

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención

Licenciatura en Psicología

“Taller de Musicoterapia para la Integración Social de Adolescentes en Consumo
Problemático de Sustancias”

Alumna: María Belén Gimenez

Legajo: PSI03554

Docente directora: Lic. Ghio Fernanda

Rio Cuarto, Córdoba, 19 Noviembre 2023

Índice

Resumen.....	2
Introducción	4
Línea estratégica de intervención	6
Resumen de la organización	7
Delimitación de la problemática objeto de la intervención.....	10
Objetivos	12
<i>Objetivo General</i>	12
<i>Objetivos específicos</i>	12
Justificación	13
Marco teórico.....	15
<i>Capítulo I. Generalidades contextuales</i>	15
<i>Capítulo II: Adolescencia, factores de riesgo, de protección e integración/ exclusión social...</i>	16
<i>Capitulo III: Adicciones, musicoterapia e integración.</i>	21
<i>Capitulo IV: Taller de musicoterapia</i>	26
Plan de acción	30
<i>Propuesta del Taller</i>	30
Planificación de Actividades.....	30
Diagrama de Gantt	42
Recursos	43
Presupuesto	44
Evaluación de la intervención	45
Resultados esperados	45
Conclusión	47
Referencias.....	49
Anexo	55

Resumen

El presente trabajo responde a la elaboración de un Plan de Intervención aplicable al “Nuevo Hospital San Antonio de Padua” de Río Cuarto, en la provincia de Córdoba, Argentina. Luego de realizar un análisis exhaustivo de la institución, se delimitó la problemática exclusión social en adolescentes en consumo problemático de sustancias. Para tal fin, se diseñó un taller de musicoterapia para mejorar la integración social, durante (5) cinco encuentros, con una frecuencia semanal y cada encuentro pautado en 45 minutos. La población que asistirá a este dispositivo estará integrada por adolescentes externalizados del hospital por consumo problemático de sustancias, debido a que es una población de riesgo. Las actividades están desarrolladas en diferentes temáticas, tales destinadas a reconstruir el lazo social, generar el auto reconocimiento, la gestión de emociones, y posibilitar proyectos de vida. En el último encuentro se realizará a los participantes un cuestionario con el fin de valorar los resultados obtenidos para realizar futuras recomendaciones a la institución.

Palabra claves: Adolescencia- Adicciones –Exclusión social– Taller – Musicoterapia

Abstract

The present work responds to the elaboration of an Intervention Plan applicable to the "Nuevo Hospital San Antonio de Padua" of Río Cuarto, in the province of Córdoba, Argentina. After an exhaustive analysis of the institution, the problem of social exclusion in adolescents with substance abuse problems was delimited. To this end, a music therapy workshop for social integration was designed for five (5) weekly meetings, with each meeting lasting 45 minutes. The population that will attend this device will be integrated by adolescents externalized for problematic consumption of substances, due to the fact that it is a population at risk. The activities developed in different themes, such as rebuilding the social bond, generating self-recognition, emotion management, enabling life projects. In the last meeting, participants will be asked to complete a questionnaire to evaluate the results obtained in order to make future recommendations to the institution.

Keyword: Adolescence – Addictions – Social Exclusion – Workshop – Music therapy

Introducción

El presente trabajo, se enmarca en un proyecto de intervención en el Hospital de día, del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Río Cuarto, con el fin de mejorar la integración social de pacientes adolescentes en consumo problemático de sustancias, externalizados del hospital. Por lo cual, el plan se plantea a través de la información obtenida de la institución, que fue evaluada y luego se identificó la problemática de exclusión social en adolescentes con consumo problemático de sustancias.

La exclusión social en adolescentes en consumo problemático de sustancias, es una de las problemáticas más frecuentes, donde Castel (2014) plantea la exclusión social no es algo que amenaza solo a los grupos sociales marginados, sino todo lo contrario, también es una preocupación que aqueja a personas de todos los estratos sociales.

En tal sentido, los usuarios con problemas de dependencia de drogas, están en riesgo o padecen situaciones de exclusión social. En estos casos, es necesario que además de precisar tratamiento para sus adicciones, en su proceso de tratamiento de rehabilitación, necesitan otras intervenciones, encaminadas a facultar al enfermo, de condiciones personales para la convivencia e integración social (García, 2007).

De esta manera, para mejorar la integración social de pacientes adolescentes en consumo problemático de sustancias en el hospital de día. Es necesario reducir la exclusión, ya que la realidad social influye en la construcción de las subjetividades y en los modos de relación e interacción entre sujetos, conduciéndolos en ocasiones a situaciones de vulnerabilidad y riesgo (Levin, 2004).

Por consiguiente, las intervenciones están dirigidas al desarrollo de habilidades y recursos propios que favorezcan la participación social del ex consumidor, así como promover su autonomía y toma de decisiones en función del desarrollo de proyectos de vida posibles de sostener en el tiempo (Gallizo, 2007).

Tales acciones serán llevadas a cabo desde un Taller de Musicoterapia en el dispositivo Hospital de día; la musicoterapia se comprende según Gauna (1996), como una terapia tendiente a restaurar las funciones del individuo para que éste pueda lograr una mejor integración personal y social, por consiguiente, mejorar la calidad de vida, reinserción y tratamiento.

De manera que el abordaje será de carácter integral, comprendiendo que el entorno cultural y social del paciente es parte del padecimiento de la persona, de allí la necesidad de realizar un abordaje desde el entorno tomado como factor interviniente primordial en el proceso su contexto. (Universidad Siglo 21, 2010).

“Taller de Musicoterapia para la Integración Social de Adolescentes en Consumo Problemático de Sustancias”

Línea estratégica de intervención

El presente trabajo responde a la elaboración de un Plan de Intervención aplicable al “Nuevo Hospital San Antonio de Padua” de Río Cuarto, en la provincia de Córdoba, Argentina, tomando como línea estratégica vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad (Universidad Siglo 21, 2019).

En cuanto a, Cardona (2002), define la vulnerabilidad como un factor de riesgo interno de un sujeto o sistema expuesto a una amenaza, correspondiente a su predisposición intrínseca de ser afectado o de ser susceptible a sufrir daño. Por otro lado, con respecto a las conductas de riesgo, Corona y Peralta (2011) las definen como aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas, siendo estas múltiples, bio- psico-sociales y particularmente intensas en la adolescencia

Asimismo, siguiendo a Becoña (2016), entendemos que la adolescencia es caracterizada por una etapa de cambio en la vida del sujeto, en el que se da un proceso de búsqueda de la identidad, que se asocia a una progresiva independencia del grupo familiar y a la influencia del grupo de iguales, que son un papel fundamental como factor de riesgo y/o protección para consumo de sustancias.

Por lo tanto, la adolescencia es un período crítico que se refiere a conductas de riesgo en general, y concretamente al uso de sustancia, siendo el momento en que se comienza a experimentar con ellas (Becoña, 2016, p.47). En consecuencia, el consumo de sustancias lleva al sujeto a realizar conductas de

riesgo, ya que según señala Becoña (2016) el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

De modo que consideramos, la importancia de realizar la intervención propuesta en la institución escogida, el hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, en el área de Salud mental con adolescentes en consumo problemático de sustancias.

Además, el hospital de día dispone el espacio para que jóvenes en situación de vulnerabilidad y riesgo, obtengan un cambio o mejoría en su vida, a causa del consumo problemático a través de la integración social. En este sentido el hospital puede reagrupar medidas orientadas a restituir a los sujetos su capacidad de funcionamiento en la vida social extrahospitalaria.

Resumen de la organización

El Hospital Regional de Río Cuarto se fundó en 1948 con dependencia nacional. En este contexto el ministro de Salud Pública era el señor Ramón Carrillo, neurocirujano y neurólogo, quien desde el desempeño de sus funciones llevó a cabo una importante transformación en la salud pública de Argentina, desde una concepción social de la medicina. Como parte de esta transformación y de un plan nacional de creación de hospitales, entre 1946 y 1951, se construyeron a lo largo del país veintiún hospitales, entre ellos el hospital de Río Cuarto, ubicado al sur de la ciudad, en el barrio Las Ferias (Universidad Siglo 21, 2019).

De modo que, comenzó brindando prestaciones de baja y mediana complejidad en cuatro especialidades básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. Con el transcurso del tiempo se fueron incorporando otras especialidades, a partir de 1969, queda habilitado el Servicio de salud mental, dicho servicio fue uno de los primeros que se creó en el interior del país con perfil multidisciplinario (Universidad Siglo 21, 2019).

A continuación, se hará una breve síntesis de la historia de la institución: En 1978 los servicios nacionales pasarían a tener interdependencia provincial por lo que se produjo el traslado de todos los elementos del servicio de Salud Mental hacia el nuevo Hospital San Antonio de Padua, que se encontraba casi desocupado, este cambio generó la renuncia de muchas profesiones. Así comenzó a ser un servicio del Hospital, dejando de ser independiente. Este cambio generó que muchos profesionales renunciaran. En este contexto también se constituyó en un servicio de alcoholismo y patologías crónicas (Universidad Siglo 21, 2019).

