



Universidad de Chile
Facultad de Artes
Escuela de Postgrado
Postítulo de Musicoterapia

MUSICOTERAPIA INDIVIDUAL CON UNA MUJER EMBARAZADA

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

Autor: Stefanie Fleddermann

Psicóloga U. de Chile

Profesora Guía: Patricia Lallana Urrutia

Musicoterapeuta

TABLA DE CONTENIDO

I. Resumen	3
II. Introducción	4
III. Marco Teórico	6
1. El embarazo y sus etapas	6
1.1 Primer trimestre	6
1.2 Segundo trimestre	8
1.3 Tercer trimestre	9
2. Psicología Prenatal	10
3. Musicoterapia y embarazo - El aporte de Gabriel Federico	11
3.1 Investigación hecha por el equipo de G. Federico y algunas de sus conclusiones	11
3.2 El método usado por Gabriel Federico y su equipo: MTFO	12
4. Aportes de otros autores	15
IV. Proceso Musicoterapéutico	16
1. Lugar	16
2. Setting	16
3. Técnicas utilizadas	18
4. Análisis del proceso musicoterapéutico: Etapas y procesos	19
4.1 Etapa 1 - “El principio”	19
4.1.1 Situación inicial de la paciente y motivo de consulta	20
4.1.2 Objetivos del proceso de musicoterapia	21
4.2 Etapa 2 - “El centro”	25
4.2.1 Los apoyos – la red externa y sus recursos internos	25
4.2.2 Las relaciones significativas	26
4.2.2.1 Relación con F.	26
4.2.2.2 Relación con su madre	28
4.2.3 Relajación y conexión	32
4.2.4 Conexión con su bebé	35
4.3 Etapa 3 - “El cierre”	39
V. Conclusiones	42
VI. Bibliografía	45
VII. Anexos	46

I. RESUMEN

En el presente trabajo se describe y analiza un proceso de Musicoterapia individual con una paciente embarazada, que tuvo lugar en el Hospital J.J.Aguirre entre los meses de Noviembre de 2009 y Febrero de 2010.

El objetivo general del trabajo con la paciente se centró en mejorar su calidad de vida durante los meses restantes de su embarazo, ayudándole a relajarse y a conectarse con su bebé por nacer y, a la vez, apoyándola en el enfrentamiento de una situación de pareja inestable.

En el transcurso de este proceso, se trabajó con técnicas de Musicoterapia activa y receptiva, incluyendo además actividades de Terapia Corporal.

Los resultados de esta experiencia muestran el beneficio que puede significar la Musicoterapia en el ámbito pre-natal.

II. INTRODUCCIÓN

El año 2005 comencé a estudiar Musicoterapia en el Postítulo de la Universidad de Chile. Había decidido dar un giro a mi vida, luego de dos años de intensos e infructuosos deseos de quedar embarazada. Al principio del segundo semestre, mi marido y yo recibimos la alegre noticia: estábamos esperando un bebé. Con 4 meses de embarazo, participé del Congreso de Musicoterapia en Neuquén, Argentina. Allá pretendía participar de un taller de Gabriel Federico, pero por un imprevisto, él no pudo asistir. A cambio, conocí sus libros y empecé a estudiar su enfoque y a auto-aplicar algunas de las técnicas. Para mí, fueron una gran ayuda en el sentido de permitirme establecer un vínculo con mi bebé antes de su nacimiento. Cuando vi a mi hija Antonia por primera vez, nos miramos y yo sentí que ya nos conocíamos hace mucho tiempo: su mirada me decía algo como “ah, así que así eres tú.”

Desde entonces, tengo el deseo de estudiar más y ejercer trabajando como musicoterapeuta con embarazadas. Volví a interrumpir mis estudios el año 2008 por un segundo embarazo y postergué la práctica para el 2009. Cuando me llegó la noticia que en el Hospital J.J. Aguirre estaban requiriendo practicantes para trabajar con embarazadas en el servicio de Ginecología, supe que la espera había tenido un sentido.

Fue muy difícil nuestra inserción en el Hospital: al cabo de dos meses no conseguíamos conformar un grupo de embarazadas, tampoco procesos individuales con pacientes que adhirieran a la terapia por más de dos sesiones. Realizamos muchas entrevistas con fines de convocatoria en la Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio, encontrándonos con la dificultad que la mayoría de las pacientes estaban ahí sólo por poco tiempo y luego generalmente les daban el alta, pero con indicación de reposo absoluto en su domicilio, lo que hacía imposible su participación.

Entonces, decidimos cambiar de grupo objetivo e intentamos conformar un grupo con parejas que se estuvieran sometiendo a un proceso de fertilización in Vitro, logrando hacer algunas sesiones con parejas y un proceso completo, que quedó a cargo de mi compañera de práctica, Celia Avaria.

Las dificultades que tuvimos para convocar beneficiarios para nuestro trabajo, me llevan a cuestionar la pertinencia de ofrecer un tipo de intervención que en su esencia pertenece a los ámbitos de promoción y prevención de salud en un Hospital. Hoy pienso que las probabilidades de llegar al público objetivo serían mayores en un Consultorio de Atención Primaria.

Finalmente y por demanda espontánea, respondiendo a un afiche que habíamos colocado al principio de nuestra práctica, llega L.,¹ paciente embarazada de 19 semanas y muy motivada por acercarse a su futuro bebé a través de la música; su proceso será descrito en este trabajo.

¹ El nombre de la paciente no se mostrará completo para cuidar su privacidad

III. MARCO TEÓRICO

1. El embarazo y sus etapas

El **embarazo** es un proceso biológico natural y normal, que se inicia cuando un óvulo es fecundado por un espermatozoide y se implanta en el útero. El embarazo comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero, al igual que los cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos que ocurren en el cuerpo de la mujer que protegen, nutren y permiten el desarrollo del feto. El momento del parto marca el fin del embarazo, que normalmente dura aproximadamente 9 meses (38 semanas desde la fecundación).²

Las mujeres embarazadas experimentan de maneras diferentes los cambios que ocurren en sus cuerpos. Algunas tienen muchos síntomas, otras experimentan sólo algunos o ninguno. Hay síntomas del embarazo que persisten por varias semanas o meses, otros tienen una duración breve.

