

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
POSTÍTULO EN MUSICOTERAPIA

**INTERVENCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA CON
PACIENTES ADULTOS DE HOSPITAL DE DÍA
PARA DEPENDENCIAS**
Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.

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

JAIME SEBASTIÁN FREZ ROSALES
Licenciado en Ciencias y Artes Musicales PUCV
2006

Profesora Guía: Mt. Patricia Lallana

Valparaíso, Chile 2016

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	pág. 5
I. INTRODUCCION	7
II. CONTEXTO INSTITUCIONAL	11
2.1 Breve historia institucional	11
2.2 Proyecto de rehabilitación	13
2.3 Usuarios	14
2.4 Entorno Social	14
III. MARCO TEORICO DE DROGODEPENDENCIAS	15
3.1 Aspectos conceptuales	15
3.1.1 Aspectos psicológicos	16
3.1.2 Aspectos médico-toxicológicos	20
3.1.3 Aspectos socioculturales	24
3.2 Criterios para el diagnóstico en drogodependencias	26
3.2.1 Dependencia de sustancias	26
3.2.2 Abuso de sustancias	28
3.2.3 Intoxicación por sustancias.....	29
3.2.4 Síndrome de abstinencia de sustancias	30
3.2.5 Psicosis inducida por e uso de sustancias	30
3.3 Tipos de sustancias	31

3.3.1	Según efectos en el sistema nervioso central	31
3.3.2	Características de las sustancias más consumidas por los usuarios	32
IV.	MARCO TEORICO DE TERAPIA GRUPAL	39
4.1	Definición general Terapia de Grupo	40
4.2	La Relaciones Interpersonales y sus propiedades terapéuticas	41
4.3	Acciones Terapéuticas Grupales	42
4.4	Terapia en grupo de pacientes externos de rehabilitación en Hospital de día	44
4.5	Objetivos de los grupos de tratamiento de los hospitales de día y de los grupos de tratamiento residencial.....	45
V.	MARCO TEORICO MUSICOTERAPEUTICO	46
5.1	Abordaje Plurimodal	46
5.2	Conceptos de Gustavo Gauna	51
5.3	Modelo de Musicoterapia Analítica de Mary Priestley	54
5.4	Modelo Benenzon	55
VI.	PROCESO MUSICOTERAPEUTICO	59
6.1	Encuadre musicoterapéutico	59
6.1.1	Espacio de terapia	59
6.1.2	Setting	60
6.1.3	Implementos de registro	61
6.1.4	Cronograma	62

6.2	Diagnóstico de la problemática	62
6.3	La sesión de musicoterapia	64
6.4	Etapas de trabajo en el proceso	66
6.4.1	Primera etapa: Valoración diagnóstica	66
6.4.2	Segunda etapa: Desarrollo	67
6.4.3	Tercera etapa: Cierre	68
6.5	Descripción y análisis del proceso	68
6.5.1	Objetivos generales	68
6.5.2	Resumen de las sesiones	69
6.5.3	Descripción y análisis de las etapas del proceso	72
VII.	EVALUACIÓN DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO	89
7.1	Evaluación de los objetivos planteados en relación a los logros del proceso.....	89
7.2	Evaluación del vínculo Mt-usuarios	95
7.3	Evaluación del Rol de musicoterapeuta	96
7.3.1	Fortalezas	96
7.3.2	Debilidades	97
VIII.	CONCLUSIONES	98
IX.	BIBLIOGRAFÍA	104
X.	ANEXOS	106

RESUMEN

La presente monografía da a conocer el proceso musicoterapéutico en un grupo de pacientes adultos del área de dependencias del Programa SENDA en el Hospital Psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso, realizado por el autor de esta monografía entre Marzo y Julio de 2015, en el contexto de la práctica profesional del Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte Mención en Musicoterapia de la Universidad de Chile. Se describe el contexto institucional y las características de la problemática, basándose en un marco teórico de drogodependencias, terapia grupal y musicoterapia propiamente tal. De este modo, se entregan aquí los conceptos y definiciones en los que está centrada la intervención y se presenta la descripción y análisis del proceso musicoterapéutico, para posteriormente realizar la evaluación en relación a los objetivos planteados, el vínculo entre musicoterapeuta y usuarios, y la evaluación del rol de musicoterapeuta. En el final de esta monografía están expuestas mis conclusiones en relación a mis objetivos planteados según el marco teórico y en relación al impacto de esta intervención.

Se realizaron un total de 32 sesiones grupales y el proceso fue muy bien evaluado por los pacientes y funcionarios del hospital, pudiendo apreciar que a través de la musicoterapia fue posible generar un espacio de confianza en el que los pacientes podían expresar sus emociones, liberar tensiones y encontrar un lugar en el que se escuchaban sus problemáticas, compartían sus experiencias

pasadas y disfrutaban las distintas actividades musicoterapéuticas propuestas durante el proceso.

I. INTRODUCCION

Cuando se me comunicó que llegaba el momento de buscar un lugar para realizar mi práctica, lo primero que se me vino a la mente fue ir al hospital psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso para averiguar acerca de las posibilidades de realizar una intervención en dicho lugar, ya que me interesaba generar experiencia en el campo clínico de la musicoterapia relacionado con los trastornos psiquiátricos. Me había enterado de que aun no había ningún musicoterapeuta trabajando en el hospital y sentía que la musicoterapia podía ser de gran ayuda complementaria en los tratamientos y en la reintegración social de los usuarios. Hasta ese momento, yo tenía la visión de que aquella institución era un lugar de difícil acceso para disciplinas terapéuticas que fueran complementarias a la psiquiatría tradicional.

Luego de varios intentos logré acceder a una reunión con el director del hospital, quien se mostró interesado por la propuesta, creyendo que podía ser muy beneficioso para los usuarios, ayudándome a conseguir un espacio en el programa SENDA para drogodependencias, que funciona como hospital de día dentro del establecimiento. Luego de casi un año de gestiones, comencé mi práctica realizando un total de 32 sesiones grupales entre Marzo y Julio de 2015.

La presente monografía pretende dar cuenta de las experiencias del proceso de práctica, ordenando la información en una primera parte en que se presenta el contexto institucional, otra parte de marco teórico y otra en que se describe , analiza y evalúa el proceso musicoterapéutico, finalizando con las conclusiones.

Dentro del contexto institucional, presentaré una breve descripción de la historia del Hospital, que es de ayuda para entender su evolución y el como funciona en la actualidad. Se presentará el Proyecto de Rehabilitación del programa SENDA. Se describirá el grupo de usuarios con los que se trabaja y su entorno social, con el fin de comprender mejor el contexto y problemática.

El marco teórico presentará las fuentes teóricas referentes a la problemática. Esta parte de la monografía está organizada en 3 partes.

La primera parte, corresponde al marco teórico de drogodependencias en la cual se presentan los aspectos conceptuales psicológicos, médico-toxicológicos y socioculturales. Dentro de los aspectos psicológicos se presentará resumidamente la teoría del aprendizaje y algunas definiciones importantes como conductas adictivas, vulnerabilidad psicológica y adicciones psicológicas. Dentro de los aspectos médico-toxicológicos se presentarán definiciones relevantes usadas por los especialistas en drogodependencias,

tales como drogas, uso, intoxicación, dependencia, drogodependencia, entre otros. Dentro de los aspectos socioculturales, se presentaran definiciones que también ayudarán a comprender mejor el contexto de la intervención, tales como vulnerabilidad social, redes de consumo, redes de apoyo y disponibilidad.

A continuación se presentarán los criterios para el diagnóstico de drogodependencias según el DSMIV que son usados dentro del programa SENDA por psiquiatras y psicólogos para clasificar a los distintos pacientes en relación a su problemática respectiva.

Finalizando esta parte de la monografía, se presentarán los tipos de sustancias usados por los usuarios, dando a conocer sus efectos en el sistema nervioso central.

La segunda parte del marco teórico se refiere a la terapia grupal, en la cual se definen los conceptos más importantes basados en los trabajos de los psiquiatras Yalom y Vinogradov, quienes entregaron un gran aporte al mundo de la psicoterapia grupal y que ha servido como fuente teórica para diversas disciplinas terapéuticas de grupo, incluyendo la musicoterapia. Aquí se dará a conocer la importancia de las relaciones interpersonales y sus propiedades terapéuticas. También se presentarán los principales objetivos que fijan los hospitales de día para el trabajo en drogodependencias, los cuales me ayudaron a definir los propios para mi intervención.

La tercera parte de marco teórico corresponde a la musicoterapia y a los principales métodos considerados en esta práctica. Para este caso en particular se decidió emplear técnicas mixtas, basándome en 4 enfoques o métodos musicoterapéuticos. El primero corresponde al Abordaje Plurimodal con su principal exponente, el musicoterapeuta Diego Shapira. Luego presentaré los conceptos desarrollados por el musicoterapeuta Gustavo Gauna, los cuales fueron importantes para fortalecer el autoestima de los usuarios, mencionando el concepto de núcleos de salud y de personalidad expresiva. Después, presentaré la mirada de la Musicoterapia Analítica de Mary Priestley, la cual me ayudó a observar lo que sucedía en las sesiones desde una mirada más psicoanalítica. Por último, el Modelo de Rolando Benenzon presentando los conceptos de ISO y otros más que fueron relevantes para la observación y el análisis, además de ayudar a darle un mejor entendimiento de la experiencia terapéutica a los usuarios.

Posteriormente, viene la parte de la monografía en la cual se describe el proceso musicoterapéutico, se presenta el encuadre, los objetivos planteados, se describen las actividades y se analiza y evalúa tanto el proceso en general como rol del musicoterapeuta.

En la parte final se presentan las conclusiones y se incorporan algunos anexos que ayudarán a complementar la información.

II. CONTEXTO INSTITUCIONAL

2.1 Breve historia institucional

Según los registros del Hospital, sus inicios datan a mediados del siglo XVII. Los historiadores Hernández y Vicuña Mackenna cuentan que los primeros registros hablan de que existía un lazareto construido en Playa Ancha, lejos de la ciudad y contando con una gran vista al mar. Pertenecía al antiguo hospital San Juan de Dios, que estaba a cargo de las hermanas de la caridad de origen francés, entre 1860 y 1861.

Fue a principios del 1900 que recibe el nombre actual Hospital Del Salvador, y se especializaba en Tisiología, infeccioso, pestes y control de la TBC. Con el avance de la tecnología y el descubrimiento de antibióticos disminuyó el flujo de pacientes llevándolo en 1969 a convertirse en un hospital psiquiátrico, debido al fuerte auge de pacientes mentales y a que llegaba el momento de institucionalizar la patología en la región y el país tanto por parte de autoridades como privados

El año 1973 fue muy importante en crecimiento y modernización debido a su funcionamiento e implementación, desde una mirada de hospital puertas abiertas. En 1982 llegó a tener 700 pacientes y la creación de un programa de rehabilitación comunitario a través de un organismo satélite: La Corporación de Rehabilitación Dr. Carlos Bresky.

Intrahospitalariamente, se crea en 1980 un programa de rehabilitación conductual para pacientes de larga evolución. Los intentos de psiquiatría comunitaria se facilitan con la incorporación de un Asesor de Salud Mental en La Secretaria Ministerial Regional de Salud en 1982, lo que dura hasta 1986.

Este establecimiento es el único hospital de especialidad en la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Destinado a resolver la patología mental compleja tanto ambulatoria como interna para las comunas de Valparaíso y Casablanca, además de brindar atención a pacientes de la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota y brindar apoyo a la Región de Coquimbo.

Es campo docente de pre y post grado de la especialidad de Psiquiatría, Medicina, Enfermería, Nutrición, Kinesiología, Odontología, Psicología, Terapia Ocupacional y Técnicos Paramédicos.

Cuenta con una Unidad de Dispositivos Comunitarios que tiene a su cargo 8 hogares y 2 residencias protegidas y 3 hospitales diurnos, que actualmente funcionan al interior del Hospital.¹

La dirección del Hospital es: Calle Subida Leopoldo Carvallo 200, Playa Ancha, Valparaíso.

¹ <http://www.hdsalvador.cl/>

2.2 Proyecto de rehabilitación

El Servicio Nacional para la prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es la entidad del Gobierno de Chile responsable de “elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas, alcohol y tabaco así como de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por estas sustancias.”²

A través de esta entidad fue posible realizar esta práctica de musicoterapia focalizándome en los usuarios que asisten al programa ambulatorio mixto intensivo de rehabilitación. Su misión y valores están alineados con los del hospital. Su principal objetivo es “otorgar un programa de rehabilitación para la reintegración socio/laboral de los usuarios”.

Su propósito es “mejorar la calidad de vida de la población instalando una cultura preventiva que permita evitar los daños a la salud y las consecuencias negativas que el consumo de drogas conlleva para el individuo y la sociedad, mediante un trabajo articulado entre el gobierno central, los gobiernos regionales, los gobiernos locales y la sociedad civil.”³

² http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2015/05/Cuenta_Publica_2014.pdf

³ Ibidem.

2.3 Usuarios

La intervención de Musicoterapia se realizó en un grupo de pacientes adultos drogodependientes del Hospital de día del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, con un encuadre de grupo abierto por el que han pasado 17 usuarios y con un promedio de asistencia de 7 a 10 personas por sesión. Las principales drogas que los pacientes consumen o han consumido son Pasta base, Cocaína y Marihuana. Siendo por lo general las 2 primeras las que los llevan a tomar el tratamiento.

Cada usuario cuenta con un familiar apoderado y un referente, quien es un profesional psicólogo o asistente social del SENDA que lleva su caso.

Si bien la intervención se realiza exclusivamente con los pacientes, ha sido necesario conocer y entrevistar a los referentes de cada usuario, funcionarios del programa SENDA, funcionarios de la dirección del Hospital, enfermeras, paramédicos, auxiliares y monitores. También tuve la oportunidad de conversar con el padre de un usuario.

2.4 Entorno Social

La situación social de los usuarios es en la mayoría de un sector socioeconómicamente vulnerable de Valparaíso o Viña del mar. Todos dicen que

su círculo de amigos se ha reducido a su grupo familiar ya que han cortado las redes de consumo como condición para realizar el tratamiento.

III. MARCO TEORICO DE DROGODEPENDENCIAS

3.1 Aspectos Conceptuales

Para poder comprender mejor la problemática de los pacientes en esta intervención, fue necesario aclarar ciertos conceptos teóricos relevantes los cuales serán separados en aspectos Psicológicos, aspectos Médicos Toxicológicos y aspectos Sociológicos.

- **Aspectos psicológicos:** Teoría del Aprendizaje, Conductas adictivas, vulnerabilidad psicológica, adicciones psicológicas.
- **Aspectos médicos toxicológicos:** Drogas, tóxico, intoxicación, Uso, Dependencia, drogodependencia, Adicción, abuso de drogas, Tolerancia, Policonsumo, Síndrome de Abstinencia, Síndrome de Querencia, tipos de sustancias.
- **Aspectos socioculturales:** Vulnerabilidad social, Redes de consumo, Redes de apoyo, Disponibilidad

3.1.1 Aspectos psicológicos:

a) Teoría del aprendizaje: ⁴

La teoría del aprendizaje busca comprender el proceso por medio del cual los individuos desarrollan nuevas conductas como resultado de su experiencia.

Esta teoría ha experimentado, desde los trabajos de Pavlov durante todo el siglo XX, un interesante desarrollo a lo largo de la historia, dando luz a distintos modelos de aprendizaje. Sin embargo, aunque tiene una gran diversidad conceptual, todos esos modelos tienen en común los siguientes supuestos:

- La conducta humana es en gran medida adquirida durante la vida y poco determinada por factores genéticos. La conducta de los individuos se encuentra ampliamente determinada por su contexto (factores ambientales).
- Los mismos procesos de aprendizaje que crean una conducta problema pueden ser usados para modificarla.
- Los pensamientos y afectos son concebidos como conductas encubiertas, por lo que también están sujetos a cambio a través de los principios del aprendizaje.

