



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Artes

Postítulo de Especialización en Musicoterapia

Musicoterapia para el desarrollo creativo del mundo expresivo:

**Una experiencia musicoterapéutica con EN, una mujer adulta con déficit
intelectual, depresión y trastorno bipolar.**

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

Autor: SERGIO ANDRÉS NAVARRO FIGUEROA

Profesor de Historia y Ciencias Sociales – Universidad Austral de Chile

Profesor Guía: Mt. Nicolás Larraín Süsskand

Santiago de Chile, Septiembre del 2016

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Paula y mi padre Juan por su apoyo y cariño incondicional durante este proceso de formación y especialización.

A mis hermanos Juan Pablo y Fernando, por su apoyo.

A Andrés, quien me acompañó y me sostuvo en todo momento de este proceso.

A mi tía Brenda, a mi abuelita, mis primos y primas, mis tías y mis tíos, quienes con su cariño siempre me apoyaron en todo momento.

A mis amigos y amigas que siempre han estado.

A mi profesor guía Nicolás, por su orientación llena de cariño y aprecio.

A mis compañeros y compañeras de generación, quienes formamos una familia a través de esta experiencia creativa sonoro-musical.

A Miguel por su ayuda en la revisión de este escrito.

INDICE

I.- Introducción	5
II.- Contexto institucional	7
2.1.- Historia de la Fundación Rostros Nuevos	7
2.2.- Centro de día San Ignacio, Rostros Nuevos sede Conchalí	9
III.- Marco Teórico	12
3.1.- Institucionalización en Salud Mental	13
3.2.- Discapacidad Intelectual	18
3.2.1.- Abordajes en contexto nacional, institucionalización y calidad de vida.	18
3.2.2.- ¿Discapacidad intelectual o retraso mental?	19
3.2.3.- Trastorno del desarrollo intelectual	21
3.2.4.- Discapacidad Intelectual	21
3.2.5.- Criterios diagnósticos de la Discapacidad Intelectual	21
3.2.6.- Tipo de gravedad de Discapacidad Intelectual	22
3.2.7.- Discapacidad Intelectual moderada y consideraciones en la adultez	24
3.3.- Depresión	
3.3.1.- Algunos datos acerca de la depresión en Chile	27
3.3.2.- Concepto de depresión y su relación con la salud mental	27
3.4.- Trastorno Bipolar	28
3.4.1.- Implicancias a nivel nacional	28
3.4.2.- Trastornos Bipolares	29
3.5.- Musicoterapia	
3.5.1.- Musicoterapia en Discapacidad Intelectual	30
3.5.2.- Musicoterapia y el mundo expresivo	32
3.5.3.- Modelos de Musicoterapia	35
3.5.3.1.- Musicoterapia de Improvisación Libre	35
3.5.3.2.- Musicoterapia Plurimodal	38
IV.- Proceso Musicoterapéutico	
4.1.- Caracterización e historia de EN	41
4.2.- Aproximación Diagnóstica	43
4.3.- Objetivos	45
4.4.- Criterios de Evaluación	46
4.5.- Metodología y encuadre	48
4.6.- Desarrollo del proceso	51

4.6.1.- Diagnóstico (sesiones 1 a 3)	52
4.6.2.- Desarrollo (sesiones 4 a 13)	55
4.6.3.- Cierre (sesiones 14 y 15)	65
4.7.- Evaluación del proceso	67
4.7.1.- Logro de los objetivos	67
4.7.2.- Análisis del vínculo MT – Usuaría	70
4.7.3.- Autoevaluación de fortalezas y debilidades del terapeuta	71
4.7.4.- Supervisiones de Práctica	74
V.- Conclusiones	76
VI.- Bibliografía	78
VII.- Anexos	81
7.1.- Anexo 1: Historial Clínico	80
7.2.- Anexo 2: Consentimiento Informado	83
7.3.- Anexo 3:Ficha Musicoterapéutica	84
7.4.- Anexo 4: Formato de planificación de sesiones	88

I.- Introducción.

La siguiente monografía se genera como un estudio de caso que aborda un proceso de musicoterapia individual, realizado como parte de la práctica profesional del postítulo en Musicoterapia de la Universidad de Chile, experiencia que se desarrolló durante el segundo semestre del año 2015 dentro de la Fundación Rostros Nuevos en el “Centro de Día San Ignacio” en la comuna de Conchalí. Durante esta práctica tuve la instancia de desarrollarme profesionalmente en los roles de terapeuta y co-terapeuta con diferentes usuarios que participaron del centro.

Para este estudio abordaré el trabajo realizado con la usuaria denominada como EN -para lo que respecta este escrito-. Ella es atendida por la Fundación Rostros Nuevos desde el año 2009, incorporándose al centro de día San Ignacio desde mediados del mismo año. Vive en uno de los hogares protegidos que administra y gestiona el centro de día junto al servicio de salud. Fue derivada a musicoterapia por una alteración en su estado de ánimo, que la tenía con un diagnóstico de depresión desde hace un par de meses; lo que sumado a su cuadro de discapacidad intelectual y trastorno bipolar, generaban que fuese mucho menos autónoma de lo que naturalmente era.

El proceso realizado junto a EN se centró en reconocer sus habilidades expresivas para trabajar desde ello su estado de ánimo y sus habilidades comunicativas, por medio de un vínculo seguro. Para conseguir estos fines, se trabajó con experiencias creativas músico-corporales y plásticas durante el transcurso de las sesiones. De igual forma se confeccionó una pauta de observación cualitativa para ir midiendo sesión a sesión a través de los videos obtenidos como se iba gestando la intervención con EN durante la duración del proceso de musicoterapia. Toda esta vivencia se desarrolló durante 15 sesiones que fueron realizadas entre los meses de Septiembre y Diciembre del año 2015, manteniendo el encuadre del día de terapia, horario de sesión y duración aproximada de la misma.

Esta experiencia de práctica dentro del centro de día San Ignacio, se desarrolló junto a otras prácticas de musicoterapias realizadas por mis compañeros de especialidad Natalia Hermosilla y Leonello Bazzurro, bajo la supervisión del profesor y musicoterapeuta Nicolás Larraín Süsskand. Es así que este proceso nos ayudó a profundizar nuestras relaciones interpersonales, a generar nuevas ideas y propició reflexiones constantes en torno a nuestra práctica profesional.

II- Contexto Institucional

2.1.- Historia de la Fundación Rostros Nuevos.

La Fundación Rostros Nuevos, nace como un programa de salud mental desde el área de Hospederías en el Hogar de Cristo. Por medio de ella se busca dar respuesta especializada a la alta demanda de personas adultas con problemas de salud mental en condición de extrema pobreza que permanecían por largo tiempo en las hospederías. Todo este trabajo fue liderado por don Rodrigo Zaldívar Larraín.

Entre los años 1996 y el año 2000, nace la Fundación Rodrigo Zaldívar, que responde a la alta demanda para atender a personas con discapacidad mental en situación de pobreza y exclusión, gestionando la administración de hogares de larga estadía y sistemas residenciales pequeños. Durante este mismo periodo de tiempo la Fundación aumenta su cobertura, incorporando modelos de intervención psiquiátricos.

Con la creación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría el año 2000, la persona se hace actor de su proceso de rehabilitación, se genera así una intervención de carácter comunitaria para los problemas de salud mental. Producto de este plan la fundación "...comienza a modificar o reconvertir el modelo de

intervención, con una mirada más comunitaria, promocional e integradora.”

(<http://www.rostrosnuevos.cl/nuestra-causa/historia/>)

Entre los años 2001 y 2005, se genera el cambio de nombre a “Fundación Rostros Nuevos”. Se comienza a gestar así una transformación del antiguo modelo de salud, por un modelo de atención comunitaria. Es así que se crean residencias y hogares protegidos, centros de rehabilitación laboral y programas de apoyo familiar.

Para el año 2011 la fundación comienza a sistematizar la mayor parte de los programas sociales, elaborando modelos técnicos, protocolos de atención, perfil de equipos y orientaciones de intervención, buscando mejorar así los estándares de calidad para los usuarios de la red en las diferentes líneas de acción social (<http://www.rostrosnuevos.cl/nuestra-causa/historia/>).

En la actualidad, la fundación se inspira en la visión de promover un país más respetuoso, justo y solidario. De esta forma configura su misión para:

Acoger a personas adultas con discapacidad psíquica y/o intelectual en situación de extrema pobreza; y potenciar su desarrollo como personas a través de una intervención integral en espacios comunitarios. Crear conciencia, compromiso y corresponsabilidad de la comunidad respecto de esta realidad social.

(<http://www.rostrosnuevos.cl/nuestra-causa/mision-vision-y-valores/>)

La Fundación acoge en sus distintos programas a personas mayores de 18 años y menores de 60 años al momento de su ingreso en ella. Atiende a personas

con discapacidad mental, psíquica y/o intelectual (cognitiva), con cuadros clínicos compensados o en vía de estabilización, con vínculos familiares débiles o inexistentes, así como aquellas que se encuentren en situación de pobreza monetario y/o multidimensional.

Con todo esto, la Fundación Rostros Nuevos espera “contribuir a la construcción de un país más justo y solidario... [que busca] incluir a personas con discapacidad mental, que enfrentan día a día condiciones de pobreza monetaria y/o de acceso a servicios, que hacen que sean personas en situación de extrema vulnerabilidad social”. (<http://www.rostrosnuevos.cl/nuestra-obra/para-quienes-trabajamos/>)

2.2.- Centro de día San Ignacio, Rostros Nuevos sede Conchalí

La Sede Conchalí de la Fundación Rostros Nuevos junto con ser un Centro de Día¹, es además un Centro de Rehabilitación Laboral, con una capacidad de atención mensual de 80 usuarios, la mayoría de ellos pertenece a algunos de los programas de la Fundación, pero también existe un número de usuarios externos a ésta, provenientes de otras organizaciones o de la comunidad. Este programa está

¹ El centro de día es un servicio ambulatorio donde personas con discapacidad mental (psíquica y/o intelectual), pueden asistir de lunes a viernes en horario diurno, de acuerdo a sus necesidades e intereses específicos, para desarrollar habilidades que permitan el mejoramiento de las condiciones de vida, fomentando su autonomía y su permanencia en su medio familiar, social y/o comunitario. (http://www.rostrosnuevos.cl/lineas_de_accion/centro-diurno/)

dedicado a potenciar las competencias laborales de personas adultas con discapacidad mental velando por su inserción y mantención dentro del mercado laboral.

El Centro de día durante el segundo semestre del 2015 atendía un promedio de 66 usuarios provenientes de los hogares protegidos de la fundación y desde residencias particulares. A través de diferentes tipos de talleres y actividades se promueve una inserción de los usuarios dentro de la comunidad. Junto con ello, existe un seguimiento constante por la salud mental, física y emocional de los usuarios que participan del centro, generando un acompañamiento constante tanto en la toma de medicamentos, como en los controles médicos cuando se requieran.

El equipo de trabajo dentro del centro durante el periodo práctica profesional se componía por: un director de centro, una terapeuta ocupacional, un asistente social, un psicólogo, dos asistentes encargadas de talleres y actividades regulares para los usuarios, junto con personal administrativo. Todo el equipo trabaja de manera colaborativa teniendo reuniones semanales de trabajo en que se abordan evaluaciones de acuerdo al seguimiento de los usuarios y se gestionan nuevos talleres o actividades para desarrollar dentro del centro. Junto con ello, existe una relación fluida con los centros de salud cercanos como el COSAM de Conchalí, el Hospital Psiquiátrico y el Hospital San José.

Dentro de las características físicas del centro, cuenta con cinco oficinas administrativas en donde trabajan el director del centro, la terapeuta ocupacional,

psicólogo y asistente social, personal administrativo y encargadas de talleres. Junto con ello, también posee una sala de reuniones, una sala de taller de manualidades y una sala multiuso. Se compone además de un jardín central con árboles frutales con varias bancas, una pequeña terraza con juegos de mesa. El espacio propicia zonas de esparcimiento para los usuarios del centro.



III.- MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico se estructura desde tres ejes que nos permitirán comprender de mejor manera el abordaje realizado durante el proceso de terapia con EN. En un primer apartado se abordará lo concerniente a la institucionalización en salud mental, considerando el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental del año 2000 que rige actualmente en Chile, bajo los planteamientos de Jorge Chuaqui (2015) quien estudia la realidad de los hogares protegidos en Chile. De igual forma, se consideran los aspectos positivos y negativos que constituyen la experiencia de institucionalización, que nos proporcionará una mirada frente a la realidad que puede experimentar la usuaria en su vida diaria.

En un segundo apartado se abordarán los diagnósticos clínicos que conforman el cuadro de salud de EN. Ella está diagnosticada con déficit intelectual moderado (DSM V)², depresión y trastorno bipolar. Para el marco teórico se mencionará estos tres cuadros, pero para el abordaje terapéutico sólo se trabajará con los dos primeros, que tendrán relación directa con el objetivo general y los objetivos específicos desarrollados durante la intervención.

² El diagnóstico clínico de EN es el de Retraso Mental Moderado (DSM IV), pero para el desarrollo de este escrito trabajaremos con el concepto de Déficit Intelectual Moderado (DSM V), ya que nos propicia una caracterización más inclusiva y actualizada.

El tercer apartado se enfoca en la teoría musicoterapéutica que hace relación a la forma de abordaje durante el proceso de terapia junto a EN. A través de él se abordará la conceptualización concerniente al déficit intelectual y musicoterapia, la musicoterapia como herramienta de expresión creativa y emociones, para abordar los modelos musicoterapéuticos que sirvieron de guía para desarrollar la intervención junto a la usuaria.

