceso. Un apartado importante destaca el análisis de las tres etapas del proceso las cuales se dividieron en inicio, desarrollo y cierre. En cada una se describe en forma analítica los cambios e hitos importantes que surgieron durante el trascurso de las sesiones del grupo en concordancia con los objetivos planteados al comienzo del proceso. Finalmente, se describe unas síntesis con los resultados obtenidos por el grupo a través de un enfoque fenomenológico basado en la percepción de los co-terapeutas y una encuesta cualitativa donde los usuarios expresan su opinión sobre su desempeño, el de los Musicoterapeutas, la puesta en práctica del taller y los resultados alcanzados por ellos.

II.- MARCO INSTITUCIONAL

La presente monografía se sustenta en el proceso musicoterapéutico grupal realizado en la Clínica de Salud Mental Mirandes, en el área de Rehabilitación Psicosocial, durante el primer semestre del año 2017. Esta institución es de carácter privado y presta servicios a personas que son portadoras de una enfermedad psiquiátrica crónica.

Su infraestructura cuenta con dos sedes ubicadas en la comuna de Providencia. Una sede es la Clínica de Corta Estadía que funciona desde el año 2014 en Av. Salvador #726 en la ciudad de Santiago, encargada de ofrecer tratamiento a usuarios con descompensaciones agudas de su trastorno de base. En la otra sede, ubicada en Av. Francisco Bilbao #370 en la ciudad de Santiago, se encuentra el Hospital Día que asiste a usuarios que atraviesan por un período de agudización de su sintomatología y finalmente el Centro de Rehabilitación Psicosocial que proporciona apoyo para su reinserción social y laboral.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) fue inaugurado en el año 2013 y estuvo ubicado en un comienzo frente a la Clínica de Corta Estadía, para trasladarse posteriormente por un tema de espacio a una casona antigua de dos pisos donde actualmente se encuentra. Cuenta con diferentes instalaciones para atender a los usuarios que asisten al Hospital de Día y a Rehabilitación. En el primer piso está la recepción y un patio interior donde los usuarios comparten distendidamente en sus ratos libres (jugar pin pon, sentarse a descansar o fumar, etc.). Existen también tres salas de mayor tamaño en las que se realizan actividades grupales, tales como: diferentes talleres terapéuticos, convivencias y reuniones, además de una sala de enfermería y un salón amplio tipo “living” donde los usuarios pueden descansar en un ambiente

tranquilo y cómodo. En el segundo nivel se encuentra una sala de reuniones para el equipo de Rehabilitación, una oficina para que las Terapeutas Ocupacionales y una Psicóloga realicen el trabajo administrativo y tres boxes acondicionados para la atención individual de los usuarios.

El equipo de trabajo está conformado por cuatro Terapeutas Ocupacionales encargadas de evaluar y elaborar planes de intervención y una Psicóloga que realiza talleres terapéuticos y presta apoyo individual. Además los usuarios cuentan con otros Profesionales como Psiquiatras y/o Psicólogos que pertenecen a la institución y/o a redes externas como la garantía G.E.S.

El CRP atiende a personas entre 15 a 50 años, hombres y mujeres, de un nivel socioeconómico medio-alto que presentan un trastorno psiquiátrico crónico, principalmente con algún tipo de Esquizofrenia y que se encuentran actualmente en un etapa de estabilización de su condición (solo manifiestan síntomas negativos), por lo tanto puedan acceder a un proceso de rehabilitación que les propicie el apoyo necesario para la reinserción a su entorno.

A través de este proceso se espera que adquieran herramientas que les ayuden a desenvolverse con “normalidad” en ámbitos sociales que se consideran elementales para el desarrollo pleno del individuo, principalmente el ámbito laboral, académico y social-familiar. La duración del proceso es variable intentando que sea el menor tiempo posible, pero en términos generales la duración fluctúa entre algunos meses hasta años, considerando que las recaídas y la presencia de la sintomatología más aguda (delirios y alucinaciones) pueden aparecer sorpresivamente y producir que nuevamente la internación del usuario.

El sitio web del centro describe el objetivo de éste como “generar las condiciones favorables para que la persona mejore su funcionamiento psicosocial y calidad de vida,

permitiendo el desempeño en los distintos contextos, de manera normalizada e independiente de acuerdo a sus capacidades”. (www.mirandes.cl)

Los planes de intervención grupal del CRP cuentan con diferentes talleres orientados a mejorar el desempeño de los usuarios en sus rutinas diarias, tales como: el cuidado de su aspecto persona e higiene, el desarrollo de conciencia de su enfermedad, fortalecer su autonomía y desarrollar habilidades sociales y cognitivas que promuevan su interacción facilitando así su participación en diversos contextos. También se considera el trabajo en conjunto con la familia favoreciendo el proceso de rehabilitación y adherencia al tratamiento farmacológico y terapéutico. De esta forma, el enfoque de las atenciones es más bien de rehabilitación y psicoeducativo con el propósito de desarrollar aspectos funcionales que le permitan al usuario alcanzar competencias y habilidades sociales necesarias para cumplir con las exigencias que demanda su reinserción al campo laboral, académico y familiar.

III.- MARCO TEÓRICO

1.- ESQUIZOFRENIA

Es común en nuestra idiosincrasia el uso del calificativo “loco” para referirnos a una persona que muestra alguna conducta extravagante, extraña o anormal que no se condice con la situación o contexto. El término puede ser empleado con una connotación negativa con el propósito de establecer una diferencia arbitraria respecto a lo que se considera, piensa o se cree que es una conducta normal y/o correcta. Como menciona Capponi (2013) el comportamiento anormal es sólo aquel que se desvía de la norma de una cierta cultura, en un momento histórico dado. Es importante entonces hacer una relativización respetuosa del concepto “normalidad”, teniendo en cuenta que detrás su aplicación existe un juicio de valor que hace necesaria una postura ética del observador, evitando reduccionismos que limiten la comprensión del individuo.

Es difícil cuantificar el impacto social que sufren las personas diagnosticadas con Esquizofrenia. El Psiquiatra David Cooper (1979), propulsor de la antipsiquiatría, niega su existencia argumentando que tras la “etiqueta” se emplea un ejercicio de poder coercitivo sobre los sujetos, vulnerándose su derecho a vivir con una realidad subjetividad diferente. No obstante, la Esquizofrenia es un trastorno mental que puede ocasionar graves dificultades a nivel personal y social que se traducen en conflictos familiares, laborales, académicos y vinculares que inclusive pueden llevar a la persona al aislamiento total. Según la Organización Mundial de la Salud las personas con Esquizofrenia corren un mayor riesgo de sufrir violaciones de sus derechos humanos tanto en las instituciones de salud mental como en las comunidades. La enfermedad está muy estigmatizada. Esto genera discriminación, que a su vez puede limitar el acceso a la atención

sanitaria general, la educación, la vivienda y el empleo. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

a) Cómo se ve afectada la persona con Esquizofrenia

“Según los criterios internacionales acordados para el diagnóstico de la esquizofrenia tienen gran importancia los trastornos del yo, los delirios, las alucinaciones, los trastornos afectivos, los trastornos psicomotores, el curso del pensamiento y el comportamiento social”. (Machleidt, López-Lbor, Bauer, Lamprecht, Rose, Rohde-Dachser, P315) Con el propósito de comprender e indagar sobre éstos se expone un resumen con los conceptos más relevantes descritos en el manual “Psiquiatría, trastornos psicósomáticos y psicoterapia” (Masson, 2004).

Trastornos del Yo:

En relación al los trastornos del Yo nace un confusión entre el mundo interno y el entorno. La persona puede sentir que sus pensamientos son impuestos, robados y/o que son leídos por otros; sus acciones los sentimientos y percepciones pueden ser vividas como si fueran ajenas; la personalidad y el cuerpo pueden ser percibidos como extraños al igual que el entorno, inclusive pueden llegar a estar convencidos que son otras personas que están en un cuerpo que no les pertenece.

Trastornos de la Percepción:

Dentro de los trastornos de la percepción están las alucinaciones, que son percepciones sin que haya un objeto externo reconocible por un observador externo. Pueden ser de tipos auditivas, visuales, táctiles, olfatorias, gustativas y cenestésicas. Son comunes las del tipo auditivas donde la persona percibe voces que dialogan, que le dan ordenes y /o que critican constantemente. También dentro de los trastornos de la percepción están los delirios que son falsas interpretaciones de un objeto externo real. Por ejemplo una persona puede creer que es parte de una conspiración política o que despierta algún sentimiento amoroso en otra persona.

Trastornos de la Afectividad:

Dentro de los trastornos afectivos es característica la rigidez en los sentimientos, el aplanamiento y la falta de modulación. Esto produce dificultades para sentir la alegría (anhedonia) y la doble moral emocional (ambivalencia) generándose un desgano a la hora de tomar la iniciativa hacia alcanzar un acción o satisfacer algún deseo. En general sufren de ansiedad, por lo que buscan tomar distancia de las personas y el entorno como una forma de sentirse seguros. A pesar que es muy utilizado el concepto de aplanamiento afectivo es interesante que Bleuler (citado en Masson, 2004, p317) menciona: “si se hace un análisis de los delirios en los pacientes, se observa que su pensamiento está relacionado con los afectos más que en las personas “sanas” demostrando esto que no hay una carencia de éstos sino una expresión no funcional de ellos”.

Trastornos Psicomotores:

Los trastornos psicomotores pueden ser de tipo catatónicos, produciendo rigidez motora o por el contrario excitación tal que puede llegar a peligrar la integridad del la persona o de terceros. Pude haber estereotipia del movimiento y/o del habla y negativismo (la persona hace lo opuesto a lo solicitado); ecopraxia (imitación de un movimiento o palabras) o la sensación que sus movimientos son en contra de su voluntad. Estos síntomas pueden tener repercusiones y relación con trastornos de la afectividad y del “yo”.

Trastornos del Pensamiento:

Los trastornos del curso del pensamiento muestran alteraciones características que parecen saltar por encima de la lógica. La persona desarrolla un patrón de asociaciones poco habituales y difíciles de comprender si no hay un conocimiento de la historia personal (Machleidt et al., 2004). El curso del pensamiento carece de intencionalidad y puede ser cambiante por fuga de ideas o por asociaciones que tienden a ser confusas y que no siguen un hilo conductor. Como consecuencia las personas manifiestan bloqueos del pensamiento o pueden, por el contrario, poseer un pensamiento interminable el cual no es capaz de concluir verbalmente. En el discurso aparecen palabras ajenas al contenido (contaminación) o creadas por la persona (neologismos).

Trastorno del Comportamiento Social:

En cuanto al trastorno del comportamiento social, emerge a partir de la manifestación de los trastornos antes mencionados, produciéndose la pérdida progresiva del contacto con el mundo

exterior, viéndose truncadas las posibilidades de desarrollo familiar, laboral y académico del individuo.

b) El derecho a vivir con una realidad subjetiva diferente

En el marco del Seminario dictado en julio del 2017 en la Universidad de Chile “Lógicas manicomiales y abuso psiquiátrico”, donde participaron entre otros el Docente de la facultad de Psicología Carlos Pérez Soto el cual que dicta clases de antipsiquiatría y Rodrigo Fredes activista y fundador del colectivo “Locos por nuestros derechos”, se pone en tensión la viabilidad del modelo biomédico tradicional frente a nuevas alternativas que vislumbran la participación y el autoapoyo como un camino hacia el bienestar. Visibiliza la vulneración de los derechos de las personas diagnosticadas con un trastorno mental y por ende la necesidad de reivindicar “el derecho a ser loco” sosteniendo que en la diferencia existe una fortaleza y no un amenaza para construir sociedad.

c) Viabilidad al sistema biomédico y nuevas alternativas

El panorama de salud mental en nuestro país es muy complejo, se encuentra en una constante discusión y condicionado a factores políticos, culturales y económicos que la construyen y que afectan en especial a los sectores más vulnerables del país. La salud mental es un problema social, no es algo que se pueda pensar como aislado de la pobreza, la discriminación y a la falta de oportunidad que tiene los sectores más vulnerables. (Cooper, 1979)

Fredes (2017) es determinante en decir que el modelo biomédico no ha sido capaz de dar alternativas, ya que se basa en prácticas estandarizadas que no consideran las necesidades propias del individuo. Deben ser los propios grupos y/o colectivos los que tomen la iniciativa, siendo esto un primer factor protector y movilizador de cambio. Una de las grandes problemáticas en este sentido es que la sociedad en general se encuentra “psiquiatrizada” validando sólo el actual sistema biomédico. Se necesita ir hacia un cambio cultural paulatino y dejar de buscar soluciones instrumentales que finalmente perpetúan dicho modelo. Es trascendental para avanzar hacer una reflexión crítica sobre como comprendemos a la persona y pensamos la salud dentro de nuestra sociedad, siendo esta la real alternativa.

Por otro lado la desmedicalización es otra alternativa (Pérez, 2017), además de ser un derecho del individuo. Requieren de un proceso complejo, en donde es crucial el acompañamiento de los pares. Fredes (2017) menciona que no tiene que ver con solo el hecho de terminar con los fármacos. Aclara que éstos “no se eliminan” sino que se reemplazan por otras prácticas, costumbres y hábitos. Es necesario entonces “deconstruir” el término impuesto por el modelo biomédico de “conciencia de enfermedad” y “adherencia al tratamiento” el cual no se enquista por mera casualidad sino que se invierten muchos recursos en horas de profesionales que hacen psicoeducación para que la persona desarrolle esta idea. La desmedicalización y el apoyo mutuos son los que pueden tener un verdadero efecto en la reinserción social dice Pérez (2017).

Según Pérez (2017) es necesario un movimiento que vaya directamente contra la psiquiatría y los diagnósticos psiquiátricos que no muestran una definición causal definida ni una teoría plausible y que además tienen un efecto estigmatizador y una escandalosa falta de validez científica. También terminar con procedimientos médicos que vulneran los derechos humanos;

procedimientos inhabilitantes que sacan a la persona de su contexto social y familiar aislándolo y agravando su estado.

Se puede concluir que el modelo biomédico imperante no ha podido dar respuestas concretas a la problemática social que conlleva la salud mental en Chile, siendo urgente plantear nuevas alternativas que tomen como centro a las necesidades particulares de la persona y una mirada más integral que contribuyan al bienestar psicosocial y la reivindicación del derecho a vivir con una realidad subjetiva diferente.

2.-EL ENFOQUE DE LA GESTALT: UNA ALTERNATIVA CENTRADA EN EL SUJETO

La terapia Gestalt nace a partir de la necesidad de encontrar una alternativa al enfoque cognitivo- conductual y al método científico predominante que busca la objetividad sobre todas las cosas (evidencia, estadísticas, resultados y métodos replicables) separando para esto la relación existente entre el observador y lo observado (usuario-terapeuta, persona- ambiente, mente-cuerpo. etc.). Posee una orientación psicológica “Humanista Existencial” y se encuentra inspirada en una visión fenomenológica de la realidad, la cual requiere que el terapeuta se sitúe en el “aquí y ahora” para comprender lo revelado por la situación (Varas, 2011).