Siguiendo el esquema utilizado entre otros por Gabriel Federico, musicoterapeuta argentino cuyo enfoque será detallado más adelante, el embarazo se divide en tres trimestres^{3 4}:

1.1 **Primer trimestre** (semana 1 a la 12)

En este trimestre, el riesgo de aborto espontáneo es mayor, lo que hace que muchas madres experimenten importantes niveles de ansiedad. Lo vivido por la futura

² <http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>

³ FEDERICO, Gabriel F., El embarazo musical. Buenos Aires, Kier, 2004, p. 22 ff

⁴ FEDERICO, Gabriel F., Música Prenatal. Buenos Aires, Kier, 2003, p. 25 ff

madre está en esta etapa más relacionado con su psiquismo y con los cambios hormonales que ocurren en su cuerpo que con el embrión, pues aún no lo siente.

La futura madre no muestra grandes cambios exteriores, pero dentro de su cuerpo se están formando todos los órganos y sistemas principales de su hijo o hija, que durante las primeras 8 semanas es llamado embrión y desde el tercer mes, feto.

Los cambios más importantes que se dan en este primer trimestre a nivel físico se manifiestan como los “**síntomas clásicos**” del embarazo, que incluyen:

-Sensaciones de **cansancio** que pueden llegar a agotamiento extremo y tienen relación con las exigencias físicas y emocionales del embarazo.

-**Náuseas** relacionadas con el aumento en los niveles hormonales necesarios para mantener el embarazo. Algunas embarazadas llegan a vomitar, pero esto rara vez interfiere con la nutrición materna y fetal adecuada.

-Crecimiento de los **pechos**, pezones más sensibles, llegando en algunos casos a hipersensibilidad e incluso dolor. Esto se relaciona con un crecimiento de las glándulas mamarias, consecuencia del aumento en la cantidad de las hormonas estrógeno y progesterona.

-Necesidad de **orinar con mayor frecuencia**, lo que se explica por el aumento del tamaño del útero, que comienza a presionar la vejiga.

-A fines del primer trimestre, la mayoría de las mujeres ya nota el **aumento en el contorno de la cintura**.⁵

A nivel emocional, la noticia del embarazo suele generar **muchas emociones**. Éstas suelen ser principalmente de **felicidad y alegría**, pero es frecuente también que

⁵ <http://www.monografias.com/trabajos13/elembraz/elembraz.shtml#INTRO>

se experimenten **emociones encontradas**, apareciendo con diversos niveles de intensidad la **inseguridad**, las **dudas**, los **miedos** y las **angustias**.⁶

Relacionado con lo anterior y también con los cambios hormonales, una mujer embarazada puede experimentar **cambios de humor** similares a los del síndrome premenstrual.^{7 8}

⁶ VERNY Thomas, WEINTRAUB Pamela *El vínculo afectivo con el niño que va a nacer*. Ediciones Urano, Barcelona (1992), p.39 ff

⁷ <http://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/Encyclopedia/85,P04316>

⁸ http://www.auroramadre.com/m_conf_importancia_prenatal.asp

1.2 Segundo trimestre (semana 13 a 26)

Aspectos físicos: Este es un período en el que todos los órganos y sistemas del feto ya se han desarrollado y el feto **crece** en tamaño y peso: el embarazo se hace más visible. Esto puede acompañarse con un aumento en el apetito de la embarazada. El peso del feto se multiplica más de siete veces en los seis meses siguientes, hasta que se convierta en un bebé capaz de sobrevivir fuera del útero.

A veces, las embarazadas sienten algunas **molestias físicas** en estos meses, como acidez, congestión nasal, estreñimiento, hemorroides, várices o comezón de la piel en el abdomen que está creciendo. También se puede presentar dolor en la parte inferior del abdomen, relacionado con el estiramiento de los ligamentos para sostener el útero.

Aspectos emocionales: A pesar de los posibles síntomas mencionados anteriormente, este suele ser el **período en que la futura madre se siente mejor**. Generalmente a partir del quinto mes, se empiezan a **percibir los movimientos del feto**. El feto ya tiene ciclos de sueño-vigilia y se mueve mucho en los períodos en que está despierto. Esto suele aumentar el **interés por el bebé**: es frecuente que las futuras madres sueñen con él, tanto de noche como cuando están despiertas.

El **riesgo de aborto disminuye** considerablemente y suelen cesar los síntomas molestos de los primeros tres meses. A pesar de ello, los cambios físicos en algunas madres generan **sentimientos contradictorios**: felicidad por que el bebé está creciendo, pero temor a no recuperar la figura después del embarazo.

El feto ya es capaz de responder a determinados estímulos. Su aparato auditivo está desarrollado, lo que le permite oír y también reaccionar a la voz de la madre y los sonidos de su cuerpo (corazón, cordón umbilical, sonidos intestinales, etc.). Generalmente, el trabajo de Musicoterapia prenatal comienza en este trimestre.

Si un feto nace al finalizar la semana 24, puede sobrevivir en una unidad de cuidados intensivos neonatales.^{9 10}

1.3 Tercer trimestre (desde la semana 27 hasta el parto)

Desde el comienzo de este trimestre el feto puede sobrevivir fuera del útero sin soporte médico. Ya en el séptimo mes el feto responde a los ruidos y sonidos externos con movimientos. Es capaz de chuparse el dedo y puede llorar.