En el año 1987, se contaba con tres psicólogos, una psicopedagoga y un licenciado en enfermería, constituyéndose el primer equipo de atención comunitaria. En 1993, debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua, se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto, hubo un cambio de denominación del Servicio de Salud Mental pasando a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur, con dependencia directa de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba (Universidad Siglo 21, 2019).

En el año 2004, el hospital se traslada al edificio actualmente denominado Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, exceptuando el Servicio de Salud Mental, que quedó funcionando en viejo predio, dependiendo del hospital general (Universidad Siglo 21, 2019).

En 2014 se ordena el traslado progresivo del servicio al Nuevo Hospital, adecuando el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, provincial y nacional (Universidad Siglo 21, 2019).

En la actualidad se encuentran trabajando quince personas de diferentes disciplinas como pediatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. Se busca promover prácticas de salud en la comunidad, por lo que el abordaje tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural del paciente es donde la problemática subjetiva emerge y es indudable también para su recuperación (Universidad Siglo 21, 2019).

Además, el Hospital cuenta también con el dispositivo Hospital de Día que funciona como espacio terapéutico entre hospitalización y la asistencia en consultorio externo, el mismo está integrado por diferentes talleres tales como: Deporte y recreación, Taller de Literatura, Taller de Arte, de Teatro, Taller de estimulación cognitiva, Taller de autogestión, de autocuidado, Asamblea de pacientes, entre otros (Universidad Siglo 21, 2019).

En cuanto a la misión de la institución es atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los cuatro departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada en cuatrocientos cincuenta mil habitantes, las intervenciones corresponden a prevención, asistencia y rehabilitación de enfermedades baja, media y alta complejidad (Universidad Siglo 21, 2019).

En lo que respecta a la visión, la actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la

Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Universidad Siglo 21, 2019).

En conjunto visión y misión, ambas se orientan a preservar la salud como condiciones y calidad de vida de la población (alimentación, condiciones sanitarias, educación, inmunizaciones). Como así también, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de ésta mediante una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales (Universidad Siglo 21, 2019).

Delimitación de la problemática objeto de la intervención

Inicialmente, luego de la lectura de la institución escogida el Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Río Cuarto, Hospital de Día, se identifican un conjunto de necesidades en relación a pacientes extrahospitalizados. Como la falta de prácticas comunitarias, de abordajes integrales, programas de reinserción social, el seguimiento caso a caso, falta de espacios intermedios para evitar la exclusión familiar y/o social en adictos u otras patologías, además propuestas de nuevos talleres que convoquen a los pacientes ambulatorios para mejorar su calidad de vida (Universidad Siglo 21, 2019).

Por consiguiente, se hace hincapié a que si bien el hospital de día, cuenta con dispositivos terapéuticos, generadores de espacios intermedios entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo. La población de adictos no está incluida en estos dispositivos, que permiten de manera interdisciplinaria la restitución de manera integral de los mismos, y también evitan la exclusión familiar y /o social.

Por lo cual, la problemática de la exclusión social en adolescentes en consumo problemático de sustancias en el hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, se identifica por la falta de programas para su abordaje desde la integración socio y/o familiar, así pues, Castel (2014) plantea que la problemática de la exclusión social no es algo que amenaza solo a los grupos sociales marginados, sino todo lo contrario, también es una preocupación que aqueja a personas de todos los estratos sociales.

Asimismo, Castel (2014) señala que, el problema en la multiplicidad de grupos vulnerables y su precariedad, falta de recursos de los mismos que no les permite una cierta independencia económica y social conduciéndolos a la exclusión. Además, refiere la importancia de poder pensar como hoy en la sociedad actual caracterizada por el “progreso” el término “exclusión” lejos de haberse disipado y de ser un problema que solo refería a algunos grupos pequeños se han extendido a nuevos grupos y a niveles de la población.

En consecuencia, se destaca la necesidad de abordar programas para mejorar la integración social, desde la intervención de nuevos dispositivos terapéuticos para pacientes adolescentes con consumo problemático de sustancias, desde la propuesta línea estratégica vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad. En este sentido las intervenciones están dirigidas al desarrollo de habilidades y recursos propios que favorezcan la participación social del ex consumidor, así como promover su autonomía y toma de decisiones en función del desarrollo de proyectos de vida posibles de sostener en el tiempo (Gallizo, 2007).

Dicha intervención se realizará en Hospital de día, mediante un taller de musicoterapia ambulatorio orientado a restituir a los sujetos, su capacidad de integración en la vida social extrahospitalaria. En este sentido, Gauna (1996) considera que, la musicoterapia tiende a restaurar las

funciones del individuo para que éste pueda lograr una mejor integración inter/intra personal y social, por consiguiente, mejorar la calidad de vida, reinserción social y tratamiento.

Por lo tanto, la problemática planteada la exclusión social en adolescentes con consumo problemático de sustancias y la intervención propuesta, puede resultar un entrecruzamiento de diferentes factores en la interacción entre musicoterapia y paciente, que favorezcan nuevas posibilidades, nuevos sentidos y nuevas representaciones acerca de la propia historia y del mundo circundante.

Objetivos

Objetivo General

- Mejorar la integración social en adolescentes en consumo problemático de sustancias para evitar la exclusión social mediante un taller de Musicoterapia en el “Hospital de Día” del Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”, en enero 2024.

Objetivos específicos

- Acrecentar las emociones y afectos positivos mediante el autorreconocimiento y el conocimiento de los propios límites para prevenir reacciones negativas.
- Desarrollar el aumento de habilidades socio-comunicativas que favorezcan la relación social.
- Elaborar espacios de reflexión sobre la vida personal en función a proyectos de vida.

- Reconstruir en los pacientes lazos sociales para favorecer vínculos interpersonales sanos.

Justificación

Teniendo en cuenta la exclusión social, Becoña et al. (2016) señalan desde un planteamiento bidireccional, que tratar el consumo de drogas y en lo posible resolverla, implica la reducción del factor de exclusión; y viceversa, la reducción de la exclusión permite facilitar el tratamiento y la superación del consumo, así como prevenir recaídas.

Por lo tanto, es necesario reducir la exclusión, ya que la realidad social influye en la construcción de las subjetividades y en los modos de relación e interacción entre sujetos, conduciéndolos en ocasiones a situaciones de vulnerabilidad y riesgo. Por lo cual, la valoración del costo que esto implica queda relegada por la satisfacción inmediata que se encuentra en diferentes sustancias o bien, por la falta de herramientas para elegir posibilidades que den sentido a la vida. (Levin, 2004).

Asimismo, Becoña et al. (2016) definen que es necesario orientar el proceso de integración, delimitarlo y comprenderlo, en sentido contrario hacia la exclusión. Por lo cual refieren la importancia de ubicar a la persona en contexto espacio-temporal e identificar qué factores actúan en favor de la exclusión, entre estos, factores de riesgo como la drogadependencia y cuales, a favor de la inclusión, en este caso los factores de protección.

Por consiguiente, la propuesta de abordaje será entonces una posibilidad de mejorar la integración social, en adolescentes con consumo problemático de sustancias mediante el dispositivo de

Musicoterapia, en el hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua. De esta manera ofreciendo el espacio para que, a través de la música y sus implicancias, el individuo logre conocimiento de sí mismo, de sus propios límites, apropiación de nuevos hábitos saludables, la recuperación de la palabra, favorecer vínculos interpersonales sanos y también mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto, consideramos entonces a la musicoterapia como una herramienta posibilitadora de integración familiar y/o social, al mismo tiempo un espacio de atención terapéutica complementaria para llevar a cabo el tratamiento integral. Es decir, Shapira (2017), señala que pensar la música y sus elementos como promotores de salud, actúa como un factor de protección y no como un factor de riesgo, desencadenante para desligar la música del consumo, buscando propiciar la transición hacia la cultura de la rehabilitación y el autocuidado.

De manera que lo Musicoterapéutico brinda un ámbito contenedor para que los actos enfocados hacia la salud y la expresión sucedan, permitiendo a los pacientes vincularse con las emociones y poner en palabras aquello que antes no podían. Por lo cual, Herrendorf (1996), plantea teniendo en cuenta el encuadre, las constantes del mismo, los silencios, lo sonoro propuesto, el lugar, favorece al acting-in que les permite a los pacientes confrontarlos con lo que hay debajo de la máscara que cubre una verdad entre comillas, una verdad que veces ha quedado encubierta por la droga y el drogarse.

Desde esta perspectiva teórica se tratará de establecer el dispositivo de musicoterapia en el Hospital de día, con el fin de ofrecer posibilidades para la integración social de los sujetos a la sociedad, mediante la comunicación, proyectos de vida significativos, como así también la posibilidad de enriquecer el campo de la musicoterapia como herramienta de abordaje abriendo nuevas discusiones.