Las relaciones que propicia el terapeuta son de carácter horizontal sin descuidar la responsabilidad que conlleva ser el guía del proceso. No se posiciona desde un saber específico o con la etiqueta de experto, evitando hacer juicios de valor sobre lo que acontece en las intervenciones. No busca un “*por qué*” de las cosas (saber), sino un “*cómo*” (facilitar) que hace alusión a lo vivenciado, evitando hacer interpretaciones e introducir elementos traídos desde

fuera de la sesión. Es en la experiencia misma donde la persona vislumbra el camino hacia la autorregulación de su organismo, siendo esta es una capacidad innata que nos permite identificar y satisfacer nuestras propias necesidades (fisiológicas, sociales, psicológicas afectivas, etc.) y no las impuestas por factores externos (Perls, 2001). El terapeuta persigue como fin último entonces desarrollar el potencial máximo de la persona transformándose en un facilitador que promueve su autonomía y capacidad de auto-apoyo.

a) Cómo comprende al sujeto

Desde la Gestalt se entiende a la persona como una entidad compleja que conforma un “todo”, un organismo que vive y que al mismo tiempo negocia constantemente con el ambiente para satisfacer sus necesidades y alcanzar su homeostasis. Por lo tanto, no existe en tanto una separación entre lo cognitivo y afectivo ya que ambos dependen entre sí, están en constante tensión y es lo que nos impulsa a la acción (Varas, 2011).

El organismo tiene la cualidad de alcanzar la autorregulación a través de un sistema sensorial que le permite percibir los cambios en el campo (necesidades) y con un sistema motor que le permite la acción para modificar los parámetros necesarios para establecer su equilibrio (Varas, 2011). Podemos entender a la Gestalt entonces como ciclos, necesidades que el organismo busca cubrir. Por ejemplo, si estamos cansados y con hambre buscaremos la forma de lograr alimentarnos para poder cerrar esa Gestalt, para luego abrirse otra y así sucesivamente. Sin embargo, a partir de este mecanismo complejo se pueden desarrollar diferentes patrones y formas de vivenciar el mundo que nos impiden satisfacer las necesidades internas o reprimir ciertos deseos o formas de ser que nos parecen amenazantes, siendo la base de muchas conductas

neuróticas y la evidencia que a lo largo de la vida dejamos muchas Gestalt inconclusas (Perls, 2001). En los casos graves donde no existe un equilibrio entre los sistemas sensorial y motor, o está la falta completa una de ellos, sería la base de los trastornos mentales (Perls, 2001). Para que el organismo se autorregule es necesario que aprenda a conocerse a sí mismo, es decir, darse cuenta de sus propias necesidades a través de la conexión con el aquí y ahora, sus emociones y con el entorno que lo rodea. (Varas 2011)

b) **Flexibilidad**

El organismo posee límites que son dinámicos y definidos a partir de la relación con el ambiente. Éstos se configuran a partir de nuestra subjetividad y corporalidad; se puede entender como todo lo que está adentro de lo que somos en contraposición de lo que está afuera. “Llamamos límite al lugar en que se diferencian “lo propio” y el “sí mismo” (*self*) de “lo otro” (*otherness*)” (Perls, 2000, p19). Perls (2001) profundiza en el concepto y lo llama “límites del ego”, explica que surge por medio de un mecanismo de identificación- alienación: adentro de mis límites yo me identifico con mi cuerpo, mis creencias, ideas, pensamientos y fuera de éstos está lo que me produce rechazo, lo que es vivenciado como extraño y ajeno. El organismo está en una constante tensión ya que cuando necesitamos algo que está fuera de estos límites se requiere una negociación. A través de estos límites se va configurando nuestra forma percibir el mundo (relaciones interpersonales e intrapersonales), tomando conciencia de ellos se abren nuevas oportunidades para desarrollar nuestro potencial y promover el crecimiento personal. Flexibilizarlos, ayuda a ampliar nuestro campo de acción, aceptarnos tal como somos y responder a las demandas internas ayuda al proceso de maduración del organismo. Si somos capaces de

afrontar lo que somos sin que esto nos parezca amenazante desarrollamos la cualidad de aceptarnos, ganamos autonomía y la capacidad de autoapoyo (Perls, 2001).

c) Desarrollo del potencial

La capacidad del organismo de desarrollar su potencial es un proceso continuo de “maduración”. Este concepto se refiere a la capacidad del organismo de ir desde el soporte ambiental hacia al auto-soporte (Perls 2001). Un ejemplo es el bebé que dentro del útero de la madre se alimenta recibiendo nutrientes y oxígeno y una vez fuera tiene que manifestar la cualidad de respirar por sus propios medios. Para que esto ocurra existe un concepto clave dentro de la terapia Gestalt, el “impasse”. “El impasse es la situación (conflicto) en que el apoyo ambiental o el soporte interno obsoleto ya no llega más y el auto-soporte auténtico no se ha logrado aún” (Perls, 2000, pág. 40). Cuando el organismo no es capaz de afrontar el impasse desarrolla mecanismos para evitar el conflicto produciéndose lo que Perls llama “trastorno del crecimiento” el cual impide el proceso de maduración.

El trastorno de maduración dice Perls (2001) se produce muchas veces porque en vez de afrontar los problemas que surgen en nuestra interacción con el ambiente nos adaptamos a estos, transformados en personas rígidas y funcionales a la sociedad. Al evitar el conflicto el organismo no encuentra motivo para movilizar sus recursos y descubrir la capacidad de auto-apoyo. “Si desarrollamos patrones de comportamiento que nos hagan evitar constantemente la frustración, por muy dolorosas que sean las situaciones, lo único que desarrollamos es la capacidad de manipular el ambiente y el resultado de esto es perder nuestro potencial”. (Perls, 2001, p44).

Esta orientación Humanista Existencial y el enfoque de la terapia Gestalt adquiere sentido a propósito de las necesidades transversales que presentan las personas diagnosticadas con Esquizofrenia. El estigma y la problemática social que conlleva su diagnóstico hace necesaria una apertura diferente, que considere sus aspectos y características no desde la carencia, por el contrario, que valide sus formas particulares de vivenciar el mundo para así anular el peso contante que demanda la sociedad a ser personas productivas que responden a un modelo rígido que impone una subjetividad hegemónica sobre ellos. El propósito principal de este enfoque es darles una oportunidad para ir paulatinamente conociéndose y aceptándose a si mismo, pudiendo así gradualmente desenvolverse de un manera más armoniosa con su entorno. Además brindar un espacio para el autoconocimiento e identificar y expresar su mundo interno tomando conciencia de sus necesidades, permitiéndoles progresivamente enfrentar con mejores herramientas sus conflictos con el propósito de ir hacia el desarrollo su máximo potencial y una mirada más positiva de si mismos.

3.- EL GRUPO COMO FACTOR DE CAMBIO

a) Fundamentos

A diferencia de la terapia individual, donde el usuario tiene mayores posibilidades de encontrar mecanismos que le permitan desviar la atención de sus conflictos, el grupo facilita el trabajo de cuestiones más sutiles y complejas del funcionamiento interpersonal y del autoconocimiento. El impacto que provoca el grupo en una persona se relaciona con la importancia que tienen las interacciones interpersonales en el desarrollo psicológico (Yalom, 1996).

Los grupos reflejan la realidad y la reproducen en pequeña escala a medida que avanza el proceso; cada miembro del grupo empieza a interactuar con los otros de la misma forma que lo hace a fuera, lo que facilita el darse cuenta y promueve cambios positivos en la conducta de los participantes (Varas, 2011). Más aún cuando se trata de personas con dificultades sociales, y que eventualmente sufren algún tipo de discriminación, el grupo puede ser una oportunidad para construir nuevas formas de vínculo que le permitan ampliar las posibilidades de desarrollarse como individuos activos en la sociedad.

La terapia grupal ayuda a que los participantes se vayan “mostrando” favoreciéndose la cohesión y el fortalecimiento de la identidad y autonomía. Los participantes aprenden a ocuparse de sus gustos, aversiones, similitudes, diferencias, envidias, timidez, agresión, miedo, atracción y competitividad durante las diferentes partes del proceso (Yalom, 1996). Esto se logra porque aunque una situación o intervención de un miembro puedan parecer sin importancia, es probable que pueda calar hondo en otro participante, de esta forma es difícil mantenerse al margen de lo que sucede en sesión, y la suma de las reacciones individuales moviliza de manera rotunda al grupo (Varas, 2011).

b) Factores que favorecen el proceso terapéutico

El grupo es un lugar seguro donde el terapeuta se encarga de facilitar diferentes experiencias durante un proceso cuidadoso donde cada miembro da y también recibe feedback sobre el significado y el efecto de las diversas interacciones que tienen lugar entre ellos (Yalom, 1996). El grupo se transforma entonces en un espacio íntimo y de contención donde se construyen vínculos a partir de un sentimiento de validación y aceptación entre los participantes. Esta confianza

promueve nuevas formas de vincularse y un mayor auto-conocimiento de las propias necesidades y formas de ser.

Existen algunos factores que son importantes de considerar que dan cuenta de las ventajas de la terapia grupal:

i.- Mis conflictos no son únicos:

Cuando existe la creencia que los conflictos son únicos se tiende al aislamiento y se ve limitada la oportunidad de enfrentarlos y expresarlos en nuestro entorno cercano. La *universalidad* (Yalom, 1996) es un factor que cambia este patrón de conducta. Este concepto refiere al alivio que experimentan los usuarios al darse cuenta de que sus problemas y fantasías también son compartidos por sus compañeros. (Yalom, 1996). Este hecho muestra que al sentirnos en alguna medida identificados con los conflictos del otro se abren nuevas perspectivas sobre éstos. Sentirse reflejado en el otro ayuda a ver lo propio de manera más evidente y ayuda también a ver cómo los demás lo resuelven (Varas, 2011). La gran ventaja del grupo entonces es que los participantes tienen la posibilidad de tomar conciencia de manera mas inmediata, tanto de sus conflictos básicos, como de los rasgos y características de la personalidad que en muchos casos son la base del problema (Varas, 2011).

ii.- La capacidad de dar:

Otro factor es el *altruismo* que subraya la capacidad innata de los participantes de prestarse apoyo mutuo dentro del grupo. En el caso de las personas con un trastorno mental que

puede sentirse desmoralizado y creer que no son capaces ofrecer nada de valor a nadie, la experiencia de ser útil a otro puede resultar sorprendentemente gratificante y promover una mejor autoestima (Yalom, 1996). El altruismo favorece la autoimagen positiva del usuario y por otra parte ayuda a disminuir el estigma de “enfermo” que muchas veces es impuesto por la sociedad.

iii.- Los otros:

Yalom menciona que el *comportamiento imitativo* es de gran ayuda para impulsar a los miembros del grupo a cambiar patrones de conducta enquistados frente a ciertas situaciones al interactuar con otros. Durante la terapia de grupo, los participantes manifiestan cambios positivos al observar a algún compañero que tiene un problema similar, este fenómeno se denomina aprendizaje vicario (Yalom, 1996). Escuchar los problemas de otros ayuda a bajar nuestras defensas, lo que puede dar una nueva oportunidad de elaborar el conflicto (Varas, 2011). Por ejemplo observar a un miembro del grupo que logra expresar sus sentimientos con naturalidad y sin culpa puede ofrecer la oportunidad a través de su acción de darle confianza e impulsar a otro miembro a aumentar su autoexpresión. Como menciona Varas (2011) en la sesiones de grupo aunque una persona no participe activamente o no hable, se va reforzando de todas formas la confianza y el sentimiento de estar acompañado.

iv.- Un lugar seguro:

La *catarsis* es otro facto terapéutico en la terapia grupal. La expresión sin tapujos de los sentimientos puede ser sanador pero no es en si mismo, ya que lo que favorece a la persona es el

fenómeno se vea envuelto en un contexto grupal. Ser capaz de hablar y/o participar de dinámicas en donde se trabajen emociones fuertes y profundas sintiendo la contención, apoyo y aceptación incondicional de parte del grupo, es una señal que nos dice que quizá no somos personas tan “malas” o “desagradables” o que nadie pueda sentirse afecto por nosotros (Yalom, 1996). Hay que tener en cuenta además que es importante para los usuarios comprender su experiencia no sólo a través del contexto grupal, sino que además la integren a nivel intrapersonal adquiriendo así una significancia positiva para su proceso terapéutico, llevando así este aprendizaje a otros ámbitos fuera del espacio grupal.

v.-Sentido del ser:

Los *factores existenciales* están presentes en todo tipo de conflictos y necesidades, sobre todo en grupo donde temas como la libertad, el sentido de la vida, el aislamiento y el amor están presentes y en tensión (Yalom, 1996). Los usuarios con trastornos mentales crónicos tienden a tener este tipo de conflictos siendo uno de los más comunes la percepción negativa que tienen de ellos mismo al sentirse excluidos de la sociedad y estigmatizados. El espacio terapéutico grupal da la posibilidad de construir vínculos sólidos y profundos entre los participantes lo que posee un valor intrínseco, ya que proporciona una presencia y un «estar con» frente a los conflictos y momentos difíciles por los que atraviesan los miembros durante el proceso (Yalom, 1996,)

Al mismo tiempo el “apoyo existencial” que proporciona el grupo permite a los usuarios tomar conciencia de que es importante también que ellos tomen la responsabilidad sobre sus conflictos, entendiendo que existe un límite sobre las opiniones de terceros al momento de buscar nuevos caminos o posibles soluciones a sus problemas. Al fin de cuentas aprenden que aunque se

cuenta con el apoyo de los demás, existe una inevitable soledad, propia de la existencia, la cual no se debe mirar en términos negativos sino que se debe aceptar como una parte necesaria para el desarrollo personal del individuo (Yalom, 1996). En este sentido los grupos de orientación gestáltica los participantes logran darse cuenta, ampliar la conciencia, adquirir responsabilidad y relacionarse de mejor forma con su entorno de un modo mas auténtico, con mayor aceptación de si mismo (Varas, 2011)

vi.- La cohesión:

La *cohesión* grupal es muy importante, por un lado favorece los resultados terapéuticos y la vez facilita el nacimiento de relaciones significativas. Son estas relaciones que finalmente promueven un cambio positivo para los usuarios. Como se mencionó anteriormente, los usuarios suelen tener una percepción negativa de si mismos manifestándose en la dificultad para crear vínculos. El hecho que el grupo otorgue esta oportunidad de construir una relación profunda basada en la confianza y la aceptación es algo relevante para su proceso. “En condiciones de cohesión, los participantes tienden a expresarse y examinarse a sí mismos, a tomar conciencia de aspectos de su propia persona que hasta entonces les resultaban inaceptables y a integrarlos, y a identificarse de una forma más profunda con los demás“(Yalom, 1996, p32). Además les ayuda a aceptar sus conflictos internos desde un lugar seguro lo que favorece el proceso terapéutico.

vii.- Vínculos significativos:

El *aprendizaje interpersonal* es central en el poder terapéutico del grupo. Desde pequeños desarrollamos diferentes patrones de comportamientos a partir de las relaciones interpersonales

que mantenemos con personas significativas que cubren la necesidad de sentirnos aceptados y seguros en nuestro entorno. A partir de estas experiencias interpersonales tendemos a acentuar o suprimir ciertas formas de relacionarnos con los demás conformándose así una forma de vivenciar el mundo. El problema surge cuando la necesidad de recibir afecto se ve condicionada a acciones o formas de ser que van encontrar de un modo sano de relación, enquistándose dinámicas nocivas y patrones rígidos que impiden la posibilidad de crear vínculos sanos con un otro (Yalom, 1996) Como menciona Varas (2011), el grupo permite bajar las defensas neuróticas que empleamos en la vida social, esto hace que nos enfoquemos en nuestros deseos y no los deseos creados partir de necesidades externas. El grupo en este sentido entrega un espacio de seguridad y confianza que permite tomar conciencia de como nos relacionamos con los demás. Al darse esto dentro de un encuadre donde existen vínculos significativos, el feedback de los miembros del grupo y la guía del terapeuta facilitan la automirada y la movilización psíquica necesaria para producir un cambio en los patrones de conducta.

