



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE ARTES

ESCUELA DE POST GRADO

**Informe de práctica para optar al Post Título de Artes, mención
Musicoterapia**

**“Dos procesos musicoterapéuticos en cáncer
hematológico”**

Nombre del alumno : Daniel A. Muñoz Candia

Profesora Guía : Patricia Lallana Urrutia

**Título anterior : Licenciatura y Pedagogía en
Educación musical.**

**Año de titulación : 31-12-1998 (Licenciado en
Educación Musical) y 27-03-2002
(Profesor de Educación Musical)**

**Universidad : Universidad Metropolitana de
Ciencias de la Educación.**

Santiago de Chile

2009

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo no hubiese sido posible sin la colaboración de los pacientes J y C de la Unidad de Hematología Oncológica de la Universidad de Chile, por su gran confianza, fuerza interior y entrega. De la profesora guía Patricia Lallana, por sus sabios y oportunos consejos. De Macarena Terán, por su sabia compañía, afectividad y comprensión. De mis padres, María y Claudio, que siempre apoyan los proyectos que emprendo y de Silvia Andreu por su capacidad de compartir sus conocimientos.

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO.....	8
1.1 Marco Teórico del cáncer hematológico.....	8
1.1.1 El cáncer.....	8
1.1.2 Leucemia.....	8
1.1.2.1 Leucemia mielógena aguda.....	9
1.1.2.1.1 Leucemia promielocítica.....	10
1.1.2.2 Leucemia linfoblástica aguda.....	11
1.1.3 Síntomas.....	11
1.1.4 Tratamiento.....	11
1.1.4.1 Quimioterapia y radioterapia.....	12
1.1.4.2 Radioterapia.....	13
1.1.5 Aspectos sociales y emocionales.....	14
1.2 Marco teórico musicoterapéutico.....	15
1.2.1 Modelo Benenzon.....	15
1.2.2 Modelo Wright-Priestley y Gerwitz.....	17
1.2.3 Carolyn Kenny.....	19
1.2.4 Gustavo de Gauna.....	21
1.2.5 Modelos de musicoterapia en el área oncológica.....	25
1.2.5.1 Modelo Benenzon.....	25
1.2.5.2 Marly Chagas.....	27
1.2.6 Psicooncología.....	27
CAPITULO II	
METODOLOGÍA Y TÉCNICAS.....	30
2.1 Metodología.....	30
2.2 Técnicas activas.....	31
2.3 Técnicas receptivas.....	33
CAPITULO III	
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS.....	34
3.1 Perfil de los pacientes.....	34
3.1.1 Paciente J.....	34
3.1.2 Paciente C.....	35
3.2 Historia musical de los pacientes.....	35
3.2.1 Paciente J.....	35

3.2.2 Paciente C.....	36
3.5.2 Objetivos.....	39
3.5.2.1 Objetivo general.....	39
3.5.2.2 Objetivos específicos.....	39
3.5.3 Primera intervención.....	40
3.5.3.1 Fase inicial o diagnóstico.....	40
3.5.3.1.1 Primera sesión.....	41
3.5.3.1.2 Segunda sesión.....	44
3.5.3.1.3 Tercera sesión.....	45
3.5.3.2 Fase intermedia o desarrollo.....	46
3.5.3.2.1 Objetivos.....	46
3.5.3.2.2 Cuarta sesión.....	47
3.5.3.2.3 Quinta y sexta sesión.....	49
3.5.3.2.4 Séptima y octava sesión.....	51
3.5.3.2.5 Novena y décima sesión.....	54
3.5.3.3 Fase final o cierre.....	56
3.5.3.3.1 Objetivos.....	56
3.5.3.3.2 Sesión once.....	57
3.5.3.3.3 Sesión doce.....	57
3.5.3.3.4 Sesión trece.....	60
3.5.3.4. Análisis primera intervención.....	61
3.5.3.4.1 Primera fase.....	61
3.5.3.4.2 Segunda fase.....	64
3.5.3.4.3 Tercera fase.....	67
3.5.4 Segunda intervención.....	68
3.5.4.1 Fase inicial o diagnóstico.....	68
3.5.4.1.1 Objetivos.....	68
3.5.4.1.2 Primera sesión.....	69
3.5.4.1.3 Segunda a sexta sesión.....	71
3.5.4.2 Fase intermedia o desarrollo.....	74
3.5.4.2.1 Objetivos.....	74
3.5.4.2.2 Descripción.....	74
3.5.4.3 Fase final o cierre.....	78
3.5.4.3.1 Objetivos.....	78
3.5.4.3.2 Descripción.....	78
3.5.4.4 Análisis segunda intervención.....	81
3.5.4.4.1 Primera fase.....	81
3.5.4.4.2 Segunda fase.....	83
3.5.4.4.3 Tercera fase o cierre.....	84
3.6 Análisis comparativo.....	85
3.7 Observaciones del musicoterapeuta.....	86
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES.....	88
BIBLIOGRAFÍA.....	90
ANEXOS.....	91

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1 Presentación del setting y su uso por parte del paciente J.....	38
Tabla 2 Presentación del setting y su uso por parte del paciente C.....	38
Tabla 3 Observación de las producciones sonoras de J, según los..... Los planos temporal, melódico, de timbre, densidad, Intensidad y desde lo vincular, en la primera fase.	63
Tabla 4 Observación de las producciones sonoras de J, según los..... Los planos temporal, melódico, de timbre, densidad, Intensidad y desde lo vincular, en la segunda y tercera fase.	66
Tabla 5 Observación de las producciones sonoras de C, según los..... Los planos temporal, melódico, de timbre, densidad, Intensidad y desde lo vincular, durante la terapia.	81

INTRODUCCIÓN

La siguiente monografía está basada en dos procesos musicoterapéuticos realizados en la unidad de hematología oncológica del Hospital Clínico De La Universidad De Chile, con dos jóvenes de veintidós y quince años, que padecen de leucemia Promielocítica y leucemia Linfoblástica aguda, respectivamente.

Una de las motivaciones centrales que me llevó a escoger el tema “Musicoterapia en Oncología”, fue la inquietud de conocer a fondo el trabajo que desarrolla la musicoterapia clínica en una enfermedad catastrófica como el cáncer hematológico o leucemia. Específicamente, cómo, a través de la improvisación, la creatividad y las diversas técnicas musicoterapéuticas, el paciente oncológico logra estructurar y reorganizar sus áreas enfermas. Además, tuve gran interés por conocer una institución clínica Chilena, abierta a la incorporación (al menos como un proyecto de práctica) de una terapia relativamente nueva en nuestro país, como es la musicoterapia. Finalmente, el gran problema del ser humano de vivir en constante temor a la muerte, es un tema que he reflexionado por largo tiempo y que me pareció pertinente abordar desde otra perspectiva, para generar una instancia de crecimiento personal a partir de la relación musicoterapéutica. Es así como me aventuré en esta hermosa experiencia, que se fundamenta en los trabajos teóricos de grandes profesionales de la musicoterapia, como lo son Benenzon, Priestley y Gerwitz, Even Rud, Gustavo de Gauna, Carolyn Kenny, entre otros, que confían y creen en el poder expresivo y creativo del paciente en la música, como elementos dinámicos y estructurantes de los procesos internos y vinculares de los seres humanos. Además de complementar dichos fundamentos con los aportes de la psicooncología y la vasta experiencia de Lawrence LeShan en el trabajo psicológico para movilizar el sistema inmunológico del paciente oncológico.

El objetivo central de este trabajo es presentar fielmente los dos procesos terapéuticos, a través de una descripción minuciosa de los sucesos sonoros, corporales y musicales relevantes y de los elementos emergentes de cada paciente, de tal forma, que el lector pueda establecer relaciones y asociaciones entre ambos.

La metodología usada, consiste en presentar un marco teórico que permita contextualizar e informar sobre los tipos de leucemia que padecen los pacientes, y luego en proponer un marco teórico musicoterapéutico que aporte los fundamentos necesarios para llevar a cabo el análisis y las conclusiones. Posteriormente se presenta la metodología y técnicas, los perfiles e historia musical de cada paciente y el contexto donde se desarrolló la intervención. Más tarde, se describe el setting instrumental usado en la terapia, sintetizando el uso de los instrumentos y recursos en un cuadro resumen. Posteriormente se realiza una descripción detallada de las producciones sonoras y verbalizaciones relevantes de cada fase, para finalmente analizar cada parte de ambos procesos y hacer una comparativa de las necesidades expresivas que experimentó cada paciente. La monografía finaliza con una conclusión personal del trabajo realizado.

I. MARCO TEÓRICO

I.2 Marco teórico del cáncer hematológico

1.1.1 El cáncer

El cáncer es un conjunto de enfermedades que se desarrolla por una alteración del DNA, provocando la producción excesiva de células malignas, conocidas como cancerígenas o cancerosas¹. Estas células poseen rasgos típicos de comportamiento, crecimiento y división más allá de los límites normales, lo que produce invasión del tejido circundante y a veces metástasis, que es la propagación a distancia por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células cancerígenas. Algunos de los factores más comunes que originan esta enfermedad son las anormalidades en el material genético, los productos químicos, las radiaciones ionizantes y ultravioletas, las infecciones o virus y traumas.

I.2.1 Leucemia

En el siglo XIX se realizaron las primeras observaciones por médicos europeos en pacientes que demostraron un marcado aumento de sus glóbulos blancos, estas llevaron a acuñar el término “sangre blanca”, como denominación para este trastorno. Más tarde el término “leucemia”, acuñado por el patólogo Alemán Rudolf Virchow en 1856, que proviene de las palabras griegas “leukos”, (que significa “blanco”) y “haima” (que significa “sangre”) se utilizó para darle nombre a esta enfermedad.²

La leucemia es una enfermedad en la que hay un número excesivo de glóbulos blancos en la sangre, debido a su producción descontrolada. Cuando las células del organismo proliferan de forma desordenada, se dice que son cancerosas, por lo que la leucemia es un cáncer de la médula ósea y de la sangre o cáncer hematológico.

Los cuatro tipos principales de leucemia son leucemia mielógena aguda o crónica y leucemia linfocítica aguda o crónica. Los términos “mielógena” o “linfocítica” se refieren al tipo de célula involucrada.

La leucemia aguda es una enfermedad de evolución rápida y afecta mayormente a las

1 <http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer>

2 http://www.leukemia-lymphoma.org/attachments/National/br_1205849167.pdf

células que no están completamente formadas o son inmaduras. La leucemia crónica evoluciona lentamente y permite el crecimiento de mayores cantidades de células más desarrolladas. En general, estas células más maduras pueden desempeñar algunas de sus funciones normales. Los términos linfocítica y mielógena (o mieloide) se refieren a dos tipos de células diferentes, a partir de las cuales se originan las leucemias. Las leucemias linfocíticas se desarrollan a partir de los linfocitos de la médula ósea. La leucemia mielógena (a veces llamada mielocítica) se desarrolla a partir de uno de los dos tipos de glóbulos blancos: los granulocitos o los monocitos.

1.1.2.1 Leucemia mielógena aguda

La leucemia mielógena aguda es el resultado del daño genético adquirido del ADN de una célula que se está desarrollando en la médula. Los efectos son crecimiento descontrolado y exagerado, y acumulación de células denominadas “blastos leucémicos” que 1) no pueden funcionar como células sanguíneas normales y 2) bloquean la producción de células normales de la médula ósea, lo que provoca una deficiencia de glóbulos rojos (anemia), de plaquetas (trombocitopenia) y de glóbulos blancos normales, en especial de neutrófilos (neutropenia) en la sangre. La subclasificación de esta leucemia es importante, pues en base a ella pueden realizarse distintos tipos de terapia, lo que incide en un posible cambio en el curso de la enfermedad. La observación de distintos tipos y patrones de células en la sangre o en la médula ósea de un paciente ayuda a los médicos a identificar los subtipos. Estos patrones son designados como los subtipos³:

M0	Mieloblástica, con análisis especial
M1	Mieloblástica, sin maduración
M2	Mieloblástica, con maduración
M3	Promielocítica
M4	Mielomonocítica
M5	Monocítica

3 *Ibíd.*

M6	Eritroleucemia
M7	Megacariocítica

I.2.1.1.1 Leucemia promielocítica (M3)

La leucemia promielocítica es uno de los varios tipos de leucemia que se conocen, constituyendo el 10-15% de todos los casos. Los glóbulos blancos (y todas las demás células que hay en la sangre) se fabrican en la médula ósea, aunque un pequeño número también se fabrica en el timo y en el bazo. El proceso por el cual se fabrican las células de la sangre es llamado por los científicos: hematopoyesis, este ocurre a partir de la modificación de las partes de una célula madre, hasta resultar toda la variedad de células que se presentan normalmente. En un primer paso, se forman unas células progenitoras, (todas iguales). El siguiente paso es la producción de células precursoras, (que ya muestran diferencias en su aspecto) a medida que progresa la diferenciación, las células sanguíneas se van haciendo cada vez más diferentes. Las unidades que se forman en las siguientes fases son sucesivamente las células: Mieloblastos y promielocitos. A partir de estos últimos, se generan los neutrófilos que pasan a ser metamielocitos neutrófilos, y finalmente neutrófilos cayados (polinucleares) así como otras series más. De los promielocitos derivan además de los neutrófilos las series basófila y eosinófila.

En la leucemia promielocítica, los promielocitos tienen una anomalía cromosómica específica, que involucra al cromosoma 15 con el 17, a este fenómeno se le llama translocación t (15,17). De esta manera, la leucemia promielocítica, se caracteriza por la presencia de muchas células anormales (promielocitos), primero en la médula ósea y cuando esta es desbordada, en la sangre.

1.1.2.2 Leucemia linfoblástica aguda

La leucemia Linfoblástica aguda (ALL) es el cáncer más común en niños y representa aproximadamente un cuarto de todos los cánceres entre personas menores de 15 años.

En la ALL, demasiadas células madre se convierten en un tipo de glóbulos blancos llamado linfocitos, denominados también linfoblastos o células leucémicas. Estos linfocitos anormales son incapaces de combatir bien las infecciones. Además, a medida que aumenta la cantidad de linfocitos, se reduce el espacio para los saludables glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas.

1.1.3 Síntomas

La ALL puede ocasionar: Anemia, fatiga, fiebre, hematomas, o hemorragias fáciles, petequia, (manchas planas, como puntos bajo la piel producidos por la hemorragia) protuberancias, dolor en los huesos y articulaciones.

La leucemia mielógena aguda presenta además, inflamación de encías, infecciones menores como pústulas o llagas perianales, curación lenta de cortaduras.

1.1.4 Tratamiento

El tratamiento está basado en la quimioterapia y consta de tres fases⁴:

1. **De inducción:** Es la primera fase del tratamiento de quimioterapia, su propósito es destruir las células leucémicas en la sangre y la médula ósea. Con esto la leucemia entra en remisión.
2. **Terapia de consolidación e intensificación:** Esta es la segunda fase de la terapia. Comienza una vez que la leucemia entra en remisión. Su propósito es destruir las células leucémicas restantes que tal vez no estén activas, pero que pueden comenzar a regenerarse y producir una recaída.
3. **Terapia de mantenimiento:** Es la tercera fase del tratamiento. Su propósito es destruir toda célula leucémica restante que pudiera regenerarse y producir una recaída. Las dosis administradas suelen ser más bajas que las utilizadas

4 http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=103295&RUTA=1-747-1159-2715-103293-103295

en las fases anteriores.

1.1.4.1 Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento del cáncer que utiliza medicamentos para interrumpir la proliferación de células cancerosas, mediante la destrucción de las mismas o evitando su multiplicación. Esta se divide en:

- a. **Quimioterapia sistémica:** se administra oralmente o se inyecta en una vena o músculo propagando el medicamento por el torrente sanguíneo, afectando a las células cancerígenas de todo el cuerpo.
- b. **Quimioterapia intratecal:** Cuando la quimioterapia se coloca directamente en la columna vertebral, una cavidad corporal como el abdomen, o un órgano, afectando a las células cancerígenas de esas áreas. Es denominada terapia santuario del SNC o profilaxis del SNC cuando se utiliza para evitar la diseminación del cáncer al cerebro o a la espina dorsal.
- c. **Quimioterapia de combinación:** Tratamiento que utiliza más de una droga contra el cáncer. La forma de administración depende del tipo de cáncer en tratamiento.
- d. **Quimioterapia con trasplante de células madre:** El trasplante de células madre es un método para administrar quimioterapia y reemplazar las células que forman la sangre que han sido destruidas por el tratamiento contra el cáncer. Se extraen células madre de la sangre o la médula ósea de un donante y se congelan para luego almacenarlas.

Al terminar la quimioterapia, las células madre guardadas se descongelan y se reinyectan al paciente mediante un proceso conocido como infusión. Estas células madre reinyectadas, crecen y restauran las células sanguíneas en el cuerpo. El trasplante de células madre, que utiliza las células madre de un donante que no está relacionado al paciente, está bajo investigación en ensayos clínicos.

En el caso de la leucemia mielógena aguda, el tratamiento también consiste en la destrucción de todas las células promielocíticas, a través de la quimioterapia o la inducción de la diferenciación de estas, lo que se consigue con un derivado de la vitamina A denominado ácido retinoico tipo "all-trans", "que tiene la capacidad de inducir a los promielocitos leucémicos a transformarse en células maduras"⁵ (neutrófilos).

En la mayoría de los casos, se utiliza en primer lugar el ácido trans-retinoico en la llamada fase de inducción y cuando la mayor parte de las células promielocíticas han desaparecido por diferenciación, se utiliza la quimioterapia en la llamada fase de consolidación para eliminar las pocas células anormales que puedan quedar. El trióxido de arsénico, un nuevo fármaco recientemente introducido en la clínica, actúa por otros mecanismos adicionales que hacen que las células enfermas se suiciden, o cometan apoptosis.

1.1.4.2 Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento del cáncer que utiliza rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para eliminar células cancerosas. Existen dos tipos de radioterapia, una externa y otra interna. La externa envía radiación hacia el cáncer a través de una máquina que está fuera del cuerpo y la radioterapia interna utiliza una sustancia radioactiva sellada en agujas, semillas, cables o catéteres que se colocan directamente en el cáncer o cerca del mismo⁶. Se puede usar radioterapia para tratar una acumulación extensa y localizada de células leucémicas.

1.1.5 Aspectos sociales y emocionales de la enfermedad

El diagnóstico de leucemia puede provocar una profunda respuesta emocional en el paciente, en sus familiares y amigos. Negación, depresión, sentimiento de desesperanza, dolor y miedo son sólo algunas de las sensaciones que muchas personas padecen ante un diagnóstico de leucemia.

⁵ http://www.leukemia-lymphoma.org/attachments/National/br_1205849167.pdf

⁶ http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=103295&RUTA=1-747-1159-2715-103293-103295

Es incuestionable el desarrollo de estrés psicológico como efecto de tener una enfermedad amenazadora, que influye en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Lawrence LeShan plantea en su libro “Luchar con el Cáncer”, que el sistema inmunológico se ve poderosamente afectado por los sentimientos, y que ciertas acciones psicológicas pueden afectarlo de manera positiva. Lo que puede constituir una diferencia crucial en el éxito del programa médico⁷.

La musicoterapia es un gran aporte en este ámbito de la enfermedad, permitiendo al paciente disminuir los niveles de estrés, dolor (físico y psíquico) y otorgar sensaciones gratificantes para él y el grupo familiar, en un trabajo que se enfoca desde lo sonoro, corporal y musical.

1.2 Marco teórico musicoterapéutico

El siguiente marco teórico, lo dividiré en dos partes, la primera, trata de una exposición breve de distintos planteamientos, provenientes de modelos de musicoterapia como el modelo Benenzon, la musicoterapia analítica de Wright y Priestley, el abordaje de Carolyn Kenny, Gustavo D. Gauna y Even Rud, entre otros. Y la otra, de dos modelos aplicados en musicoterapia oncológica, del doctor Benenzon y Marly Chagas, más una breve descripción de los fundamentos y objetivos de la psicooncología. Estos elementos teóricos escogidos de cada modelo, han servido de guía para el desarrollo, la comprensión y análisis de mi trabajo de práctica, por ser posibles de aplicar en el contexto clínico de la hematología oncológica, donde los pacientes son sometidos a largos períodos de aislamiento y un largo tratamiento de quimioterapia.

1.2.1 Modelo Benenzon

“Este autor define la musicoterapia como una psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoro-musicales para establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupos de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad”⁸.