⁴ http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf

Existen 3 principales modelos de aprendizaje:

- Condicionamiento clásico: Este modelo ha sido el fundamento de dos estrategias terapéuticas utilizadas en prevención de recaídas. Una de ellas es el control de estímulos, en lo que se intenta es que el paciente pueda evitar el contacto con las redes de consumo, como el contacto con otros adictos, que acuda a los lugares donde se compra la droga, o simplemente llevar dinero en el bolsillo. Otra estrategia terapéutica es precisamente lo contrario de la anterior: la exposición a estímulos. En ella se pretende que el paciente se enfrente progresivamente a los estímulos que estaban ligados al consumo, pero sin desarrollar la respuesta de consumo. Esta extinción de la respuesta se encuentra facilitada porque el paciente se haya bajo estricta supervisión o en contextos donde no es posible acceder a sustancias de consumo. En la práctica clínica, la exposición a estímulos se da en forma paulatina y planificada, en la medida en que la persona se va reinsertando progresivamente a su vida normal.
- Condicionamiento operante: El principio central de este modelo de aprendizaje es que la conducta de los individuos es regulada por sus consecuencias. Desde su enfoque, un programa de prevención de recaídas requiere considerar que el cambio del paciente a un nuevo estilo

de vida debe comprender suficientes elementos recompensantes para que sea atractivo. Marlatt & Gordon (1985) proponen que los pacientes cultiven "sanas adicciones", tales como deportes o hobbies, que también les ayudarán a mejorar su autoestima, elemento que es clave en su percepción de autoeficacia

- Modelamiento: El modelamiento alude al mecanismo de aprendizaje que se encuentra basado en la observación de conductas de otros sujetos y a su posterior puesta en práctica por parte del observador. Este mecanismo es muy eficiente y rápido, por cuanto conductas extremadamente complejas pueden ser aprendidas por un sujeto luego de una o muy pocas exposiciones

b) Conductas adictivas: Toda conducta normal que sea placentera tenderá a repetirse y por esta razón será susceptible a que se convierta en un comportamiento adictivo. Existen hábitos de conducta que pueden convertirse en adictiva e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas en función de la intensidad, frecuencia o la calidad de tiempo/dinero invertido y en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales, estudiantiles y laborales. Lo que diferencia el hábito de la adicción es que esta última tiene efectos contraproducentes para la persona como pérdida de control,

fuerte dependencia psicológica, pérdida de interés por otras actividades gratificantes e interferencia grave en la vida cotidiana.⁵

c) Vulnerabilidad psicológica: La etimología de la palabra vulnerabilidad, viene del latín y se divide en 3 partes: el sustantivo *vulnus*, que puede ser traducido como “herida”; *abilis* que equivale a “que puede” y finalmente el sufijo *dad* que es indicativo de cualidad. Es decir que podemos definir vulnerabilidad como “la cualidad que tiene alguien para poder ser herido”. Existen ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica de las adicciones: la impulsividad; la disforia (estado anormal del ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y que se caracteriza por oscilaciones frecuentes de humor); la intolerancia a los estímulos implacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga, etc); y la búsqueda exagerada de sensaciones. Hay veces en que la adicción subyace un problema de personalidad (baja autoestima) o un estilo de vida inadecuado (ausencia de realización personal) o una forma de enfrentar inadecuadamente a las dificultades cotidianas. Se trata de personas que carecen de un afecto consistente y que intentan llevar esa carencia con sustancias químicas o sin sustancias. Grandes factores de riesgo pueden ser la falta de proyectos de vida que motiven a la persona o que al menos le proporcionen algún grado de

⁵ <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC044706.pdf>

reconocimiento social, causando el sentirse poco apreciado, y por lo tanto aislado.

d) Adicciones psicológicas: Son comportamientos dependientes en que una persona va perdiendo de manera crónica y progresiva la capacidad de control. Esta situación llega a anular la voluntad y el sentido de responsabilidad llegando a obsesionarse por realizar por sobre todas las cosas estas actividades. Esto genera un gran sufrimiento para la persona que la padece y los que lo rodean. Dentro de las consecuencias que las adicciones psicológicas generan están las:

- Personales: Depresión, apatía, insomnio, ansiedad.
- Familiares: Mentiras, discusiones, desconfianza
- Laborales: Inasistencia, despido, falta de atención
- Sociales: aislamiento, rechazo
- Económicas: Deudas.

3.1.2 Aspectos Médico-toxicológicos

a) Drogas: La definición de la OMS dice que es una sustancia (química o natural) que introducida a un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado

psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de una persona. Cualquier sustancia química natural o sintética, o mezcla de sustancias, distintas de las necesarias en condiciones normales para la conservación de la salud y cuya administración modifica las funciones biológicas del organismo.

b) Tóxico: Cualquier sustancia que al entrar en contacto con el organismo produce, a través de una acción química, un efecto perjudicial. Este concepto está altamente unido al de dosis, de modo que prácticamente todas las sustancias pueden ser tóxicas a una determinada dosis e inocua a otras.

c) Intoxicación: Signos y síntomas resultantes de la acción del tóxico.

d) Uso: El consumo de drogas es muy frecuente en nuestra sociedad y en realidad prácticamente todos consumimos drogas de una u otra forma. Puede ser en situaciones cotidianas como tomando infusiones o cuando tomamos medicamentos, fumadores, consumiendo alcohol durante comidas. Como de cualquier cosa, de las drogas se puede hacer un uso más o menos correcto.

e) Dependencia: Se puede presentar dependencia física, mental o cruzada. La física se refiere a la alteración del estado psicológico producido por la administración repetida de una droga, requiriéndose su administración continua para evitar la aparición del síndrome de supresión o abstinencia. La dependencia

psíquica es la compulsión a tomar una sustancia determinada para obtener la vivencia de efectos agradables y placenteros, o evitar malestar. La dependencia cruzada es la capacidad de una droga para suprimir las manifestaciones de la dependencia física producida por otra y para mantener el estado de dependencia.

f) Drogodependencia: Síndrome en el cual se da mayor prioridad al uso de una droga que a otras conductas que alguna vez tuvieron mayor valor. La drogodependencia se asocia con el desarrollo de tolerancia y dependencia física.

g) Adicción: Grado grave de drogodependencia que es un extremo del compromiso continuo con el uso de la droga. El término encierra un sentido cuantitativo más que cualitativo del grado con que la droga invade la actividad total de la vida del consumidor y de la variedad de circunstancias en las que el uso de la droga controla su conducta.

h) Abuso de drogas: Uso de cualquier droga en una forma que se desvía de los patrones médicos o sociales aprobados en el marco de una cultura dada.

i) Tolerancia: Se desarrolla cuando después de la administración repetida de una droga se produce una disminución de su efecto o cuando se requieren dosis cada vez mayores para obtener los efectos observados con la dosis original.

J) Policonsumo: Se produce cuando el sujeto se administra una variada gama de sustancias con el objetivo explícito de mantener alteradas sus funciones mentales. Actualmente es difícil encontrar un consumidor de una sola droga.

k) Síndrome de abstinencia: Es lo que se produce tras haber una dependencia física o psíquica, en el momento que falta la droga, aparecen todo un conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico, cuya intensidad y curso temporal van a depender del tipo de droga y otros factores como frecuencia, cantidad y antigüedad del consumo.

l) Síndrome de Querencia: Son los síntomas psicológicos que aparecen antes del síndrome de abstinencia y después de que desaparezcan los efectos de la última toma de droga. Consisten en la vivencia de angustia generalizada, intensa necesidad de la toma de la droga con el consecuente desarrollo de una conducta de búsqueda.

m) Tipos de sustancias: De acuerdo a sus efectos, las sustancias son Estimulantes, depresoras o alucinógenas.

Los Estimulantes son sustancias que estimulan el sistema nervioso central. Producen estado de excitación o alteración de las funciones biológicas y psíquicas. Las mayores son las Anfetaminas y la cocaína. Las menores el café, té y nicotina.

Las Depresoras son sustancias que deprimen en sistema nervioso central, retardan o disminuyen la capacidad de respuesta de las funciones psíquicas y corporales. Se clasifican en hipnóticos, sedantes y ansiolíticos, opiáceos, alcohol, barbitúricos.

Los Alucinógenos son sustancias que alteran la sensopercepción, inducen a un estado oniroide y producen la excitación o la depresión del SNC. Dicha alteración compromete los procesos perceptivos, generando ilusiones y/o alucinaciones, que afectan principalmente las funciones psíquicas. Se trata de típicos cuadros de psicosis experimental. Se dividen en alucinógenos naturales como mezcalina, marihuana, psilocina, etc y sintéticos como LSD, antiparkinsonianos, fenciclidina.

3.1.3 Aspectos Socioculturales

a) Vulnerabilidad Social: Se entiende como el riesgo de estar en situación de pobreza y abarca tanto a los hogares que actualmente están en ese estado, como a los que pueden estarlo en el futuro. Se trata de un concepto más dinámico y amplio, destinado a identificar, no sólo a grupos familiares pobres, o

que sin serlo pueden ser vulnerables, sino además, a los miembros de la familia que viven las mayores fragilidades, como son los niños y niñas, los adultos mayores, las personas discapacitadas, las madres adolescentes, las mujeres jefas de hogar. El concepto de vulnerabilidad permite dar cuenta de una noción dinámica de la pobreza, como una condición presente o potencial y, al mismo tiempo, entrega una mejor caracterización de la pobreza “dura”, de aquellos hogares que sistemáticamente mantienen niveles de ingreso por debajo de la línea de pobreza ⁶

b) Red de consumo: Es una estructura social que permite a la persona adicta poder acceder a las drogas que busca.

c) Redes de apoyo: Es una estructura conformada por las personas que pueden brindar algún tipo de contención al paciente adicto. Generalmente el eje de esta red es la familia junto al equipo profesional de rehabilitación.

d) Disponibilidad: Es el resultado de un equilibrio entre la oferta y la demanda, factores estos que a su vez se hallan también influidos por leyes, regulaciones, factores económicos y otras variables sociales y ambientales.

⁶ Conceptos Ficha de Protección Social, MIDEPLAN 2015
<http://www.fichaproteccionsocial.gob.cl>

3.2 Criterios para el diagnóstico en drogodependencias.^{7 8}

Sobre el sistema de medición

Uno de los estándares más importantes actualmente como referencia para el diagnóstico de la adicción es el Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría. Conocido por sus siglas en inglés DSM-IV en su cuarta versión, incluye criterios para el diagnóstico tanto de la adicción química como para otros desórdenes relacionados con el uso de psicotrópicos tales como: el abuso de sustancias, la intoxicación y el síndrome de abstinencia, así como de las psicosis inducidas por el uso de drogas.

En la actual edición del DSM-IV se establecen siete (7) criterios para el diagnóstico de la dependencia química, de esta manera.

3.1.1 Dependencia de sustancias

Un patrón mal adaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) ó más de los items siguientes; en algún momento de un período continuo de doce (12) meses.

⁷ <http://www.adicciones.org/diagnostico/criterios.html>

⁸ <http://www.uv.es/=choliz/DSMIVadicciones.pdf>

(1) tolerancia, definida por:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o,

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o

(b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(3) la sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.

(4) existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.

(6) reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

(7) se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p.ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote)

El DSM-IV propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias sospechosas, de modo que cada dependencia específica se codifica con un número distinto.

3.1.2 Abuso de Sustancias

A. Un patrón mal adaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (ó más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.

(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.

(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

(4) consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

3.1.3 Intoxicación por Sustancias

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingesta reciente o a su exposición.

B. Cambios psicológicos o de comportamiento mal adaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central.

3.1.4 Síndrome de Abstinencia de Sustancias

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican por la presencia de otro trastorno mental.

3.1.5 Psicosis Inducida por el Uso de Sustancias

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o la reducción de su consumo que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El tipo de psicosis inducidas por sustancias van desde la paranoia tóxica de la cocaína, la demencia producida por inhalantes, el trastorno amnésico causado por el alcohol. Es importante reconocer estas situaciones como secundarias al uso para no hacer un diagnóstico primario que es falso.

3.3 Tipos de sustancias

3.3.1 Según efectos en el sistema nervioso central

Tipos de drogas según sus efectos en el Sistema Nervioso Central

- Depresores del SNC o Psicolépticos: Son aquellas que inhiben el funcionamiento del SNC, ralentizando la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre los efectos que producen se encuentran la relajación, sedación, somnolencia, sueño, analgesia e incluso coma. Ejemplos de estas sustancias son el alcohol, opiáceos (heroína, morfina), benzodiazepinas, barbitúricos, cannabis e inhalantes.
- Estimulantes o Psicoanalépticos: Producen una activación general del SNC, dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Se establece diferencia entre estimulantes mayores (como cocaína o anfetaminas) y menores (como la nicotina o xantinas: teína, cafeína).

- Alucinógenos o Psicodislépticos: También se conocen como Perturbadores. Producen un estado de conciencia alterado, deformación de la percepción y evocan imágenes sin entrada sensorial. Se dividen en Alucinógenos naturales (mezcalina, psilocybina, amanita muscaria) y Alucinógenos sintéticos (LSD, antiparkinsonianos o fenciclidina)

3.3.2 Características de las sustancias más consumidas por los usuarios

A continuación, se darán a conocer las características generales de las drogas más empleadas por los usuarios del Programa SENDA en tratamiento y que según ellos y profesionales son las que más problemas ha generado en su vida.

a) Cocaína

- El Clorhidrato de cocaína es una sustancia de gran potencial adictivo derivada de las hojas de coca a través de un proceso químico.
- Es un estimulante del sistema nervioso central y habitualmente se consume aspirándolo por la nariz.
- Por sus efectos, tiende a ser utilizada por personas que buscan activarse y mantenerse despiertas o en alerta por muchas horas.

- La cocaína puede tener distintos grados de pureza, por lo que conlleva el riesgo de ser muy tóxica para el organismo.
- Suele combinarse con alcohol para “nivelarse” o estabilizar el organismo.
- En Chile es una sustancia ilícita.

Sus efectos y consecuencias

- En Sistema Cardiovascular: Aumento del ritmo cardiaco y presión sanguínea. En altas dosis, puede producir arritmias e infartos.
- En Sistema Nervioso Central: Energía, euforia, disminución del sueño y del apetito. Impulsividad e inquietud motora. Angustia y descontrol de impulsos que pueden derivar en agresiones.
- En Sistema Respiratorio: Rinitis, sinusitis y en casos extremos, perforación del tabique nasal y otras afecciones a las vías respiratorias.
- En el embarazo: El consumo de cocaína puede afectar seriamente el desarrollo del feto en gestación. Debido a las características toxicológicas, puede producir muerte por sobredosis.

Evidencia:

- El 4,7% de la población chilena entre 12 y 64 años ha consumido cocaína alguna vez en su vida.

- El 73,7% de los jóvenes de entre 12 y 18 años que consumió cocaína presenta señales de dependencia.⁹

b) Pasta base

- La pasta base o sulfato de cocaína es un derivado de baja pureza de las hojas de coca, que contiene sustancias tóxicas para el organismo, como plomo, ácido sulfúrico y parafina.
- Considerada formalmente como desecho químico.
- Se fuma mezclada con tabaco o marihuana y tiene un alto poder adictivo, debido a que sus efectos son rápidos e intensos.
- Provoca inicialmente euforia y luego un estado depresivo caracterizado por la angustia y el malestar físico y emocional. A los consumidores se les llama “angustiados”, por las consecuencias que tiene al momento de dejar o disminuir el consumo de la sustancia y que, en muchas ocasiones, se asocia a la pérdida de control y conductas agresivas.
- En Chile es una sustancia ilícita.

⁹ Información otorgada por SENDA a los usuarios en el Hospital de día, 2015.

Sus efectos y consecuencias

- Efectos físicos: Al actuar sobre el sistema nervioso, provoca hiperactividad, confusión y puede ocasionar deterioro o daño neuronal progresivo, ya sea por sus efectos directos como por la acción de los productos químicos utilizados para aumentar la dosis.
- Efectos psicológicos: El consumo de pasta base se caracteriza por la breve euforia inicial y la fuerte necesidad de aumentar la frecuencia y dosis, como una manera de evitar el síndrome de privación (falta de la sustancia).
- Su uso prolongado altera el estado de ánimo y genera angustia, irritabilidad y depresión.
- También provoca indiferencia sexual.¹⁰

Evidencias:

- El 57,7% de las personas que ha consumido Pasta Base presenta alguna señal de dependencia.
- El 57,1% de los escolares que ha consumido pasta base declara haberlo iniciado antes de los 15 años.¹¹

¹⁰ <http://las-drogas.net/paco/>

¹¹ Información otorgada por SENDA a los usuarios en el Hospital de día, 2015.

c) Marihuana

- La marihuana, cáñamo o cannabis sativa, es una planta que se desarrolla de forma silvestre en zonas tropicales y templadas, pero que hoy en día se cultiva a lo largo de todo el mundo en interiores.
- El compuesto más conocido es el tetrahidrocannabinol (THC), cuya concentración varía de una planta a otra entre 0,5 y el 4%.
- Su consumo se asocia con fines recreativos y existe poca consideración de los riesgos que conlleva su uso.
- Existe una marihuana prensada, también conocida como “paraguaya” que al contener sustancias químicas la hacen aún más peligrosa para la salud.
- En Chile es una sustancia ilícita aunque existen proyectos de ley que avalan su uso terapéutico.