El grupo es importante dado que es un eje central para el desarrollo de objetivos transversales en el área de salud mental que tiene relación al desarrollo de habilidades sociales, interpersonales y la posibilidad que entrega a los participantes de conocerse y aceptarse a si mismo a través de un otro, vivenciando roles y experiencias sociales que muchas veces son vistas como una amenaza fuera del contexto grupal. El enfoque de la Gestalt es también clave dentro de la propuesta ya que entrega al terapeuta una visión de sujeto que ayuda a entender la complejidad intrínseca del ser humano y la posibilidad de éste para desarrollar recursos propios a través un trabajo de autoconocimiento que promueve el autoapoyo y autorealización. Para terminar es importante desatacar que este enfoque ve al otro como un igual, rescatando sus recursos propios y no imponiendo el desarrollo de objetivos externos basados en las carencias del sujeto.

En relación a lo anterior a continuación se expone las bases teóricas sobre como la musicoterapia aborda estos aspectos y por otro lado cual es el valor y rol de la música como un agente de cambio que posibilita y promueve el bienestar y el desarrollo del potencial máximo del sujeto.

4.- MUSICOTERAPIA:

El siguiente apartado plantea una mirada desde la Musicoterapia para acercarnos y comprender a la persona en todas sus dimensiones y con toda la complejidad intrínseca que esto conlleva este desafío. Da cuenta de cómo el arte es capaz de movilizar el mundo interno del sujeto abriéndole nuevas formas de lo posible, de ser en el mundo, que lo conducen a un cambio que promueve su bienestar y desarrollo personal.

a) Complejidad del sujeto

Antes de comenzar a desarrollar el tema específico que concierne a la Musicoterapia misma, es importante hacer el nexo de la orientación fenomenológica que toma la Gestalt con la idea de complejidad que anuncia Guana (2009) quien expone, del mismo modo que el enfoque Humanista existencial, la importancia de la inclusión de sujeto como “variable necesaria para la construcción del conocimiento”. No es posible seguir bajo un paradigma científico donde la creación del conocimiento, en este caso el de la musicoterapia, se construya a partir de la escisión sujeto-objeto (por ejemplo basando la comprensión del sujeto por su diagnóstico clínico

delimitando el campo comprensión-acción). Desde esta perspectiva, es indispensable considerar el vínculo musicoterapeuta-usuario como centro para la generación del conocimiento.

Dentro de esta postura existe una inherente incertidumbre dado que en la relación sujeto-objeto hay un sin fin de posibilidades y manifestaciones que están en constante cambio y movimiento por tanto no existen ni verdades, ni saberes absolutos. Para Gauna (2009) se debe trabajar “en la incertidumbre” aceptándola y siendo el arte (música, sonido, cuerpo, plástica.etc) la “estrategia” para poder movilizar, construir y asumir la complejidad que conlleva este pensamiento desde la Musicoterapia. Una herramienta que trabaja bajo este enfoque es la improvisación libre, en donde se pone en escena la dialéctica complejidad-incertidumbre cual emerge en el encuentro sonoro-corpóreo-musical entre dos o más personas. En la improvisación libre es donde se despliega tanto la construcción de una experiencia musical que devela la belleza del otro posibilitando también las formas de conocimiento y acción. (Gauna, 2009)

b) Pensamiento estético

Para Gauna (2009) el pensamiento estético es un concepto clave para el desarrollo de un proceso musicoterapéutico. Se refiere a lo estético como aquello que tiende a movilizar los modos de ser del sujeto, gracias a la posibilidad que entrega la música para el desarrollo de la creatividad y autoexpresión. Por el contrario lo estático es considerado como una instancia de enfermedad donde el sujeto encuentra mermada la posibilidad de resignificar su vivenciar manteniéndose enquistados patrones de conducta que lo imitan.

El pensamiento estético evita cualquier tipo de reduccionismos, considera todas las variables posibles. En el caso de un trastorno mental se considera además de su diagnóstico clínico y las bases epistemológicas que lo componen, las formas de vincularse, anhelos, miedos, modos de ser en la música, lenguaje corporal, de la persona que asiste a sesión. Al simplificar o etiquetar al sujeto se va restringiendo la alternativa estética y por lo tanto la capacidad para el entendimiento de éste, además viéndose en desmedro los procesos creativos desde su origen, es decir, desde el primer acercamiento a la persona. (Gauna, 2009)

En pensamiento estético abre un espacio que considera la complejidad inherente que conlleva la promoción de la salud del sujeto, la cual está condicionada a una red donde cultura-sociedad-sujeto son interdependientes, se relaciona e influyen en su percepción y acción. Otorga al musicoterapeuta la oportunidad de hacer y deshacer esta red cuantas veces sea necesario adquiriendo una sensibilidad libre de ataduras (Gauna 2009). Facilita un acercamiento profundo a personas que perciben de otras formas, que viven con una subjetividad diferente, pudiendo recorrer junto al otro un camino que de cuenta de sus posibilidades expresivas, de sus formas de percibir y de vivenciar el mundo. En este sentido permite al sujeto la posibilidad de encontrar alternativas que modifiquen su percepción-formalización abriéndole paso a nuevas formas de vivenciar el mundo (Gauna, 2009). Finalmente busca rescatar y ampliar su potencial creativo para que, en un sentido fenomenológico, logre “darse cuenta” a partir de una nueva lectura y resignificación de sus conflictos, promoviendo el desarrollando de sus propios recursos.

A modo de síntesis se puede concluir que el pensamiento estético, además de ser una vía para la construcción del conocimiento, es una postura ética que nos entrega lineamientos para la

compresión del sujeto y sobre las acciones al momento de intervenir en función de la promoción de su salud.

c) Núcleos de salud y personalidad expresiva

La musicoterapia desde esta perspectiva plantea el desarrollo de la expresividad del sujeto como dirección hacia el fortalecimiento de la salud. Y como centro el vínculo musicoterapéutico, relación intersubjetiva que se construye en cada experiencia musical, la cual no está condicionada a ataduras y que tiene como fin movilizar los modos de comunicación del sujeto.

En este enfoque es fundamental el concepto de “personalidad expresiva”. El cual se puede definir como “el conjunto de permanencias en la expresividad del paciente” (Gauna 2009, p67). Éstas configuran nuestra forma de ser en el mundo con los sujetos y objetos de una manera única e identificable y constituyen un modo relacional. Así es como a partir de nuestra primeras formas de vincularnos desde el cuerpo (movimiento-emoción-vínculo) vamos configurando los diferentes modos de expresión que se van estableciendo según las respuestas que obtenemos de nuestro entorno, conformándose modos estructurales sobre los cual vivenciamos la relación con el exterior (Gauna, 2009). Las variables y diversas experiencias que emanan de un proceso musicoterapéutico entregan al sujeto nuevos modos de acción, ampliando y enriqueciendo su expresividad y salud. “Absolutamente todos los procesos de musicoterapia tienen como objetivo ir enriqueciendo esta personalidad expresiva y la búsqueda de su movilidad es a nuestro entender fundamento de la dinámica musicoterapéutica” (Gauna, 2009, p68). Por lo tanto para el trabajo del musicoterapeuta es imprescindible conocer las dinámica y códigos sobre cuales se trazan la los procesos expresivos- comunicativos del sujeto para así tener una comprensión y formular

punto de partida. En ningún caso podemos reducir la personalidad expresiva al ámbito musical, el sujeto integra muchos otros elementos dentro de su discurso expresivo: cuerpo, emoción, lenguaje, sonido, percepción, sentir, etc.

Las personas diagnosticadas con Esquizofrenia ven afectadas su percepción, la conformación de un yo sano, su afectividad y la posibilidad de expresar e identificar sus emociones, por lo que tienden a encerrarse en su propio mundo en el cual se sienten más seguro. De este modo, al no haber interlocutor dentro de este encierro, se ve en desmedro la actitud de escucha hacia un otro limitándose su expresividad. Así como es importante escucharse para el desarrollo del sujeto es indispensable que exista un otro a quien poder entregar el mensaje. Cuando hay un despliegue de la expresión para y con otros se configuran actitudes y un discurso que va hacia el desarrollo intrapersonal propio de la salud y el bienestar (Gauna, 2009). Dado que lo anormal es relativo a cierta cultura y contexto esta auto-mirada, a partir de la construcción de este discurso sonoro (musicoterapeuta-usuario), permite al sujeto ampliar su personalidad expresiva obtenida mayor confianza y aceptación de si mismo.

Los núcleos de salud finalmente se basan en la capacidad del sujeto de otorgarle sentido a lo propio a partir de un proceso de autoconocimiento facilitado por las experiencias intersubjetivas a partir de interacción en la música (Gauna, 2009). Se construye a partir del vínculo musicoterapéutico dentro de un proceso continuo y dinámico, donde el sujeto amplía su personalidad expresiva adquiriendo una nueva significación de su vivenciar y un punto de partida donde lo que emerge, lo nuevo, y así como también lo viejo, se reubica y se vuelve comprensible. Se logra romper con la inmovilidad existencial del sujeto dado que advierte nuevas posibilidades

y alternativas de vivenciar (percibir-formalizar) que disminuyen la situación de enfermedad o falta de salud.

Similar a la terapia Gestalt, que propone una mirada fenomenología que da valor a la experiencia que vive el sujeto en el “aquí y el ahora”, los núcleos de salud posibilitan un “darse cuenta” al sujeto para afrontar el impasse, es decir, lo que evita, lo que se presenta como rígido y estático. Además, los núcleos de salud se viven como existentes ya que se desarrollan a partir de experiencias que involucran el cuerpo y la expresión de nuestro mundo interno, o sea, buscan una conexión profunda con nuestro ser y con los otros en el presente (Gauna 2009). Integrar ambas miradas permite al musicoterapeuta tener una visión profunda y amplia sobre las experiencias musicales y el proceso musicoterapéutico que conduce, pudiendo advertir de forma elocuente las necesidades que surgen a medida que éste avanza, por consiguiente, provocar un impacto mayor en el nivel de logro de los objetivos terapéuticos.

5.- EL VALOR Y ROL DE LA MÚSICA EN EL PROCESO MUSICOTRAPÉUTICO

Durante el proceso de práctica profesional efectuado en el contexto de rehabilitación psicosocial en salud mental la improvisación musical y el uso receptivo de la música jugaron un rol central en el plan de intervención. En el siguiente apartado se expone cómo la música ayuda cubrir algunas necesidades que son transversales en personas diagnosticadas con algún trastorno mental, como lo son la dificultad para entablar una relación con el entorno social, la identificación y expresión de emociones y obtener una mirada más positiva de si mismo fuera del estigma que emerge de la etiqueta.

a) Valor del diálogo en la música

Garred (2001) menciona que el valor de la música está en la capacidad de construir un diálogo profundo que de cuenta del otro, que lo acepta y afirma como un compañero interactivo donde hay una influencia mutua basada un encuentro espontáneo y profundo. Para que emerja este diálogo debe existir la intención clara de involucrar al otro en la música, siendo importante para esto considerar sus formas particulares de ser. En ningún caso la música debe ser predefinida a costa de solo el logro de un objetivo no musical, ya que de esa forma se estaría quitando valor a la música y al mismo tiempo cosificando al sujeto. Como menciona Garred (2001), cuando entablamos un diálogo profundo a través de una improvisación musical dejamos de etiquetar y estigmatizar a la persona dándole la posibilidad de vincularse en una relación recíproca basada en la confianza y aceptación.

La teoría que plantea Garred (2001) está basada en un diálogo que se sostiene de manera triangular. Quiere decir esto que tanto el terapeuta, el usuario y la música se encuentran interconectados recíprocamente. De este modo se hace posible una relación dinámica entre cada una de las partes, conformándose una relación donde una de las partes media y se interrelaciona con las otros dos. Dentro de la triada se identifican tres instancias: la primera donde la música crea una relación recíproca, una conexión uno a uno mediada por la música; posteriormente el musicoterapeuta media la relación del cliente con la música dado que tiene responsabilidad activa en el posterior impacto del logro de los objetivos terapéuticos y finalmente el usuario que se considera como mediador pasivo en la relación del MT con la música a pesar de que éste no se involucra en la música con un fin propio. La relación del terapeuta con la música está mediada funcionalmente por el cliente ya que debe de cubrir las necesidades de éste.

b) Valor estético de la música.

Aigen (2007) señala que la música posee un valor en cuanto a la actitud con la que el usuario o le grupo vive la experiencia misma de crear o escuchar música. Toma la idea Hosper (1967) quien menciona que existe una “actitud estética” que se manifiesta en la apreciación de un objeto sobre tres niveles: sus valores sensoriales (disfrute sensorial), sus valores formales (como se relacionan los componentes de una obra) y/o sus valores de vida los cuales se refieren a la conexión o referencia con algo fuera del medio de presentación. Es en este último donde la experiencia musical adquiere su valor porque es capaz de representar estéticamente algo del mundo interno del sujeto a partir de su discurso sonoro-musical. Esta cualidad de la música es la que permite movilizar su mundo interno entregándole nuevas herramientas para afrontar sus conflictos y ampliar su desarrollo personal.