Marco teórico

Capítulo I. Generalidades contextuales

Para empezar las conductas de riesgo y la vulnerabilidad, son conceptos que se encuentran relacionados en cuanto al padecimiento de la fragilidad de personas que viven en indefensión, inseguridad, no necesariamente por llegar al límite de bajos recursos o exclusión, social, psicológica, educativas, entre otras, generando influencia en las instituciones sociales y económicas, produciendo sus efectos en los sujetos, familia y comunidad (López et al.,2016)

Asimismo, el concepto de vulnerabilidad que promueve, en muchos casos, situaciones de riesgo, se define como la capacidad reducida de un sujeto para anticiparse, hacer frente y resistir a los resultados de un riesgo natural o producido por la propia actividad del sujeto para recuperarse frente al hecho (Rojas como se citó en López et al., 2016).

Por consiguiente, la adolescencia es una de las poblaciones más vulnerables de la sociedad, debido a la exposición continua de conductas de riesgo, tales como la pertenencia a grupos sociales (pandillas), el consumo de sustancias adictivas, la deserción escolar, la carencia de afecto y entornos familiares inestables. Es decir, factores que predisponen al desarrollo de alteraciones y afectan la estabilidad emocional e inclusive la integridad física de la población (Zarate, 2019).

En relación, al consumo de sustancias Becoña et al. (2016), señalan en la adolescencia, que puede ser una estrategia de afrontamiento inadecuada frente al estrés emocional, y estaría relacionada con la existencia de un apego no seguro (temeroso-evitativo). Por lo cual, la ausencia de estrategias

adecuadas, facilitaría el empleo de drogas, legales o ilegales, convirtiéndolas para adolescente en una alternativa atractiva para resolver problemas.

Además, el consumo de sustancias Becoña & Cortes (2010) refieren que existen diferentes tipos de acuerdo al grado de consumo y sus consecuencias. Es decir, un consumo aislado de determinada sustancia, llamado “uso”, no provocaría ningún tipo de daño. Por otro lado, si la conducta de consumir se repite, pero sin llegar a desarrollar una dependencia y tolerancia a la sustancia, ni aumento en la dosis, definen como “habito”. Y, por último, Cuando el consumo persiste por fuera de los márgenes sociales, culturales y médicos aceptables, el habito es llamado “abuso de la sustancia”.

En cuanto a las edades promedio de iniciación del consumo de marihuana y alcohol, según el informe de Sedronar (2017), se inicia a partir de los 13 años y medio. El mismo informe revela que 15,9% de los adolescentes consumió alguna vez en la vida marihuana y el 11,8% durante el último año marihuana y alcohol. Además, el 14,5% de los estudiantes de educación media que consumen marihuana presentó alto nivel de consumo.

Capítulo II: Adolescencia, factores de riesgo, de protección e integración/ exclusión social.

II. I Adolescencia

Acerca el término adolescencia es derivado del latín adolescens, el cual representa “hombre joven” y parte también de adolecere que refiere a crecer, padecer y sufrir. Además, se define como una etapa conflictiva, crítica y decisiva, en la cual el joven se separa del sistema familiar, juzga y decide (Griffa y Moreno, 2005).

Según Aryan (2008), refiere a la adolescencia en donde se comprende, como una experiencia intersubjetiva, un estado de resignificación en el cual el joven se encuentra y se asoma a la exogamia, conociendo y comprendiendo esta nueva realidad, dejando atrás el vínculo infantil endogámico.

Por consiguiente, este período se caracteriza por ser una etapa confusional transitoria, una crisis de la identidad, en la cual se contempla como fenómeno de duelo, donde los mismos luchan, sufren, se esfuerzan. No solo por los objetos externos que deben ser abandonados, sino por las identificaciones infantiles que tienes que dejar atrás, asumiendo identidades adultas, presentando elevados montos de ansiedad (Fernández Moujan, 1997).

El joven se interesa en exceso en situaciones como rendimiento escolar, la apariencia, los cambios físicos, se interesan por ser populares y conocidos en el colegio y la familia. Suelen expresar que nadie los comprende, principalmente la familia, donde podría desencadenar sentimientos de soledad o aislamiento, de manera que es una etapa vital crítica (Ferenandez Moujan, 1997).

II. II: Factores de riesgo/ Factores de protección

En cuanto los factores de riesgo, Becoña et al. (2016), señalan que corresponden con circunstancias, eventos o características internas y externas del individuo. Por lo cual la aparición de estos factores en la trayectoria de vida de la persona, aumentaría la probabilidad de desarrollar determinadas conductas, que favorecerían la posibilidad que se produzca un problema.

Asimismo, Becoña et al. (2016), definen factor de riesgo, como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que puede inducir al sujeto al uso o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

Continuando, entre los factores de riesgo en la población juvenil se identifica: la sobrecarga de responsabilidad, maltrato físico y psicológico, crisis de edad, enseñanza tradicional en escuelas, necesidad de potenciar el grupo de pares, la disponibilidad de las drogas (con mayor énfasis del alcohol y el tabaco). Estos factores se constituyen en situaciones de adversidad, los cuales no son estáticos, sino cambiantes y se modifican de acuerdo a cuantas nuevas variables se presentan en la realidad y el contexto del sujeto (Becoña, 2002).

Otro punto es, que la adolescencia por sus características suele derivar en conductas de riesgo a causa de diferentes factores. Valdés y Vera (2015) señalan un conjunto de situaciones familiares percibidas como negativas, tales como la interacción pobre entre los miembros, la baja vinculación, tales factores predisponen a los adolescentes a conductas de riesgo. También la violencia intrafamiliar, la cual provoca baja autoestima, frustración, desamparo, miedos, ansiedad, que derivan en dificultades de integración en espacios normalizados, favoreciendo la aparición de diversas conductas de riesgo.

Además, los factores de riesgo que podemos mencionar más relevantes según el ámbito, son familiar, por ejemplo, baja supervisión, baja disciplina, abuso físico; ambito comunitario, como privación económica y social; del grupo de iguales, como compañeros consumidores; el ambito escolar, como bajo rendimiento académico; e individual, como rasgos de personalidad, baja autoestima, entre otros (Becoña et al., 2016).

Por el contrario, se entiende como factor de protección en relación al consumo de sustancias, un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental, que puede producir inhibir, reducir, o atenuar la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la implicación con las mismas (Becoña, 2002).

Entre los factores de protección, mas importantes para favorecer al tratamiento del paciente en consumo problemático, se definen: una dinámica familiar positiva, un sentido de confianza familiar positivo, tener amigos que no consuman, oportunidades para participar en la comunidad, oportunidades para la implicancia escolar, desarrollo de habilidades sociales, resiliencia, entre otros. (Becoña, 2002)

II. III: Integración social / Exclusión social

Para empezar, los términos integración como exclusión expresan un modo de relación entre la persona y la sociedad. Podemos decir que una persona está integrada socialmente, cuando forma parte de ella, cuando participa y está integrada a la sociedad (Garcia, 2007).

Por consiguiente, en relación a la integración, el individuo debe participar en la sociedad, y formar parte de la misma, es importante que la persona tenga autonomía propia y competencia social, es decir autonomía entendida como la posibilidad de la persona para poder decidir sobre sí misma. Por otro lado, para ser competente, depende de los recursos personales y habilidades sociales suficientes, el nivel de salud, el tipo de convivencia con su familia, el grado de formación educativa y laboral alcanzado, tiempos libres u ocio, es decir el grado de participación como persona en la sociedad (Garcia, 2007).

Asimismo, nos referimos a la incorporación social, cuando los usuarios con problemas de dependencia de drogas, están en riesgo o padecen situaciones de exclusión social. En estos casos, es necesario que además de precisar tratamiento para sus adicciones, en su proceso de tratamiento de rehabilitación, necesitan otras intervenciones, encaminadas a facultar al enfermo, de condiciones personales para la convivencia e integración social (Garcia,2007).

Por el contrario, Raya (2004) señala el termino de exclusión, lo define como un fenómeno relacionado con la evolución de las sociedades occidentales hacia el postindustrialismo. Se comprende como un fenómeno que se vincula casi siempre con el desempleo. Sin embargo, cuando se habla de exclusión, se podría hablar de muchos aspectos, pobreza, desempleo, perdida de vínculos sociales, entre otros. Lo cual la exclusión, expresa una manera de estar en la sociedad, que no se define por lo que la persona es, sino por lo que carece, por lo que ha perdido o nunca ha tenido.

Luego, Rodríguez (2007) define la exclusión, como una conjunción de tres factores, el resultado de tres procesos sociales, en primero el factor económico y el empleo, son elementos estructurales. El estar excluido laboralmente, tener un trabajo precario, o tener una situación inestable laboral. El segundo factor, lo configuran los elementos contextuales, las relaciones sociales, referido al estar aislado social, mantener relaciones inestables, contar o no con el apoyo familiar o tener relaciones solidas. Por último, el factor de elementos subjetivos, aquí responde a significancia vital o mantener convicciones frágiles.

Asimismo, Castel (2014) plantea la exclusión social, como algo que no solo amenaza a los grupos sociales marginados, sino todo lo contrario, también es una preocupación que aqueja a personas de todos los estratos sociales. Además, el problema en la multiplicidad de grupos vulnerables y su precariedad, la falta de recursos de los mismos, no les permite una cierta independencia económica y social conduciéndolos a la exclusión.