Sus efectos y consecuencias

- En el Sistema Nervioso Central: Provoca alteraciones en la percepción de la realidad, disminuye la coordinación motora y la capacidad de reacción, lo que aumenta la probabilidad de accidentes. Altera la memoria, el razonamiento y el pensamiento lógico. En algunos casos, puede producir confusión, alteración del juicio y alucinaciones. Puede generar episodios

de angustia, cambios en el estado de ánimo, alteración de las relaciones interpersonales y dificultad para la resolución de problemas. El consumo prolongado puede causar “síndrome a-motivacional”, que se traduce en falta de interés para realizar actividades, proyectos y fomentar las relaciones personales.

- En el Sistema Reprodutor: Su uso prolongado puede causar alteración de las hormonas sexuales, pues disminuye la cantidad de espermatozoides en el hombre y trastorna el ciclo menstrual de la mujer.
- En el Sistema Respiratorio: Fumar marihuana provoca los mismos efectos que el tabaco sobre los pulmones, originando mayores probabilidades de desarrollar enfermedades respiratorias (bronquitis, asma, cáncer).
- En el Sistema Cardiovascular: Puede aumentar el ritmo cardíaco, lo cual facilita la manifestación de dolencias cardiovasculares.

Evidencias:

- La personas que consumen altas dosis de marihuana pueden experimentar psicosis aguda.
- El 28,9% de los jóvenes entre 12 y 18 años que ha consumido marihuana registra señales de dependencia.

d) Alcohol

- Las bebidas alcohólicas contienen etanol (alcohol etílico), sustancia que puede afectar el sistema nervioso central.
- Su uso excesivo puede traer diversas consecuencias para la salud como:
 - Dependencia física o psicológica.
 - Intoxicaciones, que incluso pueden causar la muerte.
 - Múltiples perjuicios orgánicos traducidos en úlceras, enfermedades hepáticas, digestivas, daño neurológico o cardiovascular, entre otras.
- En Chile, el uso de alcoholes una de las principales causantes de accidentes de tránsito con resultado de muerte o lesiones.
- Su uso es legal en Chile.

Sus efectos y consecuencias

- En el Sistema Nervioso Central: El alcohol tiene un efecto sedante, porque es un depresor del sistema nervioso central. Disminuye los reflejos y la capacidad de reaccionar ante situaciones imprevistas. También reduce las capacidades de coordinación y concentración necesarias para manejar, por lo que aumenta el riesgo de accidentes de tránsito.
- En el embarazo: El uso de esta sustancia en la etapa de gestación puede ser muy grave, por la posibilidad de producir síndrome fetal alcohólico.

- Los riesgos del consumo excesivo de alcohol aumentan si se mezcla con otras drogas.
- Beber en exceso puede provocar conductas agresivas o pérdida de control que desembocan en problemas familiares, de pareja, en el trabajo o en los estudios.

Evidencias:

- El 66,2% de los escolares que ha bebido alcohol declara haber iniciado el consumo antes de los 15 años.
- 216 personas fallecen al año en accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol. Es la segunda causa de muerte en los jóvenes.¹²

IV. MARCO TEORICO DE TERAPIA GRUPAL

Los psiquiatras Estadounidenses Irvin David Yalom y Sophia Vinogradov, han escrito una importante guía que por una parte define la psicoterapia a través de exámenes de su alcance, relevancia clínica, eficacia y propiedades, y además, centrándose en aquellos factores terapéuticos que contribuyen a su eficacia, ayudando a comprender mejor de que manera el escenario grupal repercute en cada persona.

¹² Fuente: CONASET, Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones de Chile, 2014

4.1 Definición general Terapia de Grupo

La terapia de grupo es la utilización de técnicas terapéuticas a un grupo de pacientes, por parte de un terapeuta cualificado, en donde la interacción interpersonal sirve como instrumento de cambio en la salud mental y calidad de vida de los miembros del grupo. Se han apreciado 3 características flexibles de los grupos de terapia: *el Escenario, los Objetivos y el Marco Temporal*.¹³

El *Escenario* constituye el encuadre terapéutico fundamental y puede variar de muchas formas afectando su estructura y rendimiento total del grupo. En un contexto clínico, 2 escenarios muy diferentes son una unidad de pacientes psiquiátricos internos y una clínica de pacientes externos. En este caso de práctica grupal con Pacientes Drogodependientes del Hospital de Día, el escenario se constituyó con pacientes externos.

Los *Objetivos* son claves para encontrar un resultado positivo de la intervención, estos pueden ser muy variados según el contexto y criterio para definirlos por parte del terapeuta.

Los *Marcos Temporales* indican la duración de la vida del grupo y la duración de la permanencia de los miembros del grupo.

¹³ Yalom y Vinogradov, “*Guía breve de psicoterapia de grupo*”, Editorial Paidós Ibérica, Barcelona, 1996, pag 14

4.2 La Relaciones Interpersonales y sus propiedades terapéuticas

Para un desarrollo psicológico humano normal es fundamental que existan una serie de relaciones interpersonales en donde la personalidad y los patrones de comportamiento se pueden considerar como resultado de las primeras relaciones interpersonales significativas. Así, según Yalom, “El escenario grupal (...) ofrece (...) oportunidades para la génesis de experiencias emocionales correctivas, ya que tiene una gran cantidad de tensiones intrínsecas, así como múltiples situaciones interpersonales, ante las cuales debe reaccionar el paciente”.¹⁴

Deben aprender los miembros de un grupo a manejar sus emociones relativas a sus gustos, aversiones, diferencias, envidias, timidez, agresión, miedo, atracción y competitividad. Esto tiene que tener lugar bajo la observación del grupo con un cuidadoso liderazgo terapéutico en donde los miembros dan y reciben feedback de las diversas interacciones.

Por último, cabe destacar que cuando los miembros sienten que el grupo es un espacio de contención emocional a lo que están viviendo, entonces se transforma en una herramienta terapéutica grupal muy poderosa ya que se logra cohesión, apoyo y autorreflexión.

¹⁴ Yalom y Vinogradov, “*Guía breve de psicoterapia de grupo*”, Editorial Paidós Ibérica, Barcelona, 1996, p.34

4.3 Acciones Terapéuticas Grupales

Yalom desarrolló una lista de acciones o factores terapéuticos que deben estar presentes en un grupo y que se resumen a continuación:

La acción de *dar esperanza* ayuda de gran modo en especial en grupos donde hay monitores que han podido rehabilitarse de la misma problemática que están tratando. Sucede por ejemplo en grupos de alcohólicos anónimos o de adictos. Relacionado con eso mismo, dar un carácter de *universalidad* a la problemática ayuda mucho para que los pacientes comprendan que no están solos, sintiendo un gran alivio al ver que pueden compartir sus experiencias con otros miembros.

Transmitir información de manera didáctica y dando consejos tiene lugar en el seno de la terapia grupal. La experiencia de ser útil a otros miembros del grupo puede ser altamente gratificante para la autoestima. Es así como el *altruismo* es exclusivo de la terapia de grupo ya que en una terapia individual los pacientes casi nunca sienten que llegan a ser útiles al terapeuta. También los pacientes pueden desarrollar *técnicas de socialización* a través del sincero feedback que se ofrecen entre ellos, ya que pueden hacerse conscientes de sus comportamientos desadaptados por las respuestas y comentarios de los otros miembros del grupo.

La *catarsis*, o dar rienda suelta a sus emociones es una experiencia característica de los grupos. Yalom dice que raramente esto provoque un cambio duradero en la persona aunque vaya acompañado de una sensación de alivio emocional, pero que compartir con los demás el propio mundo interior es de primordial importancia con el fin de ser aceptado en el grupo. Para que se produzca un cambio, el paciente primero tiene que experimentar algo con intensidad en el escenario grupal.

Debido a que muchos pacientes tienen una historia de experiencias sumamente insatisfactorias dentro de su grupo familiar, la terapia de grupo ofrece la *recapitulación correctiva del grupo familiar primario* ya que aquellos conflictos familiares tempranos pueden volver a interpretarse y ser recapitulados corrigiendo la distorsión. Dentro de este escenario grupal se generan las condiciones ideales para abordar los *problemas existenciales* tales como la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido de la vida. La *cohesión*, es definida por Yalom como el “atractivo que los participantes ejercen sobre el grupo y sobre el resto de los miembros”.¹⁵ En un grupo cohesivo los participantes se aceptan y apoyan mutuamente tendiendo a formar relaciones significativas dentro del grupo.

La última y no menos importante acción es el *aprendizaje interpersonal*, que resulta muy complejo y poderoso. Para comprender su utilización resulta

¹⁵ Yalom y Vinogradov, “*Guía breve de psicoterapia de grupo*”, Editorial Paidós Ibérica, Barcelona, 1996, p.32

fundamental que el terapeuta tenga claro y que el grupo llegue a entender 4 conceptos subyacentes, la importancia de las relaciones interpersonales, la necesidad de experiencias emocionales correctivas para lograr el éxito de la terapia, dimensionar el grupo como un microcosmos social y el aprendizaje de los patrones de comportamiento en el microcosmos social.

4.4 Terapia en grupo de pacientes externos de rehabilitación en Hospital de día.

Un Hospital de día corresponde a una estructura sanitaria asistencial en que el paciente recibe tratamiento terapéutico sin necesidad de abandonar su entorno familiar.

Son muchas las patologías que se pueden tratar, incluyendo tratamiento para drogodependencias y alcoholismo, trastornos alimenticios, ciertas enfermedades psiquiátricas, trastornos de la vejez, entre otros. Cada Hospital de día tiene diferentes horarios y recursos de personal.

En grupos de alcohólicos y drogodependientes las consideraciones clínicas y objetivos están dirigidos a dos categorías generales de pacientes. Aquellos que comienzan la recuperación y los que ya se encuentran en curso de recuperación. Al iniciar su recuperación los pacientes han pasado una fase de abstinencia y han aceptado su problema de comportamiento relacionado con el uso de drogas y/o alcohol. En este período inicial, también conocido como

período de dependencia activa¹⁶ los pacientes requieren una gran cantidad de apoyo y de actividades estructuradas por parte del programa de rehabilitación. Esencialmente los objetivos de estos tipos de grupos consisten en afrontar la negación del paciente adicto, manteniendo la atención fija sobre las drogas y los problemas que se planteen en el grupo.

En los grupos de drogodependientes, los pacientes se remiten al grupo después de haber sido desintoxicados y dados de alta de una unidad de pacientes internos, o después de inscribirse en un programa de tratamiento para pacientes externos.

4.5 Objetivos de los grupos de tratamiento de los hospitales de día y de los grupos de tratamiento residencial

- La restitución del nivel apropiado de rendimiento psicológico.
- La corrección de las estrategias interpersonales inadaptativas.
- Mejorar el funcionamiento de los pacientes en un entorno estructurado y orientado hacia las tareas.
- Prestar apoyo a los esfuerzos que realizan los pacientes para desarrollar nuevas habilidades y mecanismos de afrontamiento en escenarios sociales y laborales.

¹⁶ Yalom y Vinogradov, *“Guía breve de psicoterapia de grupo”*, Editorial Paidós Ibérica, Barcelona, 1996, p. 154

V. MARCO TEORICO MUSICOTERAPEUTICO

Para el desarrollo de esta intervención en drogodependencias, ha sido necesario construir un marco teórico de musicoterapia que considere técnicas mixtas basados en 4 métodos. Estos son el Abordaje Plurimodal de Diego Shapira y colaboradores, el enfoque teórico de Gustavo Gauna, el Método de Musicoterapia Analítica de Mary Priestley y el Modelo Benenzon. Cabe mencionar que solo se aplicaron los conceptos relevantes para el caso clínico y por lo tanto ningún modelo fue aplicado en un 100%. Basándose en los lineamientos de los autores mencionados, se dará lugar al desarrollo y análisis del trabajo realizado.

5.1 Abordaje Plurimodal

Con una mirada reflexiva en el quehacer musicoterapéutico, el Abordaje Plurimodal o APM se caracteriza por adoptar distintas fuentes teóricas y prácticas de la musicoterapia. Siendo un abordaje con muchos colaboradores en Sudamérica, Diego Shapira es su principal referente, quien dirige el centro ADIM en Argentina en donde enseña el APM a estudiantes de musicoterapia.

Dentro de los fundamentos teóricos del APM, hubieron algunos de ellos que resultaron muy relevantes de considerar para el caso de drogodependientes, estos son:

- Considera al ser humano como una unidad bio-psico-social-espiritual.
- Toma en cuenta la noción del inconsciente.
- Considera que todo individuo tiene un registro total de su experiencia de vida, que condiciona su presente y futuro.
- Adhiere a la idea de matriz sonora del inconsciente.
- Adhiere a la concepción de “Ser en la música”.
- Considera que en el proceso musicoterapéutico se despliegan los mismos mecanismos de defensa que aparecen en un proceso psicoterapéutico analítico.
- Concibe el concepto de transferencia musicoterapéutica, que tiene características diferentes a la transferencia en términos psicoanalíticos.
- Adhiere el concepto de contratransferencia musical.
- Toma en cuenta al encuadre como elemento básico para el despliegue de los fenómenos musicoterapéuticos.
- Considera a la música como construcción capaz de asumir carácter de Representación Social Musical.
- Entiende a la experiencia sonora en Musicoterapia como situación que posibilita el despliegue de los Modos Expresivos no Verbales y Modos Receptivos no Verbales de un individuo.

El relación al proceso musicoterapéutico realizado, el APM ayudo a elaborar la estrategia de intervención sobre todo de la primera etapa de evaluación y valoración diagnóstica. El APM califica esta etapa como Etapa de valoración diagnóstica inicial de Musicoterapia (VIM)¹⁷

5.1.1 Valoración diagnóstica del APM

La etapa VIM es considerada por el Abordaje Plurimodal como una instancia de instalación del encuadre en donde se comienza una alianza de trabajo con los pacientes brindando distintas experiencias musicales que permiten conocer el universo musical, expresivo y receptivo.

El APM plantea la necesidad de elaborar un protocolo de evaluación de salud mental, el cual debiese contar con 3 objetivos principales:

- Crear una herramienta que sea facilitadora y ordenadora de la escucha musicoterapéutica.
- Hacer aportes específicos desde la musicoterapia, al equipo interdisciplinario, que enriquezcan la concepción que éste pueda construir acerca del paciente.

¹⁷ Schapira. Diego, Ferrari Karina, Sánchez Viviana, Hugo Mayra. *“Musicoterapia, Abordaje Plurimodal”*. ADIM Ediciones, Argentina. 2007. 29-85p.

- Delinear objetivos específicos y estrategias de tratamiento musicoterapéutico en relación al paciente.

5.1.2 Ejes de acción

Desde la práctica musicoterapéutica, este método presenta 4 ejes de acción: La improvisación musical terapéutica, el trabajo con canciones, el uso selectivo de la música editada y la técnica de EISS (Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido). Para el caso práctico, se aplicaron fundamentalmente los 2 primeros.

5.1.2.1 Improvisación musical terapéutica

La improvisación es probablemente el recurso más utilizado en musicoterapia siendo considerado por muchos modelos como el eje principal. Algunos de los modelos que lo consideran son el modelo Nordoff Robbins, el modelo de Juliete Alvin, el abordaje de Improvisación Experimental de Riodon y Bruscia, y la musicoterapia morfológica.