Además de la actitud con la que se aprecie la experiencia, podemos encontrar el valor estético de la música en la medida que ésta permite alcanzar una sensación de bienestar y armonía. Elliott (1995 en Aigen 2007) desarrolla esta idea utilizando el concepto de “disfrute”. Esto se refiere a que el valor estético de la música está en el disfrute que le produce al sujeto participar de la experiencia musical precisando que éste, a diferencia de la idea de “placer”, no busca cubrir necesidades de tipo fisiológicas a través de medios externos. De esta manera cuando un sujeto o grupo participa una actividad musical por su valor intrínseco, no significa que se esté haciendo sin ninguna razón, sino que justamente se hace para el desarrollo de la persona, para mejorar su conciencia sobre si mismo, en lugar de cualquier recompensa externa. (Elliott, 1995, en Aigen, 2001).

Otra forma de ver el valor estético de la música está en la necesidad de un otro a la hora de participar de una experiencia musical, ya sea de forma activa tocando con él o simplemente escuchándolo. La visión de Carolyn Kenny (en Aigen, 2007) conecta el valor estético de la música con las relaciones humanas y la búsqueda del sentido en nuestra vida. Tiene una visión ecológica, es decir, que la música sirve como medio par que las personas puedan ampliar la armonía y equilibrio con su entorno y consigo mismo. Para que este objetivo estético de la música se pueda desarrollar Kenny (en Aigen 2007) advierte que debe haber una interacción en tres vías: “la verdad de la experiencia humana encarnada en la música, el compromiso de la persona para dar expresión a esa verdad, y el terapeuta abierto a escuchar esta verdad”. Es fundamental para esto que el musicoterapeuta pueda enfrentarse al otro encontrando la belleza en su música, a través de un encuentro que pueda hacer que el usuario desarrolle su creatividad y expresividad transformándose ésta en el reflejo de las expresiones mas profundas de su ser. La teoría de Kenny (citada en Aigen 2001) se construye a partir de la convicción de que la música y la belleza se relaciona en la medida que sea una reflejo la belleza interior que todos tenemos, es decir, que en la medida que uno se mueve hacia esa belleza, uno se mueve también hacia la integridad y el máximo potencial de lo que uno puede ser en el mundo. Asegura además que a pesar de la discapacidad o gravedad del conflicto la experiencia estética en musicoterapia siempre existe la oportunidad de encontrar el camino hacia el sentido a nuestra vida.

c) Valor estético de la música como integración

Aigen (2007) a partir de la filosofía estética de John Dewey afirma que la música debe ser un medio de experiencias, adquiriendo un sentido profundo para el usuario o el grupo con el

cual se esté trabajando que trascienda el plano meramente musical. Si la experiencia musical se plantea solo como un medio para alcanzar un objetivo terapéutico, por ejemplo: realizar una improvisación libre con un tambor para ejercitar el movimiento del brazo, perdería su valor estético ya que no estaría integrando los medios y fines para dotar así de sentido propio a la música.

Es justamente esta falta de integración en la vida cotidiana de las personas la que según la filosofía de Dewey lleva al ser humano la pérdida del sentido, haciendo que el ser en el mundo se vea fracturado, desorganizado, poco significativo adquiriendo el sujeto un sentido vacío de la existencia (Aigen, 1995). Las personas diagnosticadas con algún trastorno mental tienden a tener este tipo de conflicto, ya que poseen dificultades para relacionarse con el entorno y mantiene una lucha constante para ser aceptados como individuos dentro de la sociedad en términos laborales, académicos y familiares. Según Aigen (2007) las personas al sufrir un trastorno puede inhibir su capacidad para realizar actividades que les den un sentido a su vida. Por consiguiente la integración de la música con los objetivos del proceso les permite a los usuarios vivir la experiencia de otorgar sentido a lo que hacen pudiendo posteriormente llevar esto a otros planos de su vida encontrando mayor motivación para realizar actividades que satisfagan sus propios deseos y una mejor relación con su entorno.

d) Valor estético de la música como reflejo de la belleza interior

Aigen (2001) asegura que la experiencia musical con un sentido estético es sólo posible si consideramos al ser humano como poseedor de esta misma belleza en su interior. Para esto el musicoterapeuta debe aceptar al otro considerándolo como un ser único y por ende valioso,

sosteniendo además la convicción de que existe en él la posibilidad de cambio a partir del desarrollo de su máximo potencial y sus propios recursos. Esta forma de enfrentarse al otro abre la ventana al encuentro del sujeto con su belleza. Aigen (2001) menciona que esto se ve posibilitado cuando el musicoterapeuta crea música con un valor estético para reflejar lo que está dentro del usuario; cuando los usuarios se dan cuenta de que son capaces de crear música con valor estético adquiriendo una percepción positiva ellos mismos y cuando ésta nace de forma espontánea en la complicidad entre terapeuta y los usuarios. El valor estético en la música puede ser visto en la medida que la ésta refleje aspectos del usuario que son esenciales para una comprensión más acabada de sí mismo. (Aigen, 2001)

Se puede concluir que la experiencia musical que posee un valor estético no necesariamente tiene una “belleza” en un sentido tradicional, desde una cultura en particular o regida por algún tipo de ideal musical lo que estaría limitando precisamente las posibilidades estéticas del sujeto. La experiencia estética es la posibilidad de tener una conexión profunda con lo que somos, es una representación verdadera de la condición humana y de ahí su incalculable valor y belleza (Aigen, 2001)

6.- LA INTERACCIÓN EN MUSICOTERAPIA

a) La improvisación musical

Aigen (2013) advierte que durante la improvisación musical se desencadenan diferentes sucesos (musicales y psíquicos) que propician la interacción social, promoviéndose habilidades que muchas veces están disminuidas en personas diagnosticadas con algún trastorno mental. La

improvisación musical otorga a los participantes una oportunidad para asumir diversos roles sociales que muchas veces en el contexto interpersonal externo son amenazantes o desconocidos, lo que favorece la obtención de recursos para desenvolverse con mayor soltura, aceptación y confianza en si mismos en ámbitos como el trabajo, la escuela y la familia.

La improvisación musical, bajo la supervisión del musicoterapeuta, entrega a los participantes nuevas formas de interacción, lo que implica el desarrollo de la escucha activa que ayuda al mismo tiempo a desplegar sus recursos musicales al servicio de las demanda del grupo. Ser parte de una experiencia grupal, cuando en general tienden al aislamiento, aumenta la confianza, siendo más fácil expresar sus ideas, emociones y sentimientos frente al los demás. Estas experiencias con la música abren un espacio más seguro para la interacción social, sobre todo cuando la comunicación verbal no es fluida, ayudando a reforzar los vínculos y la identidad grupal. Se construye una “sintonía emocional” en la medida que las interacciones musicales son más profundas habiendo sincronía y una mejor percepción de los roles que adoptan los participantes (Aigen, 2013).

La improvisación implica entablar una conversación que trasciende el ámbito musical, además requiere un intercambio de pensamientos, opiniones y sentimientos y una exigencia mayor al darse en tiempo real requiriendo la integración de capacidades afectivas, sociales y físicas (Aigen, 2013). Dentro de la conversación los participantes pueden adoptar diferentes roles: por ejemplo un usuario puede tomar un rol protagónico/solista o un rol secundario/acompañante. A partir de éstos cada participante responde a las necesidades del grupo; un rol de acompañante puede dar apoyo a un miembro/solista desplegando recursos rítmicos que motiven su discurso; el solista puede invitar a sumarse a un acompañante a su posición

protagónica. Como se menciona al comienzo, adoptar un rol y/o tomar una decisión dentro de la improvisación requiere e implica ir mas allá de las habilidades musicales, pone al sujeto en diversas situaciones sociales (interpersonales e intrapersonales) análogas a la vida cotidiana donde debe adoptar ciertos roles que le ayuden a desenvolverse en diferentes contextos. Estas interacciones en la música da la posibilidad a personas con un personalidad rígida posicionarse desde un lugar seguro en diferentes escenarios sociales, ampliando sus modos de ser y sumando más recursos a la ahora de socializar.

La improvisación musical demanda no solo escucharse a si mismo sino que escuchar la totalidad del grupo. Esto produce que los limites personales desaparezcan, se fortalezca la sensación de pertenencia y cohesión grupal. Aigen (2013) afirma que esto se debe a que en la improvisación colectiva hay una gran cantidad de interacción rápida que los disuelve límites y que contribuye también a la sensación de poder anticiparse a la música de los demás. Esta fuerte sensación de unión permite a los participantes no solo experimenten la música en forma aislada, sino que puedan sentir que son partes de una creación común, que posee características expresivas y un tono emocional que son compartidos por los demás. Al tocar un instrumento, además del sonido, se produce una vía de conexión con la música del otro. De esta manera, los usuarios tienen experiencias que van mas allá de sus habilidades musicales, cognitivas y/o motrices dado que la demanda del grupo exige una conexión con la totalidad de la música creada por el grupo (Aigen, 2013).

b) El ritmo como recurso de interacción

Aigen (2013) menciona que durante una improvisación musical los participantes del grupo pueden adoptar el rol acompañantes, encargados de crear una base rítmica/armónica (groove) con el propósito de brindar una estructura al solista(as) para que despliegue sus ideas y recursos musicales. Para crear esta estructura de apoyo se necesita alcanzar un nivel alto de negociación e interacción entre los participantes que implica equilibrar tres elementos: su propia expresión; encajar juntos como una unidad; responder y apoyar al solista. (Monson, 1996, citado en Aigen 2013) En un contexto musicoterapéutico, la presencia del “groove” garantiza que las interacciones interpersonales se produzcan en un profundo nivel musical porque para que éste se establezca debe generarse una comunicación activa y profunda entre los participantes del grupo (Aigen, 2013) Lograr esa interacción en la música, el disfrute, la satisfacción personal de hacer música en conjunto aportando recursos propios al servicio de los demás permite un tipo especial de interacción; es una experiencia de unión; el “groove” significa una experiencia de " estar con " algo valorado por los usuarios ya que en su vida cotidiana se transforma en un desafío mayor (Aigen, 2013).

c) El control del tempo.

En la música popular los instrumentos rítmicos en general tienen la responsabilidad de establecer el tempo de la música, el que sirve para dar estructura y un marco de referencia. En el caso de la Musicoterapia el terapeuta tiene la responsabilidad de manejar este elemento a través del cual se puede intencionar la sensación de estabilidad y coherencia en la música, teniendo presente las necesidades del grupo considerando también los aspectos musicales y psicológicos.

El Musicoterapeuta a partir del conocimiento de las características del grupo y sus participantes, debe ser capaz de advertir la cantidad de estructura necesaria con el propósito de favorecer y potenciar las interacciones sociales y musicales dentro del grupo. Por otra parte Aigen (2013) menciona que entregar esta responsabilidad de dar apoyo a los demás, siempre y cuando tenga una intención terapéutica, es muy beneficioso en un contexto clínico. Puede proporcionar un impulso esencial para la propia autoestima y contribuir a la sensación de uno mismo como una persona con la capacidad de ayudar a los demás.

d) Papel interactivo del Musicoterapeuta

En ocasiones los usuarios que tienen dificultades para expresar verbal y corporalmente lo que siente y piensan, tienen estas mismas falencias en el discurso sonoro-musical siendo sus improvisaciones musicales más bien planas, desorganizadas y con motivos rítmicos y melódicos estereotipados. El musicoterapeuta puede jugar un rol importante para producir un cambio en este sentido. Para esto debe entregar durante el proceso herramientas de expresión musical elementales para que los usuarios puedan posteriormente interactuar musicalmente de forma más fluida. De esta forma, aunque los objetivos terapéuticos no están ligados al desarrollo de habilidades musicales éstas pueden ser esenciales si trabajamos dentro de un modelo centrado en la música que busca alcanzar un objetivo como el desarrollar habilidades sociales. Por este motivo dice Aigen (2013) que es tarea del musicoterapeuta plantear actividades y dar apoyo al grupo durante éstas proponiendo, por ejemplo, recursos tales como: tocar con más densidad, complejidad, conducir, manejar la intensidad, etc. con el propósito de desafiar al usuario, para ampliar sus recursos expresivos y mantener un nivel recíproco de conexión con la experiencia musical en el plano afectivo, motriz y social. Aigen (2013) menciona que una estrategia que

ayuda a potenciar los recursos musicales y el desarrollo personal del usuario es crear contextos donde su música adquiera nuevos significados. La idea es tomar motivos musicales del usuario que pueden ser estereotipados para darles una nueva función y significado dentro de la experiencia musical mediante la interacción en la música. “El tratamiento de actos habituales u otros no intencionales como si fueran actos musicales intencionales pueden despertar la capacidad de una mayor conciencia de sí mismo y un mayor compromiso por parte de los usuarios” (Aigen, 2013, p192).

Aigen (2013) afirma que las relaciones interpersonales que se establecen dentro del grupo son un factor central para el proceso creativo posterior. La Musicoterapia favorece la construcción de un proceso que permite a los miembros adaptarse a las necesidades, patrones y formas de expresión de cada uno. Este proceso es crucial para el desarrollo posterior de la musicalidad expresiva del grupo, la cual permite generar una mejor cohesión grupal y sentido de pertenencia. El progreso en la terapia entonces se puede medir de forma cualitativa observado el aumento de una mayor reciprocidad musical, es decir, una manera de entender el existir del proceso está en el nivel que la relación musical entre los participantes del grupo se convierte en algo más horizontal, más fluido y dinámico en cuanto a roles que toman durante la improvisación (Aigen, 2013). La experiencia de improvisar música juntos es una poderosa y única forma de vincularse la cual genera una motivación para hacer música en conjunto.

IV.- PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

1.- APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

a) Antecedentes previos

El taller de musicoterapia se concreta a partir de una reunión con el equipo de trabajo y directivos del área de rehabilitación psicosocial de la Clínica Psiquiátrica Mirandes, en donde se expone en términos generales como actúa la musicoterapia, sus métodos y técnicas y algunos de los objetivos transversales que se trabajan en relación al área de salud mental. Así mismo las personas encargadas de la institución dan a conocer cuales son los objetivos a nivel institucional, las características generales de los usuarios que asisten a los talleres y su metodología de trabajo. A propósito de lo último, se comenta que los usuarios además del proceso que realizan de forma individual (sesiones con la Psicóloga y Terapeuta Ocupacional) participan de grupos que asisten en forma regular a diferentes talleres dentro de la institución. A pesar de que estos grupos son abiertos están conformados por usuarios que llevan meses incluso años en la institución por lo que existen en algunos casos lazos de amistad entre algunos usuarios. En este contexto surge la inquietud de plantear al equipo de rehabilitación la necesidad de conformar un grupo cerrado para el taller de Musicoterapia, argumentado que de esta forma se pueden desarrollar objetivos más específicos. Es fundamental entonces evitar algún ingreso durante un período avanzado del proceso para que no se produzcan inconvenientes de tipo vincular que puedan eventualmente obstaculizar la consolidación del grupo y el logro de los objetivos.

b) Antecedentes generales

La aproximación diagnóstica se efectúa durante las cuatro primeras sesiones del proceso, tiene como objetivo conocer a los usuarios desde el ámbito personal y grupal a partir de actividades que den a conocer sus recursos corporo-sonoro-musical. Para este objetivo se les invita a participar de ejercicios de autoconciencia corporal, a explorar los instrumentos musicales del setting e improvisar de forma libre y con consigna, con el propósito de observar la interacción entre los usuarios y como se desenvuelven a nivel musical, corporal y verbal. En una segunda etapa se les observa individualmente siendo necesario plantear actividades donde participen en un rol más activo y expuesto frente al grupo. Además se indaga sobre su capacidad o nivel de escucha activa a partir de las verbalizaciones y producciones sonoras que el grupo construye. En la etapa final de la aproximación diagnóstica se observa su capacidad para profundizar y expresar aspectos de su mundo interno a partir de una experiencia receptiva de imaginaria “mi lugar favorito” y una improvisación musical que tiene como consigna representar mi vida fuera de la institución, ambas con el propósito de indagar en aspectos personales y vinculares.