Continuando, Castel (2014) refiere la importancia de poder pensar como hoy en la sociedad actual caracterizada por el “progreso” el término “exclusión” lejos de haberse disipado y de ser un problema que solo refería a algunos grupos pequeños se han extendido a nuevos grupos y a niveles de la población.

Capítulo III: Adicciones, musicoterapia e integración.

III. I: Adicciones, conductas adictivas, modelos de intervención.

En relación a la conducta adictiva es indispensable reconocer sus elementos constitutivos, para dar cuenta del conocimiento que se tiene de esta problemática. Siguiendo a Belloch et al. (1995, p 504) exponen que el término genérico de trastornos por abuso de sustancias psicoactivas, se utiliza para referir todas aquellas sustancias que al ser introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta de un individuo.

En consecuencia, refieren Belloch et al. (1995) el abuso de sustancia afecta en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y a su vez presentan cuadros de síntomas y estados característicos asociados como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Dejando como resultado cambios de humor, nivel de percepción o trastorno del funcionamiento cerebral. Por lo contrario, en lo referente a conductas psicoactivas, por uso de sustancia se entiende el consumo de una sustancia determinada que no genera consecuencias negativas al consumidor.

Además, Belloch et al. (1995, p. 505), señalan que la adicción y la conducta adictiva se caracteriza por un fuerte deseo o sentimiento de compulsión que experimenta el individuo, para llevar a cabo la conducta (en especial cuando no es posible realizar dicha conducta), una baja capacidad para controlar la conducta, frustración frente al malestar y angustia emocional cuando la conducta es impedida.

Teniendo en cuenta las adicciones, se han realizado múltiples estudios que a su vez han permitido la creación de estrategias de intervención a partir de diversos modelos de psicoterapia. Entre las más

importantes se encuentran las psicodinámicas, las de aprendizaje, las sociales (Belloch, 1995, pp. 517-530).

Así pues, las propuestas de intervención parten de una concepción particular de ser humano, en donde se interpreta la conducta a partir, de la necesidad de reestructuración de los esquemas de pensamiento y el sistema de creencias para modificar la percepción que se tiene del problema (Belloch, 1995).

Existen diversos modelos de intervención, entre estos, Poch (2017) plantea la importancia que tiene la metacognición en relación al programa de la musicoterapia desde un enfoque sistémico. Por lo cual radica en la necesidad de elaborar una nueva forma de comprender el fenómeno situando las posibles causas explicativas de la conducta adictiva.

Para finalizar, teniendo en cuenta la intervención de la musicoterapia se ha descrito como “una disciplina de corte interdisciplinario predominantemente no-verbal, que se desarrolla en diferentes espacios, instituciones, con criterio psicoterapéutico dentro del campo clínico y educativo terapéutico. Mediante un proceso dinámico entre el sujeto (o grupo), el sonido-música y el músico-terapeuta; que busca elementos diagnósticos, expresivos, comunicacionales; facilitando la interacción, la integración, el aprendizaje, la organización, con el propósito de mantener, reestructurar, recuperar las condiciones emocionales, físicas, cognitivo-intelectuales y sociales de las personas con la finalidad de mejorar su calidad de vida” (De Castro, 2004, p.28).

III. II: Musicoterapia en adicciones

Para empezar, la música es caracterizada como un elemento terapéutico comparable al lenguaje como medio de expresión y elaboración, pensando en las posibilidades de hacer consciente el contenido inconsciente, con el fin de que el sujeto lo asuma, desarrolle una postura particular frente al mismo y así poder resignificarlo mediante la producción de experiencias significativas, en la música y por medio de ella (Shapira, 2017).

Es decir que, pensar la música y sus elementos como promotores de salud, actúa como un factor de protección y no como un factor de riesgo desencadenante para desligar la música del consumo, buscando propiciar la transición hacia la cultura de la rehabilitación y el autocuidado (Shapira, 2017).

En este sentido, debemos remitirnos al contexto médico, clínico, el cual asume a la adicción como una patología que es necesario suprimir del individuo (Arnauz, 2010), en el cual se busca la atención de la intervención sea realizada desde tratamientos inducidos, apostando al no consumo y pensando en el paciente como sujeto miembro de una sociedad.

La adicción puede considerarse una patología psicológica o médica, pero también es un fenómeno cultural y una patología en sí misma. Haciendo énfasis en que el objetivo del tratamiento es ayudar a los adictos a salir de esta cultura y entrar en la cultura y el cultivo de la recuperación (Aldridge et al., 2006, p. 126). De manera que las adicciones deben ser abordadas incorporando métodos flexibles, interdisciplinarios, en un esfuerzo por relacionarse con la complejidad de las cuestiones de una adicción.

Cuando Bruscia (2017) define “proceso sistemático de intervención”, se refiere a que la musicoterapia no es una serie de experiencia al azar, sino que tiene un propósito, es temporalmente organizada, metódica, basada en conocimientos y regulada. En el proceso terapéutico, Bruscia (2017)

indica que, las formas en que se relaciona el terapeuta y el paciente con la música van a determinar dos tipos de intervención distintos: la música puede ser utilizada como terapia y en terapia.

El autor considera que el objetivo de la musicoterapia es la promoción de salud. La salud comprende y depende del individuo y de todas sus partes (cuerpo, mente y espíritu) y de la relación del individuo con los contextos más amplios de la sociedad, la cultura y del medio ambiente, un proceso para alcanzar el potencial máximo de integridad individual y ecología del sujeto (Bruscia, 2017).

Cuando se refiere a las experiencias musicales, el autor hace alusión al carácter “experiencial” de la terapia. Esto significa que el agente de la terapia no es visto solamente como la música (esto es, un objeto externo al paciente), sino principalmente como una experiencia del paciente con la música (interacción entre persona, proceso, producto y contexto) (Bruscia, 2017 p.24).

Las cuatro experiencias musicales que utiliza la musicoterapia para llevar a cabo el tratamiento son: improvisación, re-creación o ejecución, composición y audición. En la musicoterapia el terapeuta utiliza las experiencias musicales como las relaciones que se desenvuelven a través de ellas como agentes terapéuticos, como fuerzas dinámicas de cambio (Bruscia, 2017).

Para el autor las relaciones intramusicales ocurren en la música, entre el ritmo y la melodía y acompañamiento de la música del paciente, como así también las interpersonales, que se dan entre personas, ya sean de una familia, o de un grupo terapéutico (Bruscia, 2017). Esas interacciones o encuentro comprenden lo que habitualmente es llamado “dinámicas” de la terapia (Bruscia, 2017, p.140); por lo tanto, la interacción paciente-música es el núcleo central de la Musicoterapia que modela las dinámicas de todas las otras relaciones.

Por último, encontramos que la Federación Mundial de Musicoterapia (1996) considera como fin último a la Musicoterapia: descubrir potenciales, y/o restituir funciones del individuo para que este alcance una mejor organización intra y/o interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida a través de la prevención y rehabilitación del tratamiento.

III. II: Musicoterapia e integración social.

La musicoterapia permite mejorar las relaciones interpersonales, la música es el arte más social, ha sido experimentada en todos los tiempos. En si misma es una poderosa influencia integradora, ya que aporta un sentimiento de orden, continuidad y tiempo. Los sonidos que penetran dentro del grupo, son percibidos por todos, creando un clima emocional que permite expresarse y relacionarse con integridad y plenitud. Hace una experiencia compartida y el desarrollo y disfrute de uno mismo (Camacho Sanchez, 2006).

Asimismo, Rodríguez (2011), señala la musicoterapia como la terapia a través de la música, la cual posee múltiples efectos biológicos, psicológicos, fisiológicos, intelectuales y sociales. En referencia a los efectos sociales, considera que la música provoca y favorece la expresión del sujeto, sugiere ideas y sentimientos sin necesidad de palabras (lenguaje analógico), puede ser agente socializante a través del canto, la danza, la interpretación instrumental, sobre todo en grupo tiende a unir y a expresarse entre los hombres, y por último es considerado un fenómeno social actual.

Por consiguiente, en relación al concepto de la musicoterapia social, es una disciplina que desarrolla la competencia social y estimula la capacidad de percepción, es decir a través de la música, promueve la comunicación al activarse el sentimiento de comunidad (Schawbe & Hasse, 1998, como se citó en Perez Eizaguirre, 2016).

En este sentido, la música es definida como un arte “social”, por lo cual las formas están producidas por mentes humanas, cuyas prácticas de actividad son patrones culturales adquiridos de expresión. Es decir, se obtienen a través de relaciones sociales y las emociones que se les asocian, al factor de la expresión mediante la música (Blacking, 2000, como se citó en Perez Eizaguirre, 2016).

Por lo cual, la musicoterapia aplicada a adolescentes por consumo de sustancias puede desempeñar un papel importante en el proceso de integración social, ya que contribuye a provocar cambios en las emociones y sentimientos; facilitando el autorreconocimiento, desarrollar la aceptación de sí mismo, de los demás y la realidad; suministrar la expresión verbal de los sentimientos y la autoestima, como así también la mejora de las relaciones interpersonales. (Morente, F y Domingues, M 2009).