3.1.- Institucionalización en Salud Mental.

Para comenzar a situarnos en los conceptos clave que conforman la realidad de EN, debemos abordar el concepto de persona institucionalizada, que para este escrito será entendido como “ toda aquella persona residente de forma estable y permanente en una institución, y que a través de ella se desarrolla en su mundo emocional, social y personal.” (IMSERSO, 2006)

El investigador Jorge Chuaqui (2015) trabaja el concepto de institucionalización, caracterizándolo como una conducta tipificada -desde una visión sociológica-, es decir que la conducta sigue ciertos patrones o pautas dentro de los contextos de interacción de la persona, conformado así una realidad objetiva que es internalizada por ella y que será finalmente parte de su noción de situación. Generando una visión dialéctica, existe también una conducta rebelde a las normas, que se expresa cuando la persona no sigue las normas institucionalizadas, o lo hace sólo parcialmente.

En su estudio, Chuaqui nos menciona a Foucault y su obra *El Poder Psiquiátrico*, donde este célebre autor de las ciencias sociales en el siglo XX nos habla sobre la locura durante el siglo XVIII, la cual no era un objeto de internación sistemática. La mirada existente hacia estos comportamientos eran vistos como un error o una ilusión que pasaba la persona que vivía con esa realidad. Durante los siglos previos al XVIII, se recomendaba que las personas estuviesen en contacto con la naturaleza a través de viajes, reposo, paseos, que se propicie una ruptura con el mundo artificial y vano de la ciudad. Es a partir del siglo XIX donde surge la práctica de internar a las personas que sufren enfermedades mentales, pues la locura deja de ser vista como un error y pasa a ser considerada como una conducta desviada respecto a la conducta normal o regular de la sociedad. Para dar lugar a la manifestación de este comportamiento anormal es que se crea la institución del asilo, siendo un espacio que permite la expresión de esta anormalidad, facilitando el poder afrontarla. Es así que la locura, se entiende como una voluntad trastornada, como una pasión pervertida, que va a ser enfrentada por la voluntad recta de la medicina, imponiéndole sumisión. De esta forma las técnicas y procedimientos que se ponen en práctica desde el siglo XIX como el aislamiento, el interrogatorio privado o público, los tratamientos con carácter de castigo como la ducha, las conversaciones morales, etc., tienen como función hacer del médico el maestro de la locura “quien la hace aparecer en su verdad y quién la domina, la apacigua y la reabsorbe luego de haberla desatado con su ciencia.” (Foucault, 2007, en Chuaqui, 2015)

Por otra parte Parsons (citado en Chuaqui, 2015) habla de su visión frente a la psiquiatría, como una forma de control social, en donde el concepto de institucionalización busca producir conductas-compartamientos conformistas, para que no salgan de las normas institucionalizadas. En este mismo escrito, el autor menciona a Goffman, quien describe las técnicas de internación utilizadas por la institución de hospital psiquiátrico y las consecuencias que posee esta experiencia para la persona institucionalizada:

(1) Ruptura de las relaciones sociales anteriores lo que provoca exclusión social. (2) Énfasis en la obediencia pasiva (intentando eliminar reacciones conflictivas). (3) Avasallamiento del “yo”, rebaja de la autoestima e internalización del “rol de enfermo”. (4) Pérdida de la privacidad. (5) Papel meramente decorativo o accesorio de las terapias ocupacionales y grupales. Algunas de cuyas consecuencias son: (1) Pérdida de la autoestima. (2) Adopción de la pasividad del rol de enfermo. (3) Adopción de una conducta pasiva, sin iniciativa y enteramente obediente ante órdenes o sugerencias externas. (4) Pérdida del autocontrol de la conducta y de la capacidad de automodelar su propio yo. (5) En algunos casos, pérdida del decoro asociado a la imposibilidad por largo tiempo de vida privada. (6) Incapacidad de desarrollar iniciativa y tenacidad capaz de contrarrestar las consecuencias del estigma y la exclusión social. (Goffman, 1970, en Chuaqui, 2015)

Tras lo anteriormente expuesto, podemos conjeturar que el propósito de volver a la persona “normal”, respetando las normas de sociedad –como institución– por medio del formato y metodología del hospital psiquiátrico, genera naturalmente lo opuesto. La adaptación al hospital psiquiátrico, generará una desadaptación ante el contexto social mayor, con sensación de exclusión y minusvalía dentro de ella.

Si bien en Chile imperó durante el siglo XX el modelo de hospital psiquiátrico como política pública en psiquiatría y salud mental. El año 2000 entra en vigencia el

Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental, que generará un cambio de paradigma posicionando la psiquiatría comunitaria en Chile. Con este nuevo plan, se busca:

Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (MINSAL, 2000)

Con este nuevo plan vigente en Chile, se reconoce la dimensión biológica, psicológica y social de las personas, existiendo una preocupación por las condiciones psicosociales de vida de las personas. Se estimula a la comunidad organizada para labores de prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de las enfermedades mentales. A su vez, se promueve un trabajo intersectorial, involucrando a instituciones y organizaciones, públicas y privadas para estas labores de prevención y tratamiento precoz y efectivo. Se concibe una atención integral y de calidad para todas las personas contempladas en él, estableciendo una continuidad y seguimiento en los cuidados y el que se privilegie la atención ambulatoria. Al referirse a la conformación de los equipos, hace alusión del trabajo en red con equipos multidisciplinarios, donde exista una relación sistemática de todos y cada uno desde su especialidad para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; considerando además perfeccionamiento constante. (Chuaqui, 2015)

Con la intención de reemplazar las hospitalizaciones prolongadas y de poder reincertar a las personas dentro de la sociedad, es que nacen diversas alternativas de programas de asistencia según niveles de apoyo variable y con normas flexibles

al grado de dependencia de los usuarios (López, Laviana, García-Cubillana, Fernández, Moreno, Maestro, 2004, en Chuaqui, 2015). En este contexto es que se incluyen los “*grouphomes*” o “*halfwayhomes*”, que son residencias particulares dirigidas por cuidadores donde viven alrededor de 8 usuarios, además de los apartamentos individuales o grupales con supervisión periódica por parte de un case manager u otro agente comunitario (Henwood, Stanhope, Padgett, 2011, en Chuaqui, 2015).

Es en esta línea que nace en Chile el programa de Hogares Protegidos³, que se define como un espacio “donde personas con discapacidad de causa psíquica puedan incorporarse a la vida del vecindario de la mejor manera posible, como cualquiera de sus habitantes” (MINSAL, Norma técnica sobre Hogares Protegidos, 2000).

Bajo la investigación de Minoletti, en Chile para el año 2010, existían bajo la dirección permanente de cuidadores externos, cerca de 113 Hogares Protegidos y 24 Residencias Protegidas según el nivel de dependencia de los usuarios (Minoletti, 2010, en Chuaqui, 2015).

³ El programa de Hogares Protegidos, nace en Octubre del año 2000, como una herramienta que busca especificar aún más el nuevo enfoque desde la psiquiatría comunitaria que rige en Chile tras el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental del mismo año.

3.2.- Discapacidad Intelectual.

Para los autores Bautista y Paradas (en R. Bautista, 2002), la discapacidad intelectual se compone de cuatro criterios principales que se interrelacionan en cada persona:

1.- Psicológico: en el cual la persona posee un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales, medidas éstas a través de tests y expresadas en términos de cociente intelectual.

2.- Sociológico: en el cual la persona presenta en mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en que vive y para llevar una vida con autonomía personal.

3.- Biológico: en el cual la persona posee un sustrato biológico, anatómico o fisiológico, y se manifestaría durante la edad de desarrollo (hasta los 18 años).

4.- Pedagógico: en el cual la persona tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje regular y que, por tanto, tiene unas necesidades educativas diferentes; es decir, necesita de apoyos educativos específicos que le permitan avanzar en el proceso de enseñanza regular.

La persona con discapacidad no es alguien estancada, su vida fluye y se enriquece de acuerdo los retos que puede sortear desde sus posibilidades y los apoyos necesarios. Es así que debemos tener la convicción de que las limitaciones de una persona son sólo accidentes, que no le privan su dignidad humana (Flores, 2015)

3.2.1.- Abordajes en contexto nacional, institucionalización y calidad de vida

En personas con discapacidad intelectual que se encuentran institucionalizadas, como es el caso de la usuaria E.N. la entrega de apoyos debe también garantizar resultados de calidad. Vega, Jenaro, Flores, Cruz & Lerdo de Tejada (2013) señalan que las organizaciones interesadas en mejorar la calidad de vida de sus usuarios deben trabajar desde una metodología de apoyos que se centre en las necesidades de las personas con discapacidad intelectual. Esto implica asumir un pensamiento donde el interés se centre en los resultados personales y en las metas. De acuerdo con lo planteado, no cabe duda de que la provisión de apoyos depende de la concepción que tengamos de estos, así como de la importancia que otorguemos a resultados de calidad en general y de calidad de vida en particular.

3.2.2.- ¿Discapacidad intelectual o retraso mental?

Flóres (2015) señala que existe un debate en el mundo de la discapacidad en general, y de la discapacidad intelectual en particular que parece interminable. Se trata de la quizás aparente contraposición entre dos visiones: la llamada visión médica frente a la visión social. Las cuales se podrían concretar en una palabra “la discapacidad como enfermedad, alteración y trastorno, frente a la discapacidad como condición, situación o estado”. Esto nos permite entender que diversos

planteamientos han surgido y continúan actualmente para referirse al retraso mental y discapacidad intelectual. El primero pretende eliminar el estigma asociado al segundo y ambos conceptos aluden a un funcionamiento general cuya característica es: presencia de un cociente intelectual (CI) menor a 70 junto a una limitación adaptativa e inicio antes de los 18 años.

Se efectuará el diagnóstico de la D.I. con el énfasis en la medición precisa del coeficiente intelectual (CI) con instrumentos como la Escala Wechsler de inteligencia para niños (WISC) y del nivel adaptativo con escalas como el Vineland (Márquez-Caraveno, y otros, 2011). Junto con lo anterior, las limitaciones del CI se acompañan de dificultades adaptativas, las que incluyen las habilidades de la vida cotidiana, la comunicación y la socialización.

Por otra parte, el término diagnóstico de la discapacidad intelectual es equivalente al diagnóstico CIE-11⁴ en trastornos del desarrollo intelectual, destacando que a lo largo del manual se utiliza el término discapacidad y en el título se usan ambos términos para facilitar la relación con otros sistemas de clasificación. Además, una cláusula federal de Estados Unidos sustituye el término retraso mental por discapacidad intelectual, y las revistas de investigación utilizan el término discapacidad intelectual. Así pues, discapacidad intelectual es el término de uso

⁴ Acrónimo de la clasificación internacional de enfermedad (CIE) onceava versión en español: CIE-11. Determina la clasificación, codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedades. (Fuente: <https://es.wikipedia.org/wiki/CIE-10>, 10 de Julio del 2016)

habitual en la profesión médica, educativa y otras, así como en la legislación pública y grupos de influencia. (American Psychiatric Association, 2014). Finalmente y según indica Vega (2011) la importancia del cambio progresivo en el constructo de la discapacidad radica en que la discapacidad intelectual deja de considerarse como un rasgo absoluto invariable de la persona pues si se ofrecen los apoyos pertinentes las personas con discapacidad podrán desenvolverse en diferentes contextos.

Escala comparativa del abordaje diagnóstico entre DSM-IV y DSM-V.

DSM-IV: Retraso Mental	DSM-V: Trastornos del Desarrollo Intelectual
Retraso Mental Leve	Discapacidad Intelectual Escala de gravedad: Leve, Moderado, Grave, Profundo.
Retraso Mental Moderado	
Retraso Mental Grave	Retraso Global del Desarrollo
Retraso Mental Profundo	Discapacidad Intelectual no especificada
Retraso Mental de gravedad no especificada	

3.2.3- Trastorno del desarrollo intelectual

Las diferentes clasificaciones internacionales y europeas consideran el Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI) como: “Un desarrollo mental incompleto o detenido que produce el deterioro de las funciones completas de cada época del desarrollo, tales como las cognoscitivas, lenguaje, motrices y socialización” Se trata de una visión pluridimensional de los TDI en sus aspectos biológicos, psicológicos, pedagógicos, familiares y sociales. (Fuente:

<http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornossocialesintelectuales/elretrasomental/index.php>, revisado el 16 de Julio del 2016)

3.2.4.- Discapacidad Intelectual

Según el DSM V La discapacidad intelectual es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

3.2.5.- Criterios diagnósticos de la Discapacidad Intelectual

En relación a los criterios diagnósticos se deben cumplir los siguientes tres criterios:

- 1- Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.
- 2- Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las

deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

3- Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo. (American Psychiatric Association, 2014)

3.2.6.- Tipos de gravedad de discapacidad intelectual (American Psychiatric Association, 2014)

- a) TDI Leve: Supone el 85% de todos los individuos con D.I. y son considerados como “educables”. En la mayoría de los casos no existe una etiología orgánica, debiéndose a factores constitucionales y socioculturales, por lo que suelen pasar inadvertidos en los primeros años de vida. El retraso, se pone de relieve coincidiendo con la etapa escolar donde las exigencias son mayores. Tienen capacidad para desarrollar los hábitos básicos como alimentación, vestido, control esfínteres, etc, salvo que la familia haya tenido una actitud muy sobreprotectora y no haya fomentado dichos hábitos. Se desarrollan haciendo uso del lenguaje tanto oral como de forma escrita, pudiendo presentar déficits específicos o problemas (dislalias) en algún área que precisará de refuerzo.