Durante este período, el feto sigue **aumentando de tamaño y peso**, y sus sistemas corporales terminan de madurar. Algunas mujeres experimentan crecientes molestias físicas relacionadas con este aumento de tamaño del feto, que ocupa la cavidad abdominal: por ello, algunas futuras madres empiezan a tener **dificultades para inhalar profundamente** o para **encontrar una posición cómoda para dormir** durante la noche. Hacia el final del embarazo, pueden aparecer los dolores de espalda relacionadas con el peso. También comienzan las falsas contracciones (“de Braxton-Hicks”). Pueden aparecer estrías en la piel del abdomen, los senos, los muslos y los glúteos. Además, es posible que se experimente hinchazón de los tobillos, las manos y la cara, que es causada por la retención de líquido por parte de la madre. Sin embargo, algunas embarazadas no sienten molestias hasta el final.

A nivel emocional, la atención se empieza a centrar cada vez más en **el parto**. Aparecen **inseguridades** relacionadas con el parto y frecuentemente el tema del **miedo al dolor**. En consecuencia, hay una mayor **necesidad de afecto, atención y cuidados** y se hace relevante la preparación para la separación física. Se ha visto que la predisposición para el nacimiento, la lactancia y el ulterior desarrollo dependerán de cómo haya sido elaborado psicológicamente el embarazo.^{11 12}

⁹ FEDERICO, Gabriel F., El embarazo musical. Buenos Aires, Kier, 2004, p. 22

¹⁰ FEDERICO, Gabriel F., Música Prenatal. Buenos Aires, Kier, 2003, p. 25 ff

¹¹ FEDERICO, Gabriel F., El embarazo musical. Buenos Aires, Kier, 2004, p. 23

¹² FEDERICO, Gabriel F., Música Prenatal. Buenos Aires, Kier, 2003, p. 25 ff

2. Psicología prenatal

El Dr. Thomas Verny, pionero en investigación empírica en psicología prenatal y fundador de la APPPAH (Association for Prenatal & Perinatal Psychology & Health), planteó ya en los años '80 que el feto tiene desarrollados sus sentidos desde la segunda mitad del cuarto mes y que, sobre todo, puede **escuchar** lo que le rodea, en especial la voz de la madre. Verny y sus colaboradores notaron que los bebés prefieren aquellas canciones, historias, ritmos, poemas etc. que escucharon desde antes de nacer, lo que habla de la existencia de una memoria prenatal y posibilidades de aprendizaje "in útero".¹³

Los investigadores de la psicología prenatal también se han interesado en estudiar el efecto de diferentes tipos de vínculo prenatal de la madre con el bebé por nacer, comprobando en múltiples estudios que un vínculo prenatal fuerte se asocia a una buena relación con los progenitores después del nacimiento y, generalmente, a bebés más tranquilos y felices.^{14 15 16}

¹³ VERNY, Thomas y KELLY John, La vida secreta del niño antes de nacer. Barcelona, Urano, 1988, p.11ff

¹⁴ <http://www.birthpsychology.com>

¹⁵ <http://www.birthpsychology.com/lifebefore/sound2.html>

¹⁶ <http://www.birthpsychology.com/lifebefore/sound3.html>

3. Musicoterapia y embarazo - El aporte de Gabriel Federico

3.1 Investigación hecha por el equipo de G. Federico y algunas de sus conclusiones

Gabriel Federico, musicoterapeuta argentino, ha trabajado con muchas madres embarazadas y también ha investigado mucho acerca de la aplicación de la música en el área de la obstetricia.

Federico plantea que el bebé aprende y siente dentro de útero materno más de lo que imaginamos: memoriza, responde, reconoce, discrimina; y la música como un factor externo ayuda en la creación de un vínculo fuerte entre la madre y el bebé, actuando como un puente que le permite a la madre comunicarse con su niño/a por nacer.¹⁷

Según los estudios de Federico, el aparato auditivo del bebé se termina de desarrollar aproximadamente al tercer mes y medio. Inicialmente, el bebé empieza a captar los sonidos intrauterinos, y más o menos desde el cuarto mes empieza a captar los sonidos del exterior que empiezan a filtrarse.¹⁸

De todos los sonidos que hay en la atmósfera uterina, el único que puede estar alternadamente presente o silenciarse es la voz de la mamá; en cambio, el sonido del corazón y los pulmones están presentes durante las veinticuatro horas del día.

Gabriel Federico y sus colaboradores observaron que cuando el feto está expuesto al estímulo de una música que ya conoce, se queda quieto como si estuviera disfrutando. También parpadea, succiona y se mueve buscando la fuente sonora.¹⁹

¹⁷ FEDERICO, Gabriel F., Música Prenatal. Buenos Aires, Kier, 2003, p. 78 ff

¹⁸ FEDERICO, Gabriel F., El embarazo musical. Buenos Aires, Kier, 2004, p. 38ff

¹⁹ FEDERICO, Gabriel F., Música Prenatal. Buenos Aires, Kier, 2003, p. 99 ff

3.2 El método usado por Gabriel Federico y su equipo: MTFO

Federico ha llamado su método “**Musicoterapia Focal Obstétrica**” (MTFO). Es una terapia focal, porque siempre el tratamiento será breve (por el límite natural que le pone el tiempo de gestación) y centrado en el motivo de consulta, vale decir, las necesidades concretas que plantea la madre/pareja/familia que consulta.

El trabajo en MTFO se centra en tres objetivos o áreas generales:

- 1) El fortalecimiento del **vínculo** intrauterino del bebé con su madre y su padre.
- 2) Mejorar la calidad de vida de la **madre** durante el embarazo, ayudándole a abordar y elaborar eventuales dificultades, miedos, ansiedades etc.
- 3) Favorecer la calidad de vida del **bebé** en gestación a través del trabajo con música (estimular desarrollo auditivo, reconocimiento de melodías, detectar tempranamente eventuales problemas de audición...).

Entre los **objetivos específicos** que se plantean para este trabajo están, entre otros, el que la futura mamá pueda tomar conciencia de las sensaciones físicas propias del embarazo, percibir tempranamente los movimientos del bebé, por sutiles que sean, el compartir sensaciones placenteras del embarazo con la pareja, la prevención y/o detección de patologías vinculares, el desarrollo de un autocontrol de la sensopercepción del dolor, reducir el nivel de ansiedad materna, aprender maneras de relajar el cuerpo y la mente durante la gestación y poder transmitirle al bebé una sensación placentera.