Capítulo IV: Taller de musicoterapia

IV. I: Modalidad taller

Acerca de la modalidad taller, según lo planteado por Ander Egg (1991); es un aprender grupal. “El taller debe estar inserto dentro de un programa o proyecto real y específico de intervención”, es una práctica vinculada al entorno y la vida cotidiana del participante, o mediante la realización de un proyecto relacionado con una asignatura o disciplina en particular. Estas características coincidirán con el Plan de intervención propuesto. Por su parte, se plantea que el sistema de taller lo que busca es relacionar la teoría y la práctica estableciendo una relación dialéctica entre “lo pensado” y “lo realizado” (Ander Egg, 1991, pag, 32).

Además, Ander Egg (1991) considera que es un espacio donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado, es decir, es un aprender haciendo “algo”, donde los conocimientos y habilidades se adquieren mediante la práctica concreta. Incluye la inserción en un campo de actuación donde lo que se lleva a cabo es un conjunto con otros, es un aprender haciendo en grupo, desde la participación, donde se enseña y aprende mediante la experiencia realizada conjuntamente.

Por otro lado, el modelo de enseñanza-aprendizaje del taller, sustituye el hablar recapitulativo por un hacer productivo, donde se adquiere aprendizajes integrando lo teórico-práctico y saliendo del protagonismo del enseñante. La instancia práctica refiere a que en el espacio taller las cuestiones científicas y metodológicas se enfrentan a partir de la práctica y no de la teoría o del método, de este modo se aprende por experiencia dándole una primacía a la acción. Por su parte, los talleristas deben desarrollar las capacidades de observación, experimentación, contacto con la realidad, a fin de desarrollar su capacidad para investigar (Ander- Egg, 1994).

Asimismo, el autor Ander- Egg (1994) destaca algunos beneficios de la modalidad taller tales como, la estimulación para “aprender a aprender” y “aprender a hacer”, es decir mediante la práctica que impulsa la creatividad, expresividad, responsabilidad y autonomía. Además, así como incentiva y mejora la autoestima, dando apertura a la reflexión en un grupo y trabajo en equipo, permitiendo el registro de experiencias y sistematización de actividades.

IV. II: Musicoterapia

En relación a la musicoterapia, Davis et al. (2000. p.7) describen de la siguiente manera: La musicoterapia es la utilización de la música para conseguir objetivos terapéuticos, la restauración física, mantenimiento y mejora de la salud mental y física. Es la aplicación sistemática de la música, dirigida

por un musicoterapeuta en un contexto terapéutico a fin de facilitar cambios de conducta. Estos cambios ayudan a que el individuo en terapia se enfrenta mejor a sí mismo y a su propio mundo, llegando así a adaptarse mejor a la sociedad. (Davis et al., 2000, p.7)

La musicoterapia es la aplicación científica del arte con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano (Halminton, 1996, p.354). De modo que, ambas definiciones coinciden en que mejora la salud física y mental del ser humano mediante la música, de manera que, el taller de musicoterapia ayuda en el tratamiento con adolescentes en consumo problemático.

Ahora bien, Ponch (2017) en relación a las terapias con música sostiene que están indicadas: Como ayuda para establecer el diagnóstico médico a través de la expresión musical; y asociar la musicoterapia a la psicoterapia. Por lo cual, se busca conducirlos a la realidad a través de la estimulación para fortalecer su “yo”, también se los lleva a una expresión de sus conflictos, y por último, la música ayuda a atenuar las carencias afectivas, incorporándose a un grupo como parte de él, solucionar conflictos y despertar la atención y escucha.

Asimismo, Ponch (2001), este autor señala que las actividades mediante musicoterapia ofrecen diferentes modos de comunicación. Cantar o tocar un instrumento, aunque se haga de manera muy básica, permite al paciente utilizar y unir experiencias relacionadas con la expresión y la comprensión.

Por otro lado, Lacárcel (2000), considera la musicoterapia como la terapia basada en la producción y la audición de la música, es tomada esta por sus resonancias afectivas, por las posibilidades que da al individuo de expresarse a nivel individual y grupal, y de reaccionar a la vez según su sensibilidad, y también al unísono con los otros.

Sin embargo, en musicoterapia el lenguaje verbal no está vedado, este no es utilizado como su principal herramienta para el tratamiento, es por esto que esta disciplina permite un decir sin palabras, pues la musicoterapia apuesta a un decir “haciendo” y a la construcción de intercambios significativos entre lo intrapsíquico y lo interpersonal (Pellizzari y Rodriguez 2010).

Por otro lado, en musicoterapia, en el encuadre taller, las constantes del mismo, los silencios, lo sonoro propuesto, el lugar, permiten confrontarlos con lo que hay debajo de la máscara que cubre una verdad entre comillas, una verdad que muchas veces ha quedado oculta por la droga (Herrendorf, 1996).

Además, se brinda un espacio y ámbito contenedor para que estos actos sucedan, enfocando hacia la salud y favoreciendo a la expresión. Por lo cual, en ocasiones esto permite que los pacientes se vinculen con sus emociones y que puedan poner palabras a aquello que antes no tenía. Estas palabras pueden surgir espontáneamente desde el propio sujeto, o bien logran emerger por medio de la música que éste produce, crea o recrea en cada encuentro (Herrendorf, 1996).

Finalmente, entendemos que la musicoterapia al trabajar con el lenguaje sonoro-corporal abre espacios nuevos de simbolización diferentes a la palabra que resulta un gran aporte ya que esta problemática involucra al cuerpo de una forma particular, pues el cuerpo del paciente es el soporte de angustia y ansiedades, con el cual dice y calla. En este sentido Pezzone (2010), considera que la musicoterapia es el espacio que intenta vincular el Arte y la Salud en una experiencia sonora-corporal, pensando el sonido, el silencio, el cuerpo y el movimiento como generadores de discursos, los que se rigen por las leyes del pensamiento estético.

Plan de acción

Propuesta del Taller

En el presente apartado desarrollaremos de manera descriptiva cómo se llevará a cabo el Dispositivo Taller de Musicoterapia en el Hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, con el objetivo de mejorar la integración social en adolescentes con consumo problemático de sustancias. Para tal fin, la metodología del Taller es la siguiente, lo impartirá y coordinará un psicólogo cognitivo-conductual. Se realizará un día de cada semana, durante (5) cinco encuentros, trabajando de manera grupal participativa, en grupos cerrados de 3 a 12 personas, con el fin de fomentar su experiencia vivencial y se involucren. Cada encuentro, tiene entre una y dos actividades, cada una durará 45 minutos dependiendo el estado del paciente se podrá otorgar un recreo de 10 minutos entre medio del tiempo estipulado.

Planificación de Actividades

Encuentro I: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos actividades.

Objetivo: Conocer a los participantes y presentar el taller.

Actividad 1: “Conociendonos”

Destinatarios: Adolescentes en consumo problemático pacientes del hospital.

Finalidad de la actividad: Presentarse cada participante, conocerse con el compañero y generar el sentimiento de pertenencia y cooperatividad en el proceso.

Recursos:

Materiales: Salón del hospital, 13 sillas, pelota pequeña.

Humanos: Coordinador Licenciado/a en Psicología

Tiempo estimado: 45 minutos

Descripción de la actividad:

- El coordinador deberá acondicionar el lugar antes de la llegada de los participantes, ubicando las sillas de manera que formen la figura de un círculo.
- Cuando lleguen los participantes, se les pedirá que se ubiquen en la silla que deseen. Cuando todos los miembros del grupo se encuentren presentes, se comenzará con la dinámica.
- El coordinador dará la bienvenida al taller a todos los integrantes, y explicitará la siguiente consigna: *“Les voy a pedir que nos presentemos. Voy a comenzar yo y luego la pelotita que tengo en la mano, se las voy a pasar al azar alguno de ustedes, el cual deberá presentarse. Luego se la pasa a otro compañero que elija y se presentara, y así sucesivamente. Cuando sea su turno, deberá decir su nombre, edad, su preferencia musical, y lo que quiera agregar”*. En este espacio, el coordinador explicará la importancia de respetar la confidencialidad y el anonimato entre todos los miembros, inclusive el coordinador como reglas del grupo, dando lugar a un clima de confianza entre los integrantes.

- A continuación, se dará comienzo a la dinámica, hasta que todos los miembros del grupo se hayan presentado.

Actividad 2: ¿Para qué estamos aquí?

Destinatarios: Adolescentes en consumo problemático pacientes del hospital.

Finalidad de la actividad: Informar a los participantes, en que taller están, que es la musicoterapia, cual serán las actividades y los fines de este taller.