El grupo es de carácter cerrado, dándose un plazo máximo de un mes para su conformación definitiva. En un principio participan activamente un número de doce usuarios que luego baja a nueve que asisten regularmente hasta el término del proceso. El grupo es heterogéneo, lo conforma hombres y mujeres de edades que van desde los 15 años hasta adultos de más de 35 años. Todos pasaron por un proceso académico en el ámbito formal, incluso algunos poseen un título profesional a nivel superior. Dos de los usuarios son padres y la mayoría son dependientes de su núcleo familiar. En su totalidad pertenecen al sistema de salud privado lo que indica pertenecen a un nivel socio económico medio-alto.

En cuanto a su trastorno, desde una posición fenomenológica, los usuarios manifestasen distintos grados y tipos de dificultades, mientras algunos muestran un pensamiento organizado siendo capaces de utilizar fluidamente el lenguaje verbal y corporal, hay otro que poseen un espectro verbal reducido y una notoria rigidez corporal. Todos han pasado por un proceso de internación, hospital día y rehabilitación psicosocial. Algunos se encuentran en una etapa donde optan por la reinserción laboral y otros de menor edad a la académica. Asisten a talleres de psicoeducación donde se les instala la idea de conciencia de la enfermedad y adherencia al tratamiento, esto se aprecia cuando se presenta a si mismos como Esquizofrénicos dando cuenta de una mirada de si mismo construida a partir de su diagnóstico.

c) Antecedentes vinculares y musicales

Desde el inicio se advierte entre los participantes una forma amable y respetuosa de vincularse; se respeta el espacio de cada compañero y no se observa conflictos entre ellos; tampoco hay resistencia de compartir o desarrollar una actividad con algún compañero en particular. Hay que considerar que la mayoría de ellos había ya participando grupalmente en otro tipo de talleres existiendo un vínculo previo. Sin embargo, se observa durante y después de las experiencias musicales una expresión verbal limitada, con verbalizaciones acotadas y que no profundizan en aspectos personales.

Las producciones musicales son restringidas en tiempo y poco exploratorias habiendo dificultad a la hora de utilizar recursos expresivo-musicales a nivel individual y colectivo, tales como manejo de la intensidad, desarrollo del ritmo e interacción musical durante la

improvisación (imitación, pregunta y respuesta). En general las producciones son más bien planas, monótonas y desorganizadas dado que no se distingue un pulso que constante, si los participantes tienen un rol protagónico o de apoyo o cuando éstas comienzan o finalizan no explicitándose alguna pausa o silencio.

Son comunes las interrupciones de usuarios que ejecutan un instrumento continuamente y sin intencionalidad aparente, habiendo que recordarles mantener silencio, sobre todo antes de comenzar la improvisación (individual y grupal) y durante la verbalización posterior. Estos echos dan cuenta una escucha activa más bien disminuida y una escaza conexión al momento improvisar en conjunto.

Por otro lado en las actividades donde se utiliza música en forma receptiva, se advierten algo de rigidez al utilizar el cuerpo como herramienta expresiva. Los movimientos realizados a partir de lo que sugiere la música tienden a ser a veces monótonos y/o ser imitar de un compañero, se aprecia dificultad para organizarse a nivel colectivo y para utilizar el espacio de la sala con mayor soltura.

Durante las verbalización efectuados posterior la improvisación o actividades receptivas se observa una escasa modulación en el ámbito expresivo afectivo, que se manifiesta en un discurso verbal más bien plano y monótono. Se suma una baja autopercepción e identificación de las propias emociones que dificulta la conexión entre la experiencia y la verbalización.

A pesar de que el grupo no logra improvisar ni expresarse corporalmente de manera fluida, existe una buena disposición para participar en las actividades reflejada en una buena

asistencia e inquietud por lo que se hará en la sesión. Comentan en general que sienten cercanía por la música y que se identifican con ciertos artistas o agrupaciones. Además muestran interés en saber de donde proviene la música que utiliza en las actividades receptivas y los instrumentos musicales y su forma de ejecutarlos, además muestran interés por explorar los diferentes instrumentos del setting. La buena disposición se advierte en el buen trato hacia la dupla de co-terapeutas, ofreciéndose voluntariamente para ayudar a ordenar los materiales y adecuar la sala para el taller.

d) Antecedentes individuales

Para una comprensión más acabada del grupo se describe brevemente las características relevantes de cada usuario en los ámbitos de la expresión corporal, la música y afectividad.

E. se presenta con una actitud corporal de retraimiento y poca expresividad, un tono de voz aplanado, escaso contacto visual. Se mueve en un rango afectivo limitado. Musicalmente se muestra rígido, con pocos recursos tendiendo a estereotipias.

H. es participativo, manifiesta sus inquietudes y opina regularmente sobre la actividad, pero siempre desde un enfoque racional desconectado de lo afectivo. Posee algunos recursos musicales y tiene una actitud abierta con los instrumentos. Corporalmente es rígido y poco expresivo.

J. se muestra rígida corporalmente y retraída en las actividades grupales. Impresiona con una actitud un tanto paranoide, siendo muy cuidadosa de sus opiniones, compartiendo poco de su vida. Musicalmente explora poco, tiende a tocar el mismo instrumento y sostiene por periodos

muy breves la improvisación dificultando la interacción con sus compañeros. A veces tiende a tocar en los espacios de silencio.

T. muestra dificultad para escuchar a sus compañeros, es impulsivo y desinhibido, toca mientras ellos hablan y tiene una actitud desafiante durante las actividades. Se destaca en el grupo por tener un rango más amplio de recursos emocionales, musicales y corporales.

B. hace verbalizaciones atingentes y reflexivas, a pesar de lo anterior permanentemente hace juicios negativos respecto de sus propias opiniones y su producción musical. En relación a lo corporal, afectivo y musical se destaca por presentar bastantes recursos.

RC. aparece con más lentitud desde lo cognitivo, con un pensamiento concreto, escaso vocabulario y a veces con dificultad para comprender las instrucciones de las actividades. Corporalmente se presenta rígido y poco expresivo en concordancia con su afectividad. Su producción musical es reducida, en general muy breve, desinhibida y poco organizada.

D. en las actividades musicales y corporales muestra rigidez y poca expresividad, se muestra tímida. Sus verbalizaciones son reducidas, a veces monosilábicas y con un lenguaje concreto. Impresiona cierta lentitud desde lo cognitivo.

C. ha sido parte de una banda y posee recursos musicales. Explora los instrumentos e interactúa durante las improvisaciones. En lo corporal se muestra poco expresivo y su modulación afectiva está disminuida.

RS. se muestra motivado, participa de las actividades y da su opinión de la experiencia. Sin embargo la expresión de sus emociones es bastante limitada en concordancia con sus rigidez corporal. Su producción musical es variada en recursos pero no refleja su vivenciar emocional. Cognitivamente es capaz hacer relaciones entre el mundo interno o la propia experiencia y la actividad musical.

Se puede concluir que a pesar de ser un grupo conformado con anterioridad y que comparten otras actividades durante la semana, sus interacciones son acotadas, superficiales y más bien instrumentales. Además dada la limitación para reconocer y expresar sus emociones y vincularse con el otro, conforman como grupo una identidad difusa, fragmentada y con escasa flexibilidad.

2.- ÁREAS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

En base a la información obtenida a través del proceso de aproximación diagnóstica se pueden advertir que las necesidades del grupo se pueden dividir en los tres siguientes áreas: 1) expresivo-afectivo, referida a la dificultad de los usuarios para identificar y comunicar sus estados emocionales con mayor soltura, flexibilidad y amplitud de rango tanto a nivel musical como verbal 2) escucha activa, referida a la dificultad de los usuarios para escuchar no sólo lo que se está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo 3) identidad, expresado en la dificultad que tienen para dar cuenta de sí mismo desde un lugar diferente al de sujetos etiquetados con un trastorno mental.

En base a las necesidades y recursos observados, se plantean los siguientes objetivos:

a) Objetivos

i.- Aumentar la autoexpresión (corporal-verbal-musical) de los usuarios, referida a la capacidad de representar su mundo interno a partir del reconocimiento y expresión de sus emociones.

ii.- Ampliar y potenciar la escucha activa en el ámbito musical e interpersonal.

iii.- Promover el desarrollo de la identidad grupal a partir de las diferencias individuales promoviendo el sentido de pertenecía y una mirada más positiva de si mismo.

b) Criterios de evaluación

Los criterios de evaluación fueron de carácter cualitativo, basados principalmente en la observación conjunta de terapeuta y co-terapeuta de los diferentes registros audiovisuales hechos sistemáticamente durante todas las fases del proceso. De este modo se pudo efectuar a lo largo de éste un análisis exhaustivo de los niveles de logros alcanzado por los usuarios en relación a los objetivos planteados en la planificación sesión a sesión.

Para una mayor claridad los criterios de evaluación están organizados a partir de los tres objetivos planteados acordes a las necesidades del grupo:

i.- Expresivo-afectivo: en relación al primero objetivo la capacidad para representar aspectos personales a través de la interacción en la música; capacidad de desplegar recursos expresivo-

musicales de manera coherente (ritmo, intensidad, selección de instrumento) de acuerdo a la situación o emoción que se quiere expresar en la improvisación o bien desde lo corporal identificando y expresando lo sugerido por la música verbalmente; ampliar y realizar movimientos u gestos de forma libre tomando conciencia del propio cuerpo y sus posibilidades expresivas; la importancia del uso del cuerpo como una forma de comunicar emociones y de entregarle intencionalidad al lenguaje verbal; identificar estados de ánimo propios, mostrarse sin juicio frente al otro verbal, corporal y musicalmente

ii.- Escucha activa: en relación al segundo escuchar al otro identificando y percibiendo sus estados de ánimo y lo que intenta comunica verbal, corporal y musicalmente; utilizar el silencio de forma consciente con el propósito de conectarse consigo mismo y con las experiencias musicales

iii.- Identidad: finamente aumentar el sentido de pertenencia tomando conciencia del propio rol dentro del grupo; aumentar la autoimagen positiva a partir de las interacciones con el grupo, crear en conjunto y disfrutar estar con otro, verbalizar y definir los gustos personales como por ejemplo explorar intencionalmente los instrumentos, crear música con características propias, identificarse a través de canciones e instrumentos musicales.

c) Encuesta cualitativa

En relación a los usuarios se aplicó en la fase de cierre del proceso una encuesta de carácter cualitativo que da cuenta de su percepción sobre el desempeño de la dupla musicoterapéutica; las condiciones, contenidos y actividades que se implementaron a lo largo del taller y el impacto que tuvieron; una autoevaluación del desempeño durante el proceso y los resultados personales obtenidos dentro de éste.

Además durante última sesión se realizó una entrevista informal y no estructurada donde los usuarios comentaron sobre los beneficios a nivel personal que obtuvieron al participar en el taller y en que medida tuvieron un impacto fuera del espacio musicoterapéutico.

d) Plan de trabajo y encuadre

El proceso comienza en el día 9 marzo del 2017 y concluyó el día 30 de junio del mismo año. Se realizaron en total diecisiete sesiones de aproximadamente una hora de duración en donde las cuatro primeras fueron destinadas para efectuar la aproximación diagnóstica. En un primera parte del proceso las sesiones fueron realizadas durante el mes de marzo los días jueves entre las 14:30 y las 15:30 hrs. Tiempo después, a solicitud de la institución por motivos administrativos, a partir de mayo se recalendarizan las sesiones para los días viernes a la misma hora hasta el final del proceso durante el mes de agosto.

Se utilizó la sala taller de la institución, tomando al menos diez a quince minutos prepararla. En el transcurso del proceso la mayoría de los usuarios comenzaron a participar y a colaborar en esta tarea haciéndose esta parte del encuadre. Cabe destacar que se encontraban

previamente en el lugar participando de otros talleres durante el día. Finalmente, una vez que estaba en orden, se invitaba a los usuarios a sacarse los zapatos y hacer un círculo en el suelo para dar comienzo a la sesión.

Las sesiones en la fase inicial fueron de carácter estructurado, planificándose los objetivos y las actividades previamente. En estas primeras sesiones se hizo un trabajo que contempló diversos métodos de musicoterapia tales como experiencias corporales, receptivas y de improvisación. Posteriormente, mientras avanzó el proceso y había mas claridad sobre las necesidades del grupo, las sesiones pasan a ser menos estructuradas, sobre todo durante las ultimas cuatro sesiones donde se realiza un trabajo de composición musical. En esta fase grupo ya muestra mayor autonomía tomando la dupla un rol menos directivo.

e) Setting musicoterapéutico.

Instrumento de percusión con altura

- ✓ Marimba de una octava y media
- ✓ Metalófono con 13 piezas movibles
- ✓ Steel drum
- ✓ Triángulo
- ✓ Silbato

Instrumentos pulsados

- ✓ Dos calimbas, una pequeña y una mediana

Instrumentos de percusión sin altura

- ✓ Toc-toc de madera mediano
- ✓ Bongoes
- ✓ Huiro de madera
- ✓ Par de semillas
- ✓ Maracas
- ✓ Pandero
- ✓ Palo de agua
- ✓ Pesuñas
- ✓ Darbuka mediana
- ✓ Conga pequeña

Instrumentos de viento

- ✓ Armónica en do
- ✓ Flauta dulce

3.- ANÁLISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

Antes de comenzar con el análisis y descripción del proceso musicoterapéutico deseo dejar en claro que su construcción y puesta en práctica en sus distintas fases (inicio, desarrollo y cierre), fue realizada en un marco de trabajo cooperativo dentro de un diálogo continuo y reflexivo en una co-terapia horizontal y flexible a las necesidades del grupo. Por lo tanto sería complejo concebir que los puntos de vistas y análisis del proceso que voy a describir a continuación pertenezcan a un territorio individual.

a) Inicio del proceso:

Durante la primera etapa del proceso se realiza la aproximación diagnóstica que tuvo como propósito recoger información sobre el ámbito personal de los usuarios, sus inquietudes, su relación con la música, las expectativas sobre el taller, sus experiencias musicales previas, su historia personal, familiar y los roles que cada usuario tenía dentro del grupo y su forma de vincularse dentro de éste. Para llevar esto a cabo se efectuaron diferentes actividades que involucraban el trabajo corporal, experiencias receptivas y de improvisación musical, que tenían el propósito de indagar sobre los recursos expresivos de los usuarios, su capacidad para simbolizar aspectos personales y su forma de relacionarse a través de la música. Además se aplicó una ficha musicoterapéutica para recoger información sobre la relación de los usuarios con la música y aspectos sonoros de su biografía e identidad.