- b) TDI Moderado Representan el 10%. La etiología suele ser orgánica por lo que presentan déficits somáticos y neurológicos. A pesar de que muchos de

ellos pueden presentar un aspecto físico “normal”, los diferentes déficits en el curso evolutivo se hacen patentes desde la infancia. En el origen se especula con anomalías genéticas y cromosómicas, encefalopatías, epilepsia y trastornos generalizados del desarrollo (T.G.D.) que comprenden el autismo y la psicosis infantil. Pueden llegar a adquirir hábitos elementales que les permitan cierta independencia pero deberán ser guiados en otras muchas facetas.

Respecto a su capacidad de comunicación puede ser variable y va desde un continuo donde pueden expresarse verbalmente y difícilmente por escrito a presentar serios problemas con deficiente pronunciación y ausencia total de la capacidad para escribir.

Su capacidad intelectual es intuitiva y práctica. Pueden adquirir conocimientos pero se reducen a mecanismos simples, memorizados, con escasa capacidad para comprender los significados y establecer relaciones entre los elementos aprendidos.

Pese a todo, son educables a través de programas educativos especiales, aunque siempre se mostrarán lentos y con limitaciones de base.

- c) TDI Grave: Suponen un 3-4%. La etiología en estos casos es claramente orgánica en su mayoría, semejante a la descrita en el Retraso Mental Moderado pero con mayor afectación en todas las áreas tanto somática, neurológica o sensorial, poniéndose de manifiesto un retraso general en el desarrollo desde los primeros momentos de vida.

- d) TDI Profundo: Representan tan sólo el 1 o 2% del total de los diagnosticados como retrasados. La etiología es siempre orgánica, produciendo graves alteraciones en todos los niveles con una importante afectación motriz.
- Dentro de esta categoría, a veces, se solapan otros trastornos que pueden ser susceptibles de diagnóstico diferencial como el Autismo atípico en el que el Retraso mental profundo es uno de sus síntomas.

3.2.7.- Discapacidad Intelectual moderado y consideraciones en la adultez

Al referirme a la usuaria E.N., nos encontramos con un diagnóstico de discapacidad intelectual moderado, lo que va a incidir directamente sobre su forma de percibir y desarrollarse en el mundo, tanto en acciones, como en relaciones socio-afectivas.

Es posible entender entonces que la discapacidad intelectual moderada será aquella en la cual se vean afectados los siguientes dominios (American Psychiatric Association, 2014).

- a) Habilidades Cognitivas: Durante todo el desarrollo, las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación con sus pares. En preescolares, el lenguaje y las habilidades pre académicas se desarrollan lentamente. En niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas y del tiempo de

comprensión y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares.

En adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas está en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las habilidades académicas, así como en la vida personal y laboral. Además, necesitan ayuda continua para completar tareas conceptuales de la vida cotidiana, pudiendo otros encargarse totalmente de las responsabilidades del individuo.

- b) Social: El individuo presenta notables diferencias respecto a sus pares en cuanto al comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo. El lenguaje hablado es típicamente un instrumento primario para la comunicación social, pero es mucho menos complejo que en sus pares. La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y los amigos, y el individuo puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida y en ocasiones puede tener relaciones sentimentales en la vida adulta. Sin embargo, los individuos pueden no percibir o interpretar con precisión las señales sociales (no verbal). El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados, por lo tanto los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida. La amistad con los iguales se desarrolla con frecuencia afectada por limitaciones de la comunicación o sociales. Se necesita ayuda importante social y comunicativa en el trabajo para obtener éxito.

c) Práctico: El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer, vestirse, así como de las funciones excretoras y la higiene personal como un adulto. Se necesita un período largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo en estas áreas pudiendo necesitar personas que le recuerden lo que tiene que hacer. De manera similar, pueden participar en todas las tareas domésticas en la vida adulta requiriendo de un período largo de aprendizaje necesitando ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento adulto.

Laboralmente hablando, pueden asumir un cargo semi-independiente en trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas. Necesitan ayuda de compañeros, supervisores y otras personas para administrar las expectativas sociales y responsabilidades complementarias en ámbitos como programación, transporte, beneficios sanitarios y gestión del dinero. Una minoría importante presenta comportamiento inadaptado que causa problemas sociales.

3.3- Depresión

3.3.1.- Algunos datos acerca de la depresión en Chile

A nivel nacional, específicamente, según el Ministerio de Salud, en 2013 de cada 1.000 personas mayores de 15 años, 75 de ellas presentan un trastorno depresivo (Michaels, 2013).

Podemos decir que la depresión es una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo. Su prevalencia en la población general se encuentra entre 8 y 12%. Se estima que para el año 2030 ocupará el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad (Botto, Acuña y Jimenez, 2014).

3.3.2.- Concepto de depresión y su relación con la salud mental

Clínicamente hablando, depresión es “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” según la OMS⁵. Hay mucha variación dentro de la palabra depresión. Dependiendo de la persona, la depresión puede ser crónica o episódica y hay tres niveles de cierta gravedad para cuando uno es afectado por la enfermedad: leve, moderado, y grave (fuente http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/, revisado el 17 de Julio de 2016). Alrededor de 7,5% de la población general están afectados por alguno de los trastorno depresivos mencionados anteriormente y aproximadamente el 30% de estas personas se atienden en el nivel primario de atención. (Michaels, 2013)

⁵ La OMS es la organización mundial de la salud.

3.4.- Trastorno Bipolar

Es de relevancia mencionar que la usuaria EN fue diagnosticada recientemente con trastorno bipolar, que posee comorbilidad con su diagnóstico por depresión, por lo tanto, pese a ser un factor importante dentro de su historia clínica, es importante comentar que no fue un foco determinante para el inicio de la musicoterapia, sin embargo, a modo general detallaré aspectos generales acerca de los conceptos, origen y prevalencia en Chile.

3.4.1.- Implicancias a nivel nacional

Los trastornos bipolares (TB) son definidos como patologías de la regulación del estado de ánimo, con diversas y recurrentes formas de presentación. Son la sexta causa mundial de carga social y sufrimiento, se ubican en el quinto lugar de las enfermedades que causan discapacidad en jóvenes y afectan entre 0,5% a 5% de la población. (Morgado, Tapia, Ivanovic-Zuvic, & Antivillo, 2015)

“En relación a los efectos psicosociales, los TB provocan un mayor deterioro en esta área que la depresión unipolar, afectándose en mayor medida los ámbitos laboral, social y familiar. La tasa de mortalidad fluctúa entre 15 a 20%, llegando a ser la enfermedad con mayor riesgo suicida junto con la depresión monopolar” (Morgado, Tapia, Ivanovic-Zuvic, & Antivillo, 2015)

Considerando lo anterior, en Chile a partir del año 2013 el trastorno bipolar es ingresado al Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), plan que declara como uno de los objetivos principales de las intervenciones psicosociales la

mejora de la calidad de vida de las personas. (Morgado, Tapia, Ivanovic-Zuvic, & Antivillo, 2015)

3. 4.2.- Trastornos Bipolares

Según indica Retamal (2012) los trastornos bipolares (antes denominados enfermedad maniaco-depresiva) son enfermedades crónicas y recidivantes, de base genética, en la que están afectados los mecanismos cerebrales encargados de regular el ánimo y el humor. Las personas que sufren estos trastornos experimentan fluctuaciones anormales del humor que generan importantes distorsiones de conducta y la capacidad de juicio. En muchos casos la enfermedad produce una merma significativa en las capacidades laborales y sociales.

3.5.- Musicoterapia

3.5.1.- Musicoterapia en Discapacidad Intelectual.

El uso de la musicoterapia en personas con discapacidad intelectual se remonta desde mediados del siglo XIX en Estados Unidos. En este tiempo “muy pocas escuelas públicas y privadas utilizaban guitarras, pianos e instrumentos de percusión para ayudar al desarrollo del lenguaje, habilidades motrices y competencia social” (Davis, Gfeller, & Thaut, 2002).

A principios del siglo XX las instituciones estatales contaban con una presencia multitudinaria de personas. Es así que quienes sufrían de algún tipo de discapacidad debían ser parte de este sistema multitudinario con muy poca o ninguna educación de por medio. Con el paso de los años dentro de este mismo siglo comienzan a mejorar poco a poco las condiciones para las personas con retraso mental⁶. En este nuevo contexto, los musicoterapeutas notaron que “la música provocaba respuestas afectivas (emocionales) y mejoraba la memoria, la comunicación y las habilidades sociales y motoras, incluso en individuos con un funcionamiento inferior” (Davis, Gfeller, & Thaut, 2002)

Será la década de 1960 donde se comiencen a desarrollar mejoras significativas para el tratamiento del retraso mental: 1) mayor inversión en instituciones públicas, que permita el desarrollo de programas específicos para enseñar cuidado personal, habilidades de lenguaje, motoras y sociales; 2) comienza a desarrollarse una mayor investigación frente al tema, estableciendo programas de tratamiento; 3) el modelo médico del retraso mental, considerado como una enfermedad sin cura, es sustituido por el modelo de desarrollo, enfatizando la adquisición de habilidades de lenguaje, motoras, preacadémicas, académicas y sociales. Es en este último punto donde la musicoterapia se considera un componente importante para facilitar este desarrollo. (Davis, Gfeller, & Thaut, 2002)

⁶ Clasificación que se da a las personas con discapacidad intelectual antes del DSM V

Según Davis, Gfeller y Thaut (2002), los objetivos que busca desarrollar la musicoterapia en personas con discapacidad intelectual se pueden agrupar en cinco categorías:

- i) Conductas sociales y emocionales: las actividades musicoterapéuticas por medio del movimiento, uso de canciones y actividades rítmicas, ofrecen una estimulación que favorece la adquisición de habilidades sociales. En lo que respecta al desarrollo emocional, se trabaja desde el reconocimiento y asociación de la emocionalidad propia y del entorno, siendo un fuerte impulsor de la expresión emocional personal.
- ii) Habilidades Motoras: la música desde sus orígenes ha estado ligada al desarrollo motriz. En personas con discapacidad intelectual favorece la exploración del propio cuerpo por medio de movimientos libres o guiados. Junto con ello se abordan habilidades que tienen relación con la lateralidad, direccionalidad, flexibilidad, agilidad y motricidad fina.
- iii) Habilidades de Comunicación: la musicoterapia potencia el desarrollo de habilidades comunicativas a través del sonido, ayudando al desarrollo del lenguaje expresivo, receptivo, intención comunicativa, escucha activa, atención y seguimiento de consignas. Por otro lado, la música permite desarrollar destrezas como reconocimiento, diferenciación y discriminación sonora, que permite tomar una mayor conciencia sobre el entorno sonoro.

- iv) **Habilidades Cognitivas:** a través de distintos tipos de juegos musicales como la repetición de sonidos, recordar instrucciones a través de canciones, entre otras técnicas, la musicoterapia promueve la generación de estímulos relevantes, que a su vez ayudan a la diferenciación y clasificación de sonidos.
- v) **Música como actividad de Ocio:** desde la musicoterapia se ayuda a las personas con discapacidad intelectual para poder utilizar la música en su tiempo libre.

3. 5.2.- Musicoterapia y el mundo expresivo.

Para el desarrollo de la creatividad en la usuaria EN, nos situaremos desde la conceptualización que nos proporciona el autor argentino Gustavo Gauna. Para el autor la actividad terapéutica “es el trasfondo de dinámicas emergentes que partiendo de situaciones vivenciales individuales se integran en experiencias culturales.” (Gauna, 2001).

En esta experiencia terapéutica es que el autor propone la defensa de un espacio donde la persona en terapia pueda articular un lenguaje que dé significado a su expresividad, como un recurso lingüístico. Es así que el devenir expresivo salga de la oscuridad para establecerse en lo sombrío, de esta forma sin ser luminoso, podrá ser reconocido desde su forma (Gauna, 2001).

El autor, consive la música como un lenguaje universal que se caracteriza por no tener un idioma, es multifacética y posee varios mensajes diferentes y complementarios que coexisten permanentemente.

Es así que el abordaje en musicoterapia, estará centrado en la confianza que existe en los procesos expresivos. Estos aspectos expresivos poco a poco van transformándose de forma constante para conformar rituales. Ellos van a generar una interrelación entre el mundo inconsciente y la realidad del individuo. Gracias a todo esto al generar variaciones dentro del ritual de la persona, ésta va enriqueciéndose y por lo mismo transformándose.

Continuando con la teoría de Gustavo Gauna, el autor trabaja el concepto de “personalidad expresiva”, el que se logra en la medida que se produce una apertura expresiva en la persona, lo que moviliza su modelo de comunicación. De esta forma la personalidad expresiva pasa a ser un pasaje entre la emoción y la representación de la persona.

La personalidad expresiva se compone por núcleos de salud, los cuales existen en las personas, se reconocen en la medida que se comunican y se despliegan en la medida que la persona los despliega concretándolos bajo su accionar en el mundo. Es así que se produce un proceso bidireccional donde lo nuevo se comprende desde el desarrollo expresivo. Por su parte lo viejo, se somete a un juego de simbolismos, que van a generar un criterio propio de lo saludable, propiciando una tendencia hacia el equilibrio y la estabilidad.