5.1.2.2 El trabajo con canciones¹⁸

El Abordaje Plurimodal propone una serie de uso acerca de las canciones que ascienden a 15, sin embargo me referiré solo a los que se aplicaron durante la práctica:

- Improvisación: Musicoterapeuta y usuario, crean mensajes instantáneos.
- Inducción evocativa consciente: Se le pide al usuario que busque en el archivo de su memoria, una o varias canciones relativas al tema que se está trabajando en sesión.
- Inducción evocativa inconsciente: De manera repentina e inesperada se le pide al usuario que asocie una canción, la primera canción que se le venga a la mente, fragmento melódico o estrofa.
- Exploración de material: Se desarrolla en dos tiempos. Entre dos sesiones, se le pide al usuario que a raíz de lo que va surgiendo en sesión busque para la sesión siguiente canciones que tengan que ver con lo que se está tratando en sesión.
- Cuestionario proyectivo de Canciones: Trata de que el usuario, mediante preguntas de un cuestionario que le hará el terapeuta asocie canciones con distintas facetas de su vida. Por ejemplo: una canción que le recuerde su

¹⁸ Schapira. Diego, Ferrari Karina, Sánchez Viviana, Hugo Mayra. *"Musicoterapia, Abordaje Plurimodal"*. ADIM Ediciones, Argentina. 2007. p.151

infancia, una canción que le recuerde a su padre, un antiguo amor, etc.

- Cuestionario social de Canciones: Trata de que el paciente, mediante preguntas de un cuestionario que le hará el terapeuta asocie canciones con miembros de su vínculo social: una canción que te recuerde tu vecino, una canción que te recuerde tu colegio,... con el fin de conocer su entorno social.
- Confección de cancioneros: Se le propone ir elaborando una recopilación de las canciones que van apareciendo durante el proceso terapéutico, y a los usuarios les gustaría tener.

La utilización de estos ejes permitieron recopilar información muy valorable para el desarrollo de la práctica y para generar el análisis y evaluación del proceso.

5.2 Conceptos de Gustavo Gauna

La presente intervención puso especial énfasis en potenciar la salud de los usuarios y sus recursos, por lo que las ideas del musicoterapeuta Gustavo Gauna fueron de gran importancia. Así, se considero el concepto de personalidad expresiva y núcleos de salud.

5.2.1 Personalidad expresiva

Gustavo Gauna afirma: “la personalidad expresiva es aquella característica particular, personal, definida, que cada sujeto posee y utiliza consciente o inconscientemente como modelo de expresión y comunicación.”¹⁹

Se distinguen 2 elementos que configuran la personalidad expresiva: emoción y representación. La emoción es la reacción ante la estimulación objetal del afuera y la representación es el contenido psíquico que se le asigna a aquella y que le da permanencia en el tiempo. Así, podemos decir que la expresividad es una habilidad propia del ser humano y la expresión es la conducta observable.

Gauna considera que la estructura expresiva posee la facultad autónoma de ser autoestructurante, es decir que puede modificarse a sí misma y por lo tanto asume un rol central de autotransformación del ser humano. De este modo, según Gauna, el objetivo central de la musicoterapia es enriquecer la personalidad expresiva del paciente, ya que lo conduciría hacia un estado de salud.

¹⁹ Gauna, G. *“Entre los sonidos y el silencio, musicoterapia en la infancia: clínica y teórica.* Editorial Artemisa. Rosario, Argentina. 1996

5.2.2 Núcleos de salud

Gauna dice que toda persona, por muy severa que sea su enfermedad, tiene núcleos sanos más activos o más inmovilizados, y al extenderse o asociarse pueden generar nuevos significados; todo esto vivenciando a través del fenómeno sonoro-corporal que genera la Musicoterapia.²⁰

Al expandir los núcleos sanos se logra potenciar los factores positivos del individuo minimizando los factores de riesgo y promoviendo el bienestar físico, psíquico y emocional, lo cual es fundamental para un paciente en un proceso de rehabilitación por drogodependencias.

Gauna da énfasis en que el arte es un espacio que permite al individuo salir de lo reiterativo y generar nuevas oportunidades. Desde el planteamiento estético, dice “aquello que está estático está enfermo y lo estético propende a la salud.” Según esta idea, las terapias de arte como la musicoterapia pueden otorgar un sentido estético que apunta a la salud de las personas, ayudando a disminuir los factores de riesgo que hacen sufrir y enferman al individuo.

²⁰ Gauna, G. *Entre los sonidos y el silencio, musicoterapia en la infancia: clínica y teórica*. Editorial Artemisa. Rosario, Argentina. 1996

Desde esta mirada, resulta fundamental otorgarle al paciente un auditor capaz de reconocer al ser humano tras la patología y en ese sentido la musicoterapia posee la facultad de generar una interacción con la persona traspasando la barrera de relacionarse con ella desde su patología, sino que situándose en un proceso de redescubrir y afianzar los núcleos de salud.

5.3 Musicoterapia Analítica

La creadora de este modelo fue la musicoterapeuta británica Mary Priestley.

Se define como el uso de palabras y música simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta con el propósito de explorar la vida interna del paciente y facilitar su desarrollo (1994).

Su objetivo general busca eliminar obstáculos que impidan al paciente apreciar todo su potencial y alcanzar objetivos personales.

Dentro de sus objetivos específicos busca acceder a regiones inconscientes, llevar los conflictos a un control consciente, inducir a la aceptación de aspectos del yo, positivos y negativos, desconocidos previamente y liberar y redirigir la energía atrapada hacia objetos positivos.

La Musicoterapia Analítica no establece metas antes de comenzar con el proceso. Permite al paciente revelar sus propios objetivos potenciales.

La base teórica de este modelo está en el psicoanálisis de S. Freud.

Los roles de la música son varios:

- Puente: Entre mundo interno y externo
- Liberación de impulsos reprimidos
- Transformación de impulsos en ideas creativas no destructivas
- Contención: Sostenimiento de la emocionalidad
- Acompañamiento: En el proceso terapéutico
- Confrontación: Elemento de confrontación del paciente con sus conflictos internos.

En este modelo se considera usar el piano por parte del musicoterapeuta, sin embargo para este caso práctico no fue así. El piano no estuvo presente y siempre se utilizó un setting instrumental de fácil manejo al que todos tenían acceso por igual, incluyendo al musicoterapeuta. La influencia de este modelo radica más en su contenido teórico que en su aplicación práctica.

5.4 Modelo Benenzon

Si bien no se adoptó este modelo en su totalidad para la intervención, se consideraron algunos conceptos importantes y apropiados para desarrollar dentro del contexto de las adicciones.

Los conceptos tomados de este modelo son: ISO (Identidad Sonora); objeto intermediario; objeto integrador; espacio vincular; tiempo terapeutico y distancia óptima.²¹

El concepto de ISO o Identidad Sonora, propio de este modelo, se usó para conocer a los pacientes desde sus relaciones con la música e historia sonora.

ISO es el conjunto de energías sonoras acústicas y de movimiento que pertenecen a un individuo y lo caracterizan. Este movimiento constante está formado por las energías sonoras heredadas a través de las estructuras genéticas, por las vivencias vibracionales, gravitacionales y sonoras durante la vida uterina y por todas las experiencias analógicas desde el nacimiento hasta la edad adulta. Esto acabaría por crear una identidad corporo-sonora-musical que caracterizará a ese individuo en particular y lo diferenciará de todos los otros. Este concepto no es estático sino dinámico, pues esta identidad está en constante movimiento de cambio que se nutre de los procesos de comunicación de ese individuo.

R. Benenzon distingue:

- ISO universal: energías corporo sonoro musicales que se encuentran en el inconsciente. Heredadas genéticamente desde hace milenios.

²¹ Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia, de la teoría a la práctica*. Editorial Paidós. Madrid, España, pag 67.

- ISO gestáltico: son energías corpóreo sonoro musicales inconscientes que se van desarrollando a partir de la historia del individuo.
- Iso cultural: Son energías corpóreo sonoro musicales nutridas desde el nacimiento del sujeto y por el medio ambiente que lo rodea.
- ISO grupal: son energías sonoro musicales que aparecen y desaparecen en determinados momentos de la interacción de un grupo.

Otro concepto al que se refiere es el Objeto Intermediario, el cual es todo elemento capaz de permitir el paso de energías de comunicación corpóreo-sonoro-musicales entre un individuo y otro. Es un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente mediante la relación, sin desencadenar estados de alarma intensos.

Objeto Integrador es aquel instrumento corpóreo-sonoro-musical que permite que dos o más personas puedan interrelacionarse entre sí. El Objeto Integrador es aquel instrumento musical que en un grupo musicoterapéutico, lidera sobre los demás instrumentos y absorbe, en sí mismo, la dinámica de un vínculo entre los pacientes de un grupo y musicoterapeuta.

El Espacio Vincular es el que se forma entre dos personas cuando interaccionan las energías de comunicación. Sin estas energías presentes, el espacio es sólo virtual y forma un gran vacío. Cuando las energías de comunicación que están formadas por la conjunción de los ISO de cada

individuo, se mezclan para ser percibidas por uno y otro lado, nace el Espacio Vincular.

El tiempo Terapéutico se produce mientras dura el Espacio Vincular. Esto quiere decir que el Tiempo Terapéutico se produce como consecuencia de la comunicación entre paciente y musicoterapeuta.

La Distancia Optima es una medida del Espacio Vincular, es la acción entre alejarse y acercarse del musicoterapeuta y del paciente, que permite una buena recepción de los mensajes de ambos.

Si bien en este modelo se trabaja más desde el lenguaje no verbal, incorporar a esta práctica los conceptos mencionados ayudaron de gran manera a conocer mejor a cada paciente y permitió que ellos mismos se conocieran mejor entre sí, potenciando el vínculo entre todos y la cohesión grupal.

Rolando Benenzon recomienda para finalizar los tratamientos, intensificar la verbalización, y que las consignas sean más directivas a medida que se acerca el cierre.

VI. PROCESO MUSICOTERAPEUTICO

6.1 Encuadre musicoterapéutico

Desde el punto de vista del Abordaje Plurimodal, el encuadre en musicoterapia se define como el conjunto de factores o elementos que permanecen estables y permiten visualizar el proceso musicoterapéutico.²²

6.1.1 Espacio de terapia

Con respecto a la Infraestructura del lugar donde se realizó la Intervención es en “la capilla” del hospital. Este lugar es un espacio muy amplio que actualmente está acondicionado como teatro y sala para eventos. El piso es de madera y las paredes de adobe. Debido a que su diseño es típico de capilla, es un lugar oscuro que requiere funcionar con luz artificial, lo que no ha sido problema ya que cuenta con un panel de iluminación profesional. Este lugar fue seleccionado por ser el más cómodo e independiente para realizar las sesiones con tranquilidad, ya que en el mismo Hospital Diurno no hay ningún salón idóneo para sesiones grupales. Lo bueno es que la capilla está solo a 50 metros del

²² Shapira, Diego. “et al”. Musicoterapia. Abordaje Plurimodal. 2007, Buenos Aires, Argentina. ADIM Ediciones.

centro terapéutico y los pacientes han comentado que se sienten mucho más cómodos en la capilla que en el Hospital de día.

6.1.2 Setting

Dado que en el Hospital contaban con un reducido staff de instrumentos, decidí llevar mi setting personal desde la primera sesión incorporando los instrumentos que había en SENDA.

En el mes de Febrero de 2015 le presenté al Hospital una lista de instrumentos para Musicoterapia que ofrecieron comprar, la cotización fue aprobada y los instrumentos se compraron e incorporaron en el mes de Mayo.

En el siguiente cuadro se presentan los instrumentos que constituyeron el setting estable del encuadre grupal:

Membranófonos	Idiófonos	Aerófonos	Cordófonos
1 bombo leguero	2 palos de agua	2 flautas dulces	1 guitarra
1 djembe mediano	2 claves	1 zampoña	
1 djembe pequeño	1 calimba	1 melódica	
2 bongó	2 cencerro	1 armónica	
1 cajón flamenco	1 toc-toc		
	1 semillas sonajeras		
	1 cachichi		
	1 metalófono cromático		
	1 metalófono diatónico		

	1 pandero 1 tormenta 1 guiro		
--	------------------------------------	--	--



Fotografía del Setting

6.1.3 Implementos de registro

En la primera sesión se ha pedido a cada uno Firmar el Consentimiento Informado de Registro Audiovisual.

Las sesiones están siendo filmadas en una Gopro Hero 3 y grabadas en un grabador de audio de Iphone 5. La calidad del registro ha sido óptimo para su posterior análisis.

6.1.4 Cronograma

La práctica se realizó entre el 2 de Marzo de 2015 y el 8 de Julio de 2015, realizándose un total de 32 sesiones con una frecuencia de 2 veces a la semana (Lunes y Miércoles) durante 1 hora reloj por sesión entre las 12 y 13 hrs.

6.2 Diagnóstico de la problemática

El tema de la Adicción es muy complejo de abordar ya que se considera como una enfermedad causada por el condicionamiento orgánico a las drogas.

Dentro de las problemáticas que tienen los usuarios está el manejo de límites, que los lleva a tener conductas agresivas y recaer, y la falta de rutina que los lleva al incumplimiento de compromisos laborales o sociales.

Producto de sus comportamientos, han perdido total credibilidad de lo que dicen en sus familias, por lo que consideran este tratamiento como su última oportunidad para cambiar. Esta situación hace que la familia no los deje en ningún momento fuera de vista, yendo a dejarlos y a buscarlos al hospital, privándolos de manejar dinero, redes de comunicación social y de sus círculos de amigos. Además no se les permite estar solos en ningún momento mientras están en sus casas, situación que los agobia.

Un factor muy común en ellos ha sido tener una infancia difícil o vivir en sectores vulnerables de la población en donde el acceso a las drogas es muy fácil.

Todos ellos asisten voluntariamente al tratamiento, sin embargo dada su condición, la mayoría de ellos falta a menudo o abandona el tratamiento antes de los 8 meses que corresponden al cumplimiento del proceso.

Lamentablemente la situación de dependencia los hace reincidir una y otra vez, no teniendo control de sus impulsos. Luego de la fase de consumo, viene la recaída, en donde se sienten culpables y descompensados física y emocionalmente.

En conocimiento de lo anterior, el proceso de práctica tuvo como objetivo fortalecer el autocontrol, manejar las ansiedades, mejorar las relaciones interpersonales y generar un espacio que permita la interacción lúdica entre ellos y la liberación de tensiones.

Esta fue mi Hipótesis diagnóstica que formulé en la etapa inicial

“Si los pacientes drogodependientes hacen un gran esfuerzo orgánico y emocional por cumplir con el tratamiento, entonces la intervención de musicoterapia les permitiría tener un espacio de expresión en que podrían sentirse en un clima de confianza para compartir sus emociones y manejar sus ansiedades. De esta manera, la musicoterapia les serviría como una motivación

y apoyo para asistir a la rutina semanal de tratamiento ofreciendo una alternativa terapéutica diferente a la de las otras instancias, las cuales tienen un enfoque psicoeducativo (como el de manejo de abstinencias).”

6.3 La sesión de musicoterapia

Considerando la preparación del lugar para realizar cada sesión, las partes de la sesión se configuraron de esta manera: Pre-inicio, inicio, desarrollo y cierre

El pre-inicio: Siempre se destinaron 20 minutos previos a que comenzara la sesión para preparar la capilla. Lo primero era conseguir las llaves, encender el panel eléctrico e iluminar el lugar de la sala en donde realizamos las sesiones (la sala era una ex capilla que era muy amplia y se había acondicionado para realizar presentaciones del hospital por lo que contaba con un panel de iluminación muy completo), luego preparaba sillas en círculo con el Setting instrumental en el centro. Después instalaba los implementos para la grabación tanto de audio como de video. Una vez que estaba listo (unos 10 min antes de comenzar) iba al SENDA, ubicado muy cerca de la capilla, a buscar a los pacientes que se encontraban en un break de 15 minutos. Ese momento resultó siempre muy importante para percibir como sería la sesión en asistencia y ver el ánimo que predominaba en el grupo ese día. Por protocolo yo siempre tenía el compromiso de ir a buscar a mis pacientes y dejarlos de vuelta en la sala

principal del SENDA. Entonces los llamaba y nos íbamos juntos a la sala de musicoterapia.

Inicio: Esta era la instancia para saludar al grupo y comentar a modo general como estaban, indagando en cómo se han sentido en sus casas y en el proceso de rehabilitación mismo. Aquí salían emergentes importantes para considerar en la sesión. Esta etapa se mantuvo fija a lo largo de todo el proceso.