Recursos:

Materiales: Salón del hospital, 13 sillas, póster de presentación del taller (Ver Anexo 1)

Humanos: Coordinador Licenciado/a en Psicología

Tiempo estimado: 45 minutos

Descripción de la actividad:

- El coordinador explicará, usando el poster confeccionado, en qué consiste el taller, la cantidad de encuentros y su duración, el propósito de los encuentros. Para ello se dirigirá a los participantes utilizando un lenguaje simple, evitando tecnicismos.
- Mencionará el tipo de actividades a realizar y los temas a tratar, y resaltaré la importancia del respeto mutuo y del compromiso en la asistencia y pertenencia grupo, y se los insta a una participación activa a cada uno de los miembros.

- Para finalizar, les preguntará a los participantes si tienen alguna duda en relación a b expuesto, y se abrirá el espacio para despejar las dudas.

Encuentro II: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos actividades.

Objetivo: Acrecentar las emociones y afectos positivos mediante el autorreconocimiento y el conocimiento de los propios límites para prevenir reacciones negativas.

Actividad 1: “Reconociendo resonancias”

Destinatarios: Adolescentes con consumo problemático pacientes del hospital.

Finalidad de la actividad: Se reflexiona acerca de las canciones que generen recuerdos, para internalizar emociones, que puedan sensibilizar, a fin de poder auto reconocer las emociones y externalizar el conocimiento de ellas y sus propios límites.

Recursos:

Materiales: Salón del hospital, 13 sillas, hojas A4, y 13 lapiceras, fotocopias de fragmentos de canciones de diferentes ritmos (Ver anexo 2),

Humanos: Coordinador Licenciado/a en Psicología.

Tiempo estimado: 45 minutos

Descripción de la actividad:

- La coordinación se hace cargo, les pregunta cómo están y se los insta a comenzar con el primer ejercicio musical.
- Previo se les dice que elijan una canción de las expuestas en las fotocopias, se les indica que deberán leer la canción las veces que quieran.
- Luego, el coordinador les indicara que deben responder en un papel las siguientes preguntas: “¿Qué te recuerda esta canción?, ¿Qué te hace sentir?, ¿Recuerdas el estribillo sin leerla?”.
- El coordinador los invita a compartir lo escrito con el grupo e intercambiando comentarios, y observa si perciben las mismas emociones con el resto del grupo, luego al escuchar la música, el coordinador preguntara: “¿Qué sienten al escucharla?”
- Finalmente, se los invita a que el próximo encuentro traigan pensada u escrita sus canciones favoritas y si quieren fotos personales a lo largo de su vida.

Actividad 2: “Historias sonoras”

Destinatarios: Adolescentes en consumo problemático pacientes del hospital.

Finalidad de la actividad: Observar la relación del paciente con la música. Explorar la propia historia de vida desde un lugar diferente apelando a la memoria emotiva, rescatando e identificando emociones significativas que marcaron la vida. Poder gestionar esas emociones desde el reconocimiento.

Recursos:

Materiales: Salón del hospital, hojas, lápices o fibras de colores, papel afiche, goma de pegar.

Humanos: Coordinador Licenciado/a en Psicología.

Tiempo estimado: 45 minutos

Descripción de la actividad:

- La coordinación les pedirá que saquen o digan las canciones que trajeron cada uno, se las pondrá para escuchar entre todos en el equipo de música, para luego observar la relación de los participantes con la música.
- Además, se les pide a los participantes que traten de recordar si la escuchaban desde la infancia, o en que etapa de su vida, hasta hoy. Valorando los sonidos que le han sido familiares. Pueden contar experiencias que han vivido con la música y que canciones recuerdan y con quienes las compartían.
- Luego el coordinador les pide que traten de reconocer las emociones, que dichas experiencias les despiertan y realizar un collage o dibujo acerca de las mismas, utilizando también las fotos que trajeron.
- Al finalizar los participantes realizan una lista de canciones que acompañaron los momentos significativos de sus vidas, hasta descubrirse a sí mismos mediante la propia historia y sonidos o instrumentos.

Encuentro III: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo una actividad.

Objetivo: Desarrollar el aumento de habilidades socio-comunicativas que favorezcan la relación social.

Actividad 1: “Creamos nuestra canción” (Improvisación)

Destinatarios: Adolescentes con consumo problemático pacientes del hospital.

Finalidad de la actividad: Reconocer los umbrales de tolerancia y aceptación de las opiniones ajenas.

Observar las dinámicas de roles.

Recursos:

Materiales: Salón del hospital, Hojas de papel A4, Instrumentos de percusión, lápiz/lapiceras.

Humanos: Coordinador Licenciado/a en Psicología.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Descripción de la actividad:

- La coordinación propone a los participantes que se dividan en dos grupos, una vez formados los equipos deberán elegir un nombre para el equipo y luego realizar la letra de una canción mediante creación colectiva; que luego elegirán los instrumentos para acompañar la letra con sonidos.
- El coordinador le dice a cada equipo que presente la canción, previamente acordando la realización de los roles que cada uno representará.
- Al finalizar deberán hacerle comentarios al grupo contrario sobre que les pareció la canción y de manera individual deberán escribir que emociones sintieron, que observaron

en los compañeros a la hora de llegar a acuerdos, y que sensaciones les produjo trabajar en equipo.

- Se los invita a que el próximo encuentro traigan de nuevo pensada u escrita sus canciones favoritas y además nombres de músicos por los que se sienten identificados.

Encuentro IV: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos actividades.

Objetivo: Elaborar espacios de reflexión sobre la vida personal en función a proyectos de vida.

Actividad 1: “¿Por qué es mi canción favorita?”

Destinatarios: Adolescentes en consumo problemático pacientes del hospital.

Finalidad de la actividad: Desarrollar la capacidad de escucha y atención hacia los otros. Reconocerse desde los gustos personales y dar cuenta de ello, como así también poder comprenderse desde las identificaciones, logrando ponerlas en palabras esto. La idea de que puedan ver el listado realizado tiene que ver con la posibilidad de cambiar de elecciones a lo largo del proceso del taller.

Recursos:

Materiales: Salón del hospital, hojas de papel, lapiceras, parlante/ equipo de música.

Humanos: Coordinador Licenciado/a en Psicología.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Descripción de la actividad:

- Los participantes deberán sacar en el taller sus canciones favoritas y músicos con los cuales se sientan identificados.
- La coordinación le pedirá a cada integrante que presente la canción y comente acerca del intérprete o grupo. En caso que coincidan en la elección con otro participante deberán unirse y realizar una lista por escrito, que motivos le genera la elección y en que se ven identificados con su vida actual y futura.
- Para finalizar deberán dejar pegadas las listas en la pared para visualizarlas en cada encuentro.

Actividad 2: “Creación musical y puesta en común”.

Destinatarios: Adolescentes en consumo problemático pacientes del hospital.

Finalidad de la actividad: Se toma al instrumento como un objeto de intermediación comunicativa. Durante la construcción del mismo se observa si los pacientes se esmeran en los detalles; si se fijan en los demás o tienen ideas claras, el modo cómo utiliza los materiales (con destreza o no); cómo cuida luego el objeto. Autoevaluación de lo experimentado a lo largo del proceso.

Recursos:

Materiales: Salón del hospital, afiches y fibrones, papeles de colores, cola de pegar, pinceles, pinturas, maderas, tubos de cartón, metales, cuerdas, semillas, cajas de resonancia.

Humanos: Coordinador Licenciado/a en Psicología.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Descripción de la actividad:

- El coordinador invita a los participantes a que se dividan en dos grupos (grupos diferentes al del encuentro 3, actividad 1).
- La coordinación presentará diferentes materiales y cada grupo deberá crear un instrumento musical y designarle un nombre. Luego deberán realizar un instructivo de cómo funciona el mismo.
- Al finalizar realizarán un poster (afiche) con el proceso de construcción y reflexiones de que se llevan del proceso realizado en este encuentro.

Encuentro V: Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos actividades.

Objetivo: Reconstruir los lazos sociales para favorecer vínculos interpersonales sanos.

Actividad I: “Bailamos en grupo”

Destinatarios: Adolescentes en consumo problemático pacientes del hospital.

Finalidad de la actividad: Poder interactuar con el grupo de una manera física, comunicándose, posicionarse de manera “sin vergüenza”, distendiéndose y estimulando al vínculo social.

Recursos:

Materiales: Salón del hospital, parlante/ equipo de música.

Humanos: Coordinador Licenciado/a en Psicología.

Tiempo estimado: 45 minutos

Descripción de la actividad:

- El coordinador señala a los participantes que deben colocarse en el salón de manera dispersa, sin un orden determinado y, cuando empieza la música, deben bailar. Al cabo de unos segundos, se le corta la música, sin previo aviso y el coordinador grita un número (2,4,3 ...), deben formar el grupo del número elegido lo más rápidamente posible. El participante que no se une a un grupo queda eliminado. Esto continúa hasta que solo queden dos participantes.

Objetivo: Valorar lo aprendido a lo largo del taller y hacer un cierre.

Actividad 2: “Despedida”

Destinatarios: Adolescentes en consumo problemático pacientes del hospital.

Finalidad de la actividad: Poder realizar un cierre del taller e invitarlos a seguir en su recuperación a través de otros espacios.