Para Benenzon el proceso terapéutico es concebido como un proceso histórico

7 LeShan, Lawrence. Luchar con el Cáncer. Editorial Errepar. Buenos Aires. Argentina. 1989-1994. P.10

8 Benenzon Rolando. De la Teoría a la Práctica. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.2002. p.25.

vincular, que sucede dentro de un contexto no verbal entre terapeuta y paciente⁹. Este proceso creará una historia que se genera a partir de la relación entre ambos, y a su vez esta relación es concebida como el vínculo terapéutico. En este proceso vincular entran en juego los distintos instrumentos corporo-sonoro-musicales (Corporales, naturales, cotidianos, creados, musicales y electrónicos), de los cuales Benenzon distingue, según su uso comportamental, el Objeto experimental, catártico, defensivo, enquistado, intermediario, intermediario corporal y el Objeto Integrador¹⁰. Definiré solamente alguno de ellos, argumentado su presencia en la experiencia de práctica.

- **Objeto experimental:** Son los primeros instrumentos que impactan al paciente que comienza una experimentación a través de la observación, la producción sonora instintiva y la ejecución. Percibiendo textura, forma, color, y sonido.
- **Objeto catártico** : Son los instrumentos de experimentación que luego se convierten en catárticos, debido a que el paciente descubre como descargar su energía tensional en ellos, obteniendo sensaciones gratificantes. Esta descarga tensional, además, actúa como organizador de la producción sonora, apareciendo con este objeto los primeros ritmos estructurados.
- **Objeto intermediario:** son los elementos capaces de permitir el paso de energías de comunicación corporo-sonoro-musicales entre un individuo y otro, que actúan terapéuticamente sobre el paciente sin desencadenar estados de alarma.
- **Objeto Integrador:** Es aquel instrumento corporo-sonoro-musical que permite que dos o más personas puedan interrelacionarse entre sí.

Es importante mencionar que estos usos instrumentales, van apareciendo gradualmente, sin ser introducidos como conceptos por el terapeuta, si no, de forma natural y dinámica a medida que el paciente se va relacionando con los objetos.

⁹ Op.cit. p.48.

¹⁰ Benenzon, Rolando. La Nueva Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 1998, p. 32.

La interacción de energías de comunicación están formadas por la conjunción de los ISO de cada individuo, estas, “se mezclan para ser percibidas dando forma al “espacio vincular”¹¹. Para Benenzon, sin estas energías de comunicación presentes en cada individuo, el espacio vincular sería solo virtual y formaría un gran vacío.

El mencionado concepto de ISO es definido por Benenzon como: “el conjunto de energías sonoras, acústicas y de movimiento que pertenecen y caracterizan a un individuo”¹². Este movimiento es constante y está formado por energías sonoras heredadas genéticamente (ISO universal), por las vivencias vibratoriales, gravitacionales y sonoras durante la vida intrauterina (ISO gestáltico) y por todas las experiencias analógicas que van desde el nacimiento hasta la vida adulta (ISO cultural).

Benenzon, pone de manifiesto la importancia de la apertura de los canales de comunicación entre paciente y terapeuta, señalando que “hablar de musicoterapia es pensar en una serie de metodologías y técnicas diferentes en pos de la comunicación”¹³. La que es entendida de acuerdo al siguiente axioma de la teoría de la comunicación de Watzlawick, “No hay posibilidad de no comunicarse”¹⁴, es decir, que las distintas conductas manifestadas por los seres humanos, son en sí mismas una forma de comunicar, ya que, desde la perspectiva de la pragmática, toda conducta y no solo el habla, es comunicación. Todo este proceso de comunicación musicoterapéutico, señala el autor, se da dentro de un contexto no verbal.

En su libro: “Aplicaciones Clínicas de la Musicoterapia” Benenzon se refiere a los conceptos de comunicación analógica y digital de Watzlawick, como uno de los fundamentos que sustentan su teoría musicoterapéutica. La comunicación analógica es todo lo que sea comunicación no verbal, postura, gestos, expresión facial, inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo, la cadencia de las palabras, es decir, todos los indicadores comunicacionales que aparecen en un contexto de interacción, y la comunicación digital,

11 Benenzon, Rolando. De la Teoría a la Práctica. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.2002. p.78.

12 Op.cit. p.67.

13 Op.cit. p.38.

14 Op.cit. p.40.

es la que utiliza una serie de signos convencionales como la palabra.¹⁵ La comunicación, como menciona Benenzon, es el primer objetivo de la musicoterapia oncológica. Puesto que cuando paciente y mt logran comunicarse desde lo sonoro-corporal y musical, comienza la apertura de diferentes canales de comunicación, se establece el vínculo y en ella se produce el proceso terapéutico.

1.2.2 Modelo Wright-Priestley y Gerwitz

En su libro “Los Caminos de la Musicoterapia”, Even Ruud realiza un análisis de los fundamentos teóricos que poseen los distintos enfoques psicoanalíticos en musicoterapia. De éste y con extractos de Kenneth Bruscia, me parece necesario mencionar ideas relevantes del enfoque teórico de Wright-Priestley y Gerwitz, debido a la importancia que asignan a la autopercepción desarrollada a modo de exploración del mundo interno del paciente, a través de la improvisación musical; por su posterior proceso de integración de los elementos encontrados en pos del desarrollo constructivo, por el concepto de co-producción de objetivos entre paciente y terapeuta y por la importancia que dan al proceso catártico.

La musicoterapia analítica es definida 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”¹⁶.

Even Rud observa dos objetivos básicos en esta teoría que son similares a los objetivos planteados en psicoterapia. Parte mencionando el concepto de autopercepción, que se desarrolla a través de la música como un medio para “ahondar en la mente inconciente del paciente y traer a su conciencia aspectos de sí mismo, como sentimientos y complejos escondidos dentro de él”.¹⁷ Cuando el paciente ha logrado alcanzar el máximo de autopercepción, surge un objetivo constructivo denominado integración, que “consiste en la integración de los elementos de la psiquis concientizados por el paciente y la edificación constructiva de su personalidad, de modo que pueda vivir

¹⁵ Benenzon, Rolando. Aplicaciones Clínicas De La Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.2000. P. 31

¹⁶ Bruscia, Kenneth. Modelos de improvisación en musicoterapia. Agruparte. España. 1999. p. 115.

¹⁷ Ruud Even. Los caminos de la musicoterapia. Editorial Bonum. 1990. P. 65.

su vida de manera satisfactoria”.¹⁸ A su vez, Otros objetivos planteados por Bruscia dicen relación con la meta principal de la musicoterapia propuesta por Priestley, que es “eliminar los obstáculos que impidan al paciente apreciar todo su potencial y alcanzar objetivos personales. Esto genera la idea de no establecer metas específicas antes de que comience la terapia, para permitir al paciente revelar sus propios objetivos potenciales y obstáculos cuando emerge el proceso terapéutico”. Producto de lo mencionado, Wright y Priestley concluyen que paciente y terapeuta producen entre ellos un objetivo mutuo¹⁹ y creen que el resultado de este, se puede lograr debido a las posibilidades de comunicación de la música, que puede pasar por alto la censura verbal conciente, debido a su conexión íntima con la vida emocional interior del ser humano. La musicoterapia analítica considera la música como vehículo para la auto expresión-emocional, “...un recipiente físico dentro del cual puede volcarse la tensión de las emociones , de modo tal que el efecto catártico conduce a una paz profunda, a la armonía y a la relajación física que todos buscamos”.²⁰ El paciente tiene la posibilidad de expresar los conflictos inconcientes y las emociones dolorosas que ha estado evitando, con la ayuda del musicoterapeuta, que facilita la utilización de la música como un canal expresivo. Even Rud llama a esta parte constructiva del proceso terapéutico (catarsis-relajación), que consiste en el “fortalecimiento general de la estructura del yo del paciente en el sentido de adecuación y seguridad”.²¹

Gerwitz por su parte, clasifica la musicoterapia como psicoterapia de apoyo, debido a su capacidad de reforzar las defensas existentes y de desarrollar mecanismos más satisfactorios para mantener y restablecer un equilibrio adaptativo. Además utiliza el concepto de “ventilación de sentimientos”²², para explicar la importancia del proceso catártico. Para él, este proceso puede ser provocado por la verbalización, la actividad física o la fantasía. En la musicoterapia la catarsis se daría en tres modalidades de expresión. En la actividad física, a través del manejo de los instrumentos o la danza y la catarsis verbal. Con la actividad física pueden ventilarse los sentimientos fuertes a través de la danza o experimentar una sensación liberadora por medio de los patrones motores

18 Op.cit. p.65-66.

19 Bruscia, Kenneth. Modelos de improvisación en musicoterapia. Agruparte. España. 1999. p. 118.

20 Ruud Even. Los caminos de la musicoterapia. Editorial Bonum. 1990. P. 66.

21 Op.cit. p.67.

22 Op.cit. p.67-68.

generados en los instrumentos de percusión, como tambores y bongó. Por último en la catarsis verbal el paciente obtiene una sensación de alivio a través del canto.

1.2.3 Carolyn Kenny

Dentro del enfoque teórico de Carolyn Kenny, se mezcla la cosmovisión étnica, la teoría de sistemas y el abordaje fenomenológico, dentro de un marco teórico humanista existencial, que ve al ser humano en su totalidad y se adhiere al respeto por el valor de la personas, ocupándose de temas que han recibido poca atención como: amor, creatividad, el yo, crecimiento, organismo, autorrealización, el ser, trascendencia del yo, entre otros.

Uno de sus aportes importantes con relación a la improvisación, es la propuesta de una descripción totalmente nueva de los procesos improvisatorios. Para ella todo diálogo musical se establece entre dos personas, “dos personas completas y enteras”²³ y el contexto donde se produce la improvisación es dentro del concepto estético, que define de la siguiente manera: “la estética es un medio en el cual las condiciones incluyen las tendencias humanas del individuo, valores, actitudes, experiencias de vida, y todos los factores que se unifican para crear la forma integral y concreta de la belleza”.²⁴ En síntesis, la estética es la persona y su mundo, en un concepto sonoro de belleza. Por esto, el rol del MT con respecto a llevar al paciente a la improvisación musical, o “Campo del Juego”, es un rol formativo. Luego de compartir la música mutuamente con el terapeuta, el paciente es incluido en un “Espacio Musical”, que (describe la autora) es “un lugar sagrado”, seguro, que llega a identificarse como base familiar, un territorio bien conocido y confiable”²⁵. Es interesante mencionar, que mi paciente J en la séptima sesión, de manera espontánea mientras representaba a su familia en los instrumentos musicales, me pidió que tocara la kalimba con la que había representado a su hermana, manifestando: “Te queda bien ese instrumento”, seguido de un gesto de aprobación y afecto. Ese gesto establece de inmediato una inclusión y aceptación del terapeuta dentro del espacio familiar. Es decir, el espacio musical identificado como base familiar propuesto por Carolyn Kenny, es capaz de vivirse de manera análoga al mundo familiar

23 Op.cit. p.114.

24 <http://www.voices.no/mainissues/mi40003000124.html>

25 Op.cit. p.115.

del paciente.

Luego la autora amplía este concepto afirmando que “el espacio musical, se transforma en un campo de juego o espacio para la experimentación, modelado e imitación, en formas sonoras que expresan, representan y comunican sentimientos significativos, pensamientos, actitudes, valores, orientaciones comportamentales, cuestiones de crecimiento y cambio”.²⁶ Y que este “Campo del Juego”, cuyas cualidades son: sorpresa, diversión, fluidez y confianza, aparece solamente después de establecida la seguridad en el espacio musical. Finalmente, Carolyn Kenny postula que la improvisación se caracteriza además, por su cualidad “Ritual”, que permite la innovación a partir de una base de formas y gestos repetibles, y la posibilidad de los participantes de alcanzar un estado especial de conciencia, definido como “un estado de profunda concentración y atención focalizada, acompañado de una profunda relajación. Dicho estado, permite una receptividad a nuevas experiencias, nuevas formas, una nueva percepción sonora en el movimiento en dirección hacia la totalidad”.²⁷

Carolyn Kenny pone mucho énfasis en el rol del terapeuta y su capacidad de invitar, sorprender, divertirse y fluir en el sonido junto al paciente, de tal manera que ambos sin cuestionamientos verbales previos, entren en este espacio musical y terreno lúdico, (ritual) iniciando un proceso de transformación dirigido hacia la apertura, flexibilidad, creatividad, el crecimiento y la totalidad.

1.2.4 Gustavo de Gauna

A continuación me referiré al texto: “Entre los sonidos y el silencio”, del mencionado autor, debido a su riqueza conceptual y a las variadas herramientas teórico-prácticas que ofrece al mt.

Gauna, plantea que la música posee características que la transforman en un lenguaje universal, porque no tiene idioma, es multifacética y posee muchos mensajes diferentes y complementarios coexistiendo permanentemente. Estas características de la música, más la confianza en los procesos expresivos por parte del musicoterapeuta,

26 *Ibíd.*

27 *Ibíd.*

marcan, para el autor, una particularidad en el abordaje musicoterapéutico. Los aspectos expresivos del paciente se transforman poco a poco en constantes, estructurándose en rituales, que dan cuenta del paralelismo entre el mundo inconsciente y los aspectos de la realidad del individuo. Al incorporar nuevas variantes al denominado ritual, este se enriquece transformando al paciente. Es así como el éxito de la terapia depende, para el autor, “de que el juego de símbolos vaya encontrando salidas parciales o resoluciones finales”.²⁸

A este juego lo denomina “el modelo de la eficacia simbólica”, que “produce que los objetos propios como afectos, emociones, situaciones no superadas y aceptaciones no recibidas a tiempo puedan equilibrarse con experiencias nuevas, a su vez, éstas, se estructuran en espacios que proveen salidas o resoluciones al paciente”²⁹, pudiendo producir una variación en la estructuración del mundo, donde se reubican gradualmente las piezas del psiquismo hasta encontrar un lugar de mejor representación. Esto genera un mayor equilibrio en la conducta y nuevas herramientas para enfrentar el mundo externo con conceptos y valores propios.

El musicoterapeuta mediante su accionar sonoro-corporal permite la movilización de los núcleos del paciente. Cuando este logra la apertura expresiva, su modelo de comunicación es movilizado, surgiendo así, una característica particular, personal y definida de cada individuo, “La personalidad expresiva”. Entendida además por el autor como: “El pasaje entre la emoción y la representación” o “un conjunto de permanencias en la expresividad del paciente”³⁰, posibles de diferenciarse con el afuera, capaces de representar los objetos internos y como un reflejo de la personalidad del individuo.

Para Gauna conocer el modelo de la personalidad expresiva del paciente, enriquecerla y promover su movilidad, es uno de los objetivos generales de la dinámica musicoterapéutica. Además, plantea que las asociaciones sonoras y el mundo simbólico del ser humano ocupan un gran espacio capaz de generar procesos saludables, al que denomina el espacio de los núcleos de salud.

²⁸ Gauna, Gustavo. Entre los sonidos y el silencio. Musicoterapia en la infancia: clínica y teoría. Editorial Artemisa. Rosario. Argentina. 1996. p. 21.

²⁹ Op.cit. p.93.

³⁰ Op.cit. p.31-32.

Para Gauna, el desarrollo expresivo es estructurante en sí mismo, es decir, posee la capacidad de reorganizar procesos y modificar instancias profundas de la personalidad. Este hecho, exige al mt tener una plasticidad en su actitud personal para interpretar el material-mensaje, (que se refiere a contenidos psíquicos y a las acciones en la sesión) la capacidad de hacer lecturas en tres niveles: 1) El material como significativo o expresividad como contenido. 2) Las asociaciones del material con la historia del paciente. 3) El desarrollo temporal de la entrega del material, (hecho que depende de la estrategia del mt) y finalmente la capacidad de fundamentar la relación más allá de la simple interpretación, expresando confianza en los núcleos de salud. El material mensaje, comprendido por el autor como un puente tendido dinámicamente entre paciente-terapeuta y terapeuta-paciente, necesitará cargas emotivas y afectivas que constituirán un espacio compartido que puede convertirse, gradualmente, en un mensaje para los distintos mundos relacionales del paciente. Así éste, irá descubriendo espacios de salud que coexisten con ámbitos enfermos, pudiendo ampliar cada vez más los espacios saludables. Gauna, llama a los espacios reconocidos como sanos por el paciente, "Núcleos de Salud" y señala que "tienen la capacidad de otorgar un sentido a lo propio"³¹ permanentemente y que a través de ellos se inicia un proceso bidireccional, donde lo nuevo se hace comprensible mediante el desarrollo expresivo y lo viejo será sometido a un juego de simbolismos que una y otra vez irán gestando en el paciente un criterio propio de lo saludable, que le permitirá obtener equilibrio y estabilidad.

El musicoterapeuta estimula desde lo sonoro-corporal y musical, permitiendo que las percepciones del individuo (de sí mismo y el otro) se den en un plano no verbal. Cuando la expresividad del paciente se ve bloqueada, el sonido y la música crean un espacio de representación, donde las capacidades de asociación se ven favorecidas. El musicoterapeuta, al entregar todo su cuerpo sonoro, permite el desarrollo de un vínculo capaz de sustentar la relación terapéutica y de ofrecer una salida expresiva a los objetos internos del paciente.

Para Gauna el tratamiento musicoterapéutico debe ser pensado como un proceso y no como un cúmulo de métodos y técnicas. Pues estas no deben cambiar uno de los

31 Op.cit. p.41.

objetivos esenciales de la disciplina, que es “escuchar al paciente”, reconociendo las expresiones cuyos objetos internos están con capacidad de evolución, lo que implica no atacar el síntoma o la falta y además generar energías para un nuevo movimiento interno, que se fundamenta en la instancia de ser escuchado.³² Esto lleva el musicoterapeuta a reconocer cuales son los “temas centrales”, los que se manifiestan como constantes, y representan conflictos, frustraciones e imposibilidades. Al descubrir los “temas centrales”, afirma el autor, la terapia se moviliza en la dirección correcta, por lo que estos, deben ser vistos como expresiones-sonoro-corporales y como tales deben ser interpretadas dentro del marco conceptual de la musicoterapia.

Al concepto anterior, el autor agrega, el de “modos de acción”, definiéndolo como “las diferentes maneras que se pueden emplear para producir el sonido, que a su vez constituyen la riqueza expresiva del objeto sonoro”³³, afirmando que el objeto “plantea un proceso de retroalimentación que es estructurante en su relación con los otros y con el medio”.³⁴ Llamándolo objeto intermediario. Las emociones y afectos surgen a partir de dicho objeto, el que gradualmente se transforma en un cuerpo sonoro como la voz o el propio cuerpo. Este proceso de transformación o pasaje es de una gran riqueza representativa, ya que implica que el objeto sirve como depósito de los contenidos simbólicos del paciente.

En este marco conceptual que incluye: ritual, símbolos, personalidad expresiva, material-mensaje, núcleos enfermos y de salud, modos de acción, entre otros, se desarrolla (para Gauna) el trabajo musicoterapéutico, que no solo debe desplegar contenidos psíquicos, sino además, un recorrido corporal, sonoro, rítmico musical, que se estructura entre ambos actores como un lenguaje.

Para finalizar esta primera parte del marco teórico musicoterapéutico debo señalar, que los distintos enfoques expuestos brevemente, entregan un material conceptual capaz de generar un soporte de intervención que permite comprender las distintas dinámicas (internas y externas) del proceso terapéutico, en una actitud observadora pero

32 Op.cit. p.137.

33 Op.cit. p.146.

34 Ibíd.

empática, lúdica y a la vez profunda y generadora de espacios de expresión para el paciente.

1.2.5 Modelos de musicoterapia en el área oncológica

A continuación me referiré a dos autores que exponen sobre el uso de la musicoterapia en el área oncológica, estos son Benenzon y Marly Chagas, que realizaron trabajos sistemáticos en esta área clínica dejando un rico material que ha servido de guía para esta práctica.

1.2.5.1 Modelo Benenzon

En el trabajo de supervisión de Benenzon: "Reflexiones sobre la aplicación de la musicoterapia en enfermos oncológicos terminales"³⁵, plantea que el enfermo oncológico terminal padece y provoca síntomas psicológicos de aislamiento, regresivos, melancólicos y paranoicos, y a su vez, en el equipo de salud y en la familia provoca reacciones como ansiedad, angustia, marginación, aislamiento y movilización de los núcleos melancólicos y paranoicos.³⁶

Es así como plantea que la musicoterapia, por la utilización del contexto no verbal, permite gratificar al paciente y a su grupo familiar. Para esto formula los siguientes objetivos terapéuticos³⁷:

1. Acompañar al paciente en forma digna y gratificante.
2. Paliar crisis depresivas y los efectos del dolor.
3. Abrir nuevos canales de comunicación y activar los que se han cerrado.
4. Trabajar conteniendo al grupo familiar durante y después de la terapia.
5. Crear red de comunicación y ética entre profesionales, institución, paciente, grupo familiar y comunidad.