Desarrollo: Espacio de la sesión destinada a realizar las actividades planificadas según los objetivos establecidos. Esta parte de la sesión se mantuvo flexible durante el proceso dependiendo de los emergentes que surgían en el inicio. Así, comprendí que no solo era importante planificar cada sesión, sino que también importaba estar atento a como llegaban emocionalmente los pacientes y de este modo aprovechar al máximo las posibilidades de cada momento.

Cierre: Esta etapa era de procesamiento y reflexión verbal del grupo y de cada uno de los miembros con respecto a la experiencia vivida en la sesión. Esta etapa se mantuvo fija para todas las sesiones.

Registro: Finalizando cada sesión, por protocolo del SENDA solicitaba las fichas clínicas de cada paciente asistente para anotar su asistencia y actividad de

realizó durante la sesión (grosso modo), con la firma del musicoterapeuta a cargo y fecha. Luego resultó muy importante ir anotando cada sesión el mismo día de ella, por lo que traspasaba al computador el material grabado lo veía y escuchaba para luego completar las fichas individuales de musicoterapia y completar el protocolo grupal de musicoterapia para cada sesión.

6.4 Etapas de trabajo en el proceso

El proceso terapéutico se dividió en 3 etapas: una primera etapa de valoración diagnóstica, luego de desarrollo del proceso y la tercera, el cierre.

Cuadro 1: Etapas del proceso y numero de sesiones

1era etapa: Valoración diagnóstica	5 sesiones
2da etapa: Desarrollo	24 sesiones
3ra etapa: Cierre	3 sesiones

6.4.1 Primera etapa: Valoración diagnóstica

Son en las primeras sesiones musicoterapéuticas que se van generando los primeros vínculos dentro del grupo por lo que se requería dar un encuadre que hiciera al grupo sentirse cómodos para querer participar de este proceso.

Para responder a los desafíos de esta etapa se requería elaborar un plan de actividades variadas de musicoterapia y así observar las distintas posibles reacciones. También fue necesario elaborar el protocolo para la sesión grupal y crear la ficha de musicoterapia individual que me serviría para observar los avances o retrocesos de los pacientes a lo largo del proceso. Para analizar lo que pasaba en cada sesión y completar la ficha resultó fundamental ir revisando el material audiovisual registrado.

Esta etapa inicial partió para mí como una experiencia completamente nueva, así como también para los usuarios, pues no se había realizado musicoterapia previamente en el programa SENDA.

6.4.2 Segunda etapa: Desarrollo

Se considera la etapa más larga del proceso, que en este caso fue de 23 sesiones. Aquí lo que se busca es poder ir cumpliendo con los objetivos planeados y ser constante en completar los protocolos para el efectivo análisis de datos una vez finalizado el proceso.

Esta etapa central permitió consolidar el espacio musicoterapéutico como un lugar seguro para desarrollar la expresión de los pacientes y aprendizaje del manejo de emociones, pasando a ser este un espacio importante para los pacientes dentro de su proceso de rehabilitación.

6.4.3 Tercera etapa: Cierre

La etapa de cierre se comenzó a preparar con los miembros del grupo durante las 3 últimas sesiones. La preparación del cierre tiene como objetivo reflexionar con los pacientes las herramientas y recursos que la experiencia de musicoterapia les entregó. Es el momento en que como musicoterapeuta se analizan los elementos surgidos con el fin de darle al grupo una devolución de lo percibido y junto a ellos evaluar el proceso musicoterapéutico y revisar fortalezas y debilidades del grupo y de cada integrante. Finalmente se establecen las conclusiones y se busca un espacio formal para compartirlas con los funcionarios del programa SENDA.

6.5 Descripción y análisis del proceso

6.5.1 Objetivos generales:

Se establecieron 2 objetivos generales que fueron transversales a todo el proceso.

- Favorecer la identificación de fortalezas personales en los usuarios para combatir su adicción.

- Fortalecer las relaciones interpersonales tales como las habilidades de comunicación y la construcción de vínculos seguros a través dinámicas grupales musicoterapéuticas.

6.5.2 Resumen de las sesiones

A continuación en el siguiente cuadro se muestra el resumen de todas las sesiones realizadas con sus objetivos y actividades con el fin de facilitar una vista general a la estructura del proceso musicoterapéutico realizado. Las sesiones que están en color azul corresponden a las de la etapa de valoración diagnóstica (5 sesiones), en color verde las de la etapa de desarrollo (24 sesiones) y en color amarillo (3 sesiones) de cierre del proceso.

Cuadro:

Sesión	Objetivos	Actividades
1	<ul style="list-style-type: none"> - Generar un ambiente de seguridad y confianza para realizar las sesiones de Musicoterapia - Favorecer la expresión de emociones y comunicación grupal - Fortalecer el vínculo Mt-Grupo y entre pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación - Improvisación libre
2	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar el ISO para conocerse mejor - Fortalecer el vínculo Mt-Grupo y entre pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Canción representativa del presente
3	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el vínculo Mt-Grupo y entre pacientes - Trabajar el ISO 	<ul style="list-style-type: none"> - Canción representativa del presente - improvisación libre
4	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el vínculo Mt-Grupo y entre pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Canción representativa del presente
5	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar el ISO - Fortalecer el vínculo Mt-Grupo y entre pacientes - Reflexión de que desean para su futuro en la vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Canción representativa del presente - Improvisación libre

6	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar la capacidad de exploración - Estimular el trabajo de equipo - Estimular la escucha y comunicación grupal 	<ul style="list-style-type: none"> - Relajación inicial - Explorar sonidos dormidos de la sala - Improvisaciones en 2 grupos
7	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar el tema con el que llegaron del fin de semana de sus casas: La confianza - Facilitar la expresión emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Canción representativa del presente - Improvisación con un instrumento que sienta confianza.
8	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la introspección - Favorecer el autoconocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Baño sonoro
9	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar la sesión en función de lo que traigan los pacientes después del fin de semana largo 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación libre (con el propósito de liberar tensiones, propuesto por los usuarios) - Improvisación utilizando un instrumento que sienta confianza y otro que aun no sienta confianza.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el vínculo Mt-Grupo y entre pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación libre
11	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el trabajo en equipo a través de un guía - Estimular la escucha - Estimular la creatividad 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación libre - 2 improvisaciones con dirección de señas
12	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer el trabajo en equipo a través de un guía 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 improvisaciones con señas - Improvisación libre
13	<ul style="list-style-type: none"> - Generar un espacio sonoro que favorezca la expresión de cada uno dentro del contexto grupal 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación con el tema el solista y el grupo
14	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar la sesión pensando en el día de la tierra. Movilizar las emociones y pensamientos que tienen por la tierra y relacionarlos con cada uno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación recordando "El día de la tierra"
15	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las emociones presentes en uno mismo y en los otros. - Desarrollar la empatía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Representación de la emoción que siento en un instrumento y el grupo percibe y comenta lo que le transmite y hace sentir.
16	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la expresión emocional. - Favorecer el autoconocimiento y regulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Representar emociones a través de un instrumento de manera grupal.
17	<ul style="list-style-type: none"> - Dar espacio a la capacidad de contención hacia un compañero por parte del grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación grupal desde el como me siento. - Baño sonoro a un compañero
18	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la percepción de si mismo a través de la escucha de las producciones sonoras. - Generar sentimientos de pertenencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Audición de 5 grabaciones de Improvisaciones pasadas.
19	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexión acerca del vínculo con la figura materna y su incidencia en su experiencia actual de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación grupal con un instrumento que represente la

	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la escucha - Facilitar la expresión emocional 	<p>emoción con que se quedaron del Día de la Madre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Representación individual de la figura materna en un instrumento.
20	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexión acerca del vínculo con la figura paterna y su incidencia en su experiencia actual de vida. - Estimular la escucha - Facilitar la expresión emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación libre - Representación de la figura paterna en un instrumento
21	<ul style="list-style-type: none"> - Dar un espacio para la confianza que permita la expresión de sus emociones dentro del grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación libre - Representación de cómo me siento en casa - Representación de cómo quiero ser.
22	<ul style="list-style-type: none"> - Dar un espacio más íntimo para conversar y compartir, debido a que eran solo 2 asistentes. - Dar a conocer como percibo a mi compañero. - Reflexionar en cualidades positivas que quisiera tener. 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación 1: Eligiendo un instrumento que refleje como veo a mi compañero. - Improvisación 2: Eligiendo un instrumento que posea una cualidad positiva que quisiera tener.
23	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar las proyecciones que los pacientes tengan en sus compañeros. - Reconocer mis aspectos positivos y negativos. - Estimular la escucha y comunicación grupal 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar la "Proyección": Anotar aspectos positivos y negativos que veo en mis compañeros, revisar cuales de esos los veo en mí, improvisación musical.
24	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular el autoconocimiento y regulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Anotar cualidades y defectos de los miembros de su familia/Reconocer cualidades y defectos que estén en uno/Representación a través de un instrumento.
25	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar las preocupaciones existentes en esta nueva etapa - Facilitar la expresión emocional - Estimular la creatividad 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación libre de festejo de un cumpleaños
26	<ul style="list-style-type: none"> - Generar un espacio de integración para los nuevos pacientes que llegaron por primera vez 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación libre
27	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular el autoconocimiento y regulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación y Representación a través de un instrumento las 3 fases de consumo.
28	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular el autoconocimiento y regulación emocional - Estimular la creatividad - Estimular la escucha y comunicación grupal 	<ul style="list-style-type: none"> - Representación de la propia adicción a través de una figura usando greda.
29	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular el autoconocimiento y regulación emocional - Estimular la escucha y comunicación grupal 	<ul style="list-style-type: none"> - Conectar con la experiencia con droga, revisar como les ayudo en ese momento de la vida.

		Representación instrumental.
30	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conocer que quedan 3 sesiones incluyendo esta para cerrar el proceso. - Reconocer el principio de su consumo 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar instrumento o sonoridad de la primera vez que se consumió. - Improvisación libre 1 - Improvisación con instrumentos melódicos
31	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer las fortalezas de cada uno para combatir la adicción. - Generar sentimientos de pertenencia - Preparación para el cierre del proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Improvisación 1 basada en el descontrol. - Improvisación 2 basada en el control.
32	<ul style="list-style-type: none"> - Cerrar el proceso terapéutico - Estimular la escucha y comunicación grupal - Generar sentimientos de pertenencia - Revisar con que se queda cada uno para el futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Última improvisación - Creación del Totem

6.5.3 Descripción y análisis de las etapas del proceso

a) Descripción y análisis de etapa de Valoración diagnóstica

Esta etapa inicial contempló 5 sesiones que fueron realizadas ente el 2 y el 23 de Marzo de 2015. Desde la primera sesión se observó que había un interés general por parte de los usuarios de saber de que se trataba este nuevo espacio de terapia que se les estaba ofreciendo dentro del programa de rehabilitación, siendo ellos muy empáticos conmigo desde el primer momento. Todos se acercaron a saludarme respetuosamente y ofrecieron ayuda para acomodar las sillas y los instrumentos. Al inicio de la sesión, se presentó el encuadre de trabajo y se les comunicó que las sesiones se grabarían y por lo tanto era necesario que firmaran una carta de consentimiento informado, la cual firmaron 7

usuarios (solo 1 no quiso decidiendo inscribirse en un taller paralelo de carpintería). Comenzamos los primeros diálogos generando una ronda en la cual todos tenían un momento para presentarse.

Basándome en el enfoque de valoración diagnóstica inicial del Abordaje Plurimodal, en que se establece el encuadre y se brindan las primeras experiencias musicales, los principales objetivos de esta etapa fueron: “Generar un ambiente de seguridad y confianza para realizar las sesiones de musicoterapia” , “Favorecer la expresión de emociones y comunicación” y “Fortalecer el vínculo Mt-Grupo y entre los pacientes”.

Las improvisaciones libres rápidamente generaron en el grupo un estado de liberación al explorar los instrumentos y sus sonoridades, teniendo una duración de 5 a 12 minutos y en la cual el grupo generó de inmediato un clima de juego acompañado de miradas y a veces risas, en que se notaba el compromiso con lo que hacían y la intensidad con la que casi la mayoría tocaba. Las producciones sonoras de estas improvisaciones libres realizadas en esta etapa inicial variaban mucho en ritmo y menos en alturas. La mayoría del grupo prefería tocar instrumentos de percusión llenando mucho el espacio sonoro. Eran muy pocos los momentos de silencio individual y menos aun los silencios grupales durante el desarrollo de estas improvisaciones. En cuanto al protagonismo o la textura de la producción grupal, la mayoría permanecía más en el fondo, siguiendo las ideas propuestas por un par de compañeros que

tenían mayor iniciativa musical de figurar. De todas maneras el nivel de interacción grupal fue cada vez mayor. Desde la perspectiva del APM me fui dando cuenta que estas improvisaciones lograban ser una Representación Social Musical, ya que daban cuenta de la personalidad de cada uno y de como se relacionan con su entorno. Algunos eran más extrovertidos y otros muy introvertidos. Observaba que si bien todos participaban de la producción sonora algunos intentaban estar más presentes buscando miradas y comunicarse a través de la música y otros permanecían en una actitud más evasiva tocando sin mirar al resto ni escuchar mucho su entorno. Desde el enfoque de la Musicoterapia Analítica, con respecto a lo que describo, podía observar mecanismos de resistencia y defensas del yo de manera muy clara a partir de estas primeras improvisaciones. También notaba como la música que generaban servía para la liberación de impulsos reprimidos y para la transformación de impulsos en ideas creativas no destructivas.

Se podía apreciar que gran parte del grupo tenía mayor afinidad por los instrumentos de percusión y que algunos usuarios que eran mas introvertidos, preferían tocar suavemente una flauta o la guitarra. Aquí aparecieron emergentes verbales que indicaban que se sentían bien en el taller de musicoterapia, como por ejemplo, “liberé todas las tensiones”, “quedé con una sensación de relajamiento total”, “...desahogo...”, “quedé súper contento...hasta me olvidé de mis problemas”. También surgió durante la primera improvisación

la frase cantada “que bonita vecindad es la vecindad del chavo”, que hacía alusión a la cohesión grupal que se sentía en el ambiente y que se sostuvo durante todo el proceso. Así, fue posible observar los factores terapéuticos que describe Yalom tales como la catarsis y la cohesión, lo cual fue muy positivo que se diera en esta primera etapa. El mismo grupo comenzaba también a contenerse entre sí a través de una actitud de escucha atenta cuando un integrante compartía una experiencia difícil como por ejemplo, cuando P se acordó de su ex pareja con la canción que enseñó al grupo (“Dime” de los Hermanos Zabaleta), o también cuando C enseña su canción (“Vuelvo” de Illapu) y cuenta que su señora lo había dejado junto a sus hijos y se proponía a ir a verlos a Talca en un intento de recuperar a su familia. En general la actitud de escucha grupal se inclinó más a lo positivo y los integrantes comentaban lo que pensaban de las situaciones que iban surgiendo, sintiéndose muchas veces identificados también con el problema.

Una actividad importante desarrollada en esta primera etapa fue que cada uno compartiera con el grupo la canción que más sentido le hacía en el presente. Desde la mirada del modelo Benenzon, esta actividad permite conocer el ISO o identidad sonora del paciente. Fue necesario destinar varias sesiones para que todo el grupo tuviera la oportunidad de compartir su canción, la cual era reproducida desde un dispositivo como computador o celular, usando internet para facilitar su búsqueda. Durante el proceso de práctica se fueron integrando

más pacientes, por lo que también se fue dando espacio a que realizaran la actividad. Las canciones variaban mucho de estilo entre ellas, abarcando estilos como el hip hop, baladas, folklore, bachata, cumbias y rock entre otros. A través de esta actividad el grupo pudo apreciar mejor el mundo interno de cada uno, reconociendo lo importante que era para cada uno el significado de la letra y el sentido que les hacía la canción en su vida presente. Algunos títulos de las canciones eran: “Piensa”, “Que quieres de mí”, “Vuelvo”, “Cable a tierra”, “Propuesta indecente”, “Soñar es gratis”, “Vamos por ancho camino”. Las temáticas iban desde historias de amor, desilusiones, canciones de esperanza, que reflejaban los sueños para el futuro y también otras en las que ellos se sentían identificados con el protagonista de la historia. Algunos emergentes verbales surgidos en esta actividad fueron: “me gusta la canción porque habla de soñar y hacer cosas grandes”, “mi madre es mi cable a tierra”, “Afuera nos esperan un montón de cosas positivas que nosotros ni siquiera sabemos”.