Desde un principio se intenciona generar un espacio de confianza centrado en una relación horizontal entre los co-terapeutas y el grupo. Se explicita que los objetivos y actividades que contemple el taller se harán a partir de una construcción colectiva basada en el respeto y la aceptación del otro. Se deja en claro que en ningún caso la idea es abordar necesidades e inquietudes impuestas o ajenas al grupo. Esto es coherente con el marco teórico donde se explicita que acercamiento hacia el otro no es desde un saber específico o desde la mirada de un "experto", la construcción del conocimiento, las necesidades que se detectan y las acciones que se realizan posteriormente emergen desde el vínculo usuario terapeuta.

En un comienzo se plantean experiencias musicales que tienen como objetivo familiarizar al grupo con los instrumentos y con este enfoque de la música desde el no juicio y la aceptación. En las cuatro primeras sesiones se realizan un trabajo corporal en donde los usuarios se expresan libremente y posterior a la actividad dan su opinión frente al grupo sobre lo vivido. Esto provoca un impacto importante en los usuarios, comienza a manifestarse un sentido de pertenencia y motivación por participar del taller. Éste les entrega un espacio para reflexionar sobre sus aspectos personales, algo que general no sucede en los otros talleres dentro de la institución que más bien cumplen con objetivos funcionales e instrumentales. Además la experiencia de hacer música en conjunto es recibida como algo novedoso para el grupo acostumbrado a realizar actividades donde se trabaja más desde lo individual, como yoga, confección de artesanías, estimulación cognitiva, activación física, etc.

A partir de estas primeras cuatro sesiones, en donde se realiza una evaluación constante sobre la relación de los usuarios a nivel vincular y sobre sus recursos expresivos, se puede advertir que existen algunas dificultades relacionadas con la capacidad de escuchar al otro y a si mismo, para identificar y expresar lo que sienten a partir de la música y el cuerpo. Además se advierte que la construcción de su identidad y percepción de si mismo es gran parte basado por su diagnóstico, teniendo una mirada negativa sobre si mismo marcada por la diferencia de ser sujetos considerados “enfermos” dentro del sistema biomédico y que culturalmente son también considerados como “anormales” . Esto se explicita en la verbalizaciones efectuadas una vez terminada la actividades de improvisación donde recurrentemente hacen juicios sobre su participación realizando comentarios, tales como: “a veces no hablo porque no se nada interesante que decir”, o “la improvisación estuvo bien, pero yo toqué mal mi instrumento”.

Al finalizar la aproximación diagnóstica surgió la necesidad de facilitarles herramientas musicales y aumentar sus recursos de expresión. Esto a partir de una reflexión sobre cómo sería posible desarrollar la áreas de trabajos plantadas (expresivo-afectiva, escucha activa e identidad) si los usuarios no habían tenido la posibilidad previa de explorar recursos de expresión musicales que les sirvieran como herramientas de apoyo para posteriormente ampliar y desarrollar la autoexpresión, la conexión con las actividades y construir una sonoridad grupal que reforzara su identidad desde sus individualidades. Sobre todo si entendemos la música como parte central del proceso, en donde la interacción a nivel musical y a nivel personal está interconectadas y donde se pretende además que la música sea un facilitador de la expresión del mundo interno del usuario para que este adquiriera una mirada nueva de si misma a partir de sus propios recursos y núcleos sanos.

b) Desarrollo del proceso:

En etapa de proceso, ya a partir de la quinta sesión, se trabajan recursos de expresión musical con el fin de promover las aéreas de trabajo antes mencionas con las nuevas herramientas adquiridas. Se desarrollan actividades basadas en métodos de improvisación referencial, es decir, con una instrucción breve y sencilla previa a la improvisación. Un ejemplo de esto ocurre durante la sesión 6

- ✓ *Durante la sesión 6 se realiza una improvisación referencial. Se invita a los usuarios a improvisar bajo la siguiente consigna: “vamos hacer una improvisación libre que deberá durar cinco minutos”.*

Esta actividad produce un cambio en la forma de escuchar de los usuarios, ya que al verse “obligados” a improvisar por una cantidad de tiempo determinada tuvieron que prestar mayor atención al otro y tomar conciencia sobre el aporte propio dentro de la actividad para así poder sostener la improvisación por el tiempo requerido, dando cuenta esto de un mayor nivel de interacción y escucha activa.

- ✓ *Durante la misma sesión se les invita a Improvisar con la consigna “escoge un instrumento y tocar lo más suave posible”.*

Esta actividad fue muy significativa y marco un hito importante dentro del proceso. Por un lado les permitió a los usuarios sonar de una forma distinta de las improvisaciones que habían hecho en las sesiones anteriores, entregándoles una nueva mirada sobre sí mismo y el grupo desde la experiencia musical, pudiendo darse cuenta de los recursos propios y de cómo estos se potencian y aportan en un espacio grupal. Por otra parte fue importante el disfrute con que ellos se refieren a la experiencia. Esta idea de disfrute está en coherencia con el marco teórico en cuanto a la capacidad intrínseca de la música de proveer la sensación de bienestar y goce relacionada con el desarrollo personal, con la idea de cubrir necesidades que son propias del sujeto y no impuestas o condicionadas por factores externos.

En relación a la escucha activa los usuarios verbalizan que tocar de esa forma (lo más suave posible) les facilitó escuchar al compañero durante la actividad, pudiendo estar más atento con lo que pasaba a nivel grupal. La mayor conexión y escucha activa se hace evidente a partir de la verbalización posterior, a diferencia de las anteriores, los usuarios respetan los espacios de silencios durante las opiniones del compañero y se da un diálogo más fluido. También hubo un

espacio de silencio considerable al finalizar la improvisación que da cuenta de un mayor grado de profundización en la experiencia en relación a la conexión consigo mismo y con el grupo durante la actividad.

En las sesiones posteriores 7 y 8 se continúan realizando actividades con el propósito de enriquecer la expresión de los usuarios, la interacción y la escucha activa. En esta parte del proceso los usuarios se comienzan a mostrar individualmente encontrando la aceptación en el otro y la validación a nivel grupal; disminuyen considerablemente las verbalizaciones donde se hace un juicio sobre sus propios comentarios o sobre los aportes en las actividades. Comienzan a comentar de manera espontánea aspecto personal de su vida dando cuenta de una mayor cohesión grupal y la conformación de vínculos significativos. Dado que el grupo se ha ido consolidando y fortaleciendo, se plantean actividades de carácter individual y en subgrupos con el propósito de profundizar en las áreas de trabajo.

✓ *Durante las sesiones 7 y 8 hubo dos actividades que fueron significativas para el desarrollo del proceso*

Una actividad fue una improvisación libre e subgrupos de tres usuarios en donde la consigna fue: “hacerle un regalo musical a los compañeros”. Esta actividad fue importantes por los siguientes aspectos: primero y relacionado con el marco teórico sobre el grupo, fue significativo para los usuarios tener posibilidad de dar a un otro, yendo esto en contra de la percepción negativa de si mismo construida a partir de su diagnóstico en donde se marca constantemente la diferencia respecto a la gente “normal” que está inserta de forma activa en la sociedad. Segundo, al tocar en un grupo pequeño de tres personas se trabaja la capacidad de

organización previa de los usuarios (elección de instrumentos, rol de cada uno dentro de actividad, intención de la música, etc.) y posteriormente durante ésta de desarrollar una interacción desde lo corporal y musical necesaria para sostener la improvisación de principio a fin. Tercero, esta actividad demanda una mayor exposición individual de los usuarios que, resguardada por la seguridad que el grupo proporcionaba en esta etapa del proceso, ayudó a reafirmarlos frente a éste aumentando la confianza en si mismo y en sus recursos.

La otra actividad significativa consistió en una improvisación individual y referencial. La consigna esta vez era “hacer sonar individualmente una emoción”. Para esto, cada usuario saca al azar un papel que tiene escrito una emoción (miedo, rabia, felicidad y/o tristeza) y después escoger un instrumento para representarla. Durante esta actividad se pudo observar como los usuarios habían aumentado sus recursos expresivos, pudiendo representar la emoción a través del sonido y posteriormente hacer un nexo entre la verbalización y la improvisación. También mostraban desde lo corporal una intención que era coherente con la emoción a representar, siendo esta también una herramienta expresiva que se había potenciado a lo largo del proceso. Dentro de la actividad se les había solicitado que después de que cada compañero tocara, intentaran identificar la emoción que éste había representado. La mayoría no tuvo problema frente a esta tarea, lo que da cuenta por una lado de un aumento de la escucha activa, ya no sólo “escuchaban” sino que eran capaces también de percibir la corporalidad e intencionalidad del otro al tocar y por otro que había aumentado considerablemente el desarrollo de su autoexpresión.

En las sesiones posteriores se siguió trabajando la expresión afectiva de los usuarios, no sólo desde el plano sonoro sino también desde lo corporal y lo plástico. Esta forma más integral de abarcar esta área ayudó a ampliar sus recursos en la medida que algunas actividades se

acomodaban a sus características propias y gustos personales. Fue interesante que en esta parte del proceso las verbalizaciones comenzaron a ser más extensas, ricas en contenido y a nacer de forma espontánea sin haber una mediación constante como al principio del proceso. Había un notable empoderamiento de los usuarios respecto al taller a nivel individual y un mayor sentido de pertenecía a nivel colectivo dado que planteaban sus puntos de vistas sobre las actividades con un sentido crítico siendo capaces de explicitar cuando alguna actividad no les gustaba o que no les parecía del todo agradable.

✓ *Durante la sesión 11 y 12 los usuarios traen a sesión una canción significativa*

Está actividad marca un hito importante en relación al área de la identidad y también fue el inicio de la consolidación de los objetivos plantados en las otras áreas de trabajo, además de ser muy significativa para los usuarios. Consintió en invitar a los usuarios a traer una canción que fuese significativa para ellos, cabe mencionar que anteriormente se había hecho algo similar trayendo una canción que representara una de las emociones básicas que se estaban trabajando. Considerando esto la actividad demandaba un segundo paso donde los usuarios debían traer una canción que representara además su mundo interno. Hubo cinco puntos en donde se pude advertir un cambio notable en las tres áreas de trabajo respecto a la etapa inicial del proceso. En primer lugar, a diferencia de actividades anteriores donde algunos usuarios no participaron activamente, esta vez de forma homogénea todos mostraron su canción al grupo y posteriormente verbalizaron lo que les motivó a traerla. Acá emerge el segundo punto, el grado de profundización de las verbalizaciones, donde dieron a conocer aspectos biográficos profundos de su vida que estaban relacionados con su historia familiar, con su juventud y también sucesos de la vida en donde habían vivido momentos difíciles y/o recuerdos que les producían sensaciones de tristeza y

alegría en forma simultánea. Un tercer punto es que se pudo evidenciar, a propósito de sus verbalizaciones, una mayor capacidad para identificar y expresar sus afectos, una mayor apertura frente al grupo que da cuenta de un fortalecimiento de su identidad a partir de la validación y aceptación de los pares y una forma más abierta y sin juicio que advierte una identidad más nítida y consolidada. Finalmente fue muy grato el clima de absoluto respeto durante la exposición de todas las canciones, evidenciándose una escucha mucho más profunda que incluso daba cuenta de un ritual de carácter solemne el momento de reproducir la canción de principio a fin. Este mismo clima también surgía en las verbalizaciones donde los usuarios opinaban sobre la canción traída por el compañero con mucho cuidado y respeto advirtiendo que cada canción representaba algo profundo del otro.

- ✓ *Durante la sesión 13 se efectúa una improvisación referencial. La consigna es escuchar una canción (Honeytrap de Leo Abrahams) y desde el las sensaciones que sugiere escoger un instrumentos para luego comenzar desde el silencio una improvisación grupal.*

Esta actividad marca un hito importante en relación al área expresivo-afectiva. En la improvisación realizada pudo advertirse un despliegue mayor que en las anteriores de recursos musicales y un nivel más alto de interacción entre los usuarios evidenciada en la capacidad de tocar y escuchar las ideas del otro como parte de mi propio quehacer musical. Esto permitió el desarrollo de un tema musical que se sostuvo hasta el final del tema y en donde se utilizaron recursos de expresión musical en relación a la dinámica y a la duración del sonido (ideas rítmicas) a nivel colectivo.

c) Cierre del proceso:

Durante esta etapa se realizó la composición de una canción que permite consolidar el área de identidad y además continuar potenciando las otras dos áreas (escucha activa y expresión-afectiva). La inquietud de componer una canción surgió a partir de una propuesta que se le hace al grupo. Cabe recordar que desde la mirada horizontal sobre la que se planteó el proceso siempre se estuvo atento a las necesidades del grupo dado que esto hizo que las actividades fueran más significativas y obtuvieran mayor impacto posterior en el logro de los objetivos.

✓ *En la sesión 15 se comienza con la creación del texto de la canción*

En esta primera etapa de la composición se invita a los usuarios a realizar una lluvia de ideas para buscar un tema significativo que representara a todos los participantes del grupo. Es importante destacar que en esta etapa del proceso habían alcanzado un nivel de cohesión y autonomía considerable que les permitió entablar un diálogo fluido en donde todos tienen un espacio para opinar. En este contexto el rol de los co-terapeutas se limita solo a mediar, con el propósito de potenciar las ideas que surgen dentro del grupo. Una vez seleccionada la idea central del tema se diseña el texto de la canción a partir de frases que lo mismos usuarios van creando durante la sesión. Esto da cuenta de un grupo autónomo que ha logrado conformar una mirada más positiva de si mismo y una identidad definida que les permite tomar decisiones sobre las actividades, aceptando sus diferentes formas de ser. No es menor escuchar a los usuarios decir que se sienten afortunados de poder asistir al taller, ya que éste ha significado un espacio donde paulatinamente han podido desenvolverse desde otra mirada distinta al modelo institucional al que están acostumbrados.