La mujer embarazada necesita contención y comprensión desde el comienzo del embarazo. Es necesario que ella pueda elaborar sus miedos, fantasías, y no sentirse culpable de que su estado moleste a alguien.²⁰

²⁰ FEDERICO, Gabriel. *Melodías para el Bebé antes de nacer*. Ed. Kier S.A.: Buenos Aires. (2004), p.17-26

Técnicas musicoterapéuticas usadas por Gabriel Federico y su equipo:

Relajación a través del movimiento (RAM): Es un entrenamiento que se realiza aplicando la escucha consciente de piezas musicales y creando movimientos con los brazos, como si se reflejara la melodía en el aire. Se trata de lograr una meditación musical dirigida a las diferentes sensaciones que provoca el feto dentro del útero. Esta técnica ayuda a disminuir las tensiones y los miedos a la pérdida, y a proyectarse en el tiempo brindando confianza y seguridad. ²¹

La canción de bienvenida: Técnica pensada para favorecer la comunicación de los padres con el bebé intrauterino. Los padres escogen y/o crean canciones o melodías que les transmitan ternura, los hagan vibrar emocionalmente o que sientan que les gustaría cantarle a su bebé cuando nazca. Estas canciones pueden ser tarareadas (melodía: transmite las emociones sentidas por la madre/los padres) o cantadas con letra (activa áreas cerebrales relacionadas más con lo intelectual) ²²

Visualización Creativa con Música: Es una técnica muy parecida a las imaginerías o ensueños dirigidos, pero acompañado por una selección de música facilitadora. El musicoterapeuta crea una especie de guión, que la paciente va “rellenando” con sus personajes, situaciones, lugares, clima, colores, etc. que tendrán que ver con su historia y estado emocional. Así, se logra acceder al material inconsciente de la paciente, permitiendo que se hagan concientes necesidades, fantasías, miedos, etc. que aún no se habían descubierto. Siempre es necesario contar con un espacio de contención y análisis posterior a estas experiencias, que permita a la paciente comprender el significado que para ella tienen las imágenes que surgieron y elaborarlas, relacionándolas con el momento que está viviendo. ²³

²¹ FEDERICO, Gabriel F., *Música Prenatal*. Buenos Aires, Kier, 2003, p. 187 ff

²² FEDERICO, Gabriel. *Melodías para el Bebé antes de nacer*. Ed. Kier S.A.: Buenos Aires. (2004), p.27 ff

²³ FEDERICO, Gabriel. *Melodías para el Bebé antes de nacer*. Ed. Kier S.A.: Buenos Aires. (2004), p.35 ff

Además, se ocupan también los **masajes vibracionales**, el **baño sonoro**, la **estimulación prenatal musical** (con la característica ya descrita de tomar siempre la música que agrada/relaje a la madre) y la **improvisación con instrumentos musicales**.

Las **sesiones de musicoterapia en la etapa pre-natal** propuestas tienen una estructura relativamente estable, que puede variar de acuerdo a cada situación. Parte con un **saludo** para el bebé / un arrullo sin palabras ni ideas estructuradas, con la finalidad de establecer un contacto íntimo con el bebé. Luego, según el objetivo de la sesión y la modalidad de trabajo (grupal, de pareja/familia o individual), en la **parte central** se suele utilizar alguna de las técnicas mencionadas, siempre en relación con lo que la/los paciente/s está(n) viviendo o necesitando. Y el **final** suele consistir en un momento de relajación de 15 o 20 minutos con fondo musical.

Para realizar las diferentes actividades, es importante tener siempre en cuenta el diagnóstico obstétrico de cada paciente. A cada embarazada se le hace una entrevista individual en que se confecciona la "ficha musicoterapéutica", incluyendo además de los datos personales aquellos relacionados con el embarazo (semana de gestación, fecha probable de parto, si recibe o no medicación, si debe tener cuidados especiales, la ubicación de la placenta, antecedentes de embarazos anteriores etc.) Además se detalla el desarrollo embriológico-fetal, y se considera si se trata de un embarazo normal, de alto riesgo o especial, respetando las indicaciones que da el médico.²⁴

²⁴ FEDERICO, Gabriel F., El embarazo musical. Buenos Aires, Kier, 2004, p. 77ff

4. Aportes de otros autores:

Rolando Benenzon plantea que una de las tres **fuentes vibro-sonoro-musicales** desde las cuales el feto recibe el impacto de comunicación intrauterina es el **cuerpo de la madre**: su flujo sanguíneo, el ritmo cardíaco, el crujir de las paredes uterinas, los sonidos de inspiración y espiración, el susurro de la voz de la madre con sus diferentes inflexiones, los ruidos intestinales y los roces musculares y articulares. *“el ritmo del latido cardíaco de la madre es el más particular de los estímulos, pues es el único que penetra dentro del organismo del feto, provocando en él la satisfacción de recibir la oxigenación, la nutrición y la termorregulación.”*²⁵

R. Fridman, luego de un trabajo realizado con bebés en incubadora, en que reemplazó el ruido de la incubadora por todos aquellos sonidos que el bebé había escuchado en el útero, aconseja a los padres grabar sus voces y canciones para sus bebés que están en incubadora. Los beneficios que observó son el aumento de la saturación de oxígeno, disminución de los niveles de agitación, duplicación de la ganancia diaria de peso, disminución de entre 3-5 días de estadía en la UCI.²⁶

J. Schwartz afirma que mediante la estimulación prenatal se logra observar vínculos patológicos padres-hijo antes de que nazcan, lo que permite intervenir preventivamente, mejorando y profundizando el vínculo familiar, tanto de la pareja como de padre y madre con el bebé. Muchos hombres recién luego de esta experiencia toman conciencia del embarazo. En las madres, Schwartz observa que el trabajo con música durante el embarazo reduce los niveles de estrés inducido por el aumento de catecolaminas. Con las madres, Schwartz propone trabajar con música en combinación con imágenes dirigidas.²⁷

²⁵ BENENZON, Rolando. *La Nueva Musicoterapia*, Ed.Lumen (1998), p.52

²⁶ FRIDMAN, Ruth. *The maternal womb. The first musical school for the baby*. Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 15(1), 23-30 (2000)

²⁷ SCHWARTZ, Fred J. *Música Perinatal y reducción del estrés*, M.D. Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 12 (1). (1997)

IV. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO:

1. Lugar

Realizamos nuestra práctica profesional en el Hospital Clínico J.J.Aguirre, ubicado en la comuna de Independencia, en el sector norte de la ciudad de Santiago.