Todo este desarrollo y flujo de la personalidad expresiva, concibe también la presencia del “material mensaje”, que va a conformar la relación dinámica paciente-terapeuta y terapeuta-paciente. A través de éste puente que se compone de cargas emotivas, se genera un espacio compartido entre paciente-terapeuta, para que se vayan descubriendo progresivamente los núcleos de salud de la persona en terapia. A partir de ello el terapeuta puede generar una lectura en tres niveles:

- a) Material como significativo, donde se abordan los modos o maneras en que se expresan los contenidos psíquicos de la persona.
- b) Asociación del material mensaje, con la historia de la persona.
- c) Proceso de desarrollo en la entrega del material mensaje, donde se deposita la confianza en los núcleos de salud de la persona.

Conocer la personalidad expresiva de la persona en terapia, permitirá enriquecer la expresividad de los usuarios. Gracias a este enriquecimiento, se puede promover también la movilidad de la expresividad, que es uno de los objetivos propios de la dinámica musicoterapéutica.

Tras todo ello y continuando con los planteamientos del autor el rol que desempeña el musicoterapeuta es el de estimular lo sonoro-corporal-musical del paciente, permitiendo que las percepciones de la persona se generen en un plano no verbal. Junto con ello se debe velar con el desarrollo de un vínculo que sustente la relación terapéutica y que ofrezca salida a los objetos internos de la persona.

Es así que el musicoterapeuta debe pensar en la terapia como un proceso , y no verlo como un cúmulo de métodos y técnicas a aplicar en la persona. Es de vital importancia escuchar al paciente y reconocer sus expresiones en vía de evolución. De igual forma, es importante no centrarse en atacar algún síntoma o la falta, sino que es importante generar energías para el movimiento interno, cuando sea necesario.

3.5.3.- Modelos de Musicoterapia.

3.5.3.1.- Musicoterapia de Improvisación Libre.

Éste modelo de musicoterapia nace entre 1950 y 1980, a manos de la violoncellista y musicoterapeuta Juliette Alvin. Para ella la musicoterapia es:

“...el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales” (Alvin, 1990).

La afirmación que sustenta la teoría de Alvin, es concebir la música como un espacio potencial para la libre expresión, en donde “la música es una creación del hombre y por lo tanto el hombre puede verse a sí mismo en la música que él crea” (Wigram, Nygaard, & Ole Bonde, 2005). Gracias a este planteamiento la musicoterapeuta desarrolla su teoría de improvisación libre, en la cual tanto

pacientes como terapeutas pueden improvisar sin normas musicales, y en donde la música puede ser una expresión del carácter de la persona y de su personalidad a través de la cual pueden ser tratados los problemas terapéuticos.

Para los autores Wigram, Nygaard & Ole Bonde (2005) el formato de sesión para utilizar la improvisación libre considera que:

- i) Todo el trabajo terapéutico con los pacientes se centra en torno a la escucha o la ejecución de la música.
- ii) Puede emplearse todo tipo imaginable de actividad musical.
- iii) Se emplea la improvisación de manera totalmente libre, empleando sonidos o música no compuesta o escrita con anterioridad.
- iv) Inventa temas musicales haciendo sonar los instrumentos de diferentes maneras o utilizando sonidos vocales desorganizados, que permite una gran libertad.
- v) La improvisación libre no requiere habilidad o formación musical y no se evalúa de acuerdo con un criterio musical.
- vi) El terapeuta no impone normas musicales, restricciones, direcciones o pautas en la improvisación a menos que sean requeridas por el paciente.

En la teoría planteada por Alvin, los instrumentos musicales representan un objeto intermediario seguro, sirviendo como una herramienta de simbolización dentro del mundo interno del usuario y su producción musical propiamente tal. Con

ello se puede contener también los sentimientos negativos que experimenta la persona.

Sobre la relación terapeuta-paciente, Alvin trabaja el concepto de relación igualitaria, en el que ambos comparten experiencias musicales al mismo nivel y tienen el mismo control sobre la situación musical (Wigram, Nygaard, & Ole Bonde, 2005). Todo ello favorece el desarrollo de un marco musical empático y sensible.

Esta teoría utiliza un método conocido como improvisación empática. Por medio de ella se realizaba una interpretación del paciente, cuyo objetivo es obtener un insight y comprensión sobre la manera de ser del paciente, su estado de ánimo y su personalidad. (Wigram, Nygaard, & Ole Bonde, 2005)

3.5.3.2- Musicoterapia Plurimodal

En este apartado, se presentará de forma resumida los principales lineamientos del modelo de Abordaje Plurimodal en Musicoterapia (APM), desarrollado por Diego Schapira. Este modelo de carácter ecléctico, incorpora diferentes disciplinas científicas, que enriquece y fundamenta desde la disciplina teórico-musical.

El APM concibe al ser humano como una unidad biopsico-socioespiritual (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Hugo, 2007). Bajo esta visión, la persona no puede

ser exclusivamente abordada desde el modelo biomédico clásico, pues la salud involucra también aspectos de que psique y de la interacción social que posee la persona.

Para generar ua intervención desde el APM hay que ver a la persona desde su particularidad, y sus aspectos personales conformarán parte del proceso metodológico. Esto nos permite entender que cualquier alteración que posea la persona no sólo se expresará físicamente, sino que lo comunicará su postura, la mirada, un grito, ademán, etc.

Para el trabajo en musicoterapia hay que respetar los límites éticos que debe considerar el terapeuta (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Hugo, 2007):

- a) Neutralidad, en la que el musicoterapeuta respeta los límites de la relación durante el tratamiento.
- b) Abstinencia, que corresponde a la privación de que el terapeuta supla las necesidades que surgen en el paciente producto de una carencia o de las imposibilidades de su cuadro clínico.
- c) Atención flotante, dice relación de lo sonoro, la música, las palabras, todo aquello que requiera atención, que permitirá trazar y conformar una línea para la intervención de la persona.

Dentro de las técnicas que utiliza el APM se conciben cuatro ejes, de los cuales sólo mencionaremos dos, que serán los más importantes para desarrollar la intervención con EN:

a) Improvisaciones musicales terapéuticas en el APM:

Por medio de ésta técnica se busca la creación espontánea de música para adentrarse en el paciente, para que musicalmente puedan tratarse los problemas que le aquejan.

Este modelo establece dos formas de improvisación musical terapéutica.

- Referencial: se elaboran criterios para delimitar la técnica.
- No Referencial: improvisación libre de carácter predominantemente exploratorio.

b) Trabajo con canciones:

A través de de las canciones podemos decirnos algo a nosotros mismos, por eso en musicoterapia es una herramienta que nos permite dar forma a pensamientos, sentimientos o emociones, a su vez que nos permite atisbar sentimientos, emociones e ideas para que se asomen a la conciencia por medio de la plabra hablada. Todo ello, facilita el trabajo con las asociaciones que a través de las canciones se puedan desarrollar.

En el APM se consideran un promedio de 15 formas para trabajar con canciones, para este proceso de intervención sólo consideraremos 6:

- Creación: generar el espacio entre el paciente y el musicoterapeuta para crear una canción.
- Canto Conjunto: momento del proceso musicoterapéutico para invitar al paciente a expresarse vocalmente.

- Inducción evocativa consciente: se le pide al paciente que busque en su historia sonora o musical, una o varias canciones relativas al tema que se está trabajando.
- Inducción evocativa inconsciente: puede ser que el paciente asocie de forma repentina o inesperada canción.
- Improvisación: permite al paciente conectarse con recuerdos, imágenes, sensaciones que irrumpen en el espacio musicoterapéutico sin represión.

IV.- PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

El proceso de intervención musicoterapéutico se extendió durante 15 sesiones, iniciándose el día martes 8 de Septiembre 2015 y finalizando el día martes 22 de Diciembre del mismo año dentro del Centro de día de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de la Fundación Rostros Nuevos, en la comuna de Conchalí.

Las sesiones se realizaron los días martes, contemplándose una duración de una hora por sesión de musicoterapia. El horario convenido junto a EN fue establecer como día de sesión los martes desde las 15.00 horas hasta las 16.00 horas. Cada sesión tenía una duración aproximada entre 45 minutos y 57 minutos en algunos casos.

4.1.- Caracterización e historia de EN

Cabe mencionar que la usuaria EN, es una adulta mujer de 40 años cumplidos –al momento de iniciar la intervención-. Ella ha sido diagnosticada tempranamente con Retraso Mental Moderado (DSM IV), posee una displasia de caderas, epilepsia, depresión y poco antes de comenzar la intervención musicoterapéutica es diagnosticada con trastorno bipolar. Es derivada a musicoterapia por estar demostrando comportamientos y conductas depresivas

desde hace un par de meses y su cuidadora junto a las encargadas del Centro de Día, la proponen para sesiones de musicoterapia individual⁷.

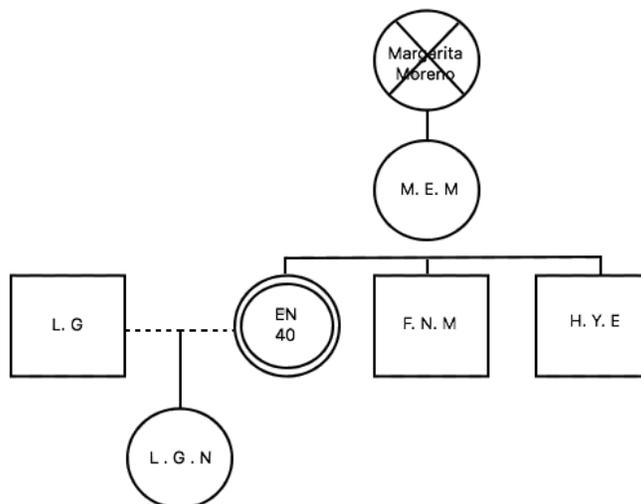
La usuaria consume los siguientes medicamentos para tratar sus diferentes cuadros clínicos, bajo un ciclo de consumo cada 8 horas:

Carburan	1	1	1
Carbamazepina	1	0	1
Sertralina	1	0	1
Levotiroxina	0	0	1
Eutirox	0.5	0	0
Clonazepam 0.5	0	0	1

Cuadro 2

EN es oriunda del sector El Monte -cerca de Melipilla-, donde fue criada por su abuela junto a sus hermanos, por quienes se constata ha recibido maltrato físico y psicológico a lo largo de su vivencia con ellos. Por el relato de EN podemos configurar su genograma de la siguiente forma:

⁷ Cabe mencionar que para el desarrollo de la intervención musicoterapéutica con EN sólo se consideraron de su diagnóstico clínico su déficit intelectual moderado y su cuadro depresivo. La displasia de caderas es parte de su historia expresiva, y tanto la epilepsia como el trastorno bipolar necesitan de fármacos para compensarla.



Tras una hospitalización prolongada en el Hospital Barros Luco el año 2003, se vincula emocionalmente a LG, con quien tiene una hija el año 2004. La tuición de la hija de EN recae en la abuela materna, quien pasa a responsabilizarse legalmente de la niña el mismo año 2004.

Para el año 2009 EN es llevada por Carabineros a la Hospedería de Mujeres del Hogar de Cristo y en Junio del mismo año ingresa al programa de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de la Fundación Rostros Nuevos , posteriormente es derivada al Programa Residencial Transitorio, lugar en donde reside actualmente en un Hogar Protegido conviviendo junto a cinco personas más. EN recibe una pensión básica asistencial por su situación de discapacidad por el Estado de Chile, esa pensión es administrada por el Centro diurno para costear y enseñar a EN el valor del dinero.

EN participa en diversos talleres dentro del Centro de Día y en el COSAM de la comuna, insertándose socialmente a diferentes espacios de la comunidad. Los talleres en que participa son: taller de cine, musicoterapia y mosaico.

4.2.- Aproximación Diagnóstica.

La usuaria EN es derivada a musicoterapia individual por sugerencia de su cuidadora en el Hogar Protegido y de la Terapeuta Ocupacional a cargo en el Centro de Día. EN desde hace unos meses presenta un comportamiento depresivo que la tiene retraída, olvidadiza y con comportamientos regresivos. La usuaria, ya conocía desde cerca la musicoterapia pues en el primer semestre del 2015 había sido parte de un proceso de musicoterapia grupal, como parte del voluntariado que realizó la generación 2014 en el mismo centro.

Antes de iniciar el proceso de intervención se genera una entrevista personal con EN. El objetivo de esta entrevista es poder comenzar a conocer sobre la vida de ella, sus gustos, motivaciones, historia personal, historia sonora y personalidad expresiva verbal y no verbal. A partir de la información recogida durante la entrevista y en el proceso de diagnóstico, se plantearán los objetivos terapéuticos a desarrollar durante la intervención en musicoterapia.

Durante la entrevista, EN dice estar “bien” -palabra que utiliza regularmente para responder diversas preguntas-, expresa que le gusta mucho la música y cantar.

Declara que siente gusto por la música más movida como la cumbia. A su vez, expresa que se siente triste por haber terminado con el pololo. Estas sensaciones entre estar bien y estar triste la acompañan durante toda la entrevista.

Durante la duración del proceso diagnóstico, se utilizaron diversas técnicas expresivas buscando recoger de EN su personalidad expresiva y desde ello, sus núcleos sanos de salud, que nos ayudarían a cumplir los objetivos a tratar.

En los informes de Terapia Ocupacional, EN es independiente en lo concerniente a las actividades de la vida diaria básicas, correspondiente a: alimentación, higiene mayor y menor, uso de WC, vestuario y apariencia personal. En torno al cuidado de salud es semidependiente, pues necesita ayuda en la administración de psicofármacos, y es acompañada a controles médicos y psiquiátricos.

4.3.- Objetivos

Los objetivos de terapia fueron formulados una vez finalizado el proceso de diagnóstico de E.N., que fueron explicitados a la usuaria durante la cuarta sesión correspondiente al día martes 29 de Septiembre.