La intervención propuesta, se basa en su modelo teórico. En esta incluye conceptos como: Principio ISO, el tiempo cronológico, biológico y terapéutico, canales de

³⁵ Benenzon, Rolando. De la Teoría a la Práctica. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.2002. p.225.

³⁶ Ibíd.

³⁷ Op.cit. p.226.

comunicación, vínculo y objeto intermediario. Con relación a los instrumentos (setting) propone los de manipulación sencilla, salvo los ya conocidos por el paciente. También recomienda que en algunos casos durante la ausencia del musicoterapeuta, se deje un instrumento al paciente, el que se constituye en una prolongación del cuerpo del terapeuta. Por último la voz y el cuerpo son entendidos como objetos intermediarios, debido a que su valoración por parte del paciente y musicoterapeuta es vivida como una sensación vivificante. La grabadora y reproductor serán de utilidad como recolector de las sesiones y para reforzar el vínculo en la ausencia del musicoterapeuta.

Respecto del equipo de salud del servicio, propone informar previamente y aclarar sobre los objetivos y técnicas de la musicoterapia, organizando un grupo de reflexión y musicoterapia didáctica. Acerca del musicoterapeuta, plantea que es necesario que elabore, reconozca y reflexione antes y después de la terapia, debido a que es enfrentado a sus propios núcleos regresivos melancólicos y a la muerte. Además, recomienda trabajar en pareja terapéutica.

Benenson cree que la presentación del musicoterapeuta es un hecho significativo, porque marca el camino de las futuras sesiones y porque en los pacientes oncológicos el vínculo primario es el más importante. Esto lo llevó a repensar la presentación y el uso de la ficha musicoterapéutica, si es necesario. El trabajo debe ser directamente desde lo no verbal, para “accionar”, es decir poner en funcionamiento todo el cuerpo como objeto intermediario. Esto permitirá que desde un principio quede sellada la identidad y rol que se jugará en este vínculo.³⁸ La metodología y la técnica exigen un constante enfrentamiento de variables, que exponen al cambio de encuadre, de espacio y de tiempo. Debido a procedimientos médicos, visitas, exámenes, entre otros. Esto demanda flexibilidad y creatividad por parte del terapeuta.

Las estrategias realizadas contienen las siguientes técnicas: grabación de la voz y el canto, entonación de canciones, selección de canciones del repertorio folclórico y popular, improvisación corporal, rítmica, improvisación instrumental, toma de contacto con zonas dolorosas entre otras. Finalmente sugiere detalles técnicos como: llevar

38 Op.cit. p.229.

instrumentos portátiles en el bolsillo y privilegiar el trabajo con el lado sano del paciente para compensar las zonas afectadas.

1.2.5.2. **Marly Chagas**³⁹

Para esta autora, la musicoterapia puede ser un gran aporte para los enfermos oncológicos, debido a que la música contribuye a una comunicación significativa, puede traer confort y relajación y ayudar a resolver problemáticas emocionales. Señala además, que los pacientes experimentan depresión, pena, ansiedad, aflicción, relacionada a aspectos objetivos y subjetivos de la enfermedad y hospitalización, así como miedo al dolor y a la muerte, aislamiento, soledad, entre otros. Ella afirma que la musicoterapia ofrece la posibilidad de que estas emociones no sean comunicadas verbalmente y se transformen en una forma expresiva. Renovando las dinámicas internas y externas del paciente y enriqueciéndolas para la vida.

Marly Chagas usa técnicas activas como: improvisación instrumental, vocal, la danza y el canto, con repertorio que identifique al paciente. Dentro del uso instrumental, usa primero grandes tambores de papel, que son destruidos por el paciente, para canalizar las emociones de dolor y rabia de manera positiva, sin que este sienta culpa por dicha experiencia. Finalmente, cree que el trabajo del terapeuta debe involucrar a la familia, en especial a las madres de niños o adolescentes con cáncer, para compartir experiencias comunes, favorecer la comunicación de sentimientos, fortalecer la relación amorosa con sus hijos e intercambiar experiencias enriquecedoras.

1.2.6 **Psicooncología**

En las últimas décadas, la salud mental ha tenido una evolución y transformación significativa. En Europa y Estados Unidos, se ha generado desde hace unos quince años, una nueva manera de entender la relación entre lo médico y lo psicológico. Esto ha llevado a los psicólogos clínicos y psiquiatras a extender su campo de intervención al de las enfermedades físicas, planteando para ello una visión que integra los factores

³⁹ Chagas Marly. Artículo presentado como conclusión de la especialización realizada en la Sociedade Brasileira de Psicooncología. Revista Brasileira de Musicoterapia, ano IX, número 7 – 2004.

biológicos en interacción con los psicológicos, sociales y medio ambientales⁴⁰.

La psicooncología se ocupa de los diferentes desafíos psicosociales que plantea la atención al enfermo de cáncer: su problemática emocional, el manejo del dolor y los cuidados paliativos, entre otros, que son entendidos como “el conjunto de acciones médicas, de enfermería, psicología y asistencia social, que conllevan a una mejor calidad de vida de la persona”⁴¹. El complejo escenario al que se enfrenta el paciente, debido a situaciones personales, médicas y terapéuticas, lo hacen vulnerable al desarrollo de problemas psicosociales importantes y a una disminución de su calidad de vida.

El objetivo central de esta disciplina es atender de manera integral al paciente en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales generando un diálogo permanente con el resto de las especialidades médicas⁴². Además, da real importancia a determinados factores de naturaleza conductual y de aprendizaje, considerando que influyen de manera importante en la adquisición de la enfermedad y en su posible evolución.

Lawrence LeShan, en su libro *luchar con el cáncer*, realiza un estudio bibliográfico de publicaciones médicas de principios del 1800, en donde los círculos médicos norteamericanos de la época, aceptan que el cáncer y la historia de la vida emocional del paciente están ligados. Con el posterior surgimiento de los rayos X y el desarrollo de la tecnología médica, el concepto del cáncer como un problema local del cuerpo se instaló con fuerza en la medicina, quedando en el olvido los factores psicosociales.

Para este autor “los pensamientos y sentimientos constituyen un factor importante en la ecología del ser humano, afectando la química del cuerpo, que está relacionada con la evolución o progresión de la enfermedad”.⁴³ Señala que el sistema inmunológico se ve poderosamente afectado por los sentimientos, y que ciertas acciones psicológicas pueden afectarlo de manera positiva. Para él esto puede constituir una diferencia crucial en el buen funcionamiento del programa médico. Por último afirma que el método psicológico

40 [http://www. Psicooncología.cl/presentación.html](http://www.Psicooncología.cl/presentación.html).

41 Op.cit

42 Op.cit

43 LeShan, Lawrence. *Luchar con el Cáncer*. Editorial Errepar. Buenos Aires. Argentina. 1989-1994. P.9.

que llama a la eficacia del sistema inmunológico es el mismo que conduce a la vida más plena y rica, durante la enfermedad o con posterioridad a ella.

La musicoterapia se ocupa fundamentalmente de estos factores psicosociales que sustentan la psicooncología, activando lúdica y creativamente los sentimientos y emociones positivas del paciente, desde el ámbito sonoro-corporal y musical, proponiendo una alternativa terapéutica efectiva que gratifica y promueve estados saludables al paciente oncológico y a su grupo familiar.

II. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

Un aspecto importante del buen desarrollo del proceso terapéutico es la elección de la metodología y las diferentes técnicas que usa la musicoterapia. En la práctica realizada, se propuso una metodología y técnicas similares en ambas intervenciones, pero el desarrollo expresivo de cada paciente, gradualmente demandó el uso de otras formas de trabajo. A continuación describiré brevemente y de manera general la metodología y técnicas usadas:

2.1 Metodología

- a) Atención individual de cada paciente, una a dos veces por semana. Dentro de la unidad de hematología oncológica del hospital clínico de la Universidad de Chile, o en el hogar de los pacientes, si se dan las condiciones.
- b) Las intervenciones se organizaron en tres momentos, Inicial o diagnóstico, intermedio o desarrollo y final o cierre.
- c) Programación de media hora en cada sesión, dedicada a limpieza del setting e instalación de grabador WMA y video.
- d) Las sesiones toman como referencia los pasos secuenciales propuestos por Benenzon⁴⁴:

1) **Observación:** consiste en saber esperar, lo que permite escuchar, recibir, percibir, aceptar y comprender. Transformar el impacto transferencial del paciente en consigna. En este paso se escuchan las sensaciones del paciente a nivel físico y emocional, después de indagar por su estado durante la semana.

2) **Asociaciones corporo-sonoro-musicales:** En este paso, el paciente comienza a expresarse mediante la improvisación activa junto al mt.

3) **Aislamiento reflexivo-activo:** Finalmente el mt deja de actuar y disocia su atención entre su acontecer interno y externo. También se realizó la variación de acompañar con un pulso, con ritmos simples y constantes y centrar la atención en el paciente y en las propias sensaciones. Además, después de cada improvisación se invitaba al paciente a comentar sus sensaciones.

I.6 Técnicas activas

- a) **Improvisaciones referenciales:** Se consideró siempre el estado en que se encontraba el paciente al iniciar la sesión, y a partir de éste, se formularon consignas verbales directivas y semidirectivas como:

44 Benenzon, Rolando. La Nueva Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 1998, p.77.

- La invitación a realizar una presentación sonora con un instrumento a libre elección.
- La invitación a improvisar las propias sensaciones sin especificar número de instrumentos a elegir.
- La invitación a improvisar a modo de despedida, evocando los emergentes de la sesión, entre otras.

Además en algunas de estas improvisaciones se usó como referencia la primera y última fase del modelo Priestley:

- **Identificando un tema**⁴⁵: A través de la verbalización del paciente de una sensación o acontecimiento ocurrido durante la semana, se detectó un tema o sensación de importancia y se improvisó sobre él, profundizándolo durante la sesión. En otras ocasiones el tema se extendió a más de una sesión.
- **Debatir la improvisación**⁴⁶: Al terminar la improvisación se debatían las sensaciones inmediatas e impresiones, a modo de invitación, solo si el paciente estaba de acuerdo en hacerlo.

De las técnicas del mismo modelo para explorar el material inconsciente, se usó:

- **Sujeción**⁴⁷: Acompañando y apoyando musicalmente al paciente, para que experimentara una emoción intensa. (Con C cuando pide improvisar la rabia)

Para fortalecer el Yo:

- **Explorando relaciones**⁴⁸: El paciente (J) improvisa individualmente representado a través de los instrumentos a su madre, hermana y padre y la relación entre los mismos.
- **Afirmación y celebración**⁴⁹: Se invita al paciente a que imagine o recuerde

45 Bruscia, Kenneth. Modelos de improvisación en musicoterapia. Agruparte. España. 1999. p. 124.

46 Op.cit. 128.

47 Op.cit. 131.

48 Op.cit. 137.

49 Ibíd.

momentos de alegría o paz e improvise sobre un estado de plenitud.

- **Comunicación no verbal**⁵⁰: Paciente y terapeuta improvisan libremente, sin consignas o título y sin comentarios al final.

Otras técnicas activas desarrolladas, fueron:

- **Los inventarios corporales**: Con música improvisada por el mt, en las que el paciente realizó una serie de movimientos corporales dirigidos, sugeridos, o improvisados, para aliviar el dolor, relajar o activar.
- **Creación de canciones**: Paciente y terapeuta generan un espacio para la creación de canciones basadas en los temas o sensaciones que surgen del paciente.
- **Improvisación de canciones**: El paciente improvisa una canción, creando una línea melódica a un texto o los dos elementos simultáneamente.
- **Grabación de canciones creadas**: se realizaba después de cada proceso creativo de C, para registrar y comentar la producción sonora.
- **Sonido sostén**⁵¹: El mt utiliza ritmos, ostinatos, pulsos, sonidos y/o melodías para catalizar los procesos expresivos del paciente.

Del modelo Benenzon:

- **Imitación e imitación parcial**: El musicoterapeuta reproduce los ritmos del paciente a modo de eco o acompaña imitando algunos aspectos de la producción sonora del paciente.
- **Preguntas y respuestas**: El paciente expresa musicalmente y el mt responde con otras producciones sonoras.
- **Asociaciones corporo-sonoro-musicales**: Producciones sonoras del musicoterapeuta que están vinculadas al impacto que la comunicación con el paciente le provoca. (Como por ejemplo, la improvisación de secuencias

50 Op.cit. 138.

51 Gauna, Gustavo. Entre los sonidos y el silencio. Musicoterapia en la infancia: clínica y teoría. Editorial Artemisa. Rosario. Argentina. 1996. p. 138.

armónicas del musicoterapeuta, motivadas por la intensidad del proceso creativo de C).

2.3 Técnicas receptivas

- Escucha de las improvisaciones sonoras individuales y vinculares del paciente, para posteriormente comentarlas junto a él.
- Escucha de canciones creadas por C.
- Escucha del repertorio musical del gusto de C, compartido espontáneamente por el paciente o con el objetivo de buscar material rítmico que lo identificara.
- Escucha para compartir las canciones creadas, con la familia de C o con algún miembro del equipo médico.
- Escucha del paciente al realizarse los baños sonoros, donde la música era ejecutada por el musicoterapeuta.
- Escucha del paciente al realizarse los inventarios corporales, donde la música era ejecutada por el musicoterapeuta.

III. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS

III.2 Perfil de los pacientes

3.1.1 Paciente J

J es un joven de 20 años domiciliado en la comuna de Providencia. Su familia está constituida por la madre, su hermana mayor y su padre que no vive junto a él, a quien visita esporádicamente por iniciativa propia.

Su historia escolar fue bastante inestable, pues tuvo problemas disciplinarios, depresión y déficit atencional durante la enseñanza básica y media, por lo cual estudió en varios colegios de Santiago. Luego se estabilizó en la última etapa de su enseñanza media, pero con un rechazo permanente al sistema escolar tradicional. Actualmente estudia teatro en un instituto profesional de Santiago.

Respecto de la enfermedad, J comenzó a sentir los síntomas de la leucemia como: sangrado de nariz, moretones en diversas partes de su cuerpo, dolores de cabeza, debilidad, entre otros; durante el verano del 2008. Debido a esto fue llevado a la urgencia de la Universidad Católica de Chile, donde lo diagnosticaron erróneamente, lo que produjo un agravamiento de su estado de salud, por lo cual su madre lo llevó a la urgencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Institución que le diagnosticó leucemia mielógena aguda, con el subtipo, leucemia promielocítica. Hoy está siendo tratado por dicha enfermedad en la unidad de hematología oncológica del mencionado hospital, desde el 26 de marzo del 2008.

La psicóloga de la unidad cree que J posee una buena red de apoyo de la familia y amigos. Que su capacidad de adaptación es regular, pero que manifiesta estar con todas las energías puestas en su recuperación. Además relata que tuvo que ser intervenido

con fármacos debido a una descompensación física, provocada por la brusca suspensión de bebida alcohólica, que ingería con regularidad. Las enfermeras manifiestan que J pone todo de su parte en el proceso de recuperación, pero que a veces lo ven decaído y con ánimo bajo, estado muy común en este tipo de enfermos.

3.1.2 Paciente C

C es un joven de 15 años domiciliado en la comuna de Conchalí. Su familia está constituida por la madre, el padre y su hermana menor de siete años. Su historia escolar es estable. Cursa el segundo año de enseñanza media en un liceo de la misma comuna.

Respecto de la enfermedad, C comenzó a sentir los síntomas de la leucemia durante el mes de febrero del 2008. Fue atendido en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, donde fue sometido a exámenes, diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda y hospitalizado en el mes de marzo.

De acuerdo a conversaciones con la psicóloga de la unidad de hematología oncológica del mencionado hospital, C posee una buena red de apoyo de su familia y colegio. Según la profesional el pronóstico médico no es alentador y lo más probable es que se deba realizar un trasplante de médula. Las enfermeras y auxiliares lo definen como cálido, amoroso y con muy buena disposición.

3.2 Historia musical de los pacientes

3.2.1 Paciente J

J manifiesta que la relación de su familia con la música es pobre, ya que no se escucha frecuentemente y nadie posee formación musical. A su padre preferentemente le gusta la cumbia y a su madre Silvio Rodríguez y la música con contenido poético y social. Las reacciones de ambos padres ante los ruidos fuertes, señala, son un poco agresivas, no dice nada en relación a los sonidos cotidianos. Respecto de su reacción a los sonidos y ruidos, J señala que depende del tipo de ruido que escuche, pero en general que este le desespera. Dice además que ciertos sonidos lo hacen relajar mucho. De los ruidos que recuerda de su hogar, el ruido de la aspiradora es el único que

menciona.

Con relación a las vivencias tempranas, dice no recordar ninguna en especial, pero sí recuerda las canciones infantiles que le cantaba su madre especialmente las del grupo Mazapán y los ambientes sonoros de música infantil. Señala además que su primer contacto con un instrumento musical fue “el clásico contacto con la flauta en el colegio” y la participación en una presentación de un grupo musical de amigos, donde tocó las maracas. A J le gustan mucho los instrumentos de percusión en especial el bongó, manifestando que disfruta improvisar con los sonidos que este produce. Además le atrae la armónica, la gaita y dice no rechazar ningún instrumento en especial. Por último, sus gustos musicales hoy, incluyen todo tipo de música como el Rock Agro y la música Cubana de Orixas (Solo menciona dos). Sus rechazos musicales son el reggaetón (que solo lo baila en fiestas), la cumbia y la música electrónica.

3.2.2 Paciente C

C Manifiesta que la relación de su familia con la música es muy buena. Que sus padres escuchan todo tipo de música,ailable, folclórica, rock, baladas, lo que es corroborado por su madre. La madre dice que a la hermana de C le gusta el reggaetón, la cumbia y la música de Disney Channel. Ambos señalan que en el hogar nadie tiene estudios musicales ni toca un instrumento y que en la casa hay un metalófono y una guitarra, que no tiene cuerdas. C menciona que su familia es muy unida y se reúnen frecuentemente en casa de tíos y familiares para celebrar, conversar, cantar y bailar.

Con relación a las vivencias sonoras durante el embarazo y primera infancia, la madre señala que hubo mucho estímulo musical de todo tipo como música infantil, fiestas familiares, música popular y folklórica y canciones de cuna que ella le cantaba a C. Respecto de los gustos musicales, el señala que disfruta del reggaetón, el reggae, la cumbia, en ocasiones las baladas románticas y ahora debido a su enfermedad, comenzaron a gustarle algunas canciones significativas como “Viejo mí querido viejo” de Piero, “Con un pala y un sombrero” de Gervasio, “Te recuerdo Amanda” de Víctor Jara, entre otras.

3.3 Descripción del contexto

La unidad de hematología oncológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ubicado en avenida Santos Dumont # 999 (independencia) está en el 2° Piso, sector D de dicho hospital. La unidad está formada por un equipo de médicos con título de especialista otorgado por universidades Chilenas y especializaciones en el extranjero, además, cuenta con una planta de enfermeras universitarias especializadas en atención de pacientes oncohematológicos, las que atienden diariamente en dos unidades de trasplante de médula ósea con un total de 12 camas, con salas individuales.

Su objetivo principal es el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la sangre, lo que incluye padecimientos como Anemias, Neutropenias, Trombocitopenia, Trombosis (Trombofilia), enfermedades de la coagulación (Hemofilia, Enfermedad de Von Willebrand) y enfermedades malignas: Leucemias Agudas y Crónicas, Linfomas, Hodgkin y Mieloma Múltiple.

Los horarios de visita se realizan diariamente de lunes a domingo de 15⁰⁰ a 20⁰⁰ horas, con rigurosas normas de higiene, propios de pacientes con aislamiento.

La musicoterapia se inserta en esta unidad, gracias a las gestiones del Postítulo de Musicoterapia de la Universidad de Chile, como un espacio para realizar la práctica profesional, el que es bien recibido por el equipo médico.

Las habitaciones están implementadas para la óptima realización del tratamiento médico. La organización espacial de alguna de ellas, no permite que se haga posible el trabajo musicoterapéutico de la manera más óptima, así la sesión se inserta dentro de las rutinas alimenticias y del tratamiento, lo que exige flexibilidad de parte del musicoterapeuta. El contacto más fluido con el equipo de trabajo, se da con auxiliares y enfermeras. Los médicos de turno tienen escasa comunicación con el musicoterapeuta en práctica.

3.4 Setting instrumental

Las siguientes tablas muestran los diferentes instrumentos y recursos del setting, y el uso de estos por cada paciente a lo largo de las tres fases de la intervención.