Llegamos al servicio de ginecología y obstetricia del hospital por demanda del director de dicho servicio, quien al recibir la solicitud de otras practicantes para trabajar con bebés prematuros expresamente sugirió que se trabaje con embarazadas.

2. Setting

Las sesiones se hicieron en una sala del Servicio de Neonatología. Esta sala era suficientemente amplia, sin dejar de ser acogedora; estaba alfombrada, contando con sillas para sentarse y una gran mesa que se ocupó para colocar los instrumentos. Dentro de la sala, colocamos siempre un reproductor de CD, que ocupamos básicamente cuando trabajamos con técnicas de musicoterapia receptiva y un mini-disc para grabar el audio de las sesiones.

En relación al audio, cabe señalar que dada la cercanía con la calle Independencia y que las ventanas no cerraban bien, había a ratos bastante ruido ambiental, que en ocasiones resultó molesto. Si bien la paciente manifestó que lograba abstraerse, las grabaciones de audio se vieron algo “contaminadas”.

Instrumentos ocupados para las técnicas de musicoterapia activa y que estuvieron siempre presentes en las sesiones (algunas fotos en el anexo 3):

- 1) Tambor ceremonial mexicano
- 2) Panderero
- 3) Palo de agua
- 4) Triángulo
- 5) Un par de claves
- 6) Agogó
- 7) Un par de hñevitos
- 8) Sonaja de pezuñas
- 9) Huiro
- 10) Chime
- 11) Toc-toc
- 12) Kalimba
- 13) Xilófono
- 14) Metalófono (Glockenspiel)
- 15) Un pequeño chéquere.

En una de las sesiones, tuvimos como “invitado especial” un instrumento construido especialmente para ser utilizado en musicoterapia: la tambora de cuerpo (Körpertambura).

En otros momentos del proceso, se incorporaron además otros materiales, entre ellos:

- Pelotas de tenis,
- Globos,
- Papel y lápices de colores,
- Papelógrafo.

3. Técnicas utilizadas

A lo largo del proceso de musicoterapia, se utilizaron tanto técnicas de musicoterapia activa como receptiva, generalmente ambas en una sesión. Entre las técnicas utilizadas de musicoterapia activa, están principalmente las improvisaciones. Si bien se utilizó la improvisación libre o no-referencial, la mayoría de las improvisaciones fueron con alguna consigna (referenciales). Algunas de las actividades realizadas fueron:

- Exploración de instrumentos
- (Re)presentación personal tocando un instrumento
- Representación de personas significativas tocando instrumentos
- Diálogo con personas significativas a través de los instrumentos
- Apoyar y apoyarse en la improvisación
- Expresión musical del estados de ánimo/emociones
- Representación musical de las partes del cuerpo – cómo suena cada parte
- Tocar para contactarse/comunicarse con su bebé
- Uso de la voz (la canción de bienvenida)
- Baño sonoro

En el ámbito de la musicoterapia receptiva, se hicieron relajaciones con música, imaginerías con música y actividades de terapia corporal con música. Ejemplos de actividades:

- Visualización Creativa con Música (paisajes interiores, visualización del bebé)
- Relajación - contacto con el bebé a través de la tambura apoyada en su cuerpo
- Actividades corporales con música: Caminar sintiendo los puntos de apoyo, entregar el peso del cuerpo o partes del cuerpo, masajes en plantas de los pies con pelotas de tenis, entregar el peso sobre globos, masaje con globos
- Relajación de Jacobson, guiada por sonidos que tensan vs. sonidos que relajan
- Relajación a través del movimiento
- Diálogo imaginado con la bebé post relajación con música

4. Análisis del proceso musicoterapéutico: Etapas y procesos

L. tiene 22 años, es la tercera de cuatro hermanos (dos hermanos mayores, una hermana menor de 8 años). Vive junto a su madre, la pareja de su madre, el mayor de los hermanos y su hermana menor. La casa pertenece a su madre. Luego de completar la enseñanza básica y media, trabajó por un tiempo en una tienda diseñando vitrinas y de cajera. Renunció a su trabajo con la idea de estudiar (le interesa la medicina alternativa, quería aprender medicina china) y quedó embarazada, postergando sus planes. Actualmente está cesante y no puede aportar con dinero al hogar, por lo que está haciéndose cargo de labores domésticas y de cuidar a su hermana menor.

L. consulta con 19 semanas de embarazo. Llega luego de ver en uno de los controles médicos de rutina uno de los afiches que colocamos con fines de convocatoria. Su madre, quien la acompañaba en ese momento, le sugirió la posibilidad de asistir a sesiones de musicoterapia.

El proceso completo de musicoterapia duró 3 meses. Se hicieron 12 sesiones, que tuvieron lugar entre el 19 de noviembre de 2009 y el 17 de febrero de 2010. La duración de las sesiones fue variable, durando entre 35 y 60 minutos, según las necesidades de la paciente y los temas emergentes.

Todas las sesiones siguieron el mismo esquema en términos globales:

- 1) Verbalización inicial
- 2) Parte central: Trabajo de musicoterapia (técnicas activas o receptivas, mezcladas en ocasiones con actividad corporal)
- 3) Cierre (generalmente una segunda verbalización, ocasionalmente sólo resumir lo principal de la sesión en una frase o palabra).