Objetivo General

Desarrollar un vínculo seguro con EN, para fortalecer la identificación y reconocimiento de emociones, a través de experiencias músico-corporales que favorezcan sus habilidades comunicativas y el estado de ánimo.

Objetivos Especificos

- 1.- Incorporar nuevas herramientas y experiencias creativas que permitan desarrollar una mayor gama de recursos verbales y no verbales.
- 2.- Desarrollar e identificar las emociones básicas para reconocerlas en la vida cotidiana utilizando herramientas músico-corporales.
- 3.- Generar un espacio donde se legitime y se permita la exploración, y se favorezca el autoconocimiento.

4.4.- Criterios de Evaluación.

Para desarrollar este proceso de intervención musicoterapéutica se buscó recoger información de la usuaria a través de:

- 1.- Entrevista Personal, en la cual se llenó una ficha de musicoterapia.⁸
- 2.- Aplicación del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF
- 3.- Revisión de Ficha Clínica⁹

⁸ Se anexa pauta de entrevista en los anexos

⁹ Se anexa extracto de ficha clínica en los anexos.

Para el seguimiento del proceso se tenía presupuestado ocupar un enfoque más cuantitativo en torno a la producción musical de EN y de su expresividad. Tras la entrevista y al comprobar lo bajo de su nivel cognitivo, que impidió fluidez en el desarrollo de las preguntas y sus respuestas, donde no hubo comprensión de las preguntas del cuestionario de calidad de vida, confundiéndose con las respuestas. Se tomó la decisión de elaborar una pauta de seguimiento cualitativo sesión a sesión donde se consideró el desarrollo de la expresividad de EN, para cumplimiento de los objetivos musicoterapéuticos y de su propio proceso de vida.

Las variables observadas a EN fueron:

- 1.- Desarrollo vincular con el musicoterapeuta.
- 2.- Desarrollo expresivo-creativo.
- 3.- Manifestación en sesión de su estado de ánimo.

La tabla de seguimiento realizado se encuentra anexo al formato de intervención de sesión a sesión y se expone a continuación:

Ficha de Intervención Individual

Usuario/a:	Sesión:	Fecha:
Musicoterapeuta:		
I. Objetivo(s) de la sesión		
I. Técnica(s) utilizada(s)		
II. Setting		
II. Desarrollo de la sesión (inicio – desarrollo – cierre)		
Inicio		
Desarrollo		
Cierre		
III. Observaciones musicales (relación con instrumentos, parametros del sonido)		
IV. Desempeño del Terapeuta (dificultades, aciertos, percepción de la pareja terap.)		
V. Desempeño del Coterapeuta (dificultades, aciertos, percepción de la pareja terap.)		
III. Conclusiones		
IV. Consideraciones para la próxima sesión		
Observación Específica		
I.- Desarrollo Vincular con el musicoterapeuta.		
II.- Desarrollo expresivo - creativo		
III.- Manifestación en sesión del estado de ánimo		

Cuadro 3

4.5.- Metodología y encuadre.

La metodología utilizada para llevar a cabo la intervención consistió en sesiones de musicoterapia individual con un tiempo aproximado de una hora cronológica por sesión. Generalmente las sesiones duraron entre 45 – 57 minutos.

La fecha y hora fue acordada en conjunto con la usuaria, respetando la disponibilidad del centro para atender las sesiones. Se acordó de esta forma realizar las sesiones junto a EN los días martes entre las 15.00 hrs y las 16.00 hrs.

La sala a utilizar para desarrollar las sesiones correspondía al salón común del centro de día, un espacio habilitado para talleres de 5x7 metros aproximadamente, con una altura de 2,5 metros.¹⁰ En caso de utilizarse el salón común frente a algún evento, se convino de antemano poder utilizar la sala de manualidades para desarrollar las sesiones de musicoterapia, en donde podríamos utilizar un espacio de 2x2 metros con una altura de 2,30 metros aproximadamente.¹¹



Imagen: Salón común Centro de Día.

¹⁰ Por motivos de talleres en el centro, el salón común fue utilizado para otro taller desde la sesión 3 del 22 de septiembre del 2015, por lo que utilizamos la sala de manualidades para realizar las sesiones de musicoterapia.

¹¹ El salón de manualidades era más grande de unos 7 metros de largo por 2 metros de ancho, pero contiene mesas y estanterías con materiales, lo que reducía el espacio libre para utilizarlo en musicoterapia.

El formato de sesión a desarrollar junto a EN se estructuró de la siguiente

forma:

Bienvenida – Recepción	Momento en el que se recibe a EN y conversamos un poco sobre cómo ha sido su semana y las resonancias que le ha generado la sesión anterior.
Canción de Inicio	Canción compuesta en conjunto entre EN y el musicoterapeuta para iniciar las sesiones.
Expresión corporal-sonora-musical	Espacio para estimular la expresión corporal y disponer al cuerpo para improvisaciones musicales instrumentales o vocales.
Improvisación sonora	Momento para trabajar la temática de cada sesión de forma profunda por medio del uso de instrumentos o de la voz.
Trabajo con canciones	Espacio de la sesión para reforzar el tema trabajado en la sesión por medio de la sonorización de canciones pertenecientes a la historia sonora de EN.
Canción de cierre	Canción de despedida y cierre de la sesión. Establece el fin de la jornada.

Se eligió este formato pues contempla la información y los gustos que desea EN poder trabajar durante el proceso de musicoterapia, junto con permitir el desarrollo de los objetivos de forma progresiva.

El setting instrumental utilizado para la intervención estaba compuesto por:

- 1 Palo de Agua
- 1 Metalófono
- 1 Djembé
- 4 Panderos
- 1 Flauta dulce
- 2 Armónicas
- 1 Cascabel
- 1 Silbato
- 1 Kalimba
- 1 Guitarra
- 1 Toc-Toc
- 1 Caja China
- 1 Uñas de cabra



4.6.- Desarrollo del proceso.

El proceso realizado junto a EN fue realizado durante 15 sesiones, que son expresados a través de la siguiente tabla:

Sesión	Fecha	Contenido de Sesiones	Fase
1	08 - 09 – 2015	Exploración personalidad expresiva de EN, improvisaciones libres.	Diagnóstico
2	15 – 09 – 2015	Exploración personalidad expresiva, la vida cotidiana	Diagnóstico
3	22 – 09 – 2015	Exploración personalidad expresiva, desarrollo creativo y corporal	Diagnóstico
4	29 - 09 – 2015	Presentación objetivos, formato de sesiones y trabajo con el mundo emocional y anímico	Desarrollo
5	06 – 10 – 2015	Expresión del mundo creativo e imaginativo	Desarrollo
6	13 – 10 – 2015	Trabajo de polaridades	Desarrollo
7	20 – 10 – 2015	Trabajo de polaridades	Desarrollo
8	27 – 10 – 2015	El mundo íntimo	Desarrollo
9	03 – 11 – 2015	El mundo íntimo y su expresión corporal-sonora	Desarrollo - Evaluación

10	10 – 11 – 2015	El mundo íntimo y su expresión corporal-sonora	Desarrollo
11	17 – 11 – 2015	Reconociendo mis emociones	Desarrollo
12	24 – 11 – 2015	Reconociendo mis emociones	Desarrollo
13	01 – 12 – 2015	Mi vida cotidiana, música y emociones	Desarrollo
14	15 – 12 – 2015	Lo que hemos vivido	Cierre
15	22 – 12 – 2015	Despedida y cierre	Cierre

4.6.1.- Diagnóstico (sesiones 1 a 3).

La etapa de diagnóstico con EN tuvo una duración de tres sesiones y a través de ella se buscó conocer la personalidad expresiva de ella, sus núcleos sanos, historia de vida, historia sonora, proyectos y expectativas frente a la musicoterapia.

El trabajo realizado durante estas tres sesiones consistió en trabajar por medio de improvisaciones, con y sin consigna; uso de la voz e imitación sonora. De igual forma se estimuló el desarrollo corporal de la usuaria a través de diferentes actividades corporales que implicaban desplazarse por el espacio, así como inventar movimientos para que el musicoterapeuta pudiese seguirla. Finalmente se consideró para el diagnóstico la expresión plástica a través del dibujo.

Tras el transcurso de las tres primeras sesiones se logra concluir que EN:

- 1.- Se siente con pena producto de un quiebre amoroso que tuvo hace un tiempo, el cual no ha podido superar aún.
- 2.- Posee pocos espacios de expresión dentro de su vida cotidiana

- 3.- Valora y considera importantes las actividades que realiza dentro de su hogar
- 4.- Reacciona de forma impulsiva ante aquello que le genera miedo, como los temblores.
- 5.- Valora y quiere a sus compañeras y compañeros de hogar que son su familia.

A nivel de su expresividad analógica¹² y verbal, EN cuenta con herramientas expresivas para poder comunicarse y expresarse. A nivel no verbal tiende a quedarse estática, y a realizar todo con el menor movimiento posible. Expresa que no le gusta moverse porque se cansa y porque le da flojera hacerlo. En torno a su comunicación verbal, se comunica fundamentalmente con monosílabos. También puede elaborar ideas simples que le permiten comunicarse para actividades de la vida diaria funcionales.

A nivel cognitivo, la usuaria tiene dificultad para recordar nombres, fechas, lugares y actividades que ha realizado recientemente y existe una actitud de negatividad en hacer el esfuerzo por recordarlas. Su nivel de atención es reducido y suele presentar silencios al estar diciendo algo.

A nivel musical, presenta una preferencia por los instrumentos de percusión como son el pandero, cascabeles y maracas. Señala que le gusta cantar, pero no canta porque no sabe. Al momento de improvisar mantiene como motivo rítmico una secuencia de corcheas o de negras, utilizando ciertos rubatos al finalizar algunas

¹² Entenderemos por expresividad analógica al lenguaje no verbal.

improvisaciones. Esto nos conecta con las primera etapas sonoras de EN, las que aún se mantienen presente en su vida, lo que orienta para seguir trabajándolas y poder desde ellas dar un paso hacia nuevas experiencias sonoro-musicales por medio del uso de su propia voz en el reconocimiento de sí misma o de instrumentos melódicos.

Dentro del proceso de diagnóstico se crea la canción de inicio para cada una de las sesiones:

Hola, hola EN. ¿Cómo estás?

Hola, hola EN. ¿Cómo te sientes hoy?

Bienvenida, a esta sesión.

Bienvenida, a esta sesión.

Se establece también la canción de despedida, que utiliza la canción que cantaban en su proceso de musicoterapia durante el primer semestre:

Buenas tardes EN, ¿cómo estás?

Es la mejor forma para terminar una tarde entretenida de música y diversión

Cantemos juntos esta canción

Moviendo las manos, moviendo los pies, dando una vuelta y un grito yo daré

Ahora cuéntame algo especial, algo que quieras compartir

Muchas gracias por compartir la próxima semana nos veremos aquí.

4.6.2.- Desarrollo proceso musicoterapéutico (sesiones 4 a 13)

El proceso de desarrollo de la intervención en musicoterapia junto a EN tuvo una duración de 10 sesiones, iniciándose el 29 de Septiembre y finalizando el 01 de Diciembre. A través de este periodo de tiempo se trabajaron los objetivos

terapéuticos a través de diversas técnicas y temáticas a desarrollar. Se mantiene para este desarrollo los planteamientos teóricos de Juliette Alvin, Gustavo Gauna y Diego Schapira respectivamente.

El formato de sesión ya expuesto se utilizó como encuadre sesión a sesión. Estas etapas o momentos fueron definidos así, para poder dar una seguridad a la experiencia musicoterapéutica de EN. Cabe mencionar que tras trabajar el tema de cada sesión, existía un espacio de conversación entre momentos, para generar un seguimiento de la experiencia que EN iba experimentando a través de las actividades.

En lo que respecta a la primera sesión de intervención musicoterapéutica como tal, se plantean los objetivos de terapia y se acuerda con EN el encuadre que permitirá el desarrollo del proceso durante el tiempo en el que nos veremos. En esta sesión el objetivo es comenzar a trabajar con la personalidad expresiva de la usuaria, en torno a su mundo emocional y su estado anímico. EN frente a su estado de ánimo se refiere:

MT: *¿Cómo te has sentido EN?*

EN: *unas veces mal, unas veces bien... me siento decaída cuando estoy mal.*

Al iniciar la canción de inicio, se sorprende por la canción que no recordaba y responde con movimientos corporales a ella. Al repetirla, incorpora el pandero y responde a la letra de la canción; lo que expresa que hay buena disposición y una buena respuesta a la utilización de la música. Lo concerniente a la expresión

corporal, inicialmente expresa resistencia al uso del cuerpo, pero hace un esfuerzo y realiza las actividades propuestas.

Al trabajar la improvisación musical con el uso de la voz, se generan espacios de interacción sonora con momentos de conexión en la imitación, tras esta experiencia EN expresa: *“no me gusta cantar sola”*. En torno al trabajo con canciones se utiliza la guitarra como instrumento armónico y EN hace uso del pandero, se ejecutan canciones del folklore chileno, la usuaria con la herramienta del pandero reconoce el ritmo terciario y ejecuta por medio del tresillo un ritmo constante, lo que nos expresa su conexión con la música folklórica y el reconocimiento rítmico de la misma. Tras la canción de cierre y la última verbalización, EN expresa: *“lo pasé bien, fue entretenido”*.