Paciente “J” Tabla 1

Clasificación	Instrumentos	Fase uno	Fase dos	Fase tres
Aerófonos	Flauta dulce contralto	X	X	
	Flauta dulce soprano		X	
Cordófonos				
Membranófonos	Bongó,	X	X	X
	Djembé	X	X	X
Idiófonos	Huevitos-cencerro-afuche	X - X - X	X - X - X	X - - X
	Claves-platillo, pezuñas-metalófono-caxixi-maracas	X - X - X	X - X - X	X - X
	Triángulo- güiro-pandero	X - X - X	X - X - X	X - -
	Cascabel-toc toc-vibra slap	X - X - X	X - - X	- - X
	Kalimba-	X	X	X - -
	Recursos	Grabador wma-grabador video Radio CD	X - X	X - X X

Paciente “C” Tabla 2

Clasificación	Instrumentos	Fase uno	Fase dos	Fase tres
Aerófonos	Flauta dulce contralto			
	Flauta dulce soprano			
	Voz		X	X
Cordófonos	Guitarra		X	X
Membranófonos	Bongó,	X	X	
	Djembé			
Idiófonos	Huevitos-cencerro-afuche	X - - X	- X	
	Claves-platillo, pezuñas-metalófono-caxixi-maracas	X - X -	X -	
	Triángulo- güiro-pandero	X - - X		
	Cascabel-toc toc-vibra slap	X - X - X		
	Kalimba-	X		
	Recursos	Grabador wma-grabador video Radio CD - Notebook	X - X	X - X X - X

3.5 Intervención musicoterapéutica

3.5.1 Descripción

El presente trabajo de práctica consta de dos intervenciones musicoterapéuticas realizadas en sesiones individuales, una a dos veces por semana y con interrupciones

de hasta quince días en algunos casos, debido a la constante entrada y salida de los pacientes del hospital y a las necesidades que fue presentado cada uno en el proceso terapéutico. Ambas intervenciones constan de trece y catorce sesiones respectivamente, divididas en tres fases: Inicial, desarrollo y cierre. Los dos procesos musicoterapéuticos poseen características similares en aspectos como setting instrumental y recursos, técnicas ofrecidas al paciente para paliar el dolor y de relajación corporal, la improvisación (referencial y no referencial), audición de las propias producciones sonoras y creativas, el uso de video grabadora, grabador de audio y radio CD. Todos estos recursos técnicos e instrumentales mencionados, se mantuvieron estables durante toda la terapia de J y en la primera fase del proceso musicoterapéutico de C. Esto debido a que surgió en él la necesidad expresiva de crear textos y luego canciones. Hecho que fue respetado y acogido por el musicoterapeuta.

3.5.2 Objetivos

3.5.2.1 Objetivo general

- Generar bienestar físico y psíquico a los pacientes y a su grupo familiar.
- Disminuir los síntomas físicos y emocionales asociados a la enfermedad: angustia, ansiedad, melancolía, dolor, etc.
- Vivenciar experiencias que promuevan estados saludables, a través de la expresión sonoro-corporal y musical.

3.5.2.2 Objetivos específicos

1. Acompañar a los pacientes durante su estadía en la unidad de Hematología, propiciando un ambiente cálido y de contención.
- 4 Reforzar los núcleos sanos de los pacientes, y a través de ellos generar una mirada positiva hacia la vida.
- 5 Desarrollar la capacidad de autopercepción (de elementos inconscientes y de su corporalidad) e integración de los elementos traídos al plano consciente por los pacientes, para contribuir al fortalecimiento de su personalidad.
- 6 Desarrollar junto a los pacientes, distintas experiencias que los ayuden a

identificar sus núcleos sanos y enfermos y la posterior elaboración de estos.

- 7 Escuchar las necesidades expresivas del paciente de modo que pueda construir un proceso edificador junto al musicoterapeuta.
- 8 Promover pensamientos y sentimientos gratificantes y de autocrecimiento, que colaboren en la incrementación de las capacidades de autocuración y autorrecuperación del paciente y en la estimulación de su sistema inmunológico.

3.5.3 Primera intervención (Paciente nº 1 “J”)

3.5.3.1 Fase inicial o diagnóstico

Esta fase consta de los siguientes objetivos:

1. Crear el vínculo entre musicoterapeuta y paciente.
2. Observar al paciente en sus aspectos relacionales con el musicoterapeuta, los instrumentos, la producción sonora y consigo mismo, que permitan potenciar y desarrollar la terapia.
3. Contener al paciente en esta nueva experiencia terapéutica con una actitud empática y acogedora.
4. Trabajar temáticas psíquicas conscientes e inconscientes del paciente, a través de la representación instrumental, imaginaria, la improvisación referencial y no referencial, el inventario corporal y el baño sonoro.
5. Trabajar en el mejoramiento de sensaciones físicas del paciente como el dolor, malestar, náuseas y agotamiento, a través del inventario corporal y el baño sonoro.
6. Promover la verbalización que ayude a rescatar el mundo simbólico del paciente, para su posterior elaboración.

La fase inicial consta de tres sesiones que describiré mencionando los aspectos más relevantes observados en ella, a) presentación en el no verbal, b) comenzamos a improvisar, c) improvisaciones uno, dos y tres, d) segunda sesión, e) tercera sesión.

3.5.3.1.1 Primera sesión

- Fecha: 18 de abril del 2008.
- Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

a) Presentación en el no verbal

Una de las propuestas que consideré importantes para este momento de la terapia, es lo planteado anteriormente sobre la presentación del musicoterapeuta, del autor Benenzon, que plantea que ésta debe ser realizada en el no verbal. Es así que al llegar a la habitación de J, procuré no entrar en un diálogo verbal importante, mencionando mi nombre y explicando brevemente el trabajo en musicoterapia, para luego dar paso directamente a lo sonoro. Tomé la kalimba e improvisé brevemente una presentación musical. Fui desde un tempo lento y pausado a uno rítmico y alegre que terminó con una desaceleración en el pulso. Luego invité a J a elegir un instrumento libremente y presentarse musicalmente. Él, eligió inmediatamente el bongó, mencionando que era su favorito, que tocaba pésimo, pero que le encantaba la percusión. Su presentación comenzó a un volumen medio- fuerte que se fue incrementando rápidamente, el pulso fue muy indefinido, los ritmos intentaban crear motivos repetitivos que se desarticulaban dando paso a otros, que a su vez no eran estables. La producción sonora termina con una intensidad muy fuerte, un pulso y un ritmo rápido más o menos estable que se acelera precipitándose hasta desaparecer. Luego de la presentación de ambos, se propone a J mencionar sus sensaciones y percepciones, que fueron las siguientes:

1) Cuando se presenta el MT:

- Relajación
- Activación gradual a medida que la música aceleraba el pulso,

Alegría.

- Además describe la música del mt de la siguiente manera:
“imaginé que me decías, yo soy esta música y me encanta lo que hago...”
- Le pareció armónico y bien interpretado.

2) Cuando se presenta el paciente:

- Decidió partir suave y lento para acostumbrarse al instrumento
- Un poco nervioso al inicio porque no encontraba un ritmo estable
- Luego siente que logra entender más el sonido del instrumento y se

- relaja, subiendo el volumen y la energía.
- Siente alegría, dicha, subieron sus ánimos.

La presentación, esta primera acción vincular y de comunicación entre dos personas que no se conocen, realizada desde un plano de comunicación no verbal o analógica, generó en J un estado de profunda atención e involucramiento. Él decide escuchar y atreverse a tocar un instrumento. Está abierto a las propuestas y siente relajación y alegría en este primer momento terapéutico.

b) Comenzamos a improvisar

La sesión continúa con tres improvisaciones, que permiten formar una idea de las actitudes y características en varios ámbitos del paciente que luego describiré en el análisis. Estas constituyen las primeras producciones sonoras del paciente, lo que las hace sumamente importantes, pues muestran en gran medida la forma en que él va a experimentar su relación con el sonido, su predisposición a la terapia, el vínculo terapéutico, la relación con el setting, sus dinámicas internas gatilladas por su propio sonido, entre otras.

Las improvisaciones realizadas, fueron de tipo:

- 1) **Referencial** junto al mt, tomando como eje las sensaciones y emociones experimentadas en la presentación. En esta producción, J realiza un juego lanzando al aire los huevitos y aprovechando el ritmo que este movimiento corporal genera, el mt busca dar un soporte, una base a los sonidos del paciente, para acogerlo y acompañarlo en esta nueva experiencia. J, con gran concentración y relajación toca los siguientes instrumentos: huevitos, cencerro, afuche, claves, bongó y flauta contralto combinada con los huevitos. El musicoterapeuta acompaña con el bongó, el triángulo, el afuche, el platillo y la kalimba.

La improvisación se puede describir como una exploración más profunda de parte de J, que toca bastantes instrumentos buscando sonoridades y formas nuevas de producir sonidos. Es importante destacar que el final de esta producción, termina en una gran

conexión de la flauta y la kalimba, que se unen en una nota larga finalizando y dejando un espacio de silencio.

J menciona que le gusta su final con la flauta, aplaude espontáneamente diciendo que fue muy entretenido. Que le invadieron muchas sensaciones. Destaca momentos de mucha armonía entre él y el musicoterapeuta, y otros de desconexión, sobre todo cuando cambiaban de instrumentos. Hubo trozos que le parecieron muy afroamericanos. Menciona que la flauta la usó por desafío y siente que logró conectarse con ella. El uso de varios instrumentos lo ve como exploración, ejercicio que realizaba en su carrera de teatro, a través del cuerpo.

- 2) **Improvisación libre**, se le invita a improvisar solo. Aquí J toca el bongó, huevitos, pandero, la kalimba con la que comienza a buscar sonidos lineales, repetidos y simultáneos, explorando diferentes registros. Luego intercala el bongó, el afuche, el cencerro y platillo. En ocasiones toca hasta tres instrumentos simultáneos articulando un ritmo estable. Termina con el bongó con una intensidad y ritmo enérgico.

J menciona que le pareció alegre, dice que le gustó investigar, que trató de mezclar de todo un poco, de jugar y que siempre trató de hacer “amena” o armónica la improvisación, sin importar si era bonita o fea, pues todo le sirvió. Dice: “la música me hace expresar lo bueno y lo malo de mí, cuando toco más fuerte, me permite sacar la rabia, lo malo y al mismo tiempo lo bueno”. Se queda enfáticamente con el Bongó, por su sonido, resonancia y por que le permite expresar.

- 3) **Referencial**, la consigna fue “musicalizando la despedida”, a modo de síntesis de las sensaciones vividas durante la sesión. Además, se le propone realizar la producción sonora en un diálogo con el musicoterapeuta. En ella J comienza con la flauta contralto, luego las maracas, el afuche, platillo, cencerro, bongó, kalimba, claves, que usa como baquetas para percutir los otros instrumentos, finalizando con la flauta nuevamente. En esta improvisación se produce una mayor conexión musical entre paciente y musicoterapeuta, ya que J estabiliza más su ritmo,

responde a ideas propuestas, juega imitando, propone material, y escucha más al musicoterapeuta. El final se da muy coordinadamente entre la flauta y el pandero, lo que genera un silencio y una expresión liberadora por parte de J.

J Menciona que la comunicación que se produjo le gustó mucho, siente que la improvisación fue muy llenadora, que le permitió sacar (energía negativa) y recibir mucha energía positiva. Además, señala que lo pasó muy bien combinando distintos instrumentos y se refiere muy conscientemente a los momentos de mayor y menor conexión de la producción sonora.

3.5.3.1.2 Segunda sesión

- Fecha: 25 de abril del 2008.
- Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

Es importante mencionar que la segunda sesión, está marcada por el deterioro físico y emocional de J, que acaba de sufrir la formación de un trombo que casi compromete su pulmón izquierdo, ocasionándole mucho dolor, miedo e inseguridad. Las improvisaciones realizadas en esta sesión son de tipo referencial dirigidas a la activación corporal y a paliar el dolor que siente. Además se realiza un inventario corporal y un baño sonoro para el mismo efecto.

J intensifica su relación con los instrumentos y el musicoterapeuta. La capacidad de comunicación rítmica, melódica y de coordinación entre ambos se desarrolla notablemente. Él, menciona al terminar la primera improvisación que siente una mayor conexión al tocar junto al musicoterapeuta. Ya no se producen tantos espacios de desajuste y las producciones alcanzan un nivel de profundidad y estabilidad que permite ir de lo estable a lo inestable de manera natural, estableciendo puentes de atmósferas sonoras para entrar nuevamente en motivos rítmicos constantes. Hay imitación, capacidad de acompañar y ser acompañado, uso de la intensidad, la velocidad, y utilización del timbre como recurso exploratorio y expresivo. También se escuchan grandes pasajes poco organizados e inestables. Además, J manifiesta dolor a nivel físico por lo cual se realizó un inventario corporal dirigido a relajar y disminuir el dolor y un baño sonoro que permitió al paciente abrir un canal de salida a las emociones

contenidas. J es capaz de comunicar musical, corporal y verbalmente emociones como la pena, la angustia y la rabia de no poder volver a su hogar. Elementos que no había exteriorizado hasta ahora.

3.5.3.1.3 Tercera sesión

- Fecha: 03 de mayo del 2008.
- Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

Esta sesión está marcada por dos hechos importantes, uno de ellos es la gran aceptación y participación de J en un inventario corporal, y la otra, la realización de una actividad de improvisación instrumental referencial dirigida a evocar los mejores momentos vividos de la historia del paciente y proyectarlos hacia el futuro para conectarlos con los deseos, motivaciones y su realización personal. Todos estos elementos contribuyen a levantar su estado anímico, conectarlo con los núcleos sanos y generar una mirada positiva a la vida.

En el inventario, J muestra una gran capacidad de movimiento, exploración, concentración y compromiso con su bienestar físico, lo que además provoca en él gratos recuerdos de su primer año en la carrera de teatro. En la improvisación instrumental, J, a través del bongó es capaz de evocar sensaciones e imágenes de momentos agradables, alegres y significativos de un largo periodo de su vida que no detalla verbalmente. Luego en una segunda producción sonora que es interpretada con el güiro, proyecta las sensaciones significativas hacia el futuro, donde dirige naturalmente sus deseos a dejar los vicios o disminuir algunos como una decisión personal, también se proyecta en su carrera de teatro con gran motivación por volver y realizar ideas pendientes, se refiere además a sus costumbres alimenticias y físicas donde manifiesta la necesidad de mejorar sus hábitos, en síntesis manifiesta bastantes expectativas y motivaciones para el futuro que lo llenan de ganas de recuperarse. También identifica mucha ansiedad por volver a su hogar, lo que planteamos trabajar en una última improvisación referencial dirigida al autocontrol, la calma y la expansión de la capacidad de espera y tolerancia al largo tratamiento.

J resume las sesiones del diagnóstico como relajantes y activadoras, llenas de energía positiva y capaz de promover la calma. Hemos llegado al final de la primera fase, ya que se ha establecido claramente entre J y el musicoterapeuta una forma muy fluida de comunicación no verbal, que genera gran cantidad de emergentes verbalizados por el paciente, un vínculo afectivo y de confianza, valoración de las actividades realizadas, apropiación del trabajo corporal, del setting instrumental, sobre todo del bongó que es el instrumento preferido e intermediario por excelencia, y una creciente apertura de J a compartir con el musicoterapeuta su mundo interior e interpersonal y los aspectos importantes de su historia personal. Durante la tercera sesión afloran temas que pertenecen a espacios más íntimos de J. Todo esto permite al terapeuta percibir que la terapia está en vía de desarrollar temas más profundos con el fin de fomentar, primero el autoconocimiento y posteriormente la elaboración e integración de los elementos trabajados.

3.5.3.2 Fase intermedia o desarrollo

Esta fase consiste en profundizar en los diferentes aspectos expresivos, emocionales, físicos y relacionales que se han puesto en el espacio terapéutico durante la primera fase y descubrir nuevos temas relevantes a través de lo corporo-sonoro-musical, para su elaboración y posterior integración en la personalidad y en las dinámicas de interacción de J con su mundo.

3.5.3.2.1 Objetivos

1. Fortalecer el sentido de sí mismo, a través de sensaciones de bienestar y sentimientos positivos.
2. Reconocer proyecciones del mundo interno en la música, explícita o verbalmente y diferenciarlas con lo externo.
3. Fomentar el desarrollo expresivo, como elemento estructurante de su personalidad.
4. Consolidar el espacio musical terapéutico como un lugar confiable, seguro y análogo al espacio familiar.
5. Vivenciar el espacio musical como un espacio de juego en dirección a la expresión de sentimientos significativos, pensamientos, actitudes,

valores, orientaciones comportamentales, cuestiones de crecimiento y cambio.

6. Movilizar las emociones desde lo negativo a lo estable o positivo, a través de la producción sonora.

3.5.3.2.2 Cuarta sesión

- Fecha: 10 de del mayo 2008.
- Lugar: Hogar de J, ubicado en la comuna de providencia.

Se realiza en el hogar de J, ya que el tratamiento es interrumpido debido a las complicaciones antes mencionadas. Esta sesión está marcada por una gran cantidad de emergentes verbales, (que surgen luego de improvisar sobre el primer regreso al hogar) las emociones negativas y positivas que ha experimentado, y la sonorización de una imaginería en donde J representó un estado de plenitud.

a) De regreso al hogar

J regresa a su casa después de más de un mes de hospitalización. Es invitado por el musicoterapeuta a improvisar recordando los eventos de su regreso al hogar. En esta producción sonora utiliza: flauta contralto, pandero, bongó afuche, el musicoterapeuta usa: kalimba, güiro, djembé, platillo. Con relación a la producción sonora, el paciente mantiene el uso de varios instrumentos solos y combinados, mantiene su tendencia a cambiar motivos rítmicos y pulsos, desarrolla mayor capacidad de acoplarse rítmicamente con él mt, rescata y usa naturalmente las posibilidades timbrísticas de cada instrumento, se ve cómodo con el setting y la propuesta.

Respecto de los emergentes, surge por primera vez un nivel de profundidad relacionado con la pertenencia de su espacio hogar, el cual es revalorado junto con su núcleo familiar, señalando: "Mi familia está firme de la mano caminando por el mismo camino conmigo", "ahora el lazo familiar es más fuerte". Destaca a su madre como un pilar fundamental, que no lo deja caer en el pesimismo y en la desesperanza.

b) Emociones negativas y positivas

Durante la verbalización de sensaciones de la producción sonora mencionada, J aborda un tema que hasta ahora no habíamos tratado, se trata del miedo que sintió cuando se complicó su cuadro y que siente producto de la enfermedad, debido a la incertidumbre que le provocan los efectos de la quimioterapia. Al aflorar esta temática, se propone al paciente improvisar una música que represente esos estados de polaridad que van del miedo a lo estable o a lo positivo junto al musicoterapeuta, J acepta.

La improvisación de J comienza con un güiro, que suena rígido, repetitivo y constante por largos minutos, luego entra en un ritmo más activo y juguetón pero con cierta inestabilidad rítmica con las maracas, luego con los huevitos logra un pulso más estable, rápido y activo. Cuando entra el djembé cambia totalmente a un pulso lento. Lo toca con un mazo, percutiendo a la vez el bongó, en esta sección el ritmo y pulso se vuelven a desestabilizar. Toma las claves y libremente las percute sin conectarse rítmicamente con el terapeuta, termina percutiendo el djembé con las claves. El musicoterapeuta improvisa trabajando para dar un sostén a la improvisación del paciente, atento a la gran cantidad de cambios rítmicos e instrumentales que ocurren y a la expresividad corporal de J. En ocasiones prueba el nivel de conexión imitando, contestando ideas, que producen una inmediata respuesta del paciente. En otras siente la desconexión de J, y solo busca contener.

Al verbalizar, J describe, “primero pase por el terror, luego cambié a la alegría, amor, con pulsaciones lentas y suaves”. Pudo visualizar imágenes, recordó la sensación de volver a recaer, de inseguridad. Al cerrar sus ojos vio su casa, su pieza, la familia, su ex pareja, desde otro plano. Hace conciente la capacidad de comunicar sus emociones, “He logrado sacar lo que tenía guardado, me cuesta hacerlo, es un trabajo que me ha llevado tiempo, a veces no lo hago para no ver sufrir a los demás, a mi madre, por eso no le cuento mis miedos”.

c) Sonorizando un estado de plenitud.

Finalmente J menciona que la música lo llena, lo relaja. Es ahí cuando el musicoterapeuta propone la improvisación de un estado de plenitud como actividad, en una producción sonora que incorpore las sensaciones que ha experimentado hacia su

familia y las personas que lo apoyan. J acepta y comienza a improvisar. Comienza con: Kalimba, percutiéndola con los dedos por los costados, y tocando los flejes sin definición melódica, le sigue el bongó con ritmos constantes, el que frota y percute a la vez. Finaliza con un gesto calmo y no verbaliza de inmediato, se hace una pausa y comienza a relatar la experiencia. J señala que logra conectarse desde el sonido y la imagen con una especie de plenitud. Dice: estaba en otro estado, logré salirme de aquí, hubo un viaje, logré estar en mi mundo en el que yo creé”. Es interesante esta sesión por que la producción sonora logra un punto de concentración similar al de un ritual, donde el paciente experimenta tan profundamente su música individual y la realizada con el musicoterapeuta que es capaz de entrar en la imaginación propuesta y alcanzar este “otro estado”, de concentración y relajación, que le agrada experimentar.