Solamente con fines analíticos, este proceso se puede dividir en 3 etapas:

4.1 Etapa 1 - “El principio”:

Se incluyen en esta etapa las primeras cuatro sesiones (19/11, 26/11, 3/12 y 17/12 del año 2009).

Los objetivos principales fueron

- establecer un vínculo terapéutico y
- realizar un diagnóstico de la paciente.

Esto último incluye recoger el motivo de consulta, detectar eventuales problemas y patologías, las fortalezas y recursos de la paciente y su manera actual de vincularse con su bebé.

4.1.1 Situación inicial de la paciente y motivo de consulta:

El embarazo de L. no fue planificado, pero ella declara estar feliz con la idea de ser madre. Ella y su pareja, después de varios años de pololeo, se habían separado por un tiempo; luego se volvieron a juntar y al poco tiempo, ella quedó esperando un bebé. L. describe que los primeros tres meses del embarazo fueron normales, “*sin mayores síntomas*”. Desde el cuarto mes dice sentirse “*más sensible y llorona*”.

Esto coincide en el tiempo con que su pareja (F.²⁸, 27 años, con quien convivía en casa de su madre) decide irse de la casa. La situación de pareja al inicio del proceso terapéutico no es clara; ella la describe como “*estamos, pero no estamos.*” F. asiste a la primera sesión y se muestra muy confundido, declarando no entenderse a sí mismo. Dice que le gustaría poder contactarse más con L. y el bebé, como también con la paternidad y que le gustaría estar presente. En ese momento, se plantea la posibilidad de sesiones de musicoterapia de pareja, pero se le pone como requisito comprometerse a asistir regularmente. Esto representa la primera intervención, destinada a definir una situación concreta en el marco de una situación de pareja que

²⁸ Su nombre tampoco se muestra completo para mantener su privacidad

no está definida y cuya indefinición está causando dificultades a la paciente. A la segunda sesión, él no llega y la terapia se define entonces como individual.

Los motivos de consulta declarados de L. son “*relajarme, estar más tranquila*” y “*conectarme con mi bebé, conexión, todo lo que sea posible*”. Otros objetivos que aparecen desde L. en las primeras sesiones, aunque no explicitados como tales, son resolver la ambigüedad de la situación de pareja y elaborar la pena que le da el no contar con F. como apoyo efectivo.

L. se muestra como una mujer fuerte, decidida, leal, muy valiente y comprometida. Su situación de pareja indefinida claramente la tiene complicada, aunque le cuesta expresar y mostrar las emociones que esto le provoca. Como temas a trabajar con L. en la terapia surgen:

4.1.2 Objetivos del proceso de musicoterapia – aspectos a trabajar:

- Redes de apoyo
- Relajación – polaridades tensión-relajación / tensar-soltar
- Relación de pareja
- Conexión con el bebé
- Identidad – contacto y conexión consigo misma

L. es bastante joven, está embarazada y se encuentra en una relación de pareja inestable. Explícitamente, manifiesta su necesidad de sentir mayor tranquilidad, lo que nos lleva a abordar el tema de las redes de apoyo.

En la primera sesión, durante una imaginación guiada, se le pide que en un viaje imaginado busque algo para apoyarse. Ella se imagina apoyándose en una roca, lo que da primeros indicios de la existencia de apoyos firmes en ella o en su alrededor.

Lo que aparece como tema a trabajar en este sentido, es hacerle ver y utilizar los recursos con que cuenta para apoyarse. Esta red resulta ser amplia, incluyendo básicamente a familiares: su madre, su tía-madrina, sus hermanos, su abuela y la pareja actual de su madre.

No obstante, L. tiene dificultades para pedir ayuda, para apoyarse en otro(s). Esto se evidencia en múltiples ocasiones, por ejemplo, en un ejercicio de improvisación realizado en la segunda sesión, en que le pido que elija uno de sus apoyos (que previamente caracterizó musicalmente). Elige a su madre, representada por la marimba. Le pido que me de instrucciones sobre cómo tocar, le explico que yo haré ese rol de madre apoyadora y que cuando ella se sienta apoyada, entre con su instrumento, el palo de agua. En la improvisación, permanentemente ella sigue, se adapta, acompaña, resultándome muy difícil apoyarla yo – dejándome con la sensación de alguien que no se deja ayudar fácilmente, de “la fuerte que no necesita ayuda” Pregunto: ¿Qué instrumento estaba acompañando? L: *"Yo encuentro que yo estaba acompañando un poco"*. Pregunto: Y en la vida, eso de entrar con la intención de apoyarte y terminar apoyando, ¿te suena? L: *"Si, bastante. ... La mayoría de las veces."* En otro momento de la misma sesión, le pregunto ¿Qué te pasa con eso de ser protagonista? Ella dice: *"No me gusta. Me da vergüenza serlo. (...) Cuando están muy pendientes, tampoco me gusta. No me gusta ser centro, no me siento cómoda."* Pregunto: ¿Qué es lo que quieres evitar? L: *"Que estén pendientes de uno. Ser un problema..."* ¿Para quién? *"Para todos."* ¿En primer lugar, para quién? *"Para... no sé... mi mamá... yo quiero ser su apoyo."*

L. también muestra cierta dificultad para soltar(se) y entregarse, tema sin duda relacionado con la dificultad par pedir ayuda mencionada anteriormente. Necesita constantemente tener el control de si misma, de sus emociones y en lo posible de las situaciones que debe enfrentar. De esto, también hay múltiples ejemplos:

En la segunda sesión, al enfrentar la ausencia de F., dice: *"Sabía que iba a pasar, siempre es así."* Lo dice, llora un poco, pero inmediatamente controla el llanto.