Desde la musicalidad se pudo apreciar que la mayoría, si bien gustaba mucho de la música, no tocaba ningún instrumento musical en particular, sin embargo, esto no impidió que se atrevieran a explorar los instrumentos musicales y sus posibilidades, encontrándose en las improvisaciones a través de los distintos ritmos, tempos y dinámicas que proponían. En general la mayoría tenía momentos en que escuchaban atentamente al resto y otros momentos en que se dejaban llevar por la catarsis, sumergiéndose en su propio mundo sin

necesariamente ir al compás de los otros compañeros. Ante esta situación el grupo se vio muy consciente y comentaron de que eso les gustaba mucho de este espacio de terapia, ya que era algo que les hacía falta en sus vidas y en el tratamiento que llevaban. Decían por ejemplo: “aquí nos sentimos escuchados y podemos liberar tensiones”.

En relación a los diferentes roles que fueron apareciendo dentro del grupo, predominó a nivel general ser opinante, cooperador y también transigente. Los miembros del grupo eran capaces de ceder parte de su posición para llegar a un acuerdo por ejemplo para definir que tipo de actividad querían realizar al momento de presentarles distintas opciones. 2 integrantes predominaron en el rol de liderazgo, siendo muy entusiastas y también reguladores de comunicación interna del grupo. También un usuario se caracterizó por usar siempre más tiempo del necesario para verbalizar, lo que alargaba mucho la actividad. Poco a poco fui manejando mejores estrategias para dar espacio de manera más fluida a las siguientes verbalizaciones. Antes de comenzar esta intervención, Imaginé que habrían algunos usuarios más conflictivos, lo cual no se dio tan marcadamente, predominando un ambiente respetuoso y colaborador, quizás eso se debía a que participaban del proceso voluntariamente.

Durante esta etapa inicial, la música que improvisaban se caracterizaba por usar toda la gama de timbres posibles, satisfaciendo la necesidad de exploración

del Setting que tenían. En cuanto a la dinámica predominaban los fortes y un tempo mixto, en donde cada uno partía con su propio pulso llegando a sincronizarse en un pulso y ritmo en común en el transcurso de la improvisación.

De este modo, durante las primeras 5 sesiones fuimos conociéndonos unos a otros y el grupo fue valorando lo que comenzaba a suceder entre ellos y consigo mismos, lo que permitió reafirmar los objetivos planteados y seguir adelante con el proceso terapéutico.

b) Descripción y análisis de etapa de Desarrollo

Esta etapa intermedia contempló 24 sesiones realizadas entre el 25 de Marzo y el 17 de Junio de 2015. Durante la etapa de desarrollo, los principales objetivos planeados fueron “Favorecer la introspección, autoconocimiento, expresión emocional, estimular la regulación emocional, creatividad, fortalecer el trabajo en equipo y el vínculo Mt-Grupo y entre los pacientes”. Fue la etapa más larga del proceso, con 24 sesiones, generándose la oportunidad de poder revisar temáticas más profundas que ya mencionaré más adelante.

Se continuaron realizando improvisaciones libres, siendo la actividad eje de todo el proceso y que el grupo consideraba fundamental. También se realizaron improvisaciones dirigidas por un director por medio de señas. Esta actividad consistía en que uno de los usuarios se paraba frente al grupo e indicaba a

través de señas (que enseñé en un comienzo) al grupo como quería que sonara. Para ello, el director podía proponer el instrumento, el estilo de música a través de un cartel y expresiones musicales como dinámicas, tempos, ritmos o lo que se le ocurriera. La actividad tuvo una gran aceptación generando un ambiente de mucha concentración pero también de muchas risas, ayudando a fortalecer el autoestima y la capacidad de liderazgo. Estas improvisaciones con director tuvieron una duración menor que las improvisaciones libres, seguramente por ser más directivas y porque el inicio y final quedaba en manos del director que, por lo general intentaba hacer su rol con precisión, sin querer dilatar mucho la improvisación. No fue posible por tiempo hacer que todos dirigieran, llegando a dirigir solamente los que se sentían más seguros de intentarlo. Los usuarios más tímidos o inseguros no dirigieron, sin embargo, la experiencia lograba generar efectos positivos en todo el grupo. A través de esta actividad con señas se pudo observar y desarrollar el potencial de lo que se puede realizar a través del lenguaje no verbal. Posteriormente se daba espacio para comentar. Algunas frases fueron: “Tocar y mirar es mas complicado”, “Estuvo bueno”, “a mi me gustaba más lo otro... al lote” (refiriéndose a las improvisaciones libres).

Otras improvisaciones con consignas fueron “el solista y su grupo”, “conversando entre un grupo con instrumentos melódicos versus rítmicos”, “basada en el control y descontrol”, dándose la instancia de que se generaran situaciones que favorecieran la cohesión grupal y tuvieran sus sentidos puestos

en el presente, lo cual no era fácil debido a que siempre estaban medicados quedándose incluso algunos dormidos en medio de una actividad. Esto que ocurría a veces tuve que aprender a manejarlo, ya que era algo propio del contexto del programa de rehabilitación y no se podía exigir que la situación cambiara mucho, aunque si despertábamos sutilmente al que se dormía través de sonidos, cosa que nunca molestó a nadie. A través de las consignas pude observar de que el grado de atención y el desarrollo cognitivo de los usuarios era distinto entre ellos, aprendiendo con la práctica a dar consignas claras y usar un lenguaje comprensible para todos.

También los usuarios tuvieron a oportunidad vivir un baño sonoro en la sesión 8, a la cual asistieron solo 3 usuarios. Realicé un baño sonoro a cada uno ayudado por los otros 2, utilizando cuencos tibetanos de distinto tamaño. P dijo, “una sensación mortal en el cuerpo de relajamiento, sueño”. Otro momento fue en la sesión 17 cuando un compañero llegó muy triste por una discusión familiar del fin de semana. El grupo, de manera muy contenedora, escuchó atento a su compañero y tras mi propuesta de que le hiciéramos un baño de sonidos con el fin ayudarlo a sentirse mejor, los usuarios tomaron distintos instrumentos rodeando a su compañero y tocando para él de una manera muy cuidadosa. En ese instante se pudo apreciar el cambio positivo del grupo en su capacidad de contención y situarse en el lugar del otro.

A medida que avanzó esta etapa del proceso, fui proponiendo actividades que implicaban para los usuarios un mayor compromiso emocional generando una temática que les proponía mostrar sus conflictos y sufrimientos en la vida. El Modelo de Musicoterapia Analítica de Mary Priestley me dio pautas claras de observación al respecto, ya que busca a través de la música eliminar obstáculos que impidan al paciente apreciar todo su potencial y alcanzar sus objetivos personales. Se hablaron temas personales difíciles con el fin de llevar los conflictos a un control consciente e inducir a la aceptación de aspectos del yo, positivos y negativos. Actividades que tocaron temáticas sensibles para el grupo fueron las de representar a través de un instrumento la figura materna y en la siguiente sesión la paterna. Representarla no tuvo en general complicaciones para nadie, aunque más de alguno comentó que fue criado por su abuela. Para la mayoría esta figura simbolizaba seguridad y apoyo incondicional. Algunos emergentes verbales fueron: “la madre es la última en abandonar el barco”, explicándome que pese a todo el sufrimiento que le habían ocasionado a su madre, ella seguía a su lado. Alguno agregó, “el día en que la madre abandone el barco estamos perdidos”. Para representar esta figura con un instrumento, usaron la flauta para decir que era dulce, el pandero por la alegría, el cajón por ser alegre y de carácter fuerte. También O la representó con una flauta explicando que como la melodía que ejecutó, ella también tenía altos y bajos, y que aun tenía cosas que resolver con ella. Personalmente me sorprendí con 2

cosas: la capacidad de profundizar por parte de los usuarios a través de una consigna y por otra parte el poder movilizador de la musicoterapia.

Cuando realizamos la actividad de representar a la figura paterna todo fue muy distinto. Desde que escucharon la consigna se dijo “shh... na que ver” y muchos comenzaron a llorar silenciosamente. Claramente se daba la situación reiterada de que el padre los había abandonado cuando niños. También yo sabía desde antes que la usuaria mujer M (luego de entrevistar a su referente) había sido abusada cuando niña por su padrastro. Al momento de la representación (que se hacía individualmente) varios prefirieron no participar y dejar seguir la ronda. Emergentes verbales surgidos fueron: “un sonido hueco, lo mismo que tiene mi papá en la cabeza”, “con mi padrastro nunca nos hemos dado un abrazo... mi papá el único ejemplo que me dejó fue dejarme botado”. Pero también uno dijo “Yo quiero mucho a mi taita porque siempre me ha dado consejos”.

Luego de pasar una actividad tan movilizadora y que me permitió comprenderlos mucho mejor en el porque y como llegaron a la situación actual, determiné realizar actividades que favorecieran el juego y situarse en el presente, ya que consideré que no era bueno abrir tanto las heridas que tenían de su historia de vida, porque no sabía que tan mal podían llegar a sentirse luego de recordar alguna vivencia dolorosa y podría provocar la recaída al consumo de algún usuario.

En la sesión 28, próximos a la etapa de cierre se realizó la actividad de representar con greda, a través de una figura, su adicción. Consideré que era necesario comenzar a abordar la temática con actividades que les permitiera externalizar la sensación de su adicción, proponiendo generar reflexiones en torno a como se veían cuando comenzó su consumo de drogas y también como se comenzaban a proyectar hacia el futuro. Realizar una actividad manual no estaba dentro de lo esperado por los usuarios en musicoterapia y permitió que expresaran sus habilidades creativas de un modo diferente. Durante esta actividad hubo un muy buen ánimo de parte del grupo y se notaba que estaban entretenidos, haciendo comentarios de cómo les quedaba la figura a su compañero y riéndose mucho entre sí. De todos modos el grupo logró llegar a un estado de concentración muy bueno y todos alcanzaron a terminar su figura. Se usó la sesión completa para que diseñaran su figura y verbalizaran, para que en la siguiente sesión representaran su adicción desde un instrumentos. A través de esta actividad se logró estimular la “personalidad expresiva” que Gauna refiere. Emergentes verbales surgidos con la representación en greda fueron: “mi mono es un tipo que es negativo porque apunta solo para el lado del placer”, “aquí tengo a Don Pipa, que tiene una bolsa de pasta y que habita en mi guata “, “es un demonio con la pipa que vive dentro de mí y me tiene chato, ya lleva 5 años metido en mi cabeza, en mi mente”, “mi mono me mete pensamientos malos, lleva 10 años y habita en mi mente”, “el hala, lleva 8 años en mi cuerpo... el manda”, “ el mío es como un brujo malo, lleva 5 años”, “ el mío está fumándose

un cuete, se llama el marihuana y todavía está instalado”, “Yo pienso que este es mi mono, esta en mi mente y mi estómago, lleva 10 años pero ahora está saliendo de a poco”, “Yo hice una luna con cachos porque yo no sabía lo que eran los días...pura noche en mi vida”, “Yo soy el que consume pero no doy la cara” (T describiendo su figura que fumaba pero tenía el rostro borrado). Esta actividad sirvió de base para realizar las actividades musicoterapéuticas de las últimas sesiones en torno a la temática de la adicción.²³

En la siguiente sesión realizamos la actividad de recordar la primera experiencia de consumo, imaginando el día en que este personaje creado en greda comenzó a habitar dentro de ellos. Esta producción sonora grupal se destacó por tener ritmos que cambiaban de manera aleatoria hasta que poco a poco fueron ensamblándose hacia un mismo ritmo. Llegando al final de la improvisación, P comienza a tocar en el bongó un ritmo de regaeton. Luego, comentaron como recordaban esa primera experiencia. En cuanto a la elección del instrumento la mayoría usó instrumentos de percusión, como el bombo leguero, pandero, djembe, comentando que el recuerdo de la primera experiencia la asociaban a una fiesta y estar alegres. Solo M usó el trueno para decir que su recuerdo de la primera experiencia fue diferente, no en fiesta, describiendo que se encontraba muy triste luego de enterarse de una infidelidad

²³ Ver Anexo 6

de su marido, yendo a ver a una amiga que la invita a consumir cocaína para que se sintiera alegre.

Durante este proceso se dieron claramente los efectos de los factores terapéuticos descritos por Yalom como el de catarsis, cohesión y contención. El grupo disfrutó siempre llegar a los estados de catarsis a excepción de un par de usuarios que se integraron avanzado el proceso. Quizás el hecho de no haber vivido desde un comienzo el proceso y perderse muchas improvisaciones hacía que no se conectaran tanto con esa forma poco estructurada de expresarse a través de la música. En algunas ocasiones, ellos manifestaban que les gustaría que armáramos repertorio de canciones.

Con respecto a la asistencia, noté que había un ciclo propio de este programa de rehabilitación en el que después de aproximadamente 10 sesiones la asistencia bajaba mucho, volviendo a subir cuando se incorporaban nuevos usuarios al programa. El día en que hubo mayor cantidad de asistentes fue la sesión 26 con 11 asistentes y la sesión 9 con solo 2 fue la que tuvo menos asistentes.

c) Descripción y análisis de etapa de Cierre

La etapa constó de 3 sesiones realizadas entre el 22 de Junio y el 1 de Julio de 2015 y sus principal objetivo fue “Cerrar el proceso terapéutico”. Objetivos específicos fueron: “Reconocer las fortalezas personales para combatir la adicción”, “Generar sentimientos de pertenencia grupal” y “Identificar sueños y proyectos a realizar en el futuro”.

Con respecto a la asistencia, cabe destacar que las últimas sesiones fue muy buena con 8 asistentes en las sesiones 30 y 32. La última sesión tuvo 9 asistentes. Esto también ayudó a que los factores terapéuticos de cohesión y contención siguieran presentes, y además surgieron temas referidos al autocuidado respecto de los riesgos de recaídas. Además fue una etapa en que se infundió la esperanza de que era posible luchar contra a adicción.

Poco a poco se comenzaron a cerrar las temáticas que se venían desarrollando a lo largo del proceso, se reconocieron fortalezas individuales y grupales y se plantearon las conclusiones finales que tenía cada uno en relación a la experiencia vivida.

En la penúltima sesión se realizó la actividad: Identificar las fortalezas que cada uno tiene para combatir a adicción. Emergente verbales surgidos fueron, “Mi fortaleza es que no tengo recaídas por discutir con personas como la

mayoría de mis compañeros dice”, “Ser optimista y positiva”, “Perseverancia”, “Contar con el apoyo de mis tíos”, “Tener el apoyo de mi familia”, “Que comienzo a ver en colores nuevamente luego de estar viendo en blanco y negro y borroso”. De estos emergentes me llamó la atención que algunos veían sus fortalezas en sí mismos y otros la veían en su red de apoyo, dando cuenta que para varios la capacidad de autoapoyo y autorregulación todavía estaba débil.

En la última sesión, el grupo pidió realizar la última improvisación, que duró 20 min 45 seg. La iniciativa la tomó O quien toma el “trueno”, el instrumento que ellos consideraron el más representativo de los momentos de crisis. Ante este llamado de trueno, los compañeros rápidamente tomaron diversos tambores generando una masa sonora muy intensa que no paraba de crecer en volumen. Hubo una concentración grupal muy buena, siendo uno de las improvisaciones más emotivas del proceso en la que se miraron constantemente entre ellos y también rieron mucho. Fue muy variada en términos rítmicos, melódicos y de altura. Varios integrantes eligieron tocar tanto instrumentos melódicos como también rítmicos. Debido a que era necesario continuar con otra actividad de cierre, tuve que hacer un pequeño gesto que proponía el término de la improvisación. El emergente verbal que surgió después de esta improvisación fue: “sale lo malo y me quedo con lo bueno”, que luego de decirlo O, los demás participantes quisieron repetirla. También se dijo: “sale liberación de energía y me quedo con lo bueno” y “Estuvo bien, estuvo piolita”.

En la última etapa del cierre se hizo la actividad propia del Modelo Benenzon de crear el Totem, en la cual todos los presentes quisieron participar utilizando todos los instrumentos del Setting en el Totem.