En cuanto a los aspectos musicales, a pesar de que los usuarios no tenían conocimientos, en conjunto toman las decisiones sobre que sonoridades y ritmos son los más adecuados para representar el mensaje del texto. Colectivamente se decide además cual será la forma de la canción, organizando sus secciones y sus respectivas repeticiones, variaciones, inicio y final de la canción. Como se menciona la función de los co-terapeutas es entregarles diversas posibilidades musicales respecto a sonoridades, cadencias armónicas, líneas melódicas y estilos que ayuden representar las ideas contenidas en el texto sin interferir en sus decisiones facilitando el desarrollo de las áreas de trabajo propuestas. Esta autonomía les otorga la posibilidad de dar un sentido propio a la canción transformándose ésta en parte de su identidad como grupo promoviendo además su desarrollo a nivel individual durante el proceso creativo.

✓ *Durante la sesión 17 se canta la canción por última vez.*

Esta sesión es en especial fue significativa dado que los usuarios verbalizaron lo importante que fue para ellos el ser capaces de componer una canción que los representaba como grupo y que además les daba la posibilidad de expresarse desde lo individual. Esto advierte un cambio profundo respecto al comienzo de proceso, donde los usuarios mostraban dificultades para expresar su mundo interno a través de la música y el cuerpo y para verbalizar sus preferencias y aspectos personales frente al grupo. Hay que recordar que los usuarios de forma constante hacían juicios de valor sobre su participación en las improvisaciones y sobre las opiniones que vertían durante la verbalización. El valor entonces de la canción se relaciona al hecho de que ésta pudo reflejar sus formas de percibir al mundo y afectos más profundos de su

ser, abriéndose la oportunidad para que cada usuarios observara la belleza que posee en su interior, sintiéndose más valorado por los otros y con una percepción mas positiva de si mismo.

Este proceso de tres sesiones en donde los usuarios de forma autónoma y con sus propios recursos experimentaron crear una canción desde la conexión profunda con sus afectos y acompañados por otros en un vínculo significativo, fue un paso clave para que el grupo desde sus individualidades pudiesen reforzar una identidad grupal. Además la motivación que muestran por cantar y registrar la canción por última vez da cuenta que ésta es un símbolo que representa los vínculos significativos dentro del grupo y una mirada de si mismo desde un nuevo lugar que destaca sus aspectos y características positivas más que sus dificultades y carencias.

4.- RESULTADOS

El análisis de los resultados es de carácter cualitativo y se divide en dos secciones: 1) basada en la percepción de ambos musicoterapeutas en relación a los cambios obtenidos por el grupo según los objetivos plateados. 2) Una encuesta de carácter cualitativa aplicada a los usuarios que muestra su percepción sobre los resultados obtenidos y una evaluación sobre el desempeño de los musicoterapeutas y la puesta en práctica del taller y una autoevaluación sobre su participación.

a) Resultados por objetivos basados en la percepción de los musicoterapeutas:

i.- Resultados objetivo 1:

Aumentar la autoexpresión (corporal-verbal-musical) de los usuarios, referida a la capacidad de representar su mundo interno a partir del reconocimiento y expresión de sus emociones.

Expresión libre sin juicios: en forma paulatina los usuarios muestran mayor libertad y flexibilidad durante las actividades. Esto a partir de un espacio libre de juicios y donde toda opinión y expresión respetuosa es válida. A diferencia del comienzo del proceso los usuarios durante la verbalización no expresan temor o inseguridad que les provoca decir algo que puede ser considerado por el grupo como algo tonto o sin importancia. De la misma forma ya no realizan juicios negativos sobre su participación durante las improvisaciones, no comentan en términos “es que no soné bien” o “es que no se como tocar” sino mas bien disfrutan la experiencia apoyados en el grupo.

Autoexpresión: aumentaron sus recursos musicales y expresivos pudiéndolos desplegar en concordancia con la adecuada identificación y expresión de su vivenciar, habiendo coherencia entre la consigna y la producción musical. Durante la verbalización posterior a la última improvisación del proceso, donde la consigna fue escuchar una canción instrumental para posteriormente representar en conjunto el tono afectivo que les sugería, los usuarios manifestaron que a pesar que no todos percibieron el mismo tono afectivo si lograron desde la música crear en conjunto una música que seguía la línea de la canción escuchada previamente.

Además en las improvisaciones efectuadas después de haber trabajado recursos de expresión musical se pudo evidenciar el despliegue de una gama más amplia de recursos expresivos. Esto se evidencia durante las improvisación en grupos pequeños en la fase media del proceso, en donde a partir de una consigna escrita que hacia alusión a una situación que evoca una emoción como tristeza o rabia, los usuarios fueron capaces de representar musical y corporalmente la consigna con soltura y de manera creativa, percibiendo sus compañeros en la totalidad de los casos el tono afectivo de la improvisación.

ii.- Resultados objetivo 2:

Ampliar y potenciar la escucha activa en el ámbito musical e interpersonal.

Disentir sin conflicto: la mayor parte de los usuarios participa de forma activa en actividades que han requerido consenso y acuerdos. Donde se consolida este punto es durante el proceso de composición musical donde los usuarios alcanzan un nivel de interacción notable, ya que son capaces de construir de forma autónoma el texto y música de una canción.

Legitimación del otro: se observa un diálogo fluido y participativo, aceptándose la singularidad, opinión y punto de vista de cada persona. Esto también se advierte durante la verbalizaciones. Durante el final de proceso la mediación e intervención de los musicoterapeutas es baja, notándose un interés y respeto por la opinión del otro en todos los participantes del grupo.

Escucha: hay un aumento notable en la capacidad de prestar atención a las opiniones de los compañeros y para conectarse sensorial y afectivamente con las actividades musicales. En las

improvisaciones individuales y/o en subgrupos, a diferencia del comienzo, no hay interrupciones mientras el compañero toca. En las verbalizaciones después de improvisaciones realizadas subgrupos los usuarios se refieren, además de propia participación, a lo hecho por los otros compañeros advirtiéndose una escucha activa y la capacidad para interactuar musical y corporalmente de forma consciente durante la actividad.

Se hace un hábito para los usuarios tomarse espacios pausa, silencio y conexión antes comenzar una actividad. Al comienzo del proceso existe mucha ansiedad antes de comenzar, la que se aprecia en la rapidez e impulsividad de los usuarios al tocar los instrumentos y en la verbalización posterior donde no expresaban dificultad para representar la consigna. Después del trabajo corporal y receptivo los usuarios tomaron conciencia de la importancia de conectarse con el aquí y ahora. Esto se manifiesta en los silencios de varios segundos al finalizar la improvisaciones que demuestran un aumento en el nivel de conexión en el plano afectivo; en el aumento de la duración de las improvisaciones, notándose mayor involucramiento y por ende un desarrollo mas profundo de de lo que se quiere expresar. En cuanto a lo verbal un nivel más profundo en la verbalizaciones donde expresan aspectos personales y significativos de su vivenciar y además tópicos más complejos relacionados su forma de percibir su entorno, el amor y las limitaciones que les impone la sociedad.

Se le asigna más importancia del uso del silencio como herramienta para una comunicación verbal y no verbal consciente. La interacción y escucha activa se hace evidente durante las verbalizaciones en la fase final del proceso. Los usuarios realizan llegan a diferentes reflexiones a partir de un diálogo fluido y participativo, requiriéndose solo la facilitación inicial de los Musicoterapeutas.

iii.- Resultados objetivo 3

Promover el desarrollo de la identidad grupal a partir de las diferencias individuales promoviendo el sentido de pertenecía y una mirada más positiva de si mismo.

Involucramiento en las actividades: se ha logrado conformar un grupo estable con una asistencia regular y con plena disposición a participar activamente.

Identidad individual/grupal y desarrollo de vínculos afectivos: durante el proceso se construyeron dinámicas de participación que conforman modos de ser individuales y grupales bien definidos. A medida que avanzaba el proceso se generó un espacio de confianza y aceptación que permitió que cada uno desplegara su singularidad. A partir de esto se fueron estableciendo y profundizando vínculos afectivos y maneras amables, cariñosas y respetuosas de interactuar que se hicieron extensivas a otros lugares fuera del espacio musicoterapéutico. En el ámbito musical lo anterior se reflejó en la capacidad de crear música en conjunto demostrado empatía, capacidad para organizarse, reflexión, crítica respetuosa y constructiva y un discurso en conjunto que representaba su identidad.

b) Resultados obtenidos y evaluación sobre desempeño basado en la percepción de los usuarios :

i.- Sobre el desempeño de los Musicoterapeutas

Sobre este aspecto los usuarios en su mayoría dan cuenta que están “muy de acuerdo” con que el buen desempeño de los musicoterapeutas durante todo el taller. Esto se traduce en que los profesionales se mostraron bien preparados al momento de realizar las actividades de taller entregando instrucciones claras y de una manera respetuosa y transparente que tenía como objetivo profundizar en aspectos que eran importantes para el grupo. Cada usuario dentro de este aspecto calificó el desempeño de los musicoterapeutas con una calificación de 1 a 7 obteniendo como promedio final un 6.8.

ii.- Sobre la puesta en práctica del taller

Sobre este aspecto los usuarios en su mayoría dan cuenta que están “muy de acuerdo” con que la puesta en práctica del taller de musicoterapia se adecuó a sus necesidades e intereses. Expresando que fue de su agrado todas las actividades que se les invitó a realizar (trabajo corporal, imaginaria guiada, improvisaciones y composición de canciones). Además están “muy de acuerdo” que fue de gran ayuda haber aprendido y practicar reconocer y expresar las emociones y haber realizado ejercicios para desarrollar habilidades interpersonales desde otros ámbitos como el cuerpo y la música permitiéndoles mostrarse de otra forma frente a sus compañeros. Les pareció muy importante haber grupalmente creado una canción que los

represente. Y finalmente están de acuerdo con que el taller de musicoterapia fue un espacio amable, cálido, sin juicios, centrado en sus recursos y no en su diagnóstico. Los usuarios no están muy de acuerdo con que la duración de la taller fuese suficiente para seguir profundizando y trabajando en los objetivos. Cada usuario dentro de este aspecto calificó la puesta en práctica del taller de musicoterapia de 1 a 7 obteniendo como promedio final un 6.8.

iii.- Autoevaluación sobre el desempeño de los usuarios.

Sobre este aspecto los usuarios en su mayoría dan cuenta que están “muy de acuerdo” con que su desempeño en el taller fue positivo. Conceden con que durante el proceso se comprometieron con el taller, participando activamente de las actividades y asistiendo de forma sistemática. Asimismo sienten que aprovecharon al máximo todas las experiencias que el taller les brindó resultando de muchos valores personales haber participado de éste. Solo un usuario dio cuenta de no haber estado de acuerdo con que su compromiso con el taller fue satisfactorio. A partir de lo anterior los usuarios calificaron con una nota de 1 a 7 su desempeño obtenido finalmente un 6.2

iv.- Resultados a partir de la percepción de los usuarios:

Respecto a la percepción de los usuarios sobre los logros obtenidos al finalizar el taller de musicoterapia, se presenta a continuación una lista con los indicadores que se evaluaron y una síntesis con la respuesta obtenidas. Además cada usuario calificó sus resultados obtenidos con una nota de 1 a 7 obteniendo como promedio final un 6.4 según el total de usuarios que participaron en la encuesta.

✓ *Indicadores y nivel de logro alcanzado:*

- “La mayoría de los usuarios” está de acuerdo con que gracias a este taller han aprendido a tener más consciencia de lo valioso y único que soy, adquiriendo una mirada mas positiva sobre ellos mismos.
- “Todos los usuarios” sienten que han adquirido más confianza y cariño sobre si mí mismo/a.
- “La mayoría de los usuarios” cree haber aprendido a reconocer, expresar y manejar mejor sus estados emocionales.
- “Todos los usuarios” han tomado mayor consciencia sobre su cuerpo y su importancia para expresar lo que sienten.
- “La mayoría de los usuarios” se han dado cuenta de la importante de cultivar la relaciones con sus amigos y seres queridos.
- “La mayora de los usuarios” ha podido sentirse más tranquilo, cómodo y en confianza al relacionarme con los demás.
- “Todos los usuarios” han tomado mayor consciencia sobre de la importancia del reírse, jugar, crear y pasarlo bien junto a otros.
- “Todos los usuarios “sienten que el taller les ha ayudado a mejorar su calidad de vida y su sensación de bienestar personal.

5.- Análisis del vínculo entre terapeuta y co-terapeuta

El trabajo en co-terapia sin duda promovió el desarrollo de un mejor proceso musicoterapéutico. Por un lado, el hecho de que ambos compartíamos una mirada sobre sujeto y salud amplió nuestros recursos para acercarnos individualmente a los usuarios y conformar un grupo que posteriormente pudo consolidarse en el tiempo. Además esta mirada compartida facilitó el surgimiento de reflexiones más profundas que ayudaban a ver con mayor claridad las necesidades del grupo. En cuanto a la desarrollo del proceso la evaluación constante de éste y las decisiones y acciones que se tomaban posteriormente fueron siempre bajo un modo relacional horizontal, existiendo la confianza para opinar libremente, inclusive entablando divergencias que se discutían con altura de miras buscando siempre acuerdos en favor del proceso. Lo anterior también se aplicaba a la flexibilidad en los roles que tomaba cada uno, los que se ajustaban a las características personales, profesionales y a las necesidades del grupo. Existía un apoyo mutuo en este sentido que nos permitió durante el proceso ampliar nuestros recursos, en donde cada uno desde sus fortalezas empujaba al otro sobre sus límites promoviendo nuestra confianza en si mismos. Así de esta forma pudimos enfrentar nuestras fantasías y debilidades para que no entorpeciesen el desarrollo del proceso. Nuestras profesiones de base ayudaron en esta tarea, puesto que el hecho de provenir de aéreas diferentes se trasformó en una fortaleza clave a la hora analizar los logros que tuvo el taller. No me queda más que recalcar nuevamente que el trabajo en co-terapia fue sin duda positivo ya que nos permitió desarrollar un mejor proceso musicoterapéutico, pero además del ámbito profesional significo un crecimiento importante en términos personales.

6.- Autoevaluación de las fortalezas y debilidades.

En cuanto a mis fortalezas creo que la capacidad de auto-observación es algo que destacaría. Ésta me ayudó a poder plantearme de forma crítica frente a mi participación en el proceso pudiendo mejorar en el tiempo aspectos que se encontraban débiles. También desataco la flexibilidad con la que me desenvolví la que me ayudó a adaptarme a las diferentes situaciones y desafíos que surgieron en las sesiones, y que al mismo tiempo me ayudó a entablar un mejor diálogo con mi dupla. Finalmente me gustaría destacar mi transparencia en mi rol como terapeuta lo que sin duda promovió una mejor cercanía con los usuarios pudiendo entablar un vínculo con ellos coherente con la mirada de sujeto que se propone en el marco teórico. Creo que estas fortalezas evidencian que el trabajo fue hecho con mucha responsabilidad y dedicación, consciente que el foco estaba en ayudar a un otro que por diversas situaciones es violentado por las estructuras de poder establecida, ya sea por las instituciones o por la sociedad en su conjunto.