En toda esta experiencia musical, comienza a verse una EN que se reconoce a través de la música, donde siente que parte de su historia está presente en la sesión y se está expresando en la misma. Toma sentido el cambio de actitud al entrar a la sesión y cómo se retira de ella, bastante alegre y contenta por lo vivido según expresa.

La segunda sesión de trabajo terapéutico como tal (sesión 05), iniciamos verbalizando la experiencia de la semana anterior en donde EN comparte:

MT: *¿cómo te sientes EN?*

EN: *estoy bien*

Mt: *¿en qué te está ayudando la musicoterapia?*

EN: *estoy más tranquila*

MT: *¿qué es lo que más te ha gustado de musicoterapia?*

EN: *hacer música y cantar (sesión 05)*

En esta nueva sesión trabajamos en torno al mundo creativo e imaginativo de EN utilizando recursos de expresión músico-corporal, incorporando también técnicas de imaginación para la creación de una historia y de expresión plástica a través del dibujo.

Se da inicio a la sesión con la canción de inicio, en donde se le ve más sonriente, canta la canción y expresa una muy buena disposición para participar de este momento. Durante la activación corporal, trabajamos con la técnica de espejo, donde se muestra muy alegre al ser imitada, conectándose en todo momento con el musicoterapeuta, ya que está siendo reconocida y es ella quien lidera ese momento de la actividad.

Antes de seguir con la sonorización, se guía una inducción de relajación para que se facilite el trabajo de imaginar-crear una historia, es en este momento donde EN hace una conexión con su propia historia:

MT: *¿te gusta soñar?*

EN: *Si, sueño con mi hija... ella vive con mi mamá en el Monte, cerca de Melipilla... no la veo hace como un mes... tiene 11 años y la cuida mi mamá. (sesión 05).*

A través de este momento comienza a gestarse un primer encuentro con el mundo más íntimo de EN, donde su hija es parte importante de su relato. Su desarrollo imaginativo se conecta con esta figura y esta historia.

Pasando a la creación de la historia, EN elabora por sí misma el siguiente relato: *“Una mujer de nombre Daniela, que va al parque a jugar al bosque y va a su casa a dormir”*. Posteriormente a esta elaboración, creamos una partitura de colores que nos cuente la historia para poder ejecutarla con instrumentos y en este momento EN dice: *“no me gusta dibujar ni escribir”*, si bien expresa que no le gusta, accede a hacer el intento de dibujar

Tras sonorizar la historia imaginada y plasmada en papel con colores, EN ya está desconectada de la experiencia, lo que se evidencia pues empieza a mirar hacia cualquier lado y a bostezar. Cuando se le pregunta:

MT: *¿cómo te sientes?*

EN: *... tranquila y eso es bueno*

Cuando comenzamos a trabajar con canciones para ir cerrando la sesión, la usuaria elige usar un par de maracas:

Tema 1: Cumbia, la usuaria se ve alegre y mantiene un ritmo regular en corcheas.

Tema 2: Gorro de lana, EN genera un cambio rítmico utilizando la figura de saltillos o negra con punto y corchea, incorporando la voz en la canción.

Para el momento de la canción de cierre EN expresa que *“se siente bien y está bien”*

Las sesiones que siguen 6 y 7, se trabajan las polaridades en el mundo de EN desde una visión dialéctica de la alegría y la tristeza. La sesión 6 comienza con EN un poco ansiosa y desconectada, expresa que *“quiere tocar instrumentos”*, lo que confirma su ansiedad. Cuando se comienzan a trabajar las polaridades hace una vinculación a ellas:

Alegría: *me hace feliz estar con mis compañeras [de casa]*

Tristeza: *la lluvia.*

Conecta ambas emociones desde su vida cotidiana, y las representa sonoramente a través de una improvisación por medio del uso de instrumentos:

Alegría : triángulo

Tristeza : huevitos

Por medio de esta técnica se logra ver a EN simbolizando sonoramente ambas emociones y vinculándolas a su vida cotidiana. Finalizadas ambas improvisaciones la usuaria menciona que recordó un paisaje *“con árboles, casa, autos, negocio...”*. Tomando este material generado por EN, se propone generar un paisaje sonoro que contenga estos elementos. Ella usando el toc-toc genera nuevos motivos musicales que se caracterizan por una secuencia de negras, una secuencia de corcheas y algunos saltillos. Todo esto permite entender que en el mundo expresivo-creativo de EN se comienzan a integrar motivos musicales que anteriormente estaban totalmente distanciados unos de otros. Este proceso de mixtura rítmica se irá complejizando a medida que evoluciona el proceso de terapia.

Para el momento de uso de canciones, se propone crear una canción propia desde ambas emociones de “Alegría y Tristeza”, usando onomatopeyas. El musicoterapeuta genera un ambiente sonoro desde la guitarra a través de una secuencia regular de acordes mayores-menores. Inicialmente EN no canta y sólo acompaña con el uso de huevitos, pero en un momento canta creando una melodía con su voz, manteniendo el tempo con la oscilación del cuerpo y los huevitos. Para el proceso de cierre de sesión, canta la canción final y expresa “*me siento bien*”. A través de todo ello se logra comprender la evocación que está produciendo la música en el proceso de EN, espacio donde el mundo íntimo de ella comienza a compartirse y socializarse.

En la sesión 7 se inicia con EN muy tranquila, pero no conectada. Al iniciar con la canción de inicio, manifiesta el que no la recuerda. Se repite la canción que ahora ella acompaña desde el pandero, pero sin cantarla. Durante la expresión corporal sigue indicaciones pero no se conecta con el musicoterapeuta, mirando hacia cualquier otro lado. Al momento de la improvisación musical ella mantiene una continuidad de corcheas desde el pandero, siendo este uno de los motivos que generalmente aparece en las improvisaciones, el musicoterapeuta imita a EN.

En este contexto de improvisación la verbalización de la experiencia vivida por la usuaria expresa un nuevo elemento personal: “*me costó tocar el pandero, sentía que me equivocaba... mi cuerpo está bien, me gusta... se siente más liviano*”. A través de esta introspección de ella es que podemos concluir que EN comienza a

re-evaluar su expresividad frente al mundo, siendo consciente de disonancias en aquello que realiza en conjunto a otra persona, lo que a su vez le permite reconocer a un otro.

En lo que respecta al trabajo con canciones, se propone nuevamente crear una canción desde ideas o palabras que a ella le hagan sentido. Tras la conexión con la “Alegría” la usuaria propone la secuencia de: guitarra, piano, violín, pandero, batería... bajo un ritmo de cumbia que el musicoterapeuta apoya desde la guitarra se improvisa en torno a estas palabras desde el uso de la voz, generando a su vez expresión corporal y memorizando la secuencia.

Al momento de cerrar la sesión EN expresa que *“me siento bien... la musicoterapia me sirve para estar contenta en la casa... estoy agradecida”*.¹³

Lo correspondiente a la sesión 8, 9 y 10 se trabaja el mundo íntimo de EN y su expresión corporal sonora. Un factor general en estas sesiones es la que usuaria ingresa a las sesiones algo desorientada, no recuerda la canción de inicio y tampoco busca una mayor conexión inicial con el musicoterapeuta, lo que va cambiando a lo largo de cada sesión.

¹³ Durante las últimas sesiones EN ha hecho alusión de que la musicoterapia le está ayudando para las relaciones del hogar y esto se debe a que por su cuadro depresivo había tenido a sus compañeras y compañeros de casa muy preocupados y muy atentos ella, lo que le incomodaba y generaba conflictos. Se deja constancia que las últimas semanas estos conflictos han desaparecido, existiendo una mejor convivencia en su hogar.

En la jornada 8, la usuaria compartió aquellas vivencias que le generaban rabia, manifestada a través de secuencias de cuartinas. Por otra parte, las vivencias más alegres las relacionaba desde las corcheas y los saltillos. A través de ello podemos vislumbrar que EN comienza a hacer diferencia entre sus estados de ánimo tanto a nivel personal como a nivel expresivo, manifestándolo de forma clara a través de sus improvisaciones.

Ya en la sesión 9 EN se ve mucho más conectada, en el trabajo corporal, expresa su alegría por poder proponer ejercicios para mover los brazos, así como poder crear una secuencia propia en el momento de la improvisación musical a través del recurso de percusión humana, enfocado en la conexión más íntima con la sonoridad y exploración del propio cuerpo. Para el trabajo con canciones la usuaria utilizando el pandero acompaña rítmicamente cada tema, cantando las partes que conoce de cada canción y comienza a generar pequeñas variaciones a las secuencias de corcheas, síncopas y variando la velocidad según el momento de la canción. Para cerrar esta sesión EN comparte *“la música me pone contenta”*.

En la sesión 10 EN está un poco más desconectada de cómo se había visto en las sesiones anteriores, expresa *“me siento cansada... pero estoy más tranquila”*. Es en esta sesión que ocurre un hito importante dentro del proceso de terapia pues ella se ve frustrada por no poder realizar una secuencia rítmico-sonoro en la parte de expresión corporal. Tras darle su tiempo y espacio, logra desarrollar una secuencia rítmico-sonora que contiene parte de los elementos solicitados. Ella es consciente aquí de que su memoria ha estado mejorando un poco, pero siente rabia,

que será un emergente que se trabajará en las sesiones futuras. Ya en el trabajo con canciones, hace recuerdos de su infancia y de su vida con su abuelita en la casa de el Monte. Al finalizar la sesión EN expresa *“me gustó la sesión porque canté más... me siento bien, voy a llegar a casa contenta”*.

Las sesiones 11 y 12 trabajan lo concerniente al reconocimiento de las emociones. La sesión 11 retoma las emociones trabajadas durante el comienzo de la intervención, que son la “alegría” y la “tristeza”. Ante ello EN expresa que cuando siente:

Alegría, “estoy alegre, tengo mejor ánimo, sonrío... salgo por ahí, río, canto...”

Tristeza, “camino con pena, mirando al suelo... no salgo, me quedo encerrada”.

A través de esto, se puede integrar el proceso que va viviendo EN de poder conectar sus emociones con la vivencia corporal con que las expresa, pudiendo reconocerlas dentro de su vida cotidiana. También nos expresa la complejidad que está experimentando internamente, al momento de hablar sobre su mundo más íntimo, que lo vincula a nuevos elementos antes no trabajados.

En el trabajo de improvisación, el musicoterapeuta desde la guitarra propone una secuencia de acordes para que EN toque respectivamente la tristeza y la alegría.

Alegría: EN utiliza el pandero generando diferentes ritmos e intensidades al momento de tocar, no queda estática.

Tristeza: EN utilizando el kultrún, percute una secuencia regular de negras mucho más lentas que al utilizar el mismo recurso rítmico con la improvisación anterior.

Gracias a esta experiencia sonora, podemos también ir comprendiendo la diferenciación sonora que se va generando en EN para poder remarcar ambos momentos.

En la sesión 12 se incorporan nuevas emociones que son la rabia y el sentirse en paz. Para esta sesión EN se le ve muy decaída. Tuvo poco interés por realizar las actividades propuestas y tampoco quería moverse de la silla, exponía regularmente el estar cansada.

Al tocar el tema de la rabia la usuaria comparte:

MT: *¿Qué es lo que te da rabia?*

EN: *... cuando peleo con las compañeras... es que soy mal genio... cuando me enojo conmigo misma soy atrevida... me golpeo, me golpeo con la muralla, porque me da rabia...*

Esta conversación es un hito muy importante dentro del proceso de terapia pues aquí EN comparte al musicoterapeuta el que se hace daño a sí misma en ciertos momentos de la vida cotidiana cuando aflora el sentimiento de rabia. Si bien reconoce aquello que causa la rabia, es para trabajar en otra intervención más específica la resiliencia y la canalización de la rabia en ella. Sin embargo, se le invita

a recurrir a los ejercicios realizados durante el proceso de musicoterapia para que no llegue a las autolesiones. Al hablar del sentimiento de paz, la usuaria comenta que lo posee cuando duerme.

Llegado el momento de sonorizar, la usuaria utiliza para ambos momentos el pandero bajo el mismo patrón rítmico de corcheas continuas, que las diferencia a través del volumen que ocupa al tocar. Ya con la diferenciación del volumen EN genera dos productos musicales que no son idénticos, lo que nos indica que en su mundo interno esta dualidad es expresable y por lo mismo puede reconocerla y compartirla.

La sesión 13 aborda la temática de la vida cotidiana, música y emociones. Para su desarrollo comenzamos conectando con lo visto las últimas sesiones y EN logra recordar las emociones de: alegría, tristeza; lo referente a rabia y paz no lo recordaba. En la canción de inicio toma el pandero y percute manteniendo una secuencia de negras, se le ve conectada y sonríe al musicoterapeuta. El momento fuerte de esta sesión consiste en el trabajo con canciones, en la que EN canta junto al musicoterapeuta utilizando el pandero y generando diferentes secuencias rítmicas de acuerdo a la canción. En esta sesión EN genera una introspección frente al uso del canto en su vida:

MT: *¿Qué sientes al cantar?*

EN: *Alegría*

MT: *¿Qué te gusta cantar?*

EN: *Muchas canciones... me hacen sentir bien... me ponen contenta.*

A través de sus palabras EN nos comparte que la experiencia musical es parte de su vida, y que la utiliza con regularidad en su vida cotidiana. Cerrando la sesión EN expresa *“me voy tranquila... voy a estar tranquila en la casa”*.

4.6.3.- Cierre (sesiones 14 y 15)

La sesión 14 comienza a definir el proceso de cierre, guiando un proceso de reflexión para ver de forma general la experiencia musicoterapéutica desarrollada a través de estos meses juntos.