En este momento sentí que el grupo estaba muy cohesionado y había un ambiente emotivo que reflejaba que llegaba el momento de cerrar el proceso. El primer instrumento que ubican en el Totem fue el bombo leguero y luego sucedió algo a lo que no tuve tiempo de reaccionar y fue que el monitor de los usuarios que estaba presente en esa sesión quiso situar el cajón peruano sobre el bombo, lo cual condicionó es Totem. El no debió haber participado porque no era paciente y yo reconozco que como musicoterapeuta debí habérselo dicho previamente. En seguida el grupo continuó ubicando instrumentos sobre los otros creando una gran torre de instrumentos.



Fotografías del Totem

Luego de observarlo unos minutos, nos sentamos en círculo y comentaron que les ocurría en ese instante. Frases que surgieron allí fueron: “Realmente agradecer la oportunidad que nos dio, muchas veces hablamos de cualquier cosa pero abiertamente lo que nos pasa, se nos ha dado en este tipo de instancia, así que gracias a ti”, “ Yo en el poco tiempo que estuve participando me gustó, habían instrumentos que nunca habían pasado por mis manos así que se lo agradezco y si sigue yo voy a seguir”, “ Yo de verdad encuentro bastante interesante y que ayuda también conocer los instrumentos, también poder interpretar un poco lo ocurre con los sonidos”.

No todos quisieron verbalizar en ese instante, pero sabía que para cada uno resultaba ser este un momento significativo.

Luego, el grupo me dedicó un aplauso y se despidieron todos esperando su turno dándome un abrazo y las gracias.

VII. Evaluación del proceso musicoterapéutico

7. 1 Evaluación de los objetivos planteado en relación a los logros del proceso

Para evaluar cada objetivo planteados se consideraron ciertos indicadores.

Objetivo general 1: Favorecer la identificación de fortalezas personales en los usuarios para combatir su adicción.

Criterios de evaluación:

- Capacidad de auto observación de los usuarios
- Relación con los instrumentos y producción sonora
- Comprensión de consignas

Al analizar los logros en los miembros del grupo según el primer objetivo planteado, se pueden destacar los siguientes aspectos:

Capacidad de auto observación de los usuarios: Para poder lograr este objetivo era necesario ver que nivel de auto observación tenía los usuarios y si iba teniendo algún tipo de evolución. En el transcurso del proceso vi que los usuarios eran capaces de comprender que les hacía daño vivir como drogodependiente y estaban dispuestos a generar un cambio hacia lo saludable en sí mismos. También ellos sabían que sus pensamientos y sensaciones corporales eran muy cambiantes entre una etapa de no consumo con una etapa de recaída. Las actividades propuestas si ayudaron a mejorar la capacidad de observarse debido a que vivieron los usuarios nuevas experiencias a través de la música. Estas actividades partieron en un comienzo del proceso por reconocer las emociones del presente y poco a poco abriendo recuerdos del pasado más

difíciles de revivir y compartir. Para ello fue muy eficiente trabajar con el enfoque de “Núcleos de salud” de Gauna. Muchas actividades consistían en reconocer sus fortalezas o las de sus compañeros. Las actividades que lograban mantener al grupo concentrados y participativos también les ayudaba a darse cuenta de las cosas positivas que podían rescatar de sí mismos.

Relación con los instrumentos y producción sonora: Para lograr una mirada amplia para evaluar este primer objetivo, era importante contar con criterios que observaran los aspectos no verbales y también inconscientes de los usuarios desde su relación con los instrumentos musicales. Desde lo general, el grupo fue relacionándose con los instrumentos desde un comienzo catártico y exploratorio llegando a utilizar los instrumentos como objeto intermediario en la cual muchos integrantes fueron generando mayor sensibilidad y capacidad para comunicar sus emociones a través de los instrumentos. En cuanto a la producción sonora cada miembro naturalmente se comenzó aproximando desde lo que más le gustaba, ya sea lo rítmico o melódico o en menos casos armónico. Las primeras producciones sonoras fueron mucho más planas en intensidad permaneciendo más en los fortes, con muchos ritmos simultáneos que reflejaban primero una baja capacidad de escucha, sin embargo luego el grupo fue usando más dinámicas y variando mucho más en cuanto a timbres, uso de silencios y otros parámetros musicales. Este criterio de evaluación permite dar cuenta de que este primer objetivo se logró satisfactoriamente ya que los miembros pudieron ir

reconociendo sus propias fortalezas y la de sus compañeros haciéndose cada vez más conscientes de sus núcleos sanos.

Comprensión de consignas: Para lograr este primer objetivo era fundamental que como musicoterapeuta pudiera entregar consignas claras, lo cual fui mejorando en el transcurso del proceso, y, también observar que usuarios comprendían más claramente la actividad propuesta y quienes no. En ese sentido el grupo no era parejo, algunos integrantes lograban estar más concentrados que otros, sin embargo, en un nivel general siempre se pudieron realizar las actividades propuestas comentando ellos que les hacían sentido para su proceso y que los ayudaba a contenerse entre si y fortalecerlos. Cuando alguien no comprendía la consigna el musicoterapeuta y también los otros integrantes le aclaraban la actividad.

Objetivo 2: Fortalecer las relaciones interpersonales tales como las habilidades de comunicación y la construcción de vínculos seguros a través dinámicas grupales musicoterapéuticas.

Criterios de evaluación:

- Intención de contacto y comunicación
- Producción sonora

Al analizar los logros en los miembros del grupo según el segundo objetivo planteado, se pueden destacar los siguientes aspectos:

Intención de contacto y comunicación: Los miembros del grupo fueron abriendo cada vez más su capacidad de comunicación con los demás debido a la confianza que se fue generando. En la medida que el vínculo se fue fortaleciendo los usuarios fueron compartiendo experiencias de vida más difíciles de mostrar, siempre hubo voluntad de contener al compañero que contaba una historia dolorosa, dándole signos de apoyo y esperanza. Estos factores terapéuticos permitieron que este segundo objetivo se pudiera lograr, permitiendo que los usuarios apreciaran su posibilidad de mejorar sus relaciones vinculares con sus seres queridos y tener una mayor capacidad de situarse en el lugar del otro. Además de lo que se pudo observar desde las verbalizaciones, también la actitud corporal que tenían cada día reflejaba la intención de contacto y comunicación que tenían los usuarios. A lo largo del proceso la mayoría de los usuarios se miraban más entre ellos durante las actividades, se reían e incluso a veces mostraban su disgusto por lo que resultaba a nivel sonoro a través de sus miradas. Es importante aclarar que la actitud corporal también variaba según como se sentían cada día y según cuantos medicamentos habían tomado, sin embargo se pudo apreciar que el vínculo del grupo se fue fortaleciendo gracias a todas estas interacciones verbales y no verbales.

En cuanto a los movimientos corporales y los cambios observados, cada miembro era distinto, variando entre usuarios de movimientos estereotipados, rígido, cortado, flexible, fluido y ligado. Fueron muy pocas las situaciones en que un usuario estuviera con movimientos estereotipados, dándose en un par de sesiones cuando P llegó una semana muy descompensado luego de recaer muchos días en el consumo de pasta base. La otra situación extrema de que alguno tuviera movimientos completamente ligados se fue dando más hacia el final del proceso, pero solamente en un par de usuarios que estaban pasando por un buen proceso de rehabilitación y sin recaídas. Por lo general el grupo permaneció en un promedio con movimientos flexibles, y con mayor tendencia a la fluidez en el transcurso del proceso.

Producción sonora: Medir como se fueron fortaleciendo las relaciones interpersonales a través de la producción sonora permite apreciar lo que se comunica desde el lenguaje no verbal. Paulatinamente las improvisaciones sonoras fueron variando cada vez más en intensidad, uso de timbres, ritmos, alturas y silencios. Estas variaciones dependían de la actividad propuesta pero fue posible ver como cada uno fue teniendo más herramientas sonoras para expresarse con los demás, lo cual fue muy positivo para construir un buen vínculo a través de una comunicación musical que permitía brindar una experiencia satisfactoria para cada uno desde lo sensorial o desde lo emocional.

7.2 Análisis del vínculo Musicoterapeuta-usuarios

El establecer un buen vínculo con los usuarios era un tema que me tenía inquieto antes de comenzar el proceso, pues no sabía si los pacientes adultos de drogodependencias llegarían a interesarse por mi propósito de querer ofrecerles un espacio terapéutico, sin embargo, la relación que se generó entre Mt y usuarios fue muy buena debido a que hubo siempre un ambiente de respeto de parte del grupo al terapeuta y también al trato cercano y empático que como terapeuta establecí con ellos. Cuando terminé el proceso, los funcionarios del SENDA me citaron a una reunión en la cual me agradecieron por haber realizado la práctica con ellos, diciéndome que la relación que se construyó entre terapeuta y usuarios fue única en la historia del programa de rehabilitación, explicándome que gran parte de eso se debía a mi personalidad cercana, sincera y amistosa. Además me hicieron notar de que usé un lenguaje muy claro para los usuarios, quienes pese a los diversos trastornos cognitivos de algunos, lograron entenderme y aceptar como una persona que podía ayudarlos y contenerlos en su proceso.

7.3 Evaluación del Rol de musicoterapeuta

7.3.1 Fortalezas

Dentro de las fortalezas como terapeuta encontradas, pude apreciar que logré tener una buena comunicación utilizando un lenguaje claro para la comprensión de los usuarios que trataba. También se notó la empatía para escucharlos demostrando que me importaba lo que me decían. Para ello también favoreció mantener un lenguaje corporal relajado, sin tensiones musculares evidentes y una mirada cálida y serena.

Otro factor de fortaleza fue la puntualidad con que comenzaba las sesiones. Siempre llegué a buscarlos para comenzar la sesión unos minutos antes de la hora.

La musicalidad de parte del terapeuta también favoreció, ya que me relacioné con la música e instrumentos de manera muy natural y con conocimiento de sus posibilidades técnicas. También les llamó la atención mi apertura a la diversidad de gustos musicales que ellos tenían y a mi actitud relajada y de disfrute frente a cualquier resultado sonoro que hubiera.

También favoreció la creatividad en las sesiones para proponer actividades o cambiar la estructura de la sesión en función a alguna necesidad en particular surgida en el momento.

7.3.2 Debilidades

Podría decir que mi mayor debilidad tuvo que ver con el manejo de la ansiedad, que si bien, me he preocupado por trabajarlo, se hizo notar en algunas ocasiones como por ejemplo: explicar mucho una consigna o anticipar alguna palabra en la reflexión de un usuario. A través del proceso fui comprendiendo lo importante que es mantenerse “lo más neutro y receptivo posible como terapeuta”, evitando interrumpir con palabras e interpretaciones propias la reflexión de una persona.

Otro factor que partió como debilidad y se fue fortaleciendo en el camino fue cuidar el cierre de la sesión. Al principio no le daba mayor importancia a que la sesión durara 5 minutos más, pero luego este tiempo de más que me tomaba afectaba a la llegada de los usuarios al cierre general del programa que ocurría inmediatamente después de mi sesión. Para solucionar esto fui aprendiendo a mantener el encuadre (tiempo de las actividades y verbalización), prefiriendo terminar 5 minutos antes para no concluir con la sensación de que llegaban tarde a la siguiente actividad.

VIII. CONCLUSIONES

- Desde el punto de vista de la eficiencia de la intervención en relación a los objetivos planteados, se puede concluir que resultó exitosa, ya que los usuarios encontraron en el transcurso del proceso un espacio de contención en que llegaron a sentirse con la confianza necesaria para compartir sus emociones, escucharse, tener importantes reflexiones en torno a la problemática y también liberar tensiones con algunas actividades musicoterapéuticas, destacando las experiencias que vivieron utilizando el lenguaje no verbal a través del cuerpo y lo sonoro.
- Con respecto a una pregunta que siempre se me hizo en varias oportunidades por parte de personas externas a la intervención acerca de si la musicoterapia podía recuperar a una persona de las drogodependencias, puedo decir que más que ser en sí la cura para la problemática (como muchas personas quisieran que sea), la eficiencia de la musicoterapia radica en el tipo de comunicación que se establece en las sesiones, facilitando para el usuario un espacio en que logra sentirse seguro, comprendido y puede reflexionar sobre lo que le sucede sin sentirse juzgado, a diferencia de lo que les pasa en sus casas con su grupo familiar que aunque lo apoye, existe tensión entre ellos debido a que las relaciones están viciadas. La intervención de musicoterapia les pudo otorgar herramientas para mejorar sus relaciones interpersonales,

comunicándoles que es importante expresar las emociones pero que también es importante saber como canalizarlas hacia un estado de bienestar.

- Sobre la planificación de las sesiones, si bien es importante hacerlo con anterioridad, más importante es saber atender a lo que surja en cada sesión en relación a lo que traigan los pacientes de lo vivido en los últimos días.
- Acerca del encuadre, es necesario en este tipo de contexto trabajar con un grupo abierto para garantizar la continuidad de las sesiones.
- Escuchando los distintos emergentes verbales surgidos durante el proceso y sobre todo en la sesión de cierre, los pacientes sienten que fue una experiencia muy significativa para ellos.
- Los usuarios también reconocieron que a veces resultaba más fácil expresarse y darse a entender mejor utilizando el lenguaje no verbal a través de los movimientos corporales y el uso del espacio sonoro que utilizando el lenguaje verbal con el peso de sus palabras y conceptos.
- Se pudieron apreciar las posibilidades cognitivas, lúdicas, expresivas, comunicativas de los miembros del grupo.
- El grupo demostró tener habilidades para contener a un compañero que llegara descompensado.
- La última sesión que resultó en lo personal muy emotiva, me sentí muy bien con los agradecimientos y buenos deseos de cada uno de los pacientes al momento de despedirnos.

- Los medicamentos que deben tomar en su rehabilitación perjudican la atención de los pacientes en las sesiones
- El tema vincular con el padre es uno de los temas más importantes en sus vidas y difícil de abordar, ya que para la mayoría les trae más recuerdos negativos que positivos.
- Es importante conocer los cuadros psicopatológicos de los usuarios para proponer actividades que no descompensen a los usuarios.
- Fue bueno sondear en las proyecciones familiares, se observaron algunos mecanismos de resistencia aunque la mayoría deseo compartir sus pensamientos con el grupo.
- El Setting instrumental fue óptimo gracias a que los instrumentos estaban en muy buenas condiciones y había una gran variedad tímbrica. El instrumento llamado “trueno” fue el más representativo para los usuarios ya que reflejaba según ellos muy bien el período de crisis. En ese sentido fue muy bueno incorporar un instrumento en el cual se vieran todos reflejados en su problemática.
- Hay que dejar que los pacientes den lo que puedan en la sesión y no hay que sobre exigir.
- Sobre las actividades propuestas, fueron bien pensadas ya que permitieron movilizar sus emociones y los usuarios siempre se mostraron entusiastas.
- El haber realizado 32 sesiones regularmente 2 veces por semana ayudó enormemente para crear un buen vínculo y cohesionar al grupo.

- Para la realización de esta intervención resultó fundamental investigar el marco teórico de drogodependencias, comprender su terminología específica y los aspectos psicológicos, medico-toxicológicos y socioculturales en cuestión. El apropiado manejo de los conceptos me permitió tener una mejor llegada a los usuarios, a los funcionarios del Proyecto SENDA y las enfermeras. También resultó fundamental revisar el planteamiento teórico de terapia de grupo de Yalom y Vinogradov ya que en el transcurso del proceso pude ir comprobando como se iban dando los distintos factores terapéuticos en el grupo, dándole un mayor sentido para mí el haber realizado esta intervención.

Sobre los métodos musicoterapéuticos

- Utilizar técnicas mixtas resultó favorable tanto para mi observación a través de distintos enfoques como también para este tipo de usuarios, ya que les permitió vivir distintas experiencias musicoterapéuticas desde cada método elegido.
- El Método de APM ayudó a preparar muy bien la primera etapa de valoración diagnóstica y a diseñar actividades usando canciones.
- A través del enfoque de Núcleos de salud de Gustavo Gauna, se facilitó aun más establecer un buen vínculo Mt-Usuarios ya que me permitió reconocer más claramente al ser humano tras la patología.