En relación a las debilidades el hecho de hacer cuestionamientos constantes sobre algunos aspectos mis acciones durante las sesiones demuestra una inseguridad que en cierto grado me jugaba en contra a la hora de desenvolverme. Por ejemplo al momento de dirigir la verbalización me surgía la dificultad para conectarme con el momento dado que mi pensamiento tendía a adelantarse y estar preocupado por dar una “buena respuesta” o “decir algo que abriera el diálogo” provocando un corte del hilo diluyéndose eventualmente una situación que para el grupo podía ser significativa. También relacionado con la inseguridad y la falta de experiencia tendía a ponerme ansioso en ciertas situaciones lo que provocaba un cierto desorden en el manejo de los tiempos lo que a veces provocaba una desconexión de la actividad por parte del usuario.

V.- CONCLUSIONES

Debo comenzar agradeciendo al grupo de usuarios y las personas encargadas del área de Rehabilitación Psicosocial por su apoyo y buena disposición durante todo el proceso de práctica profesional. En especial a los usuarios que siempre participaron activamente con alegría y con mucho afecto hacia nosotros y que además nos abrieron un espacio para ser parte de su maravilloso y complejo mundo aunque fuese por un pequeño periodo de tiempo. Respecto a los encargados de área, queda reconocer que gracias a las facilidades y apoyo que nos brindaron pudimos hacer un proceso, que además de tener resultados positivos para el grupo de usuario fue enriquecedor en lo profesional y personal dejándonos muchas enseñanzas y la motivación para seguir en el futuro aplicando y desarrollando la musicoterapia en el área de salud mental.

Durante la práctica pude ir advirtiendo lo potente y perverso que significaba para una persona tener la etiqueta de un “trastorno mental”. Tomé conciencia también de que somos, querámoslo o no, parte de una cultura que advierte en la diferencia algo negativo, buscando constantemente la homogenización de los individuos como un método de control en términos sociales y políticos. Pude apreciar que las personas diagnosticadas con esquizofrenia en general construyen su identidad a partir de su condición de enfermedad, configurándose una baja autoestima que provoca dificultades a la hora de ver reales posibilidades de cambio en sus vidas. En este sentido la musicoterapia les ofrece otra perspectiva de sí mismos, ya que tras la posibilidad vivir la experiencia de “crear” o “interpretar” música dentro de un contexto musicoterapéutico se abre una visión más amable y positiva de si mismos. Pude dar cuenta de que estas experiencias, sumadas a el fortalecimiento de los vínculos significativos dentro de los grupos gracias al hacer música en conjunto, fueron claves para que los usuarios tomaran

conciencia de que tiene muchos recursos, más de los que ellos pueden imaginar, pudiendo advertir de que si tiene una real posibilidad de cambio.

Además el taller de musicoterapia posibilitó ampliar la mirada funcional de sujeto que se instaura desde la institución, entregándole la posibilidad de expresar aspectos más profundos de su mundo interno a través del cuerpo y la música. Y además les permitió vivir experiencias en conjunto con un otro abriéndole nuevas perspectivas sobre si mismo y su relación con el entorno. Esto se pudo efectuar gracias a que el taller de musicoterapia integró estos aspectos profundos de su mundo interno con los objetivos otorgándole un sentido al proceso, dejando atrás la mirada funcional del sujeto que separa los objetivos de los medios que se utilizan para lograrlos. Ésto finalmente fue uno de los factores que permitió que el taller tuviese muy buenos resultados y que se pudiese cumplir con los objetivos de forma íntegra. Una evidencia es que la misma institución expresó su deseo de que el taller continuara posteriormente. Sin embargo hay que reconocer que nuestro planteamiento fuera del modelo de salud institucionalizado se pudo llevar a cabo dado que como practicantes se nos permitió actuar al margen éste. Ahora esto lleva a la duda sobre si es posible romper esta mirada funcional de sujeto si se está inserto dentro del modelo institucional mismo. Creo que no hay respuesta aún para eso pero si un gran desafío al respecto. Para finalizar este punto me gustaría decir con mucha convicción de que todas personas que trabajan en el área de rehabilitación psicosocial bajo esta mirada funcional de sujeto tiene las mejor de las intenciones, y como decía antes, desde fuera es fácil ver las falencias pero esto no significa que se tengan las repuesta o la solución bajo un problema que está determinado por otro factores que mencionaré después. A mi parecer lo realmente complejo del asunto es que existe una incongruencia que es de algún modo perversa, porque finalmente es la institución encargada de promover una mejor calidad de vida termina construyendo una mirada funcional de sujeto que

coarta sus posibilidades expresivas, llevándole hacia lo estático, enfermo, quitándole la posibilidad de “dar sentido a lo propio” (en palabras de Gauna). En este sentido creo fundamental que la musicoterapia sea partícipe en dentro de las instituciones de salud mental, no para ir en contra de un modelo, sino que para construir y abrir gradualmente nuevas miradas sobre la idea de sujeto para a futuro produzca cambios significativos en las estructuras y mecanismos de poder que se ejerce desde la institución .

Otra conclusión importante es sobre el modelo biomédico. A pesar de que éste ahora posee una mirada psicosocial del sujeto en su discurso que ha ido evolucionado paulatinamente, las estructuras de poder que lo constituyen no han ido acorde a ésta. Esto se puede evidenciar ya que durante las últimas décadas la problemática sobre el tema de salud mental ha ido en aumento considerablemente y el sistema de salud público pese a todos sus cambios aún no da abasto cumpliendo solo con un rol asistencialista. A mi parecer este estancamiento del modelo se produce porque a pesar de la nueva mirada psicosocial de sujeto, el paradigma científico aún posee una hegemonía grosera respecto a los modelos centrados en la personas, manteniéndose las estructuras de poder a causa intereses políticos que resguardan un modelo económico que se centra en la productividad del sujeto y no ve sus diferencia una forma positiva de construir sociedad. Esto intereses que están detrás finalmente perpetúan el modelo reproduciendo las desigualdades sociales transformado el problema de la salud mental en Chile en una problemática social donde el que tiene menos esta condenado a la etiqueta y al estigma.

VI.- BIBLIOGRAFÍA

Aigen Kenneth (2007) *In Defense of Beauty: A Role for the Aesthetic in Music Therapy Theory*, Nordic Journal of Music Therapy,

Aigen Kenneth (2013) *Social interaction in jazz: implications for music therapy*, Nordic Journal of Music Therapy, 22:3, 180-209,

Capponi Martínez, Ricardo (2013) *Psicopatología y semiología psiquiátrica* – Editorial Universitaria

Cooper David (1979) - *El lenguaje de la locura* – Editorial Ariel Barcelona - Caracas – México

Gauna Gustavo (2009). *Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez*. Buenos Aires - Editorial Koyatún.

GARRED, Rudy . *The Ontology of Music in Music Therapy*. Voices: A World Forum for Music Therapy, [S.l.], v. 1, n. 3, nov. 2001. ISSN 1504-1611. Available at: <<https://voices.no/index.php/voices/article/view/63/56>>. Date accessed: 28 Feb. 2018. doi:10.15845/voices.v1i3.63.

Perls, Frederik (2001) - *Sueños y existencia* – Editorial Cuatro Vientos

Varas (2011) *Terapia de grupo, manual de orientación gestáltica* – Editorial Cuatro Vientos

Yalom I. G (1996) - *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo* – Editorial Paidós

Machleidt, López-Lbor, Bauer, Lamprecht, Rose, Rohde-Dachser (2004) *Psiquiatría, trastornos psicosomáticos y psicoterapia* – Editorial Masson

Referencias internet:

http://www.mirandes.cl/wp/?page_id=5788 - Clínica de salud mental Mirandes – Área de Rehabilitación Psicosocial

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/> - Organización Mundial de la Salud

Fredes, Pérez (2017) Seminario en la Universidad de Chile “*Lógicas manicomiales y abuso psiquiátrico*” - <https://www.youtube.com/watch?v=JfKbDsO21Zo>

VII.- ANEXOS

1.- Texto creado por el grupo

AMOR ESPECTRAL

A través del firmamento

Que evocan tus ojos sinceros

Donde no hay corazones rotos

Nada más que vida (nada más)

//:En el profundo universo

Se crean amores diversos:// x2

Abrazo espectral de polvo

Donde nacen tus versos

Qué será del hombre oculto

Buscando furiosos corazones

Qué será de las galaxias

Donde no hay razones

//:En el profundo universo

Se crean amores diversos:// x2

//:Abrazo espectral de polvo

Donde nacen tus besos:// x2

2.- Encuesta cualitativa

Taller de Musicoterapia Evaluación final

I. Los Profesores		Muy de acuerdo	De acuerdo	Más o menos	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
		5	4	3	2	1
1	Los profesores me parecieron bien preparados y profesionales	5	4	3	2	1
2	Los profesores fueron puntuales y responsables	5	4	3	2	1
3	Los profesores mantuvieron una buena disposición y compromiso con los alumnos a lo largo del taller	5	4	3	2	1
4	La cercanía de los profesores me pareció buena : respetuoso y cercano a la vez.	5	4	3	2	1
5	El nivel de profundidad de los Los profesores me pareció adecuado	5	4	3	2	1
6	Las explicaciones del profesores así como sus instrucciones y guías eran claras	5	4	3	2	1
7	Las intervenciones de los profesores en los diálogos con los alumnos eran importantes y significativas	5	4	3	2	1
8	¿Del 1 al 7, qué nota le pondrías a la labor hecha por los profesores?	Nota :				
COMENTARIOS						
Por favor déjanos tus impresiones, sobre todo si calificaste con 2 o 1 alguna pregunta y/o si hay algún aspecto que deseas resaltar						

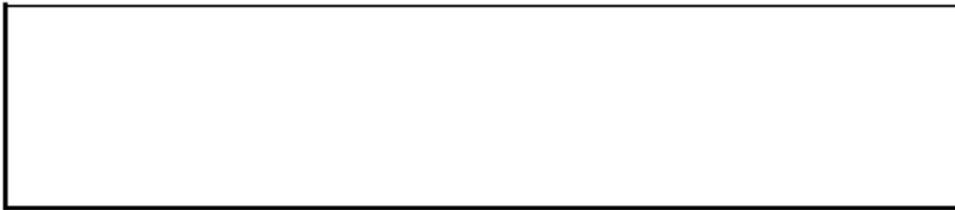
II. El Taller

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Más o menos	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Me gustó el formato del taller que combina movimientos corporales, imaginaria, representaciones, escucha, improvisaciones, composición de canciones y diálogos	5	4	3	2	1
2	La duración del taller me pareció adecuada, suficiente para poder aprender y profundizar	5	4	3	2	1
3	Me parece muy importante haber aprendido y practicar el expresión corporal	5	4	3	2	1
4	Me parece muy importante haber aprendido y practicar imaginaria guiada por música	5	4	3	2	1
5	Me parece muy importante haber aprendido y practicar reconocer y expresar las emociones	5	4	3	2	1
6	Me parece muy importante haber aprendido y practicar improvisaciones musicales individuales y en grupos	5	4	3	2	1
7	Me parecieron muy importantes los ejercicios de comunicación interpersonal, desde lo corporal, sonoro y emocional	5	4	3	2	1
8	Me parece muy importante haberme dado a conocer y conocer a mis compañeros a través de su música	5	4	3	2	1
9	Me parece muy importante haber podido representar mis vivencias y emociones a través de dibujos, pinturas, recortes y compartirlas con los demás	5	4	3	2	1
10	Me parece muy importante haber grupalmente creado una canción que nos represente	5	4	3	2	1
11	Me parece que el taller de musicoterapia fue un espacio amable, cálido, sin juicios, centrado en mis recursos y no en una enfermedad	5	4	3	2	1
12	¿Del 1 al 7, qué nota le pondrías al taller en general?	Nota :				
COMENTARIOS						
Por favor déjanos tus impresiones, sobre todo si calificaste con 2 o 1 alguna pregunta y/o si hay algún aspecto que deseas resaltar						

--

III. Autoevaluación

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Más o menos	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Siento que me comprometí realmente con el taller	5	4	3	2	1
2	Participé activamente en las clases, haciendo a consciencia las actividades y prestando atención a las instrucciones y diálogos	5	4	3	2	1
3	Me esforcé asistir al taller, no obstante los obstáculos que se me presentaron	5	4	3	2	1
4	Tuve muchas dificultades para hacer las actividades y tareas	1	2	3	4	5
5	Siento que aproveché al máximo el taller	5	4	3	2	1
6	Quedo con una sensación de frustración por no haber podido hacer bien el taller	1	2	3	4	5
7	Siento que adquirí algo importante o de valor como resultado de haber hecho el taller	5	4	3	2	1
8	Este taller ha sido muy importante para mí	5	4	3	2	1
9	Fue una buena decisión haber tomado este taller	5	4	3	2	1
10	¿Del 1 al 7, qué nota le pondrías a tu participación en el taller?	Nota :				
COMENTARIOS						
Por favor déjanos tus impresiones, sobre todo si calificaste con 2 o 1 alguna pregunta y/o si hay algún aspecto que deseas resaltar						



IV. Resultados

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Más o menos	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Gracias a este taller he aprendido a tener más conciencia de lo valioso y único que soy	5	4	3	2	1
2	Siento que he adquirido más confianza y cariño en mí mismo/a	5	4	3	2	1
3	He aprendido a reconocer, expresar y manejar mejor mis estados emocionales	5	4	3	2	1
4	He tomado mayor conciencia de mi cuerpo y su importancia para expresar lo que siento	5	4	3	2	1
5	Me he dado cuenta de lo importante de cultivar la relación con mis amigos y seres queridos en mi vida	5	4	3	2	1
6	He podido sentirme más tranquilo, cómodo y en confianza al relacionarme con los demás	5	4	3	2	1
7	He tomado mayor conciencia de la importancia del reírse, jugar, crear y pasarlo bien junto a otros	5	4	3	2	1
8	Siento que el taller me ha ayudado a mejorar mi calidad de vida y mi sensación de bienestar personal	5	4	3	2	1
9	¿Del 1 al 7, qué nota le pondrías a la cantidad y calidad de cambios positivos que has logrado gracias al taller?	Nota :				
COMENTARIOS						
Por favor déjanos tus impresiones, sobre todo si calificaste con 2 o 1 alguna pregunta y/o si hay algún aspecto que deseas resaltar						

--

VI. Testimonio

Por favor deja un breve testimonio de tu experiencia en el taller

--