3.5.3.2.3 Quinta y sexta sesión

- Fecha: 17 y 25 de mayo del 2008.
- Lugar: Hogar de J, comuna de Providencia y Hospital Clínico. U. de Chile.

Esta sesión (Quinta) también se realiza en el hogar de J, el que presenta una mejoría de los síntomas físicos propios del tratamiento. Respecto de las producciones sonoras, es evidente que J encontró su propia forma y estética de expresión, ya que no hay grandes cambios en la manera de utilizar los instrumentos, en la música que produce y en su dinámica de exploración sonora. Por otro lado, sus emergentes dan cuenta de un proceso de profundización en la capacidad de distinguir, exteriorizar y representar las emociones en el sonido. Básicamente trabajamos el apego a su hogar, la ansiedad y el miedo, en base a dos improvisaciones que representan estas temáticas, una individual y otra con el musicoterapeuta.

a) Expresando emociones

J manifiesta un estado de apego importante a su hogar, lo que hace muy difícil su regreso al hospital, dice: “no son los míos”, siente que es un mundo que no le pertenece y donde no quiere estar. En la primera improvisación realizada, decidimos representar las sensaciones del paciente, tocando desde el apego al desapego, en una imaginación

que él construye representada en el sonido. J elige: kalimba, afuche, pandero junto a maracas, bongó y huevitos, respectivamente. Es interesante destacar que en esta producción sonora, se produce una estructura formal que consta de tres partes, una que va desde lo lento y sin ritmo definido, a lo rítmico y más definido, para terminar nuevamente en un tempo lento y muy suave que se diluye poco a poco.

Esta improvisación para J, representó en la primera parte (lento y luego rítmico) una sensación de apego más fuerte que él relaciona con la familia, la casa, los amigos. El final de la improvisación (lento), representó un apego distinto, imaginario, nuevo, que proyecta hacia el futuro, diciendo: “sé que voy a despegarme de muchas cosas”. Luego habla de los cambios que eso va a significar, mencionando que hoy los cambios más importantes han sido valorar la vida, la gente, lo que tiene. Valoración que cree, tiene que “aprender a decir a los demás”, tal como lo hace en la terapia, refiriéndose a la capacidad que ha desarrollado de expresar. Otro emergente que surge, es la sensación de que ha dado mucho y se ha dado poco, siente que debe equilibrar este ámbito de sí mismo.

En la segunda improvisación (individual) que representa la ansiedad, elige el platillo como único instrumento, lo deja resonar y luego lo apaga, experimenta con sonidos largos, cortos y apagados, toca fuerte y suave, no tiene pulso definido, se deja guiar por la duración de la vibración del instrumento. Termina con un sonido fuerte y largo. Comenta que sintió la ansiedad, pero la música le evocó más el miedo. Tema que había surgido en la sesión pasada. Además, en esta sesión se realiza un inventario corporal y una imaginación con colores, destinadas a relajar y a generar sensaciones saludables en cada órgano, como apresto a la sesión y para promover la autopercepción y autocontrol de las sensaciones corporales y emocionales.

Para la sexta sesión Jorge ya está en el hospital nuevamente, muy afectado físicamente debido a la reanudación del tratamiento de quimioterapia, por lo que solo realizamos un recorrido corporal para relajar, paliar el dolor y lograr que J pudiese dormir. Al terminar la relajación el paciente se duerme y el musicoterapeuta se retira silenciosamente.

3.5.3.2.4 Séptima y octava sesión

- Fecha: 31 de mayo y 21 de junio del 2008.
- Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

Se realizan en el hospital y son dedicadas especialmente a una temática que ya había surgido desde la cuarta sesión, me refiero a la familia de J y la revaloración de ésta.

a) Representado a la familia

Se ha recorrido con el paciente un camino significativo a través del sonido y el trabajo corporal, que ha permitido descubrir elementos importantes de su personalidad expresiva, siendo capaz de disfrutar y jugar con los instrumentos, combinándolos, percutiéndolos, frotándolos, lanzándolos, entre otras cosas, en un repertorio de acciones que forman parte de su producción sonora, de su personalidad expresiva y su forma de comunicación con el musicoterapeuta. Entre los emergentes significativos para J, está la familia, de la cual distingue en importancia a la madre y hermana y luego al padre. Surge entonces la idea de tener una sesión con la madre que no se concreta, pero que da pie a un trabajo de representación del grupo familiar que expongo a continuación.

1. Madre

Se propone, dejando abierta la posibilidad de realizar otra actividad si lo desea, que elija un instrumento que represente a su madre, describiendo rasgos importantes, cualidades, características, entre otras. J se motiva inmediatamente y comienza a pensar muy ensimismado, buscando el instrumento más indicado. Medita unos dos a tres minutos, prueba con el pandero, y no le convence, luego con el bongó, el que encuentra adecuado. Luego de tocarlo parece que no le basta y se le propone ampliar la elección, acepta y elige el metalófono. Comienza la improvisación que tiene un carácter juguetón, basada rítmicamente en saltillos, corcheas, síncopas de dos tiempos y negra, con una definición métrica muy marcada de tres octavos y dos cuartos que a veces se desestabiliza. Esta forma, métricamente definida, no la había desarrollado tan claramente en las producciones anteriores, pero sí estaba en germen. Como siempre, explora todo el instrumento y se mueve en las placas de sonidos naturales

mayoritariamente y en menor medida, en las notas con accidentes. J manifiesta que se imaginó la capacidad de jugar de su madre, el niño interno que es muy característico en ella, “es capaz de jugar como una niña de cinco años a veces”. Señala que le gusta ese aspecto de la personalidad de su madre, que lo mantiene bien, alegre. Siente que el metalófono por su sonoridad aguda y de uso infantil, le queda muy bien a este rasgo.

Luego comienza con el bongó, el que toca con ritmos variados y métricamente indefinidos, alcanzando por momentos el dos cuartos o cuatro cuartos. Explora sonidos abiertos, apagados, fuertes y suaves. Al verbalizar, menciona que el instrumento describe la firmeza y a la vez la alegría y simpatía que posee su madre, la capacidad de arriesgarse y ser dura a veces, “lo que siempre es para bien”. Da mucha importancia a estos rasgos, sobre todo en esta etapa de su vida. Siente que la fuerza, las ganas y la energía de sanar y estar bien se la debe a ella en gran medida. Manifiesta gratitud que no sabe como transmitirle. Terminamos la sesión improvisando una integración de las sensaciones que han surgido. J por primera vez utiliza su voz acompañado de un cascabel, en un juego que comienza tímidamente y luego flexibiliza, probando distintas alturas, imitando y cantado solo y simultáneamente en un contrapunto muy natural y libre con el musicoterapeuta. Finaliza imitando una frase que luego cantan al unísono alargando la última nota, terminando con un silencio.

2. Hermana

Comenzamos la octava sesión comentando el trabajo anterior dedicado a su madre. Luego improvisamos para activarnos y decidimos describir a otro integrante de la familia. Jorge medita unos segundos y elige a su hermana. Observa los instrumentos concentradamente, comentando lo difícil que le parece, hasta que toma el güiro y la kalimba. Comienza con ritmos rápidos en el güiro, sin tempo definido, más bien libre, repitiendo motivos en ocasiones y generando métricas, que se diluyen rápidamente, raspa combinando movimientos cortos y largos. Luego, entra con la kalimba simultáneamente al güiro por unos segundos, hasta que se queda solo con la kalimba. En esta sección el carácter es suave, y lento, intercalando patrones rápidos, que

nuevamente desaparecen. Prueba un vibrato con el dedo pulgar, espontáneamente surgen arpeggios, y pequeñas melodías, que cambian constantemente. Finaliza suave y lentamente disminuyendo el tempo con un acorde disonante y un silencio. J siente que la improvisación con la kalimba representó mejor a su hermana que la realizada con el güiro, ya que el primer instrumento le pareció duro. Luego al cambiar a la kalimba pudo expresar calma, quietud y en ocasiones juego. J no desea manifestar más sensaciones a cerca de su hermana, se ve satisfecho con la producción sonora que fue bastante intensa.

3. Padre

Para representar a su padre J elige sin pensarlo el Güiro, porque le parece juguetón y por su dureza sonora (como la personalidad de su padre al que le cuesta mucho expresar y dar, según comenta). Comienza con un patrón breve pero repetitivo que genera un metro de dos cuartos muy parecido al de la cumbia. Se mantiene por largo tiempo en él y luego bruscamente produce un sonido suave y otro fuerte que repite por un momento, para finalizar, desemboca en una intensidad muy suave que comienza a acelerar hasta volver a un ritmo similar al del comienzo con intensidad fuerte. Al comentar la improvisación J señala que estuvo presente lo juguetón y “bueno para la talla”, junto a lo rígido de su padre. Describe que es de esas personas que no dicen te quiero fácilmente, que no es bueno para visitarlos, es individualista, se preocupa mucho de él y poco de los demás, pero que ahora manifiesta mucho más cercanía desde que J está hospitalizado. Relata, además, un viaje en motocicleta que realizó con su padre a B. Aires que fue importante para él. Luego, se le pregunta a J que si tuviese que ordenar los instrumentos de la familia, en mayor o menor cercanía o importancia, ¿Cómo lo haría? Él contesta que pondría los de su madre (metalófono y bongó), los de su hermana (kalimba) y finalmente el del padre (güiro). Improvisamos “la música de la familia” integrando todos los instrumentos y J verbaliza lo siguiente: El bongó sonó más hacia la alegría y la pasividad, el güiro, más lejano como diciendo, “bien me divierto pero esto es mío”, a la defensiva. Señala que esa es una dinámica típica entre su padre y su madre, que siempre ella tiene que decirle lo que tiene que hacer, lo que ha generado muchos conflictos familiares que lo afectaban cuando niño. J por su parte dice haber admirado siempre a su padre a pesar de su personalidad. Siente que lo ve tan grande, que se

siente pequeño a su lado, que su padre se lo come con su carácter, (Pero no a así a su madre y a su hermana). Que para llegar a él tiene que ser más directo, “hay que atacarlo un poquito”, situación que lo incomoda, “por eso no logro lo que quiero”. El musicoterapeuta le pregunta si es un tema pendiente esta relación con su padre, J responde que sí. La sesión termina con una música dedicada a J, a modo de contención. Nuevamente usa su voz, esta vez como percusión, acompañando e imitando el bongó que toca el musicoterapeuta. Luego ambos tocan el bongó coordinando y compartiendo perfectamente el espacio que el instrumento posee. J se lanza nuevamente con el bongó y su voz, muy rítmicamente, juntos con el musicoterapeuta se aventuran en un polifonía natural. J cierra sus ojos, y comienza a jugar con sonidos vocales altos, medios y bajos catárticamente y con una sonrisa de satisfacción, el musicoterapeuta comienza a imitar las frases de J y la música comienza a bajar su intensidad, luego nuevamente entran los instrumentos y las voces. Finalizan con sonidos largos, con la consonante m, junto al bongó y el cascabel. A J le cuesta verbalizar la improvisación que representa a su padre, pero logra gradualmente abordar y contar sus sensaciones hacia él. El musicoterapeuta se maneja cuidadosamente para no forzar la expresividad del paciente, esperando y respetando su ritmo y necesidad de relatar las emociones y percepciones para con su familia.

3.5.3.2.5 Novena y décima sesión

- Fecha: 28 de junio y 05 de julio del 2008.
- Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

Se realizan tomando como eje la escucha musical de una de sus producciones sonoras, como generadora de material de trabajo que el propio paciente va a extraer de su improvisación, a través de la escucha atenta, para luego ser abordado entre ambos.

J escucha una improvisación suya en bongó, donde es acompañado por el musicoterapeuta, es invitado a mencionar sus percepciones y sensaciones, J manifiesta que la velocidad es muy cambiante, la intensidad es fuerte, que hay mucha energía, diálogos, comunicación, percibe que su música es más dominante, pues siente que es seguido por el musicoterapeuta, le impresiona el largo tiempo que dura la producción sonora. Se queda con lo cambiante como observación general. Luego de esta

observación, se le propone improvisar pensando en algo estable que le permita probar esa parte que no ha observado en su música. J acepta y elige el bongó. Comienza en un compás de dos cuartos con un ritmo de dos corcheas y negra, el que mantiene por largo tiempo variando a veces, se desestabiliza en ocasiones pero retoma nuevamente el mismo u otro pulso de manera estable. Se identifican otros dos ritmos bien definidos: cuatro corcheas y saltillo y corcheas en dos cuartos. Comienza a variar la velocidad del pulso, rápido, luego lento, para volver al dos cuartos, con dos corcheas y negra, motivo que mantiene, realizando variaciones. Cerca del final quiebra el ritmo, vuelve nuevamente a un pulso menos estable, para entrar en una sección rápida más o menos estable, terminando inesperadamente. J señala que le acomoda tocar de manera más estable, siente que logró coordinarse y mantener un pulso constante. Señala que la estabilidad y el cambio están relacionados con su tendencia a hacer muchas cosas y profundizar solo en algunas. Al preguntar el mt por una figura que le provoque estabilidad dentro de su vida, J contesta que en su familia la figura más estable es su madre. Además, en esta improvisación, comienza a escuchar más al mt y a diferenciar los momentos donde puede acompañar y ser acompañado, donde puede imitar, proponer, tocar suave y fuerte, entre otros.

En la décima sesión seguimos trabajando lo estable y lo inestable de su música. El musicoterapeuta muestra una serie de motivos que J realiza recurrentemente en sus improvisaciones con el bongó y metalófono, destacando su capacidad de crear motivos distintos, con la idea de que al combinarlos, usando la reiteración, también obtendrá estabilidad rítmica y la posibilidad de acompañar. Con el fin de que perciba que en esta idea hay nuevas posibilidades de expresión y estabilidad.

J comienza con un motivo en el bongó y lo mantiene por largo rato, generando una estructura que acompaña bastante bien al musicoterapeuta que toca el metalófono, (cuatro semicorcheas y dos corcheas en dos cuartos), por primera vez J experimenta conscientemente la producción de un acompañamiento con ritmo estable y sin tropiezos, que varía en ocasiones. Luego va probando con varios motivos, uniéndolos y generando pequeñas estructuras rítmicas que tienen sentido y se pueden acompañar. Se da cuenta que es capaz de generar motivos y tocar en un pulso estable, ideas que se pueden unir y

variar, para acompañar. Además el musicoterapeuta, propone probar, en relación a lo inestable, la producción de atmósferas sonoras, mencionando su importante uso en el teatro, lo que realiza combinado con ritmos que le surgen en el momento. J se siente bien y alegre con estas nuevas experiencias, ríe al finalizar la producción.

3.5.3.3 Fase final o cierre

3.5.3.3.1 Objetivos

1. Realizar una síntesis de los temas relevantes.
2. Desarrollar nuevas formas de relación, emoción, sentimientos y manejo del dolor, a través de la elaboración de los elementos trabajados.
3. Integrar las habilidades creativas y autoexpresivas a las dinámicas de la vida personal y social.
4. Reconocer los aprendizajes adquiridos y ponerlos al servicio de la propia salud.
5. Preparación y asimilación del proceso de separación con el musicoterapeuta.

Al finalizar la sesión diez, se manifiesta al paciente que nos acercamos al cierre terapéutico, que se realizará en tres sesiones más aproximadamente. La expresión de J fue un poco resistente a ese momento, por lo que el musicoterapeuta plantea que hay bastante tiempo todavía para compartir este espacio con temas de su interés, por lo que es importante que se desarrollen gradualmente, hasta la finalización de la terapia.

Esta fase de cierre comienza a gestarse desde la sesión nueve y diez, donde J naturalmente inicia una integración del proceso y una reflexión profunda a cerca de sí mismo y de su camino a seguir. Las tres sesiones que siguen, son pensadas en función de preparar el cierre musicoterapéutico. La sesión doce, a diferencia de las otras, se realiza con su madre y permite a J relacionarse con ella desde una nueva dinámica expresiva, integrando en esta sesión los logros alcanzados como: capacidad de escuchar, aprender a expresar musical y verbalmente lo que piensa, dialogar, esperar y acompañar, entre otras.

3.5.3.3.2 Sesión once

- Fecha: 12 de julio del 2008.
- Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

Esta sesión fue dedicada a improvisar y a poner en juego lo trabajado en las sesiones nueve y diez, junto con la integración a su mundo interno de reflexiones como la proyección a futuro, el camino a seguir, la perseverancia, la consecuencia con lo que quiere y desea, el respeto por sus ideas y su quehacer. En las intensas producciones sonoras que duraron de diez a veinte minutos cada una, y que se dieron en el marco de su particular forma de expresar a través de los instrumentos (ya descrita en las fases anteriores) se logró alcanzar momentos profundos que hicieron perder la conciencia del tiempo de éstas, de manera similar a un ritual. Además experimentamos el juego en el espacio musical, la alegría y confianza, que permiten a esta altura de la intervención que el paciente integre estas herramientas y experiencias en su desarrollo personal y asimile gradualmente el cierre terapéutico y por consecuencia, la separación entre paciente y musicoterapeuta.

3.5.3.3.3 Sesión doce

- Fecha: 19 de julio del 2008.
- Lugar: Hogar de J. Comuna de Providencia.

Esta es una sesión muy esperada por J, que no se había podido concretar por diversas razones. Se realiza en su hogar y es de suma importancia para abrir un nuevo canal de comunicación entre él y su madre. La gratitud, lo que cada uno pensaba y percibía del otro, el compromiso, el amor, el aprender a escuchar, el aceptar las razones del otro, eran temas que hasta ahora solo estaban implícitos en el compromiso permanente de su madre y en algunas actitudes de J, pero que no se habían manifestado abiertamente y simbolizado, como ocurrió en la sesión que se describirá a continuación.

Se invita a la madre de J a elegir uno o dos instrumentos que representen dos rasgos importantes de sí misma. Busca muy concentradamente y elige las pezuñas, por la

evocación del agua que le provoca, que para ella simboliza paz o el mundo interno, además elige el djembé que representa su fuerza y lo que ella muestra hacia el mundo externo. J elige el bongó, que representa la fuerza (bajo) y alegría o juego, (alto) como características de su madre vistas en la sesión siete. Realizan una larga improvisación con los instrumentos elegidos. Que se caracteriza por ir de lo lento y sin pulso a lo rítmico, energético y estable.

La madre al verbalizar, señala que sintió lo interno de sí misma casi hasta las lágrimas y que lo externo lo experimento menos intenso. J se centró más en su madre que en él, la sintió un poco nerviosa por eso tocó invitándola para que se integrara. Luego, se les invita a tocar un rasgo del otro. Ella toma el bongó para describir a J, toca energética y rítmicamente, con pulsos inestables, y cambiantes que mantuvo por momentos. Para ella su improvisación representó la alegría y la fuerza de J, “tiene una alegría muy profunda que le cuesta sacar, y de chico mucha fuerza”. Menciona imágenes emergentes como la vida de J en el mundo, se da cuenta de su alegría, fuerza y ternura, de su energía mezclada con la rabia, del yo, del querer hacer “y si no le resulta la rabia, para partir otra vez”. J ríe.

J toca el metalófono para representar a su madre. Crea pequeñas frases juguetonas y repetitivas, que luego acompaña simultáneamente con el djembé. Deja el metalófono y comienza con un ritmo energético, realiza quiebres con una baqueta, su música es constante y en un carácter. Comienza nuevamente con el metalófono para finalizar lento y tranquilo. J menciona que con el metalófono describió la parte juguetona de su madre, lo creativo, y con el djembé (que reemplaza el bongó) la fuerza y energía muy potente que ella posee.

Luego se les invita a realizar un diálogo sonoro a través de un instrumento a elección. J elige el afuche, produciendo primero un ritmo constante y luego libre, pero suave, su madre opta por las pezuñas, produciendo sonidos suaves y sin ritmo definido como fluir de agua, poco a poco entran en una música rítmica. Tocan los dos a la vez sin establecer mucha conexión, chocándose un poco, hasta que se encuentran en un quiebre y se imitan (la madre ríe) comienzan un pequeño juego y juntos tocan el mismo ritmo por un momento, ella introduce las pezuñas junto al bongó y J la sigue intentando

un diálogo, ella lanza un motivo rítmico y él le contesta con el djembé, así comienzan a tocar uno después del otro en un diálogo bastante definido, mirándose a los ojos. Entran en una fase fuerte e intensa y muy rítmica hasta terminar suavemente, con sonrisas.