En esta jornada EN llega de muy buen ánimo, estando muy dispuesta a participar de la sesión. Iniciamos con la canción de inicio donde ella recuerda la canción y la canta utilizando el pandero y oscilando su cuerpo al ritmo de la música que se genera. En el calentamiento corporal ella se desplaza por la sala sin oponerse a ello. Complementa el ambiente armónico y rítmico de la guitarra interviniendo con el uso regular del pandero.

En el momento de improvisación musical se trabaja con la creación de un ambiente sonoro de bosque

MT: ¿Pudiste ver el bosque?

EN: ...si, era oscuro... después llegó la luz, después había montañas y después a la sala.

Tras lo expresado por EN en estas breves palabras, se logra observar el desarrollo imaginativo que ya empieza a experimentar con mayor naturalidad a través de la improvisación musical, donde incorpora elementos que son propios de su historia y de la realidad que ella va construyendo.

Dentro de la jornada y conversando con EN sobre el proceso en general expresa:

MT: *¿Cómo te has sentido en musicoterapia?*

EN: *bien*

MT: *¿En qué notas que te ha ayudado la musicoterapia?*

EN: *me ha ayudado bastante, en cantar... a estar mejor*

MT: *¿Para qué te sirven las canciones?*

EN: *para estar alegre.*

MT: *¿Cómo ha estado tu cuerpo en musicoterapia?*

EN: *relajado*

MT: *¿Sientes que te ha servido para resolver problemas?*

EN: *si, porque estoy mejor.*

En este pequeño diálogo hay mucho material e información simbólica del mundo de EN, donde ella reconoce el valor que ha tenido la experiencia musicoterapéutica que potencia su alegría, lo que logra canalizar a través del canto, permitiendo que su cuerpo se relaje y se sienta mejor.

En el momento del trabajo con canciones EN con la ayuda del pandero y su voz acompaña todas las canciones ejecutadas. Ya en este momento del proceso se visualiza una mayor riqueza expresiva, donde también incorpora su cuerpo dentro

del proceso sonoro-musical. Despidiendo la sesión ella expresa *“me gustó la sesión... me voy contenta a casa”*.

La sesión 15 determina la sesión de cierre y despedida, se genera la evaluación final del proceso y se hace la despedida formal de la experiencia. Para esta jornada se mantiene el formato de sesión estable, simbolizando y compartiendo el cierre total del proceso.

Al momento de la canción de inicio, EN comienza a marcar acentos y a generar variaciones rítmicas, lo que expresa la riqueza expresiva que ha podido desarrollar a lo largo del proceso. Para el trabajo con canciones sigue marcando acentos, utilizando rubatos y diferenciando rítmicamente un tema de otro tanto en velocidad e intensidad del ritmo.

Finalmente para cerrar todo el proceso de musicoterapia se genera una última improvisación en conjunto bajo la consigna: desearle lo mejor al otro. En esta improvisación EN marca desde un primer momento un patrón de corcheas, buscando sincronizar con el musicoterapeuta a través de golpes secos, produciéndose un diálogo sonoro entre ambos. Ya acá la personalidad expresiva de la usuaria está mucho más enriquecida, sonorizando con mayor propiedad y empoderada de aquello que busca transmitir y con que también se dispone a jugar. A modo de cierre total, se le da la palabra a EN por algo que quiera decir:

“estoy muy agradecida y que voy a echar de menos...”.

Ante esto, se explica a EN que los cierres son parte de los procesos de terapia, y se le hace ver que ella cuenta con nuevas herramientas para expresarse en su vida. Cuenta con una familia dentro del Centro de día que la quiere y que se preocupan por ella constantemente. Que no tenga miedo pues va a estar bien en el futuro.

4.7.- Evaluación del proceso

4.7.1.- Logro de los objetivos.

Tras todo el trabajo realizado junto a EN, logro concluir que se logró cumplir con los objetivos propuestos para el proceso de intervención musicoterapéutico. A continuación explicaré cada uno.

El objetivo general consistía en *“desarrollar un vínculo seguro con EN, que favorezca la identificación y reconocimiento de emociones, mediante el uso creativo de experiencias músico-corporales que permitan mejorar habilidades comunicativas y el estado de ánimo”*. Tras lo vivido en el proceso junto a EN siento que el objetivo general se logró desarrollar en totalidad. Si se logró crear un vínculo junto a ella, lo que favoreció el proceso terapéutico y a su vez generó la confianza para que ella desde sus herramientas expresivas pudiese ser auténticamente EN. Esto permitió que pudiese generar un espacio para reflexionar sobre sí misma, reconocer sus emociones y vincularlas dentro de su vida cotidiana.

El uso del encuadre músico-sonoro-corporal favoreció directamente la realización del objetivo general. Ello permitió en EN todo un desarrollo de herramientas expresivas que fueron complejizándose a medida que más iba improvisando y cantando, incorporando poco a poco su propia voz, generando nuevos motivos rítmicos, incluyendo su corporalidad al momento de tocar y cantar. De igual forma, mejoró considerablemente su estado de ánimo. Iniciamos este proceso con la usuaria triste producto de la ruptura amorosa y finalizamos con ella sintiéndose alegre, sonriendo más, y con una expresión de estar más serena y tranquila, ya sin la preocupación de su ruptura inicial.

Los objetivos específicos trabajados con EN también fueron abordados y desarrollados durante esta intervención y los expongo a continuación:

1.- “Incorporar nuevas herramientas y experiencias creativas que permitan desarrollar una mayor gama de recursos verbales y no verbales”.

Toda la experiencia músico-sonoro-corporal permitió desarrollar este objetivo. EN pudo experimentar el compartir y transmitir emociones y vivencias desde diferentes prismas expresivos, lo que de por sí permitió en ella salir de su zona de confort y poder abrirse a vivir nuevas experiencias comunicativas.

2.- “Desarrollar e identificar las emociones básicas para reconocerlas en la vida cotidiana utilizando herramientas músico-corporales”.

Para este objetivo se realizó un trabajo de varias sesiones desde diferentes técnicas y experiencias, que permitieron mejorar la expresividad y verbalización de emociones en EN. Se pudo trabajar con las emociones que están más presentes en la vida diaria de EN, como son la alegría y la tristeza, la rabia y el sentimiento de paz, generando así una instancia de encuentro y de reconocimiento de ellas. De igual forma, tanto las emociones nombradas como aquellas que se complejizan desde ellas, pudieron canalizarse y resituarse para promover en EN un sentimiento de bienestar consigo misma que no estaba al momento de iniciarse la intervención.

3.- “Generar un espacio donde se legitime y se permita la exploración, y se favorezca el autoconocimiento”.

Este objetivo específico se logró desarrollar gracias a la disposición y confianza de EN en el proceso musicoterapéutico que estaba en curso. Todo el proceso fue considerado como valioso por la usuaria, pues era su espacio de expresión a través de la música, a través del canto y del tocar instrumentos. Es así que logró expresar su mundo interno a través de diferentes motivos rítmicos, pudiendo complejizarlos y verse a ella misma en ello. De esta forma, toda la experiencia fue una instancia valiosa que permitió un crecimiento desde la exploración músico-corporal en la vida de EN.

4.7.2.- Análisis del vínculo MT - Usuaría.

Para el desarrollo de un proceso de terapia es muy importante el desarrollo del vínculo entre el usuario y el terapeuta a cargo. Comprendo y vivo la experiencia desde el respeto y cariño que existe hacia la persona, el cual se legitima su historia de vida y todos aquellos elementos que comparte de su vida cotidiana.

En mi rol de musicoterapeuta, la relación que tuve con EN inicialmente resultó compleja, dado que al comenzar el proceso si bien uno está muy abierto a vivir experiencias nuevas junto a otra persona, comienzan a aparecer rigideces y a ver en la otra persona aspectos que no son necesariamente gratos. Sumando a ello las características cognitivas de EN, lo que significaba estar en un contexto con poca comprensión lingüística, que me obligaba a simplificar el lenguaje. Durante el diagnóstico comenzamos a generar el vínculo. Ya para la sesión 4 o 5, se hizo un giro en la experiencia pudiendo exponer la importancia en la implicancia de ambos en este proceso musicoterapéutico y comenzar de esta forma a trabajar en los objetivos de la intervención.

Dentro del proceso de desarrollo vincular considero importante mencionar el rol de terapeuta que uno va forjando dentro de la experiencia, que permite generar un trabajo también mucho más ético, pues prima el bienestar de la usuaria o paciente, desde la realidad y el contexto de ella, por sobre las propias convicciones que uno puede tener. Es así, que este proceso vincular también establece un límite

que vela por el bienestar de la persona en terapia, así como por el bienestar del mismo terapeuta.

Lo que a mi parecer favoreció el desarrollo vincular fue el generar una serie de vivencias y experiencias a través de la expresión musical. La música siempre ha sido un canal muy importante de conexión y de comunicación en mi vida, por lo que poder utilizarla como medio relacional junto a otra persona, también hace posible que se geste una conexión mucho más legítima y pura, donde hay una implicancia real ante lo que se está viviendo, pero estableciéndose límites que no se puedan transgredir.

4.7.3.- Autoevaluación de fortalezas y debilidades del terapeuta.

Para llevar a cabo este proceso de musicoterapia como el terapeuta a cargo, creo que una de mis mayores fortalezas para enfrentarlo es haber estado abierto al cambio. Pude abrirme a vivir nuevas experiencias, reformular experiencia pasadas y reflexionar sobre la implicancia de ellas en mi vida. Estar abierto a esta experiencia de transformación permitió que el proceso llegase a buenos resultados sin tener que violentarme forzadamente por mantener patrones rígidos que iban a mermar el progreso de la usuaria en terapia.

Otro elemento que favoreció el desarrollo de la experiencia es el saberme músico. Tras estudiar música en el conservatorio desde muy pequeño, toda mi vida

ha estado vinculada a una experiencia sonora, lo que me da la seguridad para saber lo que hago y del análisis creativo en cada sesión. Es en este punto donde tuve que aplicar todo lo aprendido e incorporar nuevos elementos para llevar a cabo el proceso musicoterapéutico: debí aprender a tocar guitarra para ella, pues le era necesario. Estar abierto a aprender un instrumento que históricamente me ha costado y poder manejarlo funcionalmente para hacer un trabajo útil, es algo que valoro de mí, y que expresa el que puedo ser capaz de aprender cosas nuevas y enfrentarme a mis frustraciones para el bienestar de otra persona.

Un elemento potenciador de esta experiencia fue mi capacidad reflexiva. Desde muy joven que estoy constantemente evaluando mi actuar y reflexionando sobre lo que estoy haciendo o no, tanto en mi vida como con otras personas. Esta herramienta me fue de gran ayuda para ser consciente de la contratransferencia que se produce en esta experiencia de terapia y de ver formas para canalizarla que sean constructivas para el mí, y que no afecte mi mundo personal.

Desde la visión de área de mejora –debilidades- como terapeuta, me jugó en contra mi uso léxico y lingüístico. Tras venir del mundo de las humanidades, se me dificultó en un primer momento (sesión 1) simplificar mi lenguaje, ya que normalmente estoy utilizando conceptos e ideas abstractas. Tener un lenguaje más concreto y simple, fue vital para comunicarme con EN. Tuve que ser consciente de la forma en que exponía las consignas e instrucciones estaban diseñadas para que EN me pudiese entender con claridad y se sienta incluida en este espacio musicoterapéutico.

Otro elemento que cabe mencionar es el cansancio orgánico que experimenté al momento de realizar la terapia. Desde siempre he sido una persona que duerme poco y eso es algo que me jugó en contra. Se invierte mucha energía al desempeñarse como terapeuta y es muy necesario estar descansado al momento de llegar para estar a cargo de procesos de terapia. Frente a este mismo tema, también es importante dar espacio al ocio y hacer actividades que no demanden un ejercicio intelectual o físico mayor. Esto es un espacio que pocas veces me permito pues siempre estoy involucrado en proyectos o estudios, por lo que no genero momentos efectivos para descansar. Debí incorporar la rutina de dejar días libres en la semana para descansar y reponer energías.

4.7.4.- Supervisiones de Práctica

Mi profesor guía durante todo este proceso de práctica musicoterapéutica fue Nicolás Larraín, quien estuvo muy presente en torno al proceso personal que estaba viviendo durante la práctica, experiencia que al ser mal integrada podría perjudicar directamente a la usuaria.

Las supervisiones como tal se llevaron a cabo en mi rol de terapeuta frente a la terapia grupal que dirigía. Los consejos e ideas que fueron emanados de estos momentos, fueron extrapolados para llevarlos a la práctica junto a mi usuaria individual.

Las supervisiones mantenían la siguiente estructura de conversación:

- 1.- En estas supervisiones inicialmente se tocaron temas de carácter personal, para conocer cómo vivía este desempeño terapéutico, también para conocer cómo estaba afectándose mi vida y se generaban cambios a través de este proceso. El que sea consciente de mis resistencias y los fantasmas propios del proceso que comienzan a emerger.
- 2.- Se continuaba con el análisis del ejercicio terapéutico como tal, recomendando autores, lecturas y formas de visualizar el proceso de terapia.
- 3.- Establecer compromisos para el desarrollo del proceso de terapia y dentro del mismo compromiso integrar un día de la semana para el ocio.

A modo personal puedo decir que las supervisiones fueron totalmente valiosas pues permitieron un fluir mucho más continuo durante el proceso de terapia. Me ayudaron a situarme y a diferenciar el actuar como Sergio, a un actuar como terapeuta. Toda esta orientación y acompañamiento me permitió vivir una nutritiva experiencia de práctica profesional como musicoterapeuta en ejercicio.