En la cuarta sesión, en un ejercicio en que se le pedía entregar el peso de su cuerpo, dice: *"no podía controlar no moverlo"* Le pregunto si le cuesta soltar el control y dejar de hacerse cargo: *"Siii... es que en algunas cosas, si yo no las hago, nadie las hace. Yo creo."* *"Es que si no lo hacen bien, no me gusta."* Pregunto: Cuando tú necesitas entregar tu peso, apoyarte, ¿sabes hacerlo? Ella: *"No sé hacerlo. Igual, con mi mamá hablo harto. Pero de repente no digo nada. Digo: 'ya se me va a pasar'."*

En el ámbito de lo musical, este rasgo a controlar, a no dejar(se) fluir libremente se muestra en la corta duración que tienen sus improvisaciones, sobre todo al principio del proceso musicoterapéutico: durante las primeras cuatro sesiones, sus improvisaciones no duran más de un minuto con 15 segundos; en su mayoría duran aproximadamente 30 segundos.

En coherencia con lo anterior, L. parece vivir en un estado permanente de **hiperalerta al medio** ambiente. Si bien logra relajarse en las actividades de MT receptiva que se realizan con este fin, rápidamente abre los ojos al finalizar dichas actividades e incluso durante algunas de ellas se acuerda de cosas que debe hacer: *"Me acordé de lo que tenía que hacer ahora (trámites). Y no quería pensar en eso, quería estar ahí."*

Los temas anteriormente descritos – relacionados todos con las necesidades de relajación y contacto planteadas explícitamente por L. -, hablan también de algún grado de dificultad para **conectarse consigo misma y con sus necesidades**, que se hace evidente en el transcurso de sesiones posteriores.

En el ámbito de las relaciones significativas, un tema relevante que es planteado o insinuado en esta fase inicial del tratamiento, es una suerte de **tendencia a la repetición de patrones familiares**:

- F. fue abandonado por ambos padres, criándose con sus hermanos mayores.
- Por otro lado, el padre de L., un hombre argentino, vivió con la familia durante algunos años y luego se devolvió a su país. El contacto de L. con su padre a partir de entonces fue esporádico y telefónico. *“Porque él, cuando nosotros hablábamos con él, nos llamaba curado. Y como no llamaba nunca, cuando llamaba, todos revolucionados porque llamó el papá. (...) y era sólo por teléfono.”*
- Y finalmente, se ve una cierta identificación de L. con su madre que relata que sufrió mucho durante su embarazo y se explica así algunos aspectos de sí misma: *“Ella me contaba que el embarazo mío fue el peor. (...) mi papá es súper coqueto. Y mi hermano era guagua... Y ella se sentía mal, porque él salía y ella se quedaba en la noche, embarazada de mí y con mi hermano que estaba recién nacido. Y ahí ella se puso más celosa, con el embarazo y todo el tema, lo pasó mal. Era muy nerviosa, y a lo mejor por eso yo soy... soy así... no sé, como que me pongo nerviosa por todo. Soy muy preocupada. Yo tengo una alergia, ahora ya está controlada, pero es por los nervios. Y no quiero transmitirle eso”* (a su bebé).

Desde la cuarta sesión, la terapia toma mayor profundidad, el vínculo parece estar establecido. Al final de la cuarta sesión, por primera vez se da una improvisación que dura más de un minuto y medio, y que como primera asociación lleva a L. a pensar en bailes ceremoniales, en los que la gente entra en estados de trance - ¿primera señal de soltar el control y entregarse?

4.2 Etapa 2 - "El centro":

En esta segunda etapa, se incluyen las sesiones 5 a 11 (30/12/2009 al 17/02/2010).

Esta es la parte central del proceso musicoterapéutico, en la que se abordan los temas detectados como problemáticos, que fueron descritos anteriormente. Y es también la parte en que se empiezan a notar algunos pequeños cambios.

4.2.1 Los apoyos – la red externa y sus recursos internos

El tema de la **red de apoyos** con que cuenta L. se empezó a trabajar desde el inicio (segunda sesión). En una representación con instrumentos de sus personas significativas, constatamos que su red es amplia, sólida y disponible, y que lo que falta es que ella sea conciente de esto y aprenda a usarla, apoyándose en otros cuando lo necesita. Lo habitual en ella es lo contrario: se suele hacer cargo de su hermana menor, de su casa y está siempre pendiente de ayudar a su madre, quien ha manifestado que L. es un apoyo relevante para ella.

En la quinta sesión, L. aún manifiesta que no sabe cómo pedir ayuda: *"Es que he andado llorona,..."* ¿Y te has sentido apoyada en esto? *"No."* ¿Has buscado apoyo? *"No sé cómo buscarlo."* ¿Cuando estás triste, le dices a alguien? *"No, me encierro. Me quedo en mi pieza."* Esta quinta sesión finaliza con una intervención cuyo objetivo es realzar la capacidad de L. para apoyarse a sí misma o, dicho de otro modo, usar sus recursos internos: Le digo: "Estás en una situación difícil. Pero tienes recursos." L: *"Si, si yo lo puedo hacer."* Repito: "Tienes recursos tuyos. Por algo, las personas se apoyan en ti; eso quiere decir que hay algo sólido ahí. Tu misma puedes usar ese recurso tuyo para ti y para tu hija." L: *"Si poh."*

La sexta sesión tiene lugar dos semanas después (luego de la Navidad y el Año Nuevo). En esta sesión se nota un cambio de L. en varios aspectos (y es una de las

sesiones que se describirán en detalle más adelante). L. reflexiona sobre el parecido entre su embarazo y la situación que vivió su madre cuando la estaba esperando a ella. A modo de conclusión dice: *“Que a lo mejor se parece, pero yo cuento con ella, cuento con toda la familia - ella no tenía a nadie, estaba sola con nosotros dos. ...Yo los tengo a ellos. No estoy sola.”* Esta mayor conciencia del apoyo que significan para ella las personas de su familia, principalmente su madre, va de la mano de un cambio conductual: relata que comparte más con sus familiares y que conversa más con su madre, hecho que ella connota positivamente.