La madre manifiesta (riendo) que son muy parecidos, competitivos los dos. Ella comenta que partió en la ternura que los caracteriza, describe su relación con J como una masa algodonosa, luego sintió que se perdió y logro conectarse con lo alegre, le quiso decir que “desde la alegría nace la fuerza y desde lo interno lo alegre, desde lo más profundo de uno logramos superar muchas trancas y problemas, logramos ser más sensibles”. “Para salir adelante hay que conectarse con lo mejor que tiene uno, la alegría y la profundidad”. Para J fue más un juego, y en éste, le decía a su madre que al final siempre tiene la razón, aunque le contradiga. También le expresó que a pesar de que ella tenga la razón en muchas cosas, el tiene algo que decir y sus propias razones.

Se les invita a expresar sus sensaciones, ella manifiesta que lo ama profundamente y lo invita a sentirse libre con sus capacidades para salir al mundo. Él le manifiesta que ella es capaz de expresar muchas cosas a la vez con mucha libertad y le expresa que siente que ha sabido vivir. Ambos se manifiestan afectivos. Se les propone tocar las sensaciones de la sesión, libremente. Al finalizar cada uno expresa en una palabra o frase la sensación con que se queda. La madre: Paz. J relajación. Ella le pregunta al musicoterapeuta, que responde: gratitud.

3.5.3.3.4 Sesión trece: cierre musicoterapéutico

- Fecha: 02 de agosto del 2008.
- Lugar: Hogar de J comuna de providencia.

En esta sesión se realiza una síntesis del proceso terapéutico, a partir de una actividad propuesta por J, (hecho que no había ocurrido antes, pues el paciente prefería aceptar las propuestas) que consistió en invertir los papeles, esta vez el musicoterapeuta partió improvisando sus sensaciones acerca del proceso terapéutico, acompañado por el paciente y luego realizando una verbalización. El musicoterapeuta acepta la propuesta e improvisa usando la kalimba suave y libre, J usa huevitos y

djembé, en un ritmo estable y acompañando. El musicoterapeuta cambia a pezuñas y caxixi, usando en ocasiones kalimba. La improvisación parece terminar, pero nuevamente el mt toca la kalimba integrando la voz. Es acompañado por J en afuche, comienza una sección lenta y muy profunda, que se diluye con una especie de fanfarria en pezuñas y afuche, para terminar ambos coordinadamente.

El musicoterapeuta señala a J que quiso representar los momentos significativos de la terapia, la primera sesión, el primer baño sonoro, entre otros. J a su vez manifiesta que ha desarrollado la capacidad de aprender a expresarse, que logró abrirse con la música así como con el teatro, siente que necesitaba esta experiencia, pues desde que comenzó la musicoterapia experimentó sensaciones liberadoras, gratificantes, que hubo un aprendizaje que se dio con el tiempo. En relación a sus vínculos J manifiesta que ha podido expresar a su madre lo que siente por ella, ha podido encontrar una forma de compatibilizar con su madre, que no encontraba en la comunicación verbal. Respecto de sí mismo, ha podido ver las cosas que desea y ha podido ordenarlas en prioridades y aprender a no decaer y ser positivo en el proceso que queda. Con respecto al plano emocional, J manifiesta que pasó por todas las emociones, “las primeras sesiones fueron para descargar todo”, “pues fue una época en que se me cayó el mundo y la musicoterapia me sirvió para sacarlo, tirar todo para afuera”. Después señala que pudo canalizar cada sentimiento y emoción, a través del llanto, la risa, la seriedad, la concentración, la música, lo que permitió desarrollar autocontrol en este ámbito. Pudo investigar y experimentar con los instrumentos, siente que ha podido ver y valorar lo que los demás hacen por él y que ha podido hacer su propio camino en este proceso terapéutico.

3.5.3.4 Análisis primera intervención

3.5.3.4.1 Primera fase

Uno de los elementos importantes en el desarrollo de esta fase, fue el abordaje del proceso musicoterapéutico desde el primer momento en un plano no verbal, que determinó el inicio y desarrollo del mismo. Como señala Benenzon, “la presentación marca el camino de las futuras sesiones, fundamentando que en los pacientes

oncológicos el vínculo primario es el más importante”⁵². En ella J, recibe los primeros mensajes sonoros del terapeuta y a su vez es invitado desde el accionar del mismo, a su primer contacto con los instrumentos. Desde esta propuesta dirigida a crear la comunicación y el vínculo, el paciente explora y experimenta con el setting instrumental, identificándose con uno de los instrumentos, el bongó. Este es usado por el paciente, primero como objeto experimental y de manera paralela y gradual, como objeto catártico e intermediario, lo que se observa en las distintas improvisaciones y verbalizaciones de la primera sesión y de toda la fase inicial, donde J manifiesta que ha experimentado sensaciones liberadoras, la posibilidad de descargar emociones y de comunicarlas al musicoterapeuta, a través de dicho instrumento. Respecto del objeto integrador, describiré más adelante su uso, en la fase final. Es importante señalar que en J estos usos se extienden a más de un objeto, pues como se ha descrito anteriormente, el paciente tiende a explorar y a usar varios instrumentos en una producción sonora, frotando, percutiendo, y lanzando los mismos. Señalando que este gusto por buscar nuevas formas de producir sonido, es análogo al aprendido en su carrera, en los ejercicios de experimentación y exploración corporal. Es decir, surge espontáneamente una asociación de las experiencias gratificantes vividas en el teatro con las experiencias descubiertas en lo sonoro.

Después de este primer momento terapéutico, J es capaz de vincularse con el setting instrumental propuesto, de explorar, de descargar emociones, de comunicarse, de sentirse alegre, relajado, de escuchar e interpretar los mensajes sonoros propios y del terapeuta, pues ha experimentado los vínculos primarios con los instrumentos y el musicoterapeuta. Estos, como dice Benenzon, son los que observaremos durante el desarrollo de las futuras sesiones, que en J, se manifestaron como modos expresivos recursivos que en base a la reiteración, a las sensaciones y asociaciones emergentes, a las necesidades expresivas de cada momento, se fueron construyendo y modificando sobre sí mismos e incrementando gradualmente el nivel de profundidad, crecimiento y desarrollo.

El trabajo con los instrumentos es seguido y complementado con el trabajo corporal que, a través de inventarios, exploración de movimientos, viajes corporales e

52 Loc.Cit

imaginarios, entre otros, juega un papel importante en relajar y activar al paciente, paliar el dolor y el agotamiento físico, que experimentó en varias oportunidades junto a un ánimo muy bajo. Además, los baños sonoros ya mencionados, fueron capaces de contener, flexibilizar canales de comunicación rigidizados y conectar al paciente con la percepción sonora y su mundo interno. Del uso de estas técnicas, surgen repuestas muy comprometidas del paciente, que gusta de ellas y desarrolla con gran capacidad de exploración y conexión. Aquí se puede observar, como, la estimulación del ámbito corporal a través de mensajes verbales claros y suaves, de música receptiva improvisada por el musicoterapeuta en un instrumento que agrade al paciente, y una actitud contenedora, empática y afectiva, son elementos capaces de provocar un vuelco en el estado de ánimo y en las sensaciones de dolor físico y psíquico del paciente. El espacio terapéutico se hace confiable, seguro y capaz de transformar las sensaciones negativas, a través de una relación basada en mensajes sonoros vocales, instrumentales y consignas, que gradualmente son aceptadas por el paciente como útiles, gratificantes, y como una herramienta efectiva para experimentar estados saludables.

Con relación a las producciones sonoras, que es relevante describir en este análisis por constituir una de las formas más importantes de relación y desarrollo en la terapia, en la primera fase se observa lo siguiente:

a) Observación de las producciones sonoras J N°1 Tabla 3

Plano dinámico⁵³	Observaciones primera fase	Sesión n°
Temporal	1. Ritmos o duraciones diferentes	Uno-dos -tres
	2. Variación de velocidad desorganizada	Dos
	3. Pulsos inestables y medianamente estables	Uno- Dos y tres
	4. Motivos rítmicos cambiantes, desorganizados	Uno
	5. Motivos rítmicos repetidos e imitación	Dos-tres
	6. Frase rítmica repetitiva y constante, pero inestable	Dos
	7. Escasa aparición de pulsos métricos	Uno-dos -tres
Melódico	1. Existen alturas diferentes	Uno-dos -tres
	2. Centro tonal, en desarrollo (flauta)	Dos

⁵³ Pellizzari, Patricia. Proyecto Música y Psiquismo. Icmus Editores. Argentina. 2006. Pág. 283-296.

	3. Frase melódica repetida	Dos
Timbre	1. Uso de timbres diferentes y constantes	Uno-dos-tres
	2. Combinación de timbres	Uno-dos-tres
Densidad	1. Silencios	Uno-dos-tres
	2. Superposición de sonidos, que no constituyen acordes ni contrapuntos	Uno-dos-tres
Intensidad	1. Prevalecen las intensidades fuertes	Uno-dos-tres
Vincular	1. Hay conexión sonora por momentos	Uno-dos-tres
	2. Monofonía o unísono, con escasa presencia	Uno-dos-tres
	3. Contraste sonoro parcial (Uso de elementos diferentes al mt, a modo de exploración)	Uno-dos-tres
	4. Producción más centrada en sí mismo, Cambiante y difícil de acompañar	Uno-dos-tres
	5. Capacidad de acompañar, en desarrollo	Dos-tres
	6. Capacidad de ser acompañado, en desarrollo	Dos-tres
	7. Capacidad de diálogo, en desarrollo	Dos-tres

Estas observaciones muestran las características relevantes de las producciones sonoras del paciente en esta primera fase, lo que da cuenta de una forma de expresión instrumental dinámica, que cambia a medida que avanzan las sesiones. Estas se oyen al comienzo, más tendiente a lo inestable, a la rigidez y con poco grado de escucha de sí mismo y del musicoterapeuta. El paciente va desde lo ensimismado, cambiante, exploratorio, intenso y con poca estructura, a un incremento de la apertura, estabilidad, constancia y mayor estructura al terminar la primera fase de diagnóstico. Las improvisaciones entre musicoterapeuta y paciente carecen todavía de diálogo, el que se da de manera muy rudimentaria y propuesto por el terapeuta, que debe estar muy concentrado en los cambios recurrentes de ritmo, pulso y motivos que realiza J, para lograr mantenerse rítmicamente en la improvisación, o simplemente en ocasiones, dejar que la improvisación pierda su estabilidad. La inestabilidad y rigidez son elementos que desarrollaremos en sesiones posteriores a partir de la escucha.

Estas modalidades expresivas que desarrolla el paciente sesión a sesión, recientemente descritas, son el material que pone en juego durante esta fase, y por

consecuencia, apropiados a su momento terapéutico y capaces de movilizarlo corporal, emocional y psíquicamente.

3.5.3.4.2 Segunda fase

El paciente ha manifestado y comienza a desarrollar una forma de expresión particular, a través del uso de las herramientas, (instrumentos, técnicas y actividades) que ha identificado con el bienestar. Junto a esto, su capacidad de verbalizar y proyectar contenidos inconcientes en la música, sea esta receptiva o activa, se ha incrementado. Lo antes dicho, ha permitido alcanzar los objetivos de la primera etapa y a la vez dar un nuevo paso, que nos introduce en la segunda fase de la terapia.

En esta etapa de desarrollo, se observa una mayor profundidad del paciente cuando aborda nuevamente los temas surgidos en el diagnóstico u otros que pertenecen a su historia personal y familiar, a sus proyectos para el futuro, o los relacionados con sus temores a la enfermedad. Además, J ha desarrollado una mayor apropiación del setting, que se traduce en una disminución de la rigidez al improvisar, una mayor conexión sonora, una apertura expresiva que le permite explorar libremente, entrar en estados de profunda concentración y relajación (cualidad ritual) jugar y dialogar con el musicoterapeuta, a través de su voz y los instrumentos.

El paciente es capaz de identificar la inestabilidad y la falta de orden en sus improvisaciones, a través de la escucha de una de ellas, que el mt prepara y presenta para él. Esta actividad permite a J improvisar con los elementos que están ausentes o con menor desarrollo en sus producciones sonoras, como lo estable o constante, la repetición, la conexión sonora, el escuchar al otro en la improvisación, el diálogo, la capacidad de acompañar y ser acompañado. Esto permite a J poner en movimiento dichas dinámicas sonoras y vinculares y establecer asociaciones espontáneas entre estas y sus dinámicas internas, como la estabilidad en su vida, en su familia, su tendencia a hacer muchas cosas y profundizar solo algunas, entre otras.

En esta fase de desarrollo, J representa emociones como miedo, alegría, amor, reflexiona sobre aspectos como su capacidad de expresar lo que siente, sus formas de dar a los demás, de quererle a sí mismo, de ser consecuente con sus convicciones y motivaciones, de sus proyectos, entre otros. Finalmente, una de las actividades más

significativas para J se da cuando representa los rasgos más importantes de los integrantes de su familia en los instrumentos del setting, a través de la asociación de las cualidades sonoras de cada instrumento con dichos rasgos que ve en su madre, hermana y padre. Aquí el sonido y la interacción entre los instrumentos es capaz de reflejar los rasgos de cada integrante y las dinámicas de relación entre la madre y el padre, dando la posibilidad al paciente de observar y reflexionar desde otro escenario, más contenedor, seguro y lúdico, que el experimentado a través de su historia personal. Cada instrumento habla con la voz interna del paciente sobre los elementos más importantes de su relación con cada miembro de la familia. En ocasiones no son verbalizadas, pero por esto, no dejan de provocar estados de reflexión y crecimiento. A medida que avanza la terapia, las producciones sonoras van adquiriendo nuevos elementos en los diversos planos en que se desarrollan. A continuación, presentaré una síntesis de lo observado, en la segunda y tercera fase de la terapia.

a) Observación de las producciones sonoras J N°2 Tabla 4

Plano dinámico	Observaciones segunda fase	Desde sesión n°
Temporal	1. Ritmos o duraciones diferentes	Uno a trece
	2. Variación de velocidad más organizada	Nueve a trece
	3. Pulsos estables	Nueve a trece
	4. Motivos rítmicos cambiantes, organizados	Nueve a trece
	5. Motivos rítmicos repetidos e imitación	Dos a trece
	6. Frase rítmica repetitiva y constante	Nueve a trece
	7. Pulsos métricos	Nueve a trece
Melódico	1. Existen alturas diferentes	Uno a trece
	2. Centro tonal más definido	Siete- diez-doce
	3. Frase melódica repetida	Siete- diez
Timbre	1. Uso de timbres diferentes y constantes	Uno a trece
	2. Combinación de timbres	Uno a trece
Densidad	1. Silencios	Uno a trece
	2. Superposición de sonidos, que constituyen contrapuntos espontáneos vocales	Siete-ocho
Intensidad	1. Intensidades diferentes	

	(suave-medio-fuerte)	Cuatro a trece
Vincular	1. Hay conexión sonora	Cuatro-cinco Siete a trece
	2. Monofonía o unísono con presencia definida	Cuatro-siete Ocho-diez
	3. Contraste sonoro parcial (Uso de elementos diferentes al mt, a modo de exploración)	Uno a trece
	4. Producción más centrada en el diálogo con el mt	Siete a trece
	5. Mayor capacidad de acompañar	Siete a trece
	6. Mayor capacidad de ser acompañado	Siete a trece
	7. Mayor capacidad de diálogo	Siete a trece

En el cuadro se observa la presencia de nuevos elementos en juego en las producciones sonoras, que tienden hacia la mayor organización y estructuración de las improvisaciones individuales y vinculares. Este hecho, coincide con una mayor percepción de sí mismo y su familia, de profundidad reflexiva, de estabilidad emocional y del descubrimiento de nuevos medios expresivos, que son observados como un aspecto importante de crecimiento y desarrollo. La personalidad expresiva de J está bastante definida y sesión a sesión adquiere una estructura más organizada capaz de expandirse hacia otras áreas, como la emocional, corporal, vincular, motivacional y creativa. Como señala Gustavo de Gauna “en la medida que me expreso crezco”⁵⁴. Además, en esta fase se observa el uso del objeto integrador descrito por Benenson, específicamente en la sesión doce, en que el paciente usa el afuche y djembé de un modo distinto al usado con el musicoterapeuta, ya que espera y crea instancias para invitar a su madre al espacio musical de la terapia, propone ideas, las que son repetidas por ella, generando seguridad, confianza y la posterior integración de esta. En síntesis, se observa un desarrollo paralelo, positivo, entre las producciones sonoras y los aspectos internos y relacionales del paciente.

3.5.3.4.3 Tercera Fase o cierre

La fase de cierre, coherente a sus objetivos centrales, como la asimilación de la

⁵⁴ Gauna, Gustavo. Entre los sonidos y el silencio. Musicoterapia en la infancia: clínica y teoría. Editorial Artemisa. Rosario. Argentina. 1996. p. 73.

separación entre paciente y terapeuta, la integración del propio aprendizaje y el reconocimiento del proceso de crecimiento, comienza a gestarse desde la sesión nueve. Aquí la estructuración e integración a partir de los elementos producidos y escuchados por J en su música, comienzan a trabajar desde lo musical a lo cognitivo mediante asociaciones, relaciones y síntesis, que producen una nueva forma más estructurada, organizada y consciente de improvisar.

En la sesión once el paciente realiza largas improvisaciones en un nivel de concentración similar a la “cualidad ritual” descrito por Carolyn Kenny. Desde este estado de concentración especial, es capaz de movilizar y reflexionar temas relevantes, como la consecuencia en el camino que ha trazado, su capacidad de no perder el rumbo, la perseverancia, lo que desea y siente; que lo llevan implícitamente a fortalecer el yo y a clarificar cuestiones fundamentales de su vida. También, al poner en juego las dinámicas de relación con su madre en la sesión doce, J logra comunicarse con ella en un clima lúdico y profundo, expresar sus sentimientos, “unir dos mundos que están lejanos y cercanos a la vez”, decir lo que piensa sin entrar en conflicto, cuestiones que en la comunicación verbal, para él, son difíciles de expresar.

Los núcleos de salud del paciente, en un movimiento interno expansivo generado desde lo expresivo, han devuelto el sentido y significado a los diversos aspectos de la vida de J, que si bien, no se siente pleno debido a su enfermedad, es capaz de vivir con más calidad y lograr estados de mucha gratificación personal y vincular. Finalmente, en la sesión de cierre, paciente y musicoterapeuta, mediante una síntesis desde lo musical a lo verbal, producen espontáneamente una recapitulación de los momentos y logros importantes en la terapia. J resume el proceso como un espacio liberador y gratificante que le ha permitido expresar más, saber expresar y a la vez desarrollar nuevas formas de apertura a través de la música. Percibe un avance o logro en la relación con sí mismo, con su familia, en la capacidad de ordenar y organizar su vida. Es decir, el proceso expresivo, realizado desde lo sonoro, corporal y musical, actuó como:

- Canal de comunicación entre el mundo consciente e inconsciente del paciente.
- Un espacio de representación y movilización de sus emociones y vínculos
- Un espacio lúdico capaz de generar emociones positivas

- Un espacio ritual capaz de generar estados de profunda concentración y relajación
- Una fuerza estructurante desde lo musical hacia los aspectos psíquicos, físicos y emocionales del paciente.

3.5.4 Segunda intervención (Paciente nº dos: “C”)

3.5.4.1 Fase inicial o diagnóstico

3.5.4.1.1 Objetivos

1. Crear el vínculo entre musicoterapeuta y paciente.
2. Observar al paciente en sus aspectos relacionales con el mt, los instrumentos, la producción sonora y consigo mismo, que permitan potenciar y desarrollar la terapia.
3. Contener al paciente en esta nueva experiencia terapéutica con una actitud empática y acogedora.
4. Trabajar temáticas psíquicas conscientes e inconscientes del paciente, a través de la representación instrumental, imaginaria, la improvisación referencial y no referencial, el inventario corporal y el baño sonoro.
5. Trabajar en el mejoramiento de sensaciones físicas del paciente como el dolor, malestar, náuseas y agotamiento.
6. Promover que la verbalización ayude a rescatar el mundo simbólico del paciente, para su posterior elaboración.

3.5.4.1.2 Primera sesión

- Fecha: 18 de abril del 2008.
- Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

a) Presentación en el no verbal

En la primera visita al mencionado hospital, una de las enfermeras de la unidad de hematología pide al musicoterapeuta en práctica, en uno de los pasillos de la unidad, que visite a un paciente de quince años que llegara hace un mes al hospital y que no presenta buen ánimo. Es así como espontáneamente, surge la inquietud de trabajar con C. Esto es propuesto a la profesora guía, quién autoriza la intervención.

El estado físico y emocional en que se encuentra C en la primera sesión es negativo, presentando angustia, tristeza, miedo y dolor, además sus energías y ánimo, incluso de alimentarse, son muy bajas. Al igual que con J, la presentación del terapeuta se inicia a través de una introducción verbal breve y del uso de un instrumento musical elegido libremente, para la presentación en el no verbal. El musicoterapeuta se presenta con la kalimba, para luego invitar a C a explorar y buscar un instrumento que le agrade para su presentación. C escucha atentamente la presentación del mt. Luego, explora los distintos instrumentos y escoge el bongó. Se ve nervioso, un poco cohibido. Comienza a tocar y su sonido es cortado, habla entre medio y no está muy seguro de su producción sonora, finalmente logra articular algunos ritmos y finaliza rápidamente. Al invitarlo a comentar sus sensaciones, señala, que le provocó risa la presentación del mt y luego emoción, “me quebré, algo se revolvió en la guatita”. El musicoterapeuta siente un poco de tensión por estimar (en medio de la actividad) que no fue lo más adecuado proponer a C la presentación, debido al nerviosismo que experimentó. Invita entonces al paciente a improvisar juntos y a poner sus sensaciones en los sonidos e instrumentos.

a) **Las primeras improvisaciones**

Nuevamente C elige el bongó y se muestra mucho más relajado, realiza ritmos complejos y sincopados que son imitados por el musicoterapeuta en la kalimba. Su pulso varía constantemente haciendo inestable la producción. El terapeuta decide cambiar de instrumento y toca el triángulo, C cambia a las maracas y comienza a imitar, esta sección es suave y permite probar hasta donde se atreve C en la improvisación, y su capacidad de expresión sonora. Luego cambia al güiro y toca más intensamente, para desembocar en un pulso estable y en el uso de casi todo el setting instrumental. Finalmente C da golpes fuertes al bongó, al platillo y otros instrumentos, creando una atmósfera muy caótica, el musicoterapeuta lo acompaña contestando de la misma forma que lo hace el paciente con el pandero y luego el platillo. C concluye con golpes fuertes en el bongó, hay un silencio y el paciente da un último golpe de cierre. Se invita a C a comentar sus sensaciones. Señala que se relajó, que se olvidó del mundo y se concentró solo en la improvisación. (La sesión es interrumpida por la enfermera por un momento).

Es interesante observar como en la primera sesión, el paciente hace uso de los objetos según Benenzon, elige el bongó como instrumento preferido, experimenta con él en la improvisación, se cohibe por un momento, pero ya en la segunda y tercera producción, logra comunicar sus estados emocionales, al punto de llegar a la catarsis sonora, (especie de caos) para más adelante expresar espontáneamente la rabia.

Se propone a C realizar una segunda improvisación representando una sensación agradable, él propone la alegría. Esta producción sonora es muy intensa y rítmica, adopta la métrica de dos cuartos, realizando una serie de síncopas con gran estabilidad en el pulso y tempo y ocupando el bongó y casi todo el setting nuevamente. El musicoterapeuta imita a C, el que responde al juego propuesto intensificando al máximo su producción rítmica, luego pierde el pulso y se desconecta. Ambos finalizan en una fanfarria que es cerrada por un golpe final del paciente, después de un silencio breve. En la verbalización, C señala que sintió la alegría propuesta en la consigna, que los ritmos pasaban por su mente libremente. Se sintió, aliviado y calmado.

El paciente espontáneamente propone tocar la rabia, el musicoterapeuta acepta. C Toca fuertemente el bongó, platillos, cencerro y diversos instrumentos, en una improvisación sin ritmo ni pulso. Solamente crea una atmósfera caótica y catártica. Al finalizar, C manifiesta que logró sacar su rabia por haber recaído nuevamente. “Estaba tan bien al principio”. Señala que los últimos días se ha sentido mal y eso le da mucha rabia. Finalmente ambos improvisan para despedir la sesión. El musicoterapeuta acompaña conteniendo al paciente.

Se ha establecido comunicación con C, el que ha sido capaz de abrir algunos canales expresivos a través del sonido. Su instrumento experimental, catártico e intermediario fue el bongó, y por momentos fue capaz de explorar el setting completo.

3.5.4.1.3 Segunda a sexta sesión

- Fecha: 25 y 29 de abril, 08, 10 y 24 de mayo del 2008, respectivamente.
- Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

En la sesión número dos se realiza un inventario corporal muy detallado, dirigido a paliar el dolor físico intenso que presenta el paciente. Luego se realiza un baño sonoro con el fin de relajar y envolver a C en una atmósfera de contención y confianza. Después de un largo silencio, tras el baño sonoro, se le propone improvisar las sensaciones de las actividades anteriores, el paciente acepta, pero señalando que quiere tocar suave y con los ojos cerrados. C toca el bongo suavemente en un pulso lento y a veces libre. El musicoterapeuta acompaña con triángulo y voz, generando un canto lento y repetitivo. Naturalmente C acelera y activa el pulso, con figuras rítmicas más pequeñas para terminar repentinamente, tras un motivo repetitivo. Al ser invitado a comentar sus sensaciones, C señala que su malestar físico se fue por completo, como el dolor de cabeza y dolor generalizado que sentía al iniciar la sesión. Finalmente pide repetir el baño sonoro, señalando que le provoca mucho bienestar.

En la tercera y cuarta sesión se da un acercamiento importante de C al setting instrumental, además, se realiza una sesión junto a su madre, con la que se relaciona en un plano de comunicación distinto. En este momento de la terapia C, manifiesta una gran necesidad de realizar inventarios corporales acompañados de kalimba o triángulo y baños sonoros, que le provocan mucho bienestar físico, disminuyen su estrés, lo ayudan a encontrar calma y le permiten descargar su dolor psíquico a través del llanto. Las improvisaciones sonoras realizadas, son breves, suaves y dirigidas a reforzar la necesidad de calma y expresión emocional. En la sesión con su madre, la que es integrada apelando a la flexibilidad del encuadre que plantea Benenzon⁵⁵, en ocasiones en que los familiares se encuentran presentes en la terapia, se observa claramente el uso del objeto integrador en el bongó, a través del cual C, interactúa con su madre y el musicoterapeuta. El paciente improvisa con ambos, manifestando una gran conexión. Su pulso es estable, genera ideas rítmicas, escucha a los otros y es capaz de entrar y salir del pulso creando atmósferas. Además se realiza un baño sonoro para C entre el musicoterapeuta y su madre, y luego uno para ella, que el paciente realiza con gran concentración. En la verbalización, C señala que realizó esta sesión con gran compromiso, sobre todo el baño sonoro para su madre, porque “quiero verla bien”. Su

55 Benenzon Rolando. De la Teoría a la Práctica. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.2002. p.232.

madre manifiesta que le emociona ver a su hijo tan contento y conectado con la musicoterapia y que su ánimo ha mejorado mucho desde que comenzó la intervención.

En la quinta sesión, continuamos trabajando con el inventario sonoro dirigido a la relajación corporal y luego con una improvisación referencial basada en sensaciones agradables y positivas de su historia personal. El paciente Improvisa usando como base el bongó y percutiendo con una baqueta. Su conexión no es total con la producción sonora, lo que se percibe por la postura física y por la baja energía puesta en el instrumento. Luego se realiza un baño sonoro donde C manifiesta mayor conexión con la consigna usada en la improvisación anterior, y manifiesta que su familia es el eje de sus sensaciones agradables y placenteras. La sesión concluye con una improvisación referencial, dirigida a calmar la ansiedad de C, que se genera ante la espera de su primera salida del hospital. En ella el paciente descubre la kalimba y realiza una larga producción sonora, donde experimenta diferentes alturas, ritmos, intensidades, que le permiten entrar en una profunda conexión con el instrumento y consigo, y calmar esa sensación de ansiedad que lo intranquiliza.

La sexta sesión es la última de la primera etapa inicial o de diagnóstico. C es capaz de relacionarse con el musicoterapeuta a través del setting instrumental, se ha desarrollado un vínculo terapéutico, hay canales de comunicación abiertos, se ha detectado núcleos sanos y enfermos en el paciente, su capacidad de descarga emocional es muy importante a través de la música, sobre todo con el baño sonoro; pero no se ha descubierto la personalidad expresiva de C, debido a que su nivel de interés por el que hacer musical no se percibe como intenso y totalmente gratificante en esta etapa de la intervención. Esta sesión, se realiza después de quince días de estadía de C en su hogar y es muy significativa, ya que el musicoterapeuta percibe la necesidad del paciente de cambiar las actividades realizadas en la terapia. El inventario corporal, el baño sonoro, que fueron muy útiles para mejorar sus estados físicos y psicológicos, ya no ejercen el mismo efecto. C no se compromete como en las primeras sesiones con estas actividades y cada vez menos con las improvisaciones referenciales y no referenciales. Las realiza, pero no con un nivel de satisfacción y compromiso que le permitan depositar sus problemáticas y necesidades. El musicoterapeuta indaga sobre los gustos de C a

nivel musical, sobre sus actividades y experiencias significativas. El paciente relata al final de la quinta sesión que le gusta crear canciones, que ha compuesto algunas y que le gustaría aprender a tocar guitarra. Entonces, al finalizar la sexta sesión, ambos acuerdan un trabajo centrado en la creación de canciones, con el uso de la guitarra como instrumento armónico y la posterior grabación de estas.

3.5.4.2 Fase intermedia o desarrollo

3.5.4.2.1 Objetivos

1. Fortalecer el sentido de sí mismo, a través de la creación, grabación y escucha de canciones.
2. Reconocer y depositar proyecciones del mundo interno en la música creada, a través de textos simbólicos, la improvisación, y la estructuración y elaboración del material melódico.
3. Fomentar el desarrollo expresivo, a través de la creación de música y texto, como elemento estructurante de su personalidad.
4. Consolidar el espacio musical terapéutico como un lugar confiable, seguro y análogo al espacio familiar.
5. Vivenciar el espacio musical como un espacio creativo y de juego, en dirección a la expresión de sentimientos significativos, pensamientos, actitudes, valores, orientaciones comportamentales, cuestiones de crecimiento y cambio.
6. Movilizar las emociones que provocan conflicto al paciente, como las que surgen dentro del contexto hospitalario, de su familia y de sí mismo, a través de la creación, escucha e interpretación de sus canciones y del repertorio popular.

3.5.4.2.2 Descripción

Esta etapa consiste en un significativo proceso de autocrecimiento, reflexión,

elaboración emocional y despliegue de energías creativas, a través de la creación de textos, música y expresión vocal, que permiten a C revalorar simbólicamente su vida y su familia, descargar la ansiedad y angustia del encierro, ordenar sus ideas y sentimientos, ofrecer y compartir con los suyos y parte del equipo médico, el trabajo creativo realizado durante la sesión.

Diego Chapira, en su libro “Abordaje Plurimodal” plantea que “cuando cantamos, la música nos otorga una vía regia para poder decirnos algo a nosotros mismos”⁵⁶, esto permite al paciente, “dar forma a sus pensamientos, emociones e ideas que no pueden acomodarse en la conciencia por medio de la palabra hablada”⁵⁷. También nos plantea, que la canción es portadora de un mensaje, que adquiere un significado singular para cada persona, lo que la convierte en una excelente herramienta para procurar la posibilidad de insight en el paciente.

a) Revalorando la vida (Séptima sesión)

b) Fecha: 14 y 28 de junio, 12 de julio del 2008, respectivamente.

c) Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

Comienza la séptima sesión y el musicoterapeuta, como se ha acordado, lleva una guitarra para comenzar con la nueva propuesta que ha surgido del paciente como una necesidad expresiva importante. Atrás queda el setting usado en la primera fase, aunque de manera gradual, ya que en esta sesión se utilizan algunos instrumentos para acompañar rítmicamente. Esta fase consta de ocho sesiones, ya que se mezcla con la fase de cierre, en la que C continuó creando. Respecto de la metodología de trabajo usada, el musicoterapeuta se basa en su propia experiencia creativa, invitando al paciente a percibir las sensaciones que quiere poner en cada canción, improvisando pequeñas melodías o textos como recurso para generar ideas, propiciando un ambiente cálido y de mutua confianza, ayudando con ideas armónicas, melódicas o textuales, (cuando el paciente pierde la fluidez creativa) guiando al paciente en la elaboración

⁵⁶ Chapira Diego. Musicoterapia Abordaje Plurimodal. Adim Ediciones. Argentina. 2007. Pág. 152.

⁵⁷ *Ibíd.*

formal (A-B-A u otra), invitándolo en todo momento a poner libremente las ideas que necesita expresar en su creación y recapitulando cada frase o sección creada, para generar una apropiación y motivación de su objeto creativo.

Finalmente cada canción es grabada y escuchada por ambos, comentando las diferentes partes y significados de éstas, o simplemente disfrutando de ellas. El contexto emocional de esta sesión está marcado por una creciente necesidad del paciente por expresarse, a través de poemas y conversaciones, percibidas por él como una nueva sensación que lo envuelve. Ésta es manifestada como un deseo de decirle al mundo y a los que lo rodean, lo bella que es la vida, lo hermosa y valiosa que es para él en este momento. Es desde esta sensación que surge la canción que él titula "Amiga vida". A continuación presento un trozo de esta:

- A. Vi tus ojos y los dibujé en mí
Lo que era oscuro en mi mente esclarecí
En mi fantasía tú te convertiste
Y mi corazón cerrado tú abriste
Cuando la vida me sonreía
En mi mente apareciste
- B. La oscuridad desapareció
Y el tiempo se cristalizó
La neblina se esfumó
Y el fuego se apagó
Y las voces aparecieron.

d) Revalorando a sus padres (Sesiones diez y once)

- Fecha: 26 de julio y 16 de agosto del 2008.
- Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

Las sesiones diez y once, son dedicadas por C a un tema que es central en su vida, sus padres. Menciona al musicoterapeuta la necesidad de agradecer a su madre por

estar siempre con él, por los bellos momentos que han vivido juntos y por todo el apoyo que le brinda en este momento de su vida. Con respecto a su padre, C siente la necesidad de establecer comunicación con él, ya que percibe que le oculta su dolor. Quiere manifestarle sus sentimientos y pedirle que se cuide y que no oculte su pena detrás del cigarro o del silencio. Estas canciones fueron creadas en un momento de gran angustia. A continuación expondré los textos de estas, dedicadas a su madre y padre respectivamente.

ERES

Tantos momentos vividos, todos junto a ti
Tantas bajas y caídas, que sanan junto a ti
Y todas mis heridas se curan si tú estás junto a mí
Yo no quiero olvidarte eres todo para mí
Ya cuentan quince años que corro junto a ti
En esta vida yo sé que no sería nada
Porque eres la estrella brillante que alumbró mi ser.

DEJA LA PENA EN EL VIENTO

No vale achacarse en esta vida
El tiempo sana muchas heridas
Y esas lágrimas que caen de tus ojos
Que trasladan a través de tus mejillas
Es mejor dejarlas ir con el viento
Sabes que yo estaré siempre ahí, para ti
Las penas no se van en un cigarro
Se irán si nos unimos de las manos
Y juntos llegaremos a un buen final

Padre, yo te esperaré, no llores más
Te quiero aquí conmigo
Sin ti hay un gran vacío en mi corazón
Te amo aunque no te lo demuestre
Te quiero con todas tus aprensiones
Y te lo repito en mis canciones
Y con esta fuerza que tú emanas
Puedo seguir todas mis mañanas

Después de la primera sesión, el paciente se siente tan gratificado que plantea al musicoterapeuta la creación de un disco de varias canciones durante la terapia. Es aquí donde C encuentra su personalidad expresiva. Tal descubrimiento, lo lleva a la realización y compromiso de un proyecto que él propone y desea realizar. Trabaja en los textos e incluso en líneas melódicas mientras no está el musicoterapeuta, presenta dichas ideas sesión a sesión, busca ritmos adecuados en su repertorio de música popular. Además, en forma paralela, va realizando un proceso de autodesarrollo a través de lo simbólico, que se percibe a medida que integra gradualmente las temáticas tratadas al ámbito emocional, afectivo y motivacional.

3.5.4.3 Fase final o cierre

3.5.4.3.1 Objetivos

1. Realizar una síntesis de los temas trabajados
2. Desarrollar nuevas formas de relación, sentimientos y manejo de las emociones, a través de la elaboración de los elementos trabajados y mediante el proceso creativo, musical y poético.
3. Integrar las habilidades creativas y autoexpresivas desarrolladas, a las dinámicas de la vida cotidiana y a su personalidad.
4. Reconocer los aprendizajes adquiridos y ponerlos al servicio de la propia salud.
5. Preparación y asimilación del proceso de separación con el musicoterapeuta.

3.5.4.3.2 Descripción (Sesiones doce, trece y catorce)

- Fecha: 23 y 30 de agosto, 06 de septiembre del 2008.
- Lugar: Hospital Clínico de la U. de Chile. Unidad de hematología oncológica.

La fase final de la terapia se amalgama con el proceso creativo, que no se detiene hasta la última sesión. El paciente reconoce el espacio terapéutico como el lugar donde cada semana puede poner sus emociones, sensaciones, sentimientos, rabias, angustias y reflexiones en una canción, que a la vez, es un desafío que lo gratifica al ser concretado. Es por esto que el cierre musicoterapéutico es coherente con el modo expresivo por excelencia de C. Ya en la sesión once, el paciente comienza a ser preparado por el musicoterapeuta quien señala empáticamente, que la intervención va llegando gradualmente a su fin y que en tres sesiones más, aproximadamente, el proceso concluirá.

La fase de cierre se consolida con la creación de la canción “un nuevo amanecer”, trabajada en la sesión doce. En ella C hace una síntesis de su lucha, crecimiento y logros alcanzados durante la terapia y su estadía en el hospital. Expresa su sensación de fortaleza, “siento en mí un gran valor para seguir viviendo y llegar al sol”, señala que a pesar de todas las dificultades sigue en pie en su deseo de vivir.

En la sesión trece se trabajan las sensaciones que C manifiesta hacia a su hermana, señalando que quiere crear una canción basada en un poema que ha escrito. El texto aborda el deseo del paciente de crecer junto a ella, expresa las sensaciones agradables que le provoca, el lazo de unión que los envuelve y el deseo de permanecer junto a los suyos. Además, la canción deja ver la angustia de C por la incertidumbre vital que le provoca la enfermedad, sensación presente en todas las canciones dedicadas a su familia. Finalmente, en la sesión catorce, se realiza una síntesis verbal y creativa del proceso terapéutico. En ella C parte mostrando al musicoterapeuta una serie de ritmos que le interesan para un texto que ha escrito durante la semana. Luego de escuchar varias canciones populares, se decide por el reggae. El terapeuta comienza a tocar una armonía en I y IV grado en modo menor con el ritmo señalado y el paciente improvisa una melodía integrando el texto que ha creado. La canción es titulada por C “Perseverando”. En ella manifiesta su deseo de continuar perseverando en este camino que la vida le ha trazado, se dice a sí mismo que todo es un aprendizaje que se vive con

esfuerzo y voluntad, para llegar al final, que es determinado por el propio destino. Se observa la integración de una mirada positiva hacia la vida, pero a la vez realista, y centrada en los propios ideales y motivaciones.

El musicoterapeuta busca el espacio adecuado para verbalizar. En este, el paciente es invitado a realizar una síntesis del proceso terapéutico. C manifiesta que cada canción fue importante para poner sus emociones y descargar la rabia, la pena y la angustia u otras. Menciona además, que hubo canciones que ya no le satisfacen tanto, pero que cada una le permitió expresar lo que sentía, logrando estados liberadores y gratificantes. La sesión concluye después de grabar y escuchar su última canción, manifestando ambas las sensaciones con que se quedan.

Respecto de las producciones sonoras de C, se dividen en dos tipos. Las primeras, como se dijo anteriormente, son producciones realizadas con el setting instrumental, a través de improvisaciones referenciales basadas en alguna sensación, emoción o tema. Las segundas, son producciones sonoras realizadas en base a la creación de canciones, que incluyen:

- a) **El proceso de creación:** Improvisación de melodía y texto, repetición de frases improvisadas, repetición y variación de ideas melódicas propias, repetición y variación de ideas melódicas creadas por el mt. Esta última, se realizó solo cuando el paciente agotaba sus energías creativas o se estancaba en un trozo.
- b) **El proceso de grabación:** Interpretación vocal de la canción y grabación de la misma.

A continuación presento un cuadro resumen de las producciones sonoras de C.

Observación de las producciones sonoras de C durante la terapia Tabla 5

Planos	Observación	Desde sesión nº
Temporal	1. Ritmos o duraciones diferentes	Uno a seis-siete a catorce
	2. Variación de velocidad organizada	Uno a seis-siete a catorce
	3. Pulsos estables	Uno a seis-siete a catorce
	4. Motivos rítmicos cambiantes organizados	Uno a seis
	5. Motivos rítmicos repetidos	Uno a seis
	6. Frase rítmica repetitiva y constante	Uno a seis-siete a catorce
	7. Pulsos métricos	Uno a seis-siete a catorce
Melódico	1. Existen alturas diferentes	Uno a tres-siete a catorce
	2. Centro tonal	Tres- cinco a catorce
	3. Frase melódica repetida	Tres- cinco a catorce
Timbre	1. Uso de timbres diferentes y constantes	Uno a seis
	2. Combinación de timbres	Uno a seis
Densidad	1. Silencios	Seis- Siete a diez
	2. Superposición de sonidos, que no constituyen acordes ni contrapuntos	Uno a seis
Intensidad	1. Intensidades diferentes	Uno a catorce

Vincular	1. Hay conexión sonora	Uno a catorce
	2. Monofonía o unísono	Siete a catorce
	3. Contraste sonoro parcial (Uso de elementos diferentes al mt, a modo de exploración)	Uno a catorce
	4. Producción más centrada en el diálogo con el mt	Uno a catorce
	5. Capacidad de acompañar	Uno a catorce
	6. Capacidad de ser acompañado	Uno a catorce
	7. Capacidad de diálogo	Uno a catorce

3.5.4.4 Análisis segunda intervención

3.5.4.4.1 Primera fase

En la primera sesión C, se encuentra en un estado anímico muy bajo. El dolor físico, el encierro prolongado y estar fuera de su hogar, provocan en él mucha angustia y tristeza. Este es el contexto en que comienza la primera fase de la terapia, en la que el paciente logra, a través de la exploración, elección e improvisación con un instrumento, el primer acercamiento al setting instrumental y el primer momento de comunicación con el musicoterapeuta. Al igual que en la primera intervención, uno de los primeros objetivos a lograr en esta fase, es la presentación en el no verbal. Se buscó introducir esta forma de comunicación, para que lo sonoro-corporal y musical se definiera en el paciente como la herramienta básica expresiva durante el proceso terapéutico.

El bongó es el instrumento experimental, catártico e intermediario que elige el paciente. Con él, desde la primera sesión, es capaz de alcanzar estados de relajación, concentración, alegría, calma y alivio a su constante malestar físico. Estos estados aparecen en el fluir de lo sonoro como manifestaciones de las propias formas y tiempos expresivos del paciente, abriendo canales de comunicación que dejan ver los primeros materiales-mensaje que servirán al musicoterapeuta, en el posterior desarrollo de la intervención. En la segunda sesión se propone al paciente, realizar un inventario corporal y un baño sonoro, para paliar el constante dolor y malestar físico y para calmar y contener los estados de angustia que lo aquejan. Aquí el paciente se apropia de las herramientas utilizadas por el musicoterapeuta, que fueron muy efectivas para aliviar los

estados mencionados. Es así como se realiza un largo camino de seis sesiones, en que el paciente, a través de la improvisación individual y vincular e inventarios corporales y baños sonoros, estabiliza su ánimo, logra manejar el dolor, baja sus niveles de angustia y estrés y es capaz de expresar y descargar estados emocionales negativos.

Sus núcleos de salud, entendidos como “la capacidad que tiene el paciente de otorgar sentido a lo propio”⁵⁸ han permitido a C experimentar un cambio, donde lo sano, es capaz de ganar espacios y expandirse hacia las zonas enfermas, mejorando en este caso, la calidad de vida y el proceso de hospitalización del paciente. Para Gustavo de Gauna, todos los procesos en musicoterapia tienen por objetivo ir enriqueciendo la personalidad expresiva y buscan su movilidad, para él, este es el fundamento de la dinámica en musicoterapia⁵⁹. Esta afirmación, sustenta el cambio del modo expresivo que se observa en la segunda fase.

3.5.4.4.2 Segunda fase

En la sexta sesión paciente y musicoterapeuta, acuerdan iniciar la creación de canciones, que luego en la séptima sesión, se transforma en un proyecto de un disco de ocho a diez creaciones que C quiere realizar. Esta necesidad expresiva del paciente basada en sus sensaciones, emociones, afectos, textos escritos y ritmos populares que disfruta escuchar, es una forma de introducir su mundo a la terapia, su ISO gestáltico y cultural que al ser compartido con el del terapeuta dan vida a una nueva forma de comunicación, más motivadora, capaz de contener en su “estética”, “ las tendencias humanas del paciente, valores, actitudes, experiencias de vida, y todos los factores que se unifican para crear la forma integral y concreta de la belleza”⁶⁰. En este nuevo modo expresivo C encuentra un canal para hacer fluir las problemáticas vinculares y personales que más lo afectan. La pérdida de sentido al no poder realizar las actividades cotidianas, la angustia por estar lejos de su hogar, la rabia por no poder recuperarse y la preocupación por las personas que ama, son temas fundamentales que no están resueltos en él y que comienza a movilizar a través de las canciones. Es así como compone, con la ayuda del musicoterapeuta, una serie de ocho canciones que tratan los

58 Loc.Cit.

59 Op.cit. Pág. 33.

60 Loc.cit.

temas mencionados. El trabajo con canciones ayuda a C, a construir un soporte capaz de movilizar los elementos enfermos que no le permiten desarrollarse saludablemente. A su vez, este soporte-canción, se convierte en el modo predominante de su personalidad expresiva.

La familia de C, acoge gratamente esta nueva forma de expresar del paciente y comparte junto a él y en ocasiones con el musicoterapeuta, las canciones creadas en la sesión. Cada integrante recibe su regalo-canción con mucha emotividad, lo que ayuda a fortalecer, el self del paciente, los lazos entre ellos y a tener una mirada optimista al ver los momentos saludables que experimenta C. Por último, esta fase se construye en forma paralela a la fase de cierre, ya que el paciente crea sus canciones hasta la última sesión.

3.5.4.4.3 Tercera Fase o cierre

La terapia con C, fue un largo y grato camino para el musicoterapeuta. El cierre, se prepara desde la sesión once, lo que permite al paciente proponer en las sesiones siguientes, los temas que están pendientes. Primero trabaja sobre el vínculo con su hermana en la canción “floreciendo”, y luego, realiza una síntesis de su propio proceso de crecimiento personal en las canciones “un nuevo amanecer” y “perseverando”.

En la última sesión, el paciente muestra calma y deseos de crear la octava canción. La que es compuesta para sí mismo, manifestando en ella reflexiones como, la vida se vive día a día, el destino es incierto, es bueno tener una mirada positiva y por último, que los días de llorar y sufrir quedaron atrás, para dar paso a la esperanza y el optimismo. Esta canción en sí misma, constituye un proceso de cierre de la terapia, pues da cuenta que el paciente ha logrado integrar otro modo de ver su vida y de asumir la enfermedad, distinto al observado en la primera sesión. Además, en los textos de algunas de sus canciones se aborda de manera muy encubierta el miedo a la muerte, pero no como algo imposible de aceptar, si no, como algo posible a cargo del destino, que no es capaz de quebrar su esperanza.

La evolución de C, en el plano de las producciones sonoras, a diferencia de J, no se da desde lo menos a lo más organizado o estructurado. Si no, que se observa en él desde un comienzo, una gran capacidad de organización, sentido del ritmo y habilidades musicales desarrolladas. Además, se observa un cambio en sus modos expresivos, que va desde la improvisación y el trabajo corporal, a lo creativo y simbólico, a través de la creación de canciones. C, resume su proceso terapéutico, como una posibilidad de poner en las canciones sus problemas, emociones, afectos y preocupaciones, de manera natural. Lo que permite afirmar que el paciente movilizó sus núcleos enfermos desde un estado de rigidez y dolor, hacia otro más flexible y saludable. Este recorrido, que involucró distintos aspectos de C y del musicoterapeuta, fue realizado en un ambiente contenedor, gratificante, lúdico y seguro, que la musicoterapia fue capaz de ofrecer. Por último, el proceso creativo que caracteriza esta intervención, fue el reflejo de dos historias sonoras que se encuentran en un espacio terapéutico, ya que el musicoterapeuta ofrece al paciente sus propias herramientas creativas, las que son incorporadas como propias por C, y a su vez el paciente, ofrece su fuerza y energía vital y creativa que revitaliza al terapeuta (en la séptima sesión) generando un proceso significativo y enriquecedor.

3.6 Análisis comparativo

Ambas terapias realizadas en la unidad de hematología de la Universidad de Chile, se dan en contextos clínicos y patológicos muy similares. Los pacientes presentan básicamente los mismos síntomas físicos, psicológicos emocionales y anímicos y están sometidos a un tratamiento similar, basado en la quimioterapia. Esto, permite plantear una serie de actividades y objetivos terapéuticos dirigidos a paliar los síntomas físicos y a iniciar un proceso de adquisición de herramientas que ayude a los pacientes a aliviar estados emocionales perturbadores y a generar nuevas formas de expresión, que le permitan realizar un proceso de crecimiento personal, recobrar el sentido perdido, estimular su sistema inmunológico y reconstruir su mundo nuevamente.

Lo antes mencionado, genera un marco de acción que es aplicable a los pacientes que padecen leucemia, generándose, en el caso de mi proceso de práctica un encuadre similar en las dos intervenciones. Este, a pesar de ocupar los mismos elementos no

generó dos procesos iguales, debido a que el rumbo que toma la terapia es más determinado por el descubrimiento y desarrollo de la personalidad expresiva del paciente, que por las herramientas usadas en el proceso. En la práctica de la disciplina, el musicoterapeuta puede comprobar la singularidad de cada individuo y por consecuencia, las diferentes necesidades expresivas que cada uno presenta a pesar de las similitudes del contexto. Son precisamente estas necesidades las que el musicoterapeuta observó en los pacientes, convencido que en el desarrollo de su personalidad expresiva y en la búsqueda de su movilidad, que constituye para Gustavo de Gauna “un modelo identificable y diferenciado de relación con el afuera, que es capaz de representar los objetos internos del paciente”, es donde se generan los procesos de salud. Es por esto, que se puede observar en el presente trabajo, dos procesos muy diferentes en un encuadre similar, que a medida que se desarrollaron, fueron generando nuevas herramientas significativas para cada paciente.

J, se sintió más identificado expresivamente con el setting propuesto, y su desarrollo a lo largo de todo el proceso, se basa en el uso de los instrumentos, en los inventarios corporales y baños sonoros. C comienza con un desarrollo similar, pero poco a poco sus necesidades de expresión se dirigen hacia la creación de un nuevo objeto, la canción, que será (Al igual que en J con el setting) el intermediario entre su mundo interno y el terapeuta y proveerá los espacios de representación de su mundo vincular y personal. Es interesante mencionar que ambos descubren diversos modos expresivos, entre ellos la voz, pero haciendo un recorrido distinto.

Comparativamente las dos terapias trazan objetivos muy parecidos, que proveen a los pacientes de espacios y dinámicas sonoras-corporales y musicales que los dirigen hacia estados saludables. La diferencia, radica en que cada paciente, junto al musicoterapeuta, construyó su propio proceso de salud a través del descubrimiento de herramientas expresivas y estéticas distintas (según el concepto de Carolyn Kenny), que definieron la personalidad expresiva de cada uno y por consecuencia el curso particular de cada terapia.

3.7 Observaciones del musicoterapeuta

Asumir una responsabilidad tan importante como es un proceso terapéutico en el área de hematología oncológica, implicó mucha motivación, planificación, concentración antes y durante la sesión, apoyo de la profesora guía y revisión de bibliografía, entre otras cosas, que poco a poco fueron contribuyendo en el buen desarrollo de las intervenciones. Sin embargo, en el transcurso y después de realizadas la sesiones, pude detectar muchas deficiencias que gradualmente fui mejorando, a través de un proceso autocrítico que ayudó a resolver las problemáticas que se suscitaron en cada una de las sesiones. A continuación, mencionaré las debilidades y fortalezas que he observado en el trabajo de práctica realizado.

a) Debilidades:

1. No dejar espacios suficientes para la verbalización del paciente, en algunas sesiones.
2. Verbalizar demasiado en algunas oportunidades.
3. Ser muy directivo, al principio de ambas terapias.
4. Exceso de apoyo en la planificación en las primeras sesiones, lo que no dejaba espacios para observar las necesidades reales del paciente.
5. Exceso de compromiso afectivo en ocasiones.
6. No medir el tiempo de algunas sesiones que fueron muy extensas, debido a la intensa demanda de los pacientes.
7. No manejar fluidamente algunas situaciones impredecibles como interrupción de la sesión, la emotividad de la familia y falta de espacio.

b) Fortalezas:

1. Capacidad de empatía en la relación terapéutica.
2. Capacidad afectiva con los pacientes.
3. Compromiso y seriedad en la producción sonora y escucha del paciente.
4. Experiencia musical y creativa formal e informal.
5. Capacidad de observación de los cambios y necesidades de los pacientes.
6. Plasticidad (en la segunda etapa) para realizar cambios en la planificación de las sesiones y en el curso de la terapia cuando fue necesario con C.
7. Capacidad de juego.
8. Capacidad de observar y abordar los mensajes simbólicos y concretos de los pacientes.
9. Capacidad de contención afectiva.
10. Capacidad de escuchar y atender las necesidades de los pacientes.

IV CONCLUSIONES

Las enfermedades oncológicas, particularmente la leucemia promielocítica y la leucemia Linfoblástica aguda, producen un rápido deterioro del ser humano, el que debe ser sometido prontamente a un agresivo tratamiento de quimioterapia, que busca literalmente eliminar las células leucémicas del organismo, lo que provoca una caída del sistema inmunológico del individuo. Este proceso es vivido por el paciente y su familia

como un derrumbe de todas las expectativas y esperanzas que dan sentido a su vida. La melancolía, el estrés, el miedo y el dolor, son sensaciones cotidianas del paciente que padece leucemia. En este contexto de mucha inestabilidad emocional, física y psicológica, se inserta el trabajo de práctica desarrollado en esta monografía.

La pregunta fundamental que me hice antes de comenzar la terapia con los pacientes, fue ¿Qué tiene que ofrecer la musicoterapia a las personas que padecen una enfermedad tan destructiva? La respuesta se fue construyendo sesión a sesión, en cada improvisación y proceso creativo que permitía a los pacientes dejar atrás las sensaciones de dolor y angustia, para reconstruir en el espacio musical, de juego y ritual, un mundo de nuevas sensaciones gratas y positivas, que generaban, en algunos casos, estados de concentración y relajación profunda, y en otros intensas reflexiones. En esta dinámica donde el movimiento y el devenir de la existencia se escuchan en un juego de interacciones sonoras, gestuales y corporales, donde dos mundos sonoros (paciente y musicoterapeuta) se relacionan y conocen en la acción de improvisar o crear, es donde el paciente comienza un proceso de crecimiento personal definido por sus modos de acción que otorgan la riqueza expresiva al objeto sonoro, cargando de representación y simbolismo dicho objeto. Esto, no se puede explicar a cabalidad desde lo verbal, pues es único e irrepetible y funciona bajo las leyes de lo sonoro. Este hacer en compañía de otro que te acepta como legítimo en la convivencia terapéutica, produce un sin fin de momentos contenedores y seguros, que son percibidos por el paciente, primero en la dinámica sonora y relacional mientras ocurre como una sensación gratificante, y luego como un símbolo, reflexión u otra manifestación verbal, para más tarde convertirse en sensaciones y deseos capaces de llevar al paciente a un proceso de descubrimiento personal y cambio, que le permite revalorar la vida y a sus seres queridos, re pensar su accionar en el mundo y resignificar los proyectos y deseos que han perdido sentido. En el plano vincular, la musicoterapia juega un rol fundamental, ya que todos los sucesos musicales y corporales que ocurren en ella requieren de un tipo de relación, con el objeto-instrumento, con el terapeuta, con sus objetos internos o con su propio y más íntimo recurso expresivo, la voz. Es por esto que al representar a la familia o a los seres significativos en las posibilidades y cualidades de cada instrumento, afloran inevitablemente aspectos fundamentales de sus relaciones que no han sido resueltos, o

que simplemente refuerzan dicho lazo.

La música en musicoterapia no está construida bajo criterios artísticos o una estética de una u otra escuela creativa o estilística. Si no, que es el resultado de un largo proceso de acercamiento entre dos seres humanos, que trabajan las problemáticas individuales o psicosociales, desde una dimensión sonoro-corporal y musical. Sin embargo, cada paciente tiene un concepto estético que va más allá del producto musical propiamente tal, es un concepto de lo bello que contiene valores, tendencias del paciente, actitudes, experiencias de vida, que le permiten formar un concepto propio de belleza integral⁶¹.

Finalmente quiero mencionar que esta experiencia terapéutica queda impregnada dentro de mí, como un proceso de gran crecimiento y desarrollo. Que lo realizado, me produce una satisfacción muy especial y gratificante. Además, puedo decir, que en ambos procesos terapéuticos se produjo un significativo crecimiento individual y vincular, que es corroborado por la familia de los pacientes, las enfermeras y auxiliares, de la unidad médica. Y la profunda convicción que la musicoterapia tiene mucho que ofrecer al área de la hematología oncológica y a la clínica en general en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- BENENZON, ROLANDO. La Nueva Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 1998
- 2.- BENENZON, ROLANDO. Aplicaciones Clínicas De La Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.2000.
- 3.- BENENZON, ROLANDO. "De la Teoría a la Práctica. Editorial Paidós". Buenos Aires. Argentina.2002.
- 4.- BRUSCIA, KENNETH. Modelos de improvisación en musicoterapia. Agruparte. España. 1999.
- 5.- CHAGAS MARLY. Artículo presentado como conclusión de la especialización

61 Loc.Cit.

realizada en la Sociedade Brasileira de Psicooncología. Revista Brasileira de Musicoterapia, año IX, número 7 – 2004.

6.-CHAPIRA DIEGO. Musicoterapia Abordaje Plurimodal. Adim Ediciones. Argentina. 2007.

7.- GAUNA, GUSTAVO. Entre los sonidos y el silencio. Musicoterapia en la infancia: clínica y teoría. Editorial Artemisa. Rosario. Argentina. 1996.

8.- LESHAN, LAWRENCE. Luchar con el Cáncer. Editorial Errepar. Buenos Aires. Argentina. 1989-1994.

9.- PELLIZZARI, PATRICIA. Proyecto Música y Psiquismo. Icmus Editores. Argentina. 2006.

10.- RUUD EVEN. Los caminos de la musicoterapia. Editorial Bonum. 1990.

11.- es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer

12.- www.leukemia-lymphoma.org/attachments/National/br_1205849167.pdf

13.- www.Psicooncología.cl/presentación.html

14.- www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=103295&RUTA=1-747-1159-2715-103293-103295

15. Kenny Carolyn, <http://www.voices.no/mainissues/mi40003000124.html>

ANEXO N°1

FICHA MUSICOTERAPÉUTICA

1. Ficha paciente

Identificación del paciente.

Fecha

Nombre completo _____

Edad _____

Sexo _____

MT _____

1. País
2. Región de origen
3. Preferencias musicales de los padres
4. ¿Recuerdas algunas vivencias sonoras tempranas?
5. ¿Recuerdas algunas canciones que te cantaba tu madre?
6. Recuerdas ambientes sonoros durante tu infancia.
7. Reacciones de ambos padres a los sonidos y ruidos. (en el hogar, u otro lugar)
8. ¿Cómo reaccionas a los sonidos y ruidos?
9. ¿Qué sonidos y ruidos recuerdas de tú casa?,
10. ¿Qué relación hay en tú casa con la música? Describe brevemente la historia musical de tu hogar.

11. ¿Cuándo fue tu primer contacto con instrumento musical? Hay alguno que te guste en especial. ¿Por qué?
12. ¿Cuales son tus gustos y rechazos musicales hoy?
13. ¿Cuales son tus gustos y rechazos a ciertos sonidos y ruidos?
14. ¿Qué instrumentos te satisfacen más y cuales rechazas?
15. ¿Has realizado alguna actividad musical antes de las sesiones de musicoterapia?
(Describe la experiencia)

2. Ficha musicoterapéutica para el grupo familiar

Fecha:

Paciente:

Sesión No.:

Terapeuta:

Institución:

Supervisora: Patricia Lallana

1. Objetivo(s) de la sesión
2. Técnicas usadas (activa/receptiva ; improvisación libre/estructurada ; voz ; cuerpo etc.)
3. Desarrollo de la sesión/actividades : inicio – medio – final ; momentos repetitivos/ momentos de cambio
4. Observaciones musicales (paciente-terapeuta)
5. Conclusiones
6. A considerar para la próxima sesión