V.- CONCLUSIONES

Toda esta experiencia de práctica profesional en musicoterapia generó un cambio radical en mi vida. Puedo decir que soy un Sergio muy diferente al que entró al Centro de Día de Rostros Nuevos. Cambió mi forma de relacionarme conmigo y con el mundo. Junto con ello también se generó un cambio frente a mi concepción y vivencia de la discapacidad, pudiendo integrar de manera más sana el convivir con maravillosas personas que ven el mundo desde otros ojos y se comunican en él desde otras vivencias y herramientas.

Gracias a todo lo que he vivido pude conocer mucho más a fondo lo que yo llamo actualmente una persona compleja, más allá de sus diagnósticos clínicos. Este conocimiento y experiencia también es muy necesario en mi ejercicio como docente, donde me enfrento diariamente a estudiantes con algunos de estos cuadros, y que tras la experiencia vivida con EN respeto y valoración positiva por sus procesos personales. Me invita de igual forma a generar instrumentos integrativos, donde se sientan motivados y a la vez les generen una instancia nueva de aprendizaje emocional, personal y cognitivo.

El proceso desarrollado junto a EN fue muy intenso y motivó diferentes procesos de cambio. Pude darme cuenta de la importancia de tener instancias de autocuidado, para conversar lo que estoy viviendo y de la contratransferencia que se produce en todo el proceso terapéutico. De ser consciente de las resonancias y la

frustración por querer hacer más por alguien, y los límites que implica la libertad de la otra persona.

Definitivamente soy otra persona tras esta experiencia. Pudiendo integrar mi rol de terapeuta desde la ética y la responsabilidad que significa ello, a mi vida cotidiana. Considerándome un promotor de salud a través de experiencias creativas, que efectivamente ayudan para el bienestar y el desarrollo de las personas.

Aprendí a valorar los vínculos sanos, a cuidarlos y respetarlos. A conocer mi propia personalidad expresiva, dinámica y cambiante. Toda esta vivencia abrió un espacio para conocer constantemente a Sergio, a través de la música que diariamente practico, con las personas con quienes convivo y con el recuerdo de quienes han formado parte de mi historia, para volver a hacer lecturas e integrar sus enseñanzas.

VI.- BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. (A. A. Psiquiatría, Ed., & D. R. Restrepo, Trad.) Washington, DC, United States: American Psychiatric Publishing.
- Alvin, J. (1990). *Musicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: PAIDOS.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). clínicas, La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones. *Rev Med Chile*(142), 1297-1305.
- Carvajal, C., Florenzano, R., & Weil, K. (2008). *Psiquiatría (2ª edición ed.)*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Chuaqui, J. (2015). Institucionalización Psiquiátrica: el caso de los Hogares Protegidos de la Región de Valparaíso, Chile. *Psiquiatría y Salud Mental, XXXII*(2), 9.
- Davis, W., Gfeller, K., & Thaut, M. (2002). *Introducción a la Musicoterapia. Teoría y Práctica*. Barcelona, España: E.M. BOILEAU, S.A.
- Farías, A. (1 de Diciembre de 2013). *Intervención musicoterapéutica en el ámbito educacional: conectándose con la diversidad*. Recuperado el 14 de Julio de 2016, de Repositorio Académico de la Universidad de Chile: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115234/Monografia%20Alejandro%20Farias%20musicoterapia.pdf?sequence=1>
- Flores, J. (Marzo de 2015). Discapacidad intelectual y neurociencia. *Revista Síndrome de Down, 32*, 2-14.
- Gauna, G. (2001). *Del arte, ante la violencia*. Neuquén, Argentina: Nueva Generación.
- Peredo Videá, Rocío de los Angeles. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual:: datos, criterios y reflexiones. *Revista de Investigación Psicológica, (15)*, 101-122. Recuperado en 15 de diciembre de 2022, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322016000100007&lng=es&tlng=es.
- Retamal, P. (2012). *Enfermedades del ánimo*. (P. Salinas, Ed.) Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Márquez-Caraveno, M. E., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L., & Galván-García, C. (Septiembre- Octubre de 2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental, 34*(5), 443 - 449.
- MedlinePlus. (3 de Abril de 2015). *MedlinePlus*. Recuperado el 2 de Mayo de 2016, de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000945.htm> Medlineplus:
- IMSERSO, I. d. (2006). *Institucionalización y Dependencia (1ª edición ed.)*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Michaels, E. (2013). *El estigma de la depresión y cómo está influenciado por la percepción de la enfermedad en Santiago, Chile*. SIT Study Abroad.
- MINSAL. (2000). *Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL. (2000). *Norma técnica sobre Hogares Protegidos*. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Santiago: MINSAL.
- Morgado, C., Tapia, T., Ivanovic-Zuvic, F., & Antivillo, A. (2015). Evaluación de la calidad de vida de pacientes bipolares chilenos: propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica de la versión chilena del cuestionario Quality of Life Bipolar Disorder (QoL.BD-CL). *Rev Med Chile*, 213-222.
- Schapira, D., Ferrari, K., Sánchez, V., & Hugo, M. (2007). *Musicoterapia. Abordaje Plurimodal*. Buenos Aires, Argentina: ADIM Ediciones.
- Vega, V., Jenaro, C., Flores, N., Cruz, M., & Lerdo de Tejada, A. (Abril-Junio de 2013). Evaluación de la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile. *Universitas Psychologica*, 12(2), 471 - 481.
- Vega, V. (2011). *Apoyos, servicios y calidad de vida en centros residenciales chilenos para personas con discapacidad intelectual*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca.
- Wigram, T., Nygaard, I., & Ole Bonde, L. (2005). *Guía completa de Musicoterapia. Teoría, práctica clínica y formación*. Vitoria-Gasteiz, España: AGRUPARTE.

VII.- ANEXOS

7.1.- Anexo 1 : Historial Clínico

Nombre: EN

Estado Civil: Soltera, con una hija.

Fecha Nacimiento: 19 de Enero de 1975

Escolaridad: Escuela Especial Nivel A

Antecedentes Clínicos:

Retardo Mental Moderado

Displasia de caderas.

Epilepsia

Trastorno Bipolar

Historia:

EN no maneja fechas ni lugares exactos de su vida, se obtiene información de su familia.

EN es criada por su abuela Sra. MMM, junto a sus dos hermanos. Como nadie de la familia desarrolla una ocupación laboral estable, son los vecinos quienes se preocupan del cuidado y mantención de la Sra. MMM.

La usuaria habría sufrido violencia física y psicológica durante su permanencia cuando vivió con su abuela y sus hermanos.

Existe una realidad de precariedad económica, con dificultad para apoyar la adherencia farmacológica y la presencia de una relación familiar conflictiva.

Escolaridad escasa, sólo asistió a una escuela especial en el nivel A, posterior a esto no desarrolló otro tipo de actividad ni ocupación laboral.

Año 2003.

Es internada en el Hospital Barros Luco. Durante esta internación conoce a Don LG con quien se vincula afectivamente. De esta relación nace su hija MMGN el año 2004.

El cuidado de la niña es entregado a la madre de la usuaria por la precariedad económica y el bajo nivel cognitivo de EN. Se determina el cuidado de la hija en el Tribunal de Familia de Talagante.

Año 2009.

EN ingresa el día 15 de Mayo del 2009 al Hospedaje de Mujeres del Hogar de Cristo traída por Carabineros en malas condiciones de salud y con signos de haber sido agredida.

En Junio de 2009 ingresa al programa de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de la Fundación Rostros Nuevos , posteriormente es derivada al Programa Residencial Transitorio, donde reside actualmente.

EN es independiente en las actividades de la vida diaria básicas correspondiente a: alimentación, higiene mayor y menor, uso WC, vestuario, cuidado y apariencia personal.

Cuidado de salud: semidependiente. Necesita ayuda en la administración de psicofármacos, necesitando acompañamiento a controles médicos y psiquiátricos.

La usuaria cuenta con consciencia de enfermedad manifestando apego al tratamiento farmacológico.

Actividades vida diaria instrumentales, es semidependiente en todas las actividades.

Tiempo libre: ver TV, escuchar música y salir a caminar.

Intereses:

- Interés en la realización de manualidades.
- Actividades de tipo social: bailar, conversar, etc.
- Se motiva y participa activamente en talleres de habilidades sociales, manualidades, pintura y actividades de integración comunitaria.
- Hacer aseo.

Habilidades Interpersonales:

Usuaria mantiene comportamiento adecuado en la hospedería, respetando normal y autoridades.

En su relación con los pares manifiesta conductas agresivas ante la confrontación con las compañeras, pero en general tiene una conducta colaboradora hacia sus pares.

El 6 de Abril del 2009, la usuaria toma un cuchillo para agredirse por el término de su relación de pareja “le da la rabia y se descontrola”, “le pasa de vez en cuando”.

8 de Abril del 2009, reunión guiada con sus compañeros de casa por su agresividad y falta de límites a espacios de la casa.

15 de Abril del 2009, finaliza relación con R, señala que se quiere morir y que no tomó los medicamentos.

20 de Agosto 2009, usuaria sufre agresión sexual en la calle.

21 de Septiembre 2009, constancia etapa alcohólica de la usuaria.

25 de Septiembre 2009, la usuaria toma cerveza hasta quedar ebria, presenta un corte superficial en su muñeca.

28 de Septiembre 2009, consumo de alcohol, apareció semana antes de un intento de suicidio.

11-17 de Diciembre 2009, se pesquisa a la usuaria consumiendo colonia dentro del hogar.

Se produce el fallecimiento de la abuela de la usuaria, generando una sintomatología angustiosa.

Desempeño C.R.L:

Actividad: envolver guantes quirúrgicos (25 pares por caja)

- Sólo duró 7 meses.
- Se retiró por no estar capacitada para realizar la actividad.
- Tras retiro se compromete a asistir a talleres del COSAM.

Roles:

La usuaria identifica roles: usuaria, amiga, madre y hermana.

Terapia Ocupacional:

Objetivos Generales:

Fortalecer las habilidades sociales y de comunicación de la usuaria.

Facilitar comprensión de alimentación saludable.

Facilitar búsqueda de actividades de interés para la usuaria.

Objetivos Específicos:

Que la usuaria logre desarrollar mayor tolerancia ante la actividad y con sus compañeros.

Que pueda expresar con mayor fluidez sus emociones.

Que la usuaria identifique productos saludables.

Que la usuaria logre reconocer sus habilidades a través de la identificación de intereses.

20 de Octubre del 2010, desde el mes de Julio la usuaria comienza a recibir \$1000 pesos diarios, semanales para sus gastos.

12 de Abril del 2011, la usuaria solicita ingresar al C.R.L.

25 de Abril del 2011, la usuaria ingresa al C.R.L con jornada completa.

30 de Mayo del 2011, visita a casa de su madre por el cumpleaños de su hija. Se actualiza a la familia del proceso de rehabilitación de Elba.

05 de Octubre del 2011, usuaria visita a su abuela que está muy deteriorada tras la hospitalización, usuaria queda apenada.

7.2.- Anexo 2: Consentimiento Informado.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
MUSICOTERAPIA**

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

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

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

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

Usuario

Musicoterapeuta

7.3.- Anexo 3: Ficha de Musicoterapia

FICHA MUSICOTERAPÉUTICA

I.- Antecedentes.

1.- Información General

Nombre.....
Fecha de Nacimiento.....
Ciudad de Origen
Dirección
Teléfono Email

Motivo de Consulta

Fecha de Evaluación

2.- Antecedentes Familiares

Nombre	Parentesco	F.N.	Escolaridad	Ocupación

Observaciones:

.....
.....
.....
.....

3.- Antecedentes Escolares/Laborales:

.....
.....
.....
.....

4.- Antecedentes de Salud:

.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

II.- HISTORIA SONORA

1.- ¿Recuerdas sonidos o música significativa de su niñez?

.....
.....
.....
.....

2.- ¿Recuerdas sonidos o música significativa de su adolescencia?

.....
.....
.....
.....

3.- ¿Qué sonidos o música le agrada?

.....
.....
.....
.....

4.- ¿Qué sonidos o música le desagrada?

.....
.....
.....
.....
.....

5.- ¿Cuáles han sido sus contactos con instrumentos musicales?

.....
.....
.....
.....

6.- Instrumentos musicales que le agraden

.....
.....
.....
.....

7.- Instrumentos musicales que le desagraden

.....
.....
.....
.....

8.- ¿Posee alguna formación o estudio musical?

.....
.....
.....
.....

9.- ¿Toca algún instrumento musical? Si es así ¿cuál/cuáles?

.....
.....
.....
.....
.....

10.- ¿Qué sabe sobre la Musicoterapia?

.....

.....

.....

.....

7.4.- Anexo 4: Formato de planificación de sesión

Usuario/a:	Sesión:	Fecha:
Musicoterapeuta:		

Objetivo(s) de la sesión	
Técnica(s) utilizada(s)	
Setting	
Desarrollo de la sesión (inicio – desarrollo – cierre)	
Inicio	
Desarrollo	
Cierre	
Observaciones musicales (relación con instrumentos, parametros del sonido)	
Desempeño del Terapeuta (dificultades, aciertos, percepción de la pareja terap.)	
Desempeño del Coterapeuta (dificultades, aciertos, percepción de la pareja terap.)	
Conclusiones	
Consideraraciones para la próxima sesión	

Observación Específica
I.- Desarrollo Vincular con el musicoterapeuta.
II.- Desarrollo expresivo - creativo
III.- Manifestación en sesión del estado de ánimo