Recursos:

Materiales: Salón del hospital, parlante/ equipo de música, una cartulina blanca, un paquete de fibras de colores.

Humanos: Coordinador Licenciado/a en Psicología.

Tiempo estimado: 45 minutos

Descripción de la actividad:

- El coordinador le pedirá al grupo que canten una canción elegida por el mismo entre todos (Ver anexo 3)
- Luego, los invita a sentarse en ronda, el coordinador pedirá a los participantes que, a partir de lo vivido en el taller, resuman en una frase o en una palabra lo aprendido en el taller.
- A continuación, pedirá a cada uno que vayan pasando a escribir su palabra o frase en la cartulina blanca. Cuando todos hayan finalizado, el coordinador leerá lo escrito por los miembros del grupo y agradecerá a todos haber formado parte del mismo. Les preguntará si quieren sacarse una foto entre todos.

Diagrama de Gantt

ENCUENTROS	Actividades	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7
Encuentro 1	Actividad 1: “Conociéndonos”							
	Actividad 2: “¿Para qué estamos aquí?”							
Encuentro 2	Actividad 1: “Reconociendo resonancias”							
	Actividad 2: “Historias sonoras”							
Encuentro 3	Actividad 1: “Creamos nuestra canción”							
Encuentro 4	Actividad 1: “¿Porque es mi canción favorita?”							
	Actividad 2: “Creación musical”							
Encuentro 5	Actividad 1: “Bailamos en grupo”							
	Actividad 2: Despedida							

Recursos

Para llevar a cabo la intervención a lo largo del plazo estipulado se requerirá lo siguiente:

Recursos Humanos: Coordinador Licenciado/a en Psicología.

Recursos Materiales:

- Salón amplio e iluminado.
- Equipo de música / parlante.
- 13 sillas
- Lápiz, lapiceras, fibras de colores, cola de pega, gomas, pinceles, pinturas.
- Tanzas y cuerdas.
- Cajas de cartón medianas.
- Fotocopias para actividades.
- Una pizarra y fibra.
- Hojas A4
- Materiales de desecho para construir instrumentos.
- 12 papeles afiche
- Instrumentos: guitarra, o instrumentos (quienes tengan y puedan llevar a los encuentros).
- Pelota pequeña.

Presupuesto

La institución provee al taller de un espacio amplio e iluminado con sillas para los 12 Participantes y 1 para el coordinador, un proyector y una pizarra. A continuación, se detalla el presupuesto necesario para llevar el taller.

Tabla 1. Presupuesto

	CANTIDAD	PRECIO ESTIPULADO
Honorarios Psicologo	1 x 7	\$21.600 por encuentro
Lapiceras	12	\$ 3.600
Hojas en blanco	Resma A4	\$2.500
Fotocopias:	12	\$500
Fibra para pizarra	1	\$400
Papel afiche	12	\$1.000
Impresiones del cuestiona	12	\$500
Fibras de colores	3 pack de 12	\$3.500
Parlante/equipo música		\$40.000
Total		\$203.200

Observación: Parlante y equipo de música puede ser préstamo de coordinador o la institución. Instrumentos como guitarra y elementos de percusión pueden ser aportados por los participantes o terapeuta.

El Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba, establece en la resolución de junta de gobierno que los honorarios mínimos éticos profesionales de psicoterapia grupal es de \$1.800 por integrante. Teniendo en cuenta la modalidad de taller desarrollado, se estipulan como honorarios profesionales una inversión de \$21.600 en cada encuentro de trabajo.

En conclusión, la institución deberá hacer una inversión total de 203.200 (aproximadamente) para llevar a cabo el dispositivo grupal.

Evaluación de la intervención

Se propone implementar una evaluación del dispositivo con un cuestionario (Ver anexo 4), el mismo será aplicado a los participantes del “Taller de Musicoterapia”. El cuestionario ha sido elaborado a partir de la creación de indicadores sobre categorías de análisis extraídas de los objetivos específicos del plan, y cuenta cuatro categorías de análisis y 20 indicadores. A tal fin, para recolectar la información, se aplicará una metodología de trabajo post-test (último encuentro), de forma individual y los resultados serán evaluados con escala likert. Mediante los datos obtenidos se realizará una valoración sobre la aplicación del dispositivo Taller.

Resultados esperados

Este proyecto de intervención, pretende mejorar la integración social de los pacientes en situación de consumo problemático del servicio de Salud Mental del hospital San Antonio

de Padua, a partir del dispositivo Taller de Musicoterapia. La creación de este dispositivo tiene como objetivos pro-mover el lazo social, emociones, afectos, autorreconocimiento y posibilidad de construcción de proyectos de vida en los participantes a través de encuentros y actividades. En los cuales cada encuentro se proponen diferentes dinámicas con el fin de brindar herramientas de manera que puedan apropiarse a través de lo sonoro musical y la puesta en común. Es muy importante generar un espacio de comunicación en donde cada sujeto se sienta parte activa generadora de cambios y de nuevas posibilidades surgidas del cuidado de uno mismo, la toma de conciencia de sus límites e implicancias para restablecer lazos sociales y generar proyectos de vida. Se espera que al finalizar el proceso del taller haya una mejoría en el reconocimiento de habilidades sociales nuevas, como así también una revinculación con los pares y familiares para reconocer nuevas formas de interacción social.

Conclusión

A partir de la identificación de la problemática de la exclusión social en adolescentes con consumo problemático de sustancias, debido a la falta de programas para su abordaje desde la integración social en el Hospital de día, del Nuevo Hospital San Antonio de Padua. Es importante poder considerar este fenómeno de la exclusión social dentro de un tratamiento interdisciplinario para los adolescentes que consumen sustancias. Ya que la reducción de la exclusión permite facilitar el tratamiento y la superación del consumo, así como prevenir recaídas.

De esta manera, la intervención propuesta, a través del dispositivo taller musicoterapéutico, crea un espacio que promueve el uso de la música como terapia, que permita la elaboración personal para situaciones de riesgo en adolescentes en consumo de sustancias. Este taller posee la fortaleza para integrar al sujeto en la sociedad y favorecer la rehabilitación. De esta manera, la propuesta de actividades contribuye en la construcción de efectos terapéuticos, permitiendo a los participantes elaborar situaciones personales orientadas al reconocimiento de los propios límites, el trabajo en equipo y la posibilidad de construir proyectos de vida.

En cuanto al planteo de intervención “la eficacia de la musicoterapia en la integración social de adolescentes en consumo de sustancias”, provee efectos positivos en la adherencia al tratamiento, por medio de la aplicación sistemática y técnica de musicoterapia, en un contexto clínico institucional.

Por otra parte, se consideran algunas limitaciones en esta propuesta. Una de estas, es acerca de la institución, la cual la recolección de datos fue realizada por otra persona distinta a quien realiza el plan de intervención, en consecuencia, esto puede influir en la delimitación del problema o necesidad. Segunda limitación que posee el plan de intervención, es que está destinada a una población e intervención reducida, dejando de lado el entorno familiar del paciente en su tratamiento. El entorno familiar se considera uno de los complementos en la integración social, la cual aporta muchos beneficios a la mejoría del paciente. Por este motivo, se plantea a modo de recomendación para futuras intervenciones.

También recomendamos para realizar intervenciones musicoterapéuticas con pacientes en proceso de integración, implementar un programa de intervención con una perspectiva integral que incluya al trabajo musicoterapéutico como un elemento que se complemente con las demás propuestas terapéuticas institucionales, con el fin de vincular este proceso en el campo clínico dentro del Hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Río Cuarto.

Referencias

- Aguilar, R.F (2006). *La musicoterapia como instrumento favorecedor de plasticidad, el aprendizaje y la reorganización neurológica*. Nuevos Horizontes 5, (1), 85-97.
- Albornoz, Y (2013). *Emoción, música y aprendizaje significativo*. Artículos Arbitrados, 3.
- Ander Egg, E (1991) *El Taller: una alternativa de renovación pedagógica*. Bs. As, Edit. Magisterio del Río de la Plata.
- Aryan, A (2008). *El proceso psicoanalítico en la adolescencia*, en *Psicoanálisis, Rev. De APdeBa* 3, (3).
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogadicciones*. Madrid : Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña Iglesias, E., y Cortés, T. (2010). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia, España: Socidrogalcohol.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés T.M (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en Psicología clínica en formación*. Recuperado de [https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/manual%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en0formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20\(1\).pdf?sequence=1](https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/manual%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en0formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20(1).pdf?sequence=1)
- Bruscia, K (2017) *Musicoterapia. Métodos y prácticas*. Mexico: Pax México.

Belloch, A., Sandin, B. & Ramos, F. (1995) *Manual de Psicopatología*. 1 Madrid: McGraw-Hill.

Camacho Sanchez, P (2006) *Musicoterapia: Culto al Cuerpo y a la Mente*.

Cameo, C. Mullión, L. (2009). *Musicoterapia en el ámbito hospitalario*. Edit. Usal. Bs.As. Argentina.