- Gracias a los conceptos aplicados de Rolando Benenzon pude diseñar un cronograma de actividades que permitieran explorar aspectos inconscientes de los usuarios que ayudaran a generar un cambio positivo en ellos sin tener que usar el lenguaje verbal. De esta manera el grupo pudo vivir experiencias musicales que lograban despertar o potenciar la habilidad para relacionarse entre si y para auto observarse.
- El modelo de Mt Analítica permitió conocer la vida interna del paciente a través del uso simbólico de los instrumentos musicales y llevando a los usuarios a la aceptación del yo en lo positivo y negativo, liberando muchos de sus impulsos reprimidos transformándolos en ideas creativas no destructivas.

.....

Para concluir, gracias a esta intervención realizada se a podido generar una evidencia de que la musicoterapia puede resultar de gran ayuda en el proceso de rehabilitación de las drogodependencias facilitando la creación de un mejor vínculo entre los usuarios y ayudándolos a que reconozcan sus fortalezas.

A través de esta intervención realizada en el Hospital Psiquiátrico Del Salvador de Valparaíso, Chile en el año 2015, se ha logrado reconocer la musicoterapia profesionalmente dentro de esta institución y sobre todo en las reuniones de equipo del programa de rehabilitación SENDA, en donde participan coordinadores, asistentes sociales, psicólogos, enfermeros y desde ahora

también un musicoterapeuta, ya que me han ofrecido continuar trabajando en el programa debido al positivo impacto que se logró en los usuarios.

IX. BIBLIOGRAFIA

- Joison, Andrés M. *“De la adicción a la autonomía”*. Editorial Icaria. Barcelona, España, 2015
- E. Becoña *“Manual de intervención en drogodependencias”*. Editorial Síntesis. Madrid, España, 2004.
- P. Lorenzo. *“Drogodependencias”*. Editorial Medica Panamericana, 3ra edición. Madrid España, 2009.
- Gallardo, Rubén. *“Musicoterapia y Salud Mental: prevención, asistencia y rehabilitación”*. Urgerman editor, Buenos Aires, Argentina, 2011
- Benenzon, R. *“Musicoterapia, de la teoría a la práctica”*. Editorial Paidós. Madrid, España, 2011
- Taylor, D. *“Fundamentos biomédicos de la musicoterapia”*. (Trad. Por Ivonne Florez) Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2010
- Bruscia, K. *“Musicoterapia, Métodos y práctica”*. Editorial Pax, México. 2007
- Schapira. Diego, Ferrari Karina, Sánchez Viviana, Hugo Mayra. *“Musicoterapia, Abordaje Plurimodal”*. Editorial ADIM, Argentina, 2007.
- Yalom y Vinogradov, *“Guía breve de psicoterapia de grupo”*, Editorial Paidós Ibérica, Barcelona, 1996.
- Priestley, Mary. *“Essays on Analytical Music Therapy”*, Editorial Phoenixville, Barcelona Publishers, 1994.

- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. *“Relapse prevention: Maintenance estrategias in the treatment of addictive behaviors”*. Edit. Guilford Press, N.Y 1985.

- **Web**

- <http://www.conaset.cl/>
- <http://las-drogas.net/paco/>
- <http://www.senda.gob.cl/>
- <http://www.fichaproteccionsocial.gob.cl>
- http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf
- <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC044706.pdf>
- www.corfo.cl
- <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/02/Tesina+Vicen+Carrascosa+MM.pdf>
- <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC044706.pdf>

X. ANEXOS

- 10.1** Anexo1: Consentimiento Informado
- 10.2** Anexo 2: Derechos y deberes usuarios Programa SENDA
- 10.3** Anexo 3: Protocolo de Musicoterapia Grupal
- 10.4** Anexo 4: Ficha Musicoterapéutica individual
- 10.5** Anexo 5: Gráfico de asistencia
- 10.6** Anexo 6: Figuras realizadas en greda representando su adicción

10.1. ANEXO 1

Universidad de Chile
Facultad de Artes
Postítulo en Terapias de Arte
Mención Musicoterapia

Carta de Consentimiento Informado

Autorización para la filmación de las sesiones de Musicoterapia con Pacientes del Hospital de Día, Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.

Alumno en Práctica: Jaime Sebastián Frez Rosales
Correo electrónico: jaimefrez@yahoo.com

Supervisora de Práctica: Patricia Lallana
Correo electrónico: patricialallana@gmail.com

Fecha de Inicio de Práctica: Lunes 2 de Marzo
Fecha de Término de Práctica: Miércoles 1 de Julio

Yo:
Nombre.....

Rut

Fecha:

Autorizo la filmación y presentación del registro audiovisual de la Práctica de Musicoterapia del Alumno Jaime Frez Rosales, Rut 15.095.421-5 a realizarse en el Hospital Psiquiátrico del Salvador, según lo estipulado en el documento . Entiendo completamente la información que me ha sido proporcionada y he podido hacer preguntas, las cuales fueron contestadas satisfactoriamente.

La filmaciones serán utilizadas solo con fines pedagógicos por el Programa de Postítulo de la Universidad de Chile y no serán utilizadas en otros ámbito sin su consentimiento.

Acepto voluntariamente participar en esta actividad.

.....
Firma

10.2. ANEXO 2

Información derechos y deberes de los usuarios del programa intensivo del Hospital de Día para dependencias

Condiciones Generales

1. La participación en el Programa Ambulatorio Intensivo es VOLUNTARIA.
2. La familia, debe estar representada por un apoderado que se compromete a apoyar el tratamiento, manteniendo contacto personal y/o telefónico con el equipo de profesionales.
3. Los familiares y apoderado deben acudir a las entrevistas concertadas, aunque no asista el paciente.
 4. El Equipo Profesional puede derivar al usuario a otra instancia de tratamiento, si así lo requiriera, de acuerdo a su condición de salud física, mental, económica o territorial o si no se cumpliera con las normas establecidas como deberes del usuario.
5. Se considera abandono del tratamiento cuando el paciente, sin justificar su inasistencia, deja de asistir al Programa por más de dos semanas. En caso que el paciente personalmente solicite el reingreso, es el Equipo de Profesionales quien decide su aceptación o rechazo, no obstante está establecido en las normas internas que no se puede hacerlo antes de pasados seis meses de su abandono.

Derechos

Al ingresar al Plan Ambulatorio Intensivo del Hospital para Dependencia, el usuario tiene derecho:

1. A que se le entregue información escrita acerca de sus derechos y deberes mientras se encuentre en tratamiento. Esta información debe recibirla al momento del ingreso.
2. A ser informado de su diagnóstico, plan de tratamiento y alta.
3. A ser informado del equipo de salud que lo atiende y del médico tratante a su cargo y de su referente terapéutico.
4. A que los tratamientos que se le brinden cuenten con su consentimiento libre e informado, como también solicitar una segunda opinión médica.
5. A que se proteja su seguridad personal y la confidencialidad de su estadía y tratamiento.
6. A no ser sometido a investigaciones y estudios no autorizados por él.
7. A ser respetado como persona, protegiéndolo de toda forma de prejuicio y discriminación, como también a mantener su vida privada en cuanto sea compatible con el tratamiento programado.
8. A obtener tratamiento de salud con las siguientes prestaciones:
 - Atención Médico Psiquiatra
 - Atención Psicóloga
 - Atención Asistente Social
 - Atención Terapeuta Ocupacional
 - Exámenes de salud y otros.
9. A que sus familiares puedan hacer sugerencias o reclamaciones directamente en la Oficina de Informaciones, reclamos y/o sugerencias (OIRS), del Hospital del Salvador.
10. A que el apoderado pueda requerir información del estado de su familiar usuario durante todo el programa, en las instancias establecidas por el equipo o cada profesional.

Deberes

1. Ingerir los medicamentos indicados por el médico y en los horarios que corresponda.
2. Efectuarse los exámenes de sangre, orina, o cabello sin aviso previo y todas las veces que se requiera, para comprobar que se mantiene abstinencia de drogas. Además, debe aceptar que las muestras sean recogidas en presencia de la enfermera o técnico paramédico, a fin de evitar todo tipo de manipulaciones.
3. Facilitar y ser veraz con todos los datos médicos, psicológicos y sociales que sean necesarios para el tratamiento.
4. Abstenerse a portar, consumir o traficar droga en el establecimiento y/o en sus alrededores.
5. Abstenerse de hurtar, robar y ocasionar daño a los bienes materiales y/o a la infraestructura del Establecimiento.
6. Mantener un buen trato (sin agresiones verbales ni físicas) con otros pacientes y con los terapeutas o funcionarios del Establecimiento.
7. Mantener abstinencia total del consumo de drogas ilícitas y no beber alcohol, ya que cualquiera sea la cantidad de bebida alcohólica que ingiera, va a ser la causa principal de su recaída en la droga.
8. Mantener incomunicación total y absoluta con todas aquellas personas que puedan hacer fracasar en su tratamiento.
9. Alejarse definitivamente de amigos y/o conocidos que consuman bebidas alcohólicas o drogas.
10. Evitar participar en fiestas u otros eventos de esparcimiento que fomenten el uso del alcohol o aumenten los riesgos del consumo de drogas.
11. Abstenerse de participar en reuniones o convivencias fuera del Establecimiento con otros pacientes que estén en tratamiento por drogas en éste y otro Centro.
12. Dejar de trabajar durante el tratamiento y sólo hacerlo cuando el Equipo Profesional lo indique.
13. Estar o salir siempre en compañía de un familiar o apoderado, hasta que el Equipo Profesional le indique lo contrario.
14. Ser rigurosamente puntual y asistir a todas las citaciones y/o actividades, de lo contrario, el apoderado debe avisar con anticipación la inasistencia.
15. Participar activamente en todas las actividades del programa del Hospital, sean individuales o grupales.
16. No portar ni administrar dinero, hasta que el Equipo Profesional se lo indique.
17. Dejar en casa el teléfono celular pues el hecho de traerlo al Hospital dificulta la concentración y rendimiento de las actividades terapéuticas.
18. Dejar en casa artículos de valor como joyas, equipos de audio, discos compactos, entre otros, ya que distrae la atención de las actividades hacia el cuidado de éstos y se corre el riesgo de perderlos.
19. Abstenerse de recibir visitas mientras esté hospitalizado ya que también son motivo de interrupción de las actividades y pueden alterarlo emocionalmente si no están recomendadas por el Equipo Profesional.
20. Abstenerse de mantener contacto con otros pacientes hospitalizados. Sobre todo de la Unidad de Desintoxicación de Drogas.
21. No involucrarse afectivamente con otros pacientes ya que esto constituye un factor de riesgo para la rehabilitación y, si esto llegara a suceder, tomar distancia conscientemente y no fomentar con sus actitudes la formación de una relación de pareja.
22. Realizar en el hogar la mayor cantidad de actividades posibles: domésticas, de reparaciones, ornato, colaboración con el cuidado de niños (si corresponde), para mantenerse activo física y mentalmente.

23. Aceptar la derivación a otros centros de atención, cuando esto sea necesario, manteniendo el contacto periódico con el Equipo Profesional que lo deriva.
24. Autorizar el seguimiento terapéutico durante un período de un año, después de finalizado el tratamiento.
25. Comprometer al apoderado y a su familia a asistir en forma obligatoria a las reuniones de familiares dos veces al mes, cada 15 días.
26. Comprometer al apoderado a retirar los medicamentos, ya que no serán entregados al paciente directamente.
27. Retirar al momento del Alta todos los artículos personales. El equipo no se hará responsable por ellos.

10.3 ANEXO 3

PROTOCOLO DE SESIÓN GRUPAL

FECHA:

NOMBRE DE PACIENTE O GRUPO:

SESIÓN N°:

- 1. Objetivo/s:**
- 2. Actividades Realizadas:**
- 3. Descripción de la Sesión:**

Inicio, Desarrollo, Cierre

- 4. Producciones Sonoras (instrumentales y/o vocales):**
- 5. Emergentes verbales:**
- 6. Conclusiones:**
- 7. Objetivos próxima sesión:**

10.4 ANEXO 4

FICHA DE EVALUACION INDIVIDUAL PRÁCTICA DE MUSICOTERAPIA EN HOSPITAL DEL SALVADOR DE VALPARAÍSO, AREA DE DROGODEPENDENCIAS.

Ficha:

Fecha:

Datos del paciente:

Nombre y Apellido:

Edad:

Problemas con la justicia:

Derivado por:

Consumo de:

A) Del Musicoterapeuta

1. Sensación frente al primer contacto con el paciente:

B) Del Paciente:

1. Asistencia:
2. Comprensión de consignas:
3. Participación:
4. Vínculo con el terapeuta:
5. Producción sonora
 - a. Variedad en intensidad:
 - Ritmo:
 - Altura:
 - Timbre:
 - b. Uso de silencios:
 - c. Uso de la voz:
 - d. Relación con los instrumentos:
 - e. Capacidad de exploración, investigación:
6. Actitud corporal
 - a. Orientación témporo espacial:
 - b. Utilización del espacio:
 - c. Característica de los movimientos
 - Estereotipado

- Rígido
- Cortado
- Flexible
- Fluido
- Ligado

7. En la producción grupal

- a. Escucha:
- b. textura
 - figura
 - fondo:
- c. Roles/posiciones:
- d. interacción:

8. Registro

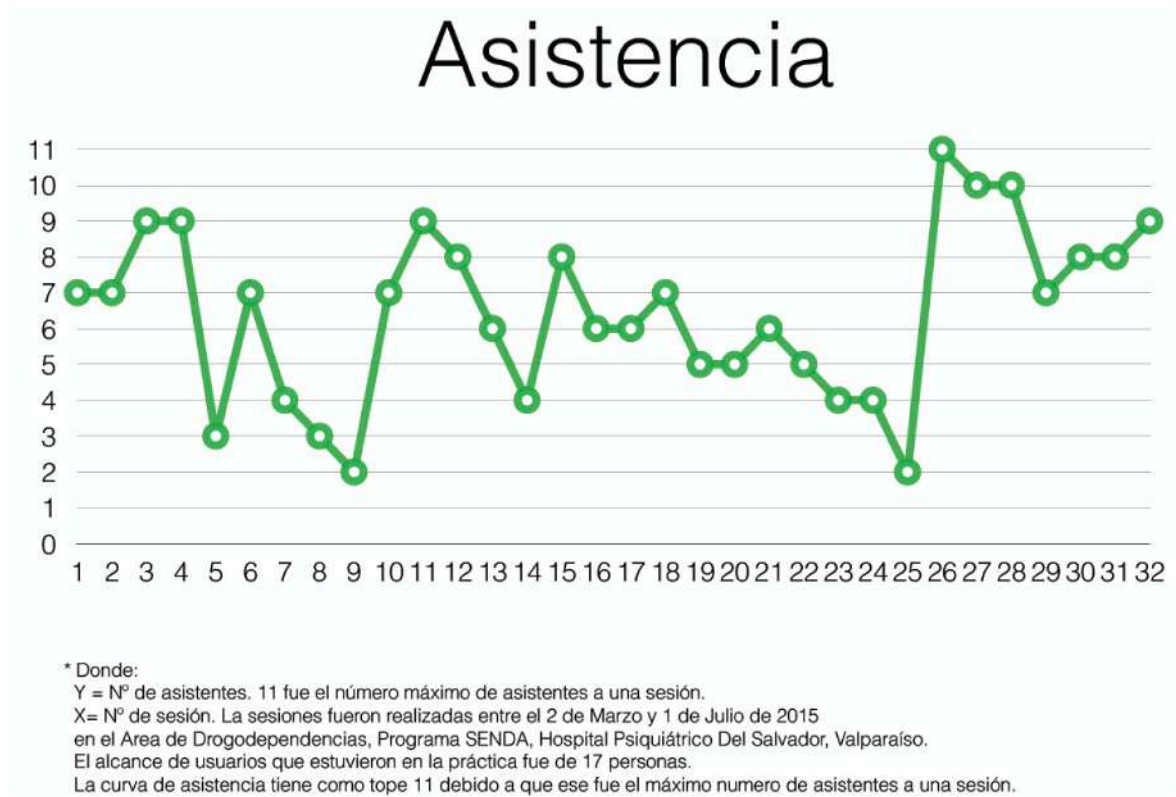
- a. Posibilidad de registro:
- b. da cuenta de su producción:

9. Capacidad de verbalizar:

C) Evaluación de la sesión y planificación de la siguiente

Otros:

10.5 ANEXO 5:



10.6 ANEXO 6

Figuras realizadas en greda representando su adicción