En la novena sesión L. cuenta que se auto-aplica un tratamiento musical cuando se angustia (tarea que se le dio en un momento previo del proceso de musicoterapia), lo que da cuenta de su capacidad de hacerse cargo de si misma.

4.2.2 Las relaciones significativas

4.2.2.1 Relación con F.

Este es un tema muy relevante que es transversal a todo el proceso de musicoterapia, apareciendo en casi todas las sesiones. En un comienzo, L. se queja de la indefinición de F. y de la inestabilidad de la situación, pero se muestra muy comprensiva y dispuesta a ayudarlo, a pesar de su molestia. *“Encuentro que si yo no estoy ahí, él se va a la mierda. ... No es mi responsabilidad, pero quiero ayudarlo... El necesita harto apoyo... Tenemos que aperrar los dos. Yo estoy aperrando todo el rato. El dice que no sabe hacerlo.”* Esto va cambiando hacia una expresión de molestia cada vez más fuerte, aparece la rabia que previamente se controlaba y se inicia un proceso en el que ella va tomando decisiones:

“Quedo esperando y no llega, luego a los dos días manda un mensaje.... esa es la única comunicación que tenemos. El dice que ha aprendido, pero se queda en las puras palabras y no hace nada.” “No lo veo hace dos semanas. (...) Yo ahora me aburrí. Yo siempre tenía la esperanza de que él llegara...” “Ya me aburrí, no puedo

estar así." "Se terminó, este jueguito de un día sí, un día no, de prometer cosas y no cumplirlas..." "Después me anda llamando, me pide disculpas, pero yo no puedo estar así. Yo quiero estabilidad y él no me la da." (Quinta sesión)

Luego de la rabia, aparece la pena: *"Ahora es distinto. Antes, todo lo que él me decía, yo le creía. Pero ahora no. Ya sé que no va a llegar, que no va a estar..." "En el momento me da pena. Y digo 'si yo sabía'..." (Sesión 8)* Sin embargo, esta pena no está asociada a resignación ni disminución de actividad, sino que parece tener que ver con enfrentar su situación desde un criterio de realidad. Al final de esta octava sesión, ella dice: *"Yo sé que puedo salir adelante. Quiero estudiar, quiero hacer hartas cosas."*

Al trabajar el tema de su relación de pareja, aparece también el tema de los patrones familiares y de sus deseos de crear algo diferente para su hija: Así, en la sesión N° 9 cuenta *"Yo siempre le dije que quería una familia, y él también, ambos nos criamos sin papá y él sin ambos padres. Y el plan era ese. Que si salía algo mal, lo íbamos a tratar de arreglar y... pero si no, no." "Yo quería quedar clara en ese tema. Y no."* En un ejercicio de conversación musical y luego verbal de L. con F. aparece un tema que ella no había mencionado antes. Cuenta que en un período de separación, ella tuvo una relación con otro hombre y que él aún tiene mucha rabia por eso. En relación a ese tema, dice que F. le había dicho que él quería que ella sufra lo que él sufrió en esa ocasión. Y agrega: *"Y cuando me dijo eso, yo decidí no llamarlo más. Porque yo no lo hice sufrir con querer. (...) Pero él está mal, porque lo hace con querer. Y eso no se hace. Y nos está haciendo doble daño, porque me está haciendo daño a mí y a la niña."* Y luego: *"Yo le dije que no quería hablar con él, que no lo entiendo, que no puedo estar con él, que es inestable, que yo necesitaba estabilidad... Quiero estar tranquila."*

En la décima sesión, momento en que ya estamos trabajando casi todo el tiempo en relación a su vínculo con su bebé, menciona a F. de una manera nueva, que indica que realmente ya no se hace cargo de él: *"Igual he hablado con él, ... tiene unos rollos ahí, medio raros... se siente solo, no sabe a quién recurrir para conversar... hace tiempo dijo que iba a ir al psicólogo a tratar su tema, pero no lo hizo." "Lo escuché,*

pero no le di tanta importancia, porque antes yo estaba ahí, todo el rato con él... pero ahora no. ... ahora tengo que estar tranquila.... yo lo escucho. No espero nada de él ahora tampoco, porque antes esperaba... y no llegaba. Y fue varias veces lo mismo y entonces ahora prefiero que no."

4.2.2.2 Relación con su madre

La madre de L. es claramente su referente más cercano. Es quien la acompaña a los controles médicos, la acompañó a la primera sesión de musicoterapia luego de sugerirle pedir una hora y es quien aparece como figura de apoyo más relevante desde la segunda sesión en adelante: Entre muchos instrumentos que usó para representar a sus apoyos, L. elige la marimba, instrumento que representaba a su madre en esa sesión, como apoyo en una improvisación en la que la consigna es entrar cuando se sienta apoyada.

Al mismo tiempo, L. se identifica con ella, quien tuvo muchos problemas con el padre de L. cuando estaba esperándola a ella. Y quiere cuidar y apoyar a su madre. Considerando las necesidades de una mujer embarazada, sobre todo siendo tan joven y no contando con su pareja como apoyo, el trabajo en musicoterapia en este tema se centró en diferenciar las dos situaciones y en permitirle darse cuenta que su madre hoy cuenta con apoyo en su vida y está en condiciones de apoyarla a ella.

En este contexto, describiré en mayor detalle la sexta sesión, que se centró en trabajar la relación de L. con su madre.

Sexta sesión, 07/01/2010

1) Breve verbalización inicial: En las dos semanas que pasaron, ha estado mejor. Cuenta que pasó el Año Nuevo con su familia, *"estuvo bonito. "A mí me gusta estar con ellos."*

2) Le pido que se acueste de espaldas y cierre los ojos. Con música suave de sonidos acuáticos que están hechos en base al canto de ballenas (composición de Walter Arluna), le pido que imagine que un "ojo interno" recorre y chequea cómo está el cuerpo, de los pies a la cabeza, con una larga detención en el útero – una visita a su bebé. Inmediatamente después