Cardona, O.D (2002). *La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo*. Recuperado de https://repositorio.gestionderiesgo.gov.co/bitstream/handle/20.500.11762/19852/VulnerabilidadRiesgoHolistico%28Cardona_2002%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cardona, O.D (2002). *La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo*. Recuperado de https://repositorio.gestionderiesgo.gov.co/bitstream/handle/20.500.11762/19852/VulnerabilidadRiesgoHolistico%28Cardona_2002%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Corona, F., Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22, 68-75. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703947>.

Crisafulli, L. (2011). *En el nombre de la reinserción social. VII Encuentro Interdisciplinario de Cs. Sociales y Humanas*. Recuperado de <https://ffyh.unc.edu.ar/vii-encuentro-interdisciplinario-de-ciencias-sociales-y-humanas/wp-content/uploads/sites/24/2011/08/ponencia-crisafulli-eje-7.pdf>.

Castel, R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *Revista internacional de sociología*, 72 (Extra_1) 15-24. Recuperado de: [http://revistsociologia.revista.csic.es/index.php/revistsociologia/article/view/584file:///c:/Users/Usuario/Downloads/584-851-2-PB%20\(1\).pdf](http://revistsociologia.revista.csic.es/index.php/revistsociologia/article/view/584file:///c:/Users/Usuario/Downloads/584-851-2-PB%20(1).pdf)

Davis, W., Gfeller, K & Thaut, M. (2000). *Introducción a la Musicoterapia*. Barcelona. España. Editorial: Boileua

De Castro, R (2004) *Sonidos, Música y acción. La música en el ámbito educativo y terapéutico*. Bs. As. Argentina: Jorge Baudinos.

Díaz, M., & Nayssa, A. (2019). *Vulnerabilidad y juventud: evidencias para el caso colombiano* (Master's thesis, Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina)

Federación Mundial de Musicoterapia. (1996) *¿Qué es la musicoterapia?*

Fernandez Moujan, O (1997). *Naturaleza de la Adolescencia*. Ed. Nueva Visión. Abordaje teórico y clínico de la Adolescencia.

- Fregtman, Carlos Daniel (2000). *Cuerpo, Música y terapia*. 1 ed. Bs.As (Argentina).
- Griffa, M. Moreno, J. (2005) *Claves para una psicología del desarrollo: adolescencia, adultez y vejez*. Edit. Lugar. Argentina.
- Gallizo, M. (2007). *Reinserción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios*. *Salud y Droga 7*.
- García del Castillo Rodríguez, J. *Revista Salud y Droga.7* (1). Instituto de Investigación de Drogopendencias
- Gauna, G. (1996). *Entre los sonidos y el silencio*. Edit. Artemisa, Rosario.
- Hamilton, M (1996). *Manual de Musicoterapia*. Ed. Paidós. Bs.As.
- Herrendorf, O (1996). “*Las drogas y el cuerpo*”, Material extraído del curso de Musicoterapia en el tratamiento de la adicción a las drogas.
- Lacárcel, M.J. (2000). *Musicoterapia en Educación Especial*. Murcia. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Levin, I.S (2004). *Apuntes para una clínica del lazo social*. Escuela Freudiana de Bs. As 1-6. Recuperado de: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextosOnline_1208.pdf.

Moreno, F y Dominguez, M (2009), “*Menores infractores en instituciones de reforma. Una mirada desde dentro*”. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, núm. 126, en : <http://www.reis.cis.es/REIS/PDF126031238570813640.pdf>

Pellizzari, P y Rodriguez, R. (2019) *Salud, escucha y creatividad: Musicoterapia preventiva psicosocial*. Edit. Universidad del Salvador.

Perez Eizaguirre, M. (2016) *Efectos de la musicoterapia en las relaciones sociales de grupos adolescentes en un centro educativo*. Revista electrónica Complutense de Investigación en Educación Musical: <http://dx.doi.org/10.5209/RECIEM.53627>

Pezzone, N. (2010) *Seminario- Taller en Musicoterapia*. UNL

Ponch, B. S. (1999). *Compendio de Musicoterapia*. 1 Edit. Herder S.A. Barcelona, España.

Raya Diez, E. (2004) *Exclusión social y ciudadanía: claroscuros de un concepto*. Aposta, revista de ciencias sociales (9).

Rodriguez Berrio, A. (2007) *El Diagnostico de Exclusión: una herramienta para la inclusión*. Universidad de Deusto.

Rodriguez, R. (2011) *Musicoterapia y Psicoterapia*. Revista internacional de Psiquiatría: Avances en Salud Mental Relacional 10 (2).

Shapira, D. (2017). *Musicoterapia: Abordaje plurimodal*. ADIM Ediciones.

Universidad Siglo 21. (2019). Nuevo Hospital “San Antonio de Padua”. Recuperado:

[https://siglo21.instructure.co./coverse/4713/page/plan-de-
ontervenciónmodullo-0org4](https://siglo21.instructure.co./coverse/4713/page/plan-de-
ontervenciónmodullo-0org4).

SEDRONAR. Informe (2017). *Análisis de los contextos individuales y socio-familiares en jóvenes escolarizados y su relación con el consumo de alcohol y marihuana*.

Ley 26.657. Derecho a la protección de la salud mental (2010). Congreso de la

Nacion Argentina. Recuperado de:

[https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-
179999/175977/norma.htm](https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-
179999/175977/norma.htm)

Wigram, T., Nygaard, P.L., & Ole, B.L. (2005) *Guía Completa de Musicoterapia*. España, Agruparte.

Zarate Fabian, M. (2019), “*La musicoterapia como un medio de externalización de comportamientos disociales y adictivos en adolescentes mujeres pertenecientes al centro de atención integral fraternidad*”. Recuperado de:

[https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/23364/PT-
1290.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/23364/PT-
1290.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Anexo

Anexo 1

Encuentro I: Actividad 1

“Poster”

¡BIENVENIDOS!

**TALLER DE
MUSICOTERAPIA**

Es un espacio de experiencia grupal, en el cual se utiliza la música como herramienta de intervención, con múltiples fines, en este caso la utilizamos para mejorar la integración social.

Emociones y afectos positivos

Espacios de reflexión

Reconstruir lazos sociales

Habilidades socio-comunicativas

Nos reuniremos en un encuentro semanal, durante 7 semanas, cada actividad durara 45 min aprox.

Anexo 2

Encuentro I: Actividad 2

Canciones musicales

Las canciones que fueron implementadas durante los programas de musicoterapia son las siguientes.

- Diego Torres – Color Esperanza.
- Axel – celebra la vida.
- Mago de oz – Hoy toca ser feliz.
- J.M. Serrat – hoy puede ser un gran día.
- Terer cielo - yo te extrañare.
- Tercer cielo - mi ultimo dia.
- Rosana – Sin miedo feat.
- Marc Anthony - Vivir mi vida
- Ricardo Montaner – Soy feliz.
- Luis Miguel – Sueña.
- Palito Ortega – yo tengo fé.
- Mercedes Sosa - solo se trata de vivir.

- Spirit – No me rendiré.
- Música de relajación.
- Música de ambiental – sonidos de naturaleza.
- Yanni – música

Anexo 3

Encuentro V: Actividad 2

CARLOS RIVERA- “YA PASARA”

https://www.youtube.com/watch?v=jNv9zgJHVoA&ab_channel=CarlosRiveraVEVO

Anexo 4

Cuestionario (Instrumento confeccionado post taller).

Categoría	Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Emociones y afectos	¿Tiene dificultad para expresar tus emociones?					
	¿Eres capaz de poder detectar las emociones de las personas con quien te rodeas?					
	¿Cuándo estas contento/a por una buena noticia que recibiste, sientes ganas de ir a contárselo a tus amigos o familia?					

	¿Tiene dificultad para establecer relaciones afectivas profundas y cálidas?					
	¿Cuándo esta triste prefiriere estar solo/a?					
Autoconocimiento, posibilidad de poner límites.	¿Puedo reconocer emociones al tener que conciliar decisiones con un grupo?					
	¿Puede escuchar y valorar las decisiones de los demás integrantes del grupo?					
	¿Prefiero realizar actividades en grupo?					
	¿Tomo las aportaciones de otras personas como positivas?					
	¿Si trabaja en grupo y le molesta algo, lo comenta?					
Vivencias	¿Le resultó interesante reconocer sus vivencias mediante los sonidos?					
	¿Puede establecer si los sonidos acompañaron sus vivencias de manera positiva?					
	¿Puede reconocer la significancia de las personas que acompañaron los momentos compartidos con la música?					
	¿Puede dar cuenta los sentimientos que se despiertan en esos momentos?					
	¿Has cometido algún error o descuido seguido por una influencia sonora o musical?					
Lazo social	¿Sintió apoyo y acompañamiento por los integrantes del taller?					
	¿Sintió que este espacio de taller colaboró para posibilitar un proyecto de vida?					
	¿En este último tiempo ha participado de reuniones sociales?					
	¿Pudo establecer alguna conexión con algún participante del taller?					

	¿Se sintió guiado y contenido por los coordinadores del taller?					
--	---	--	--	--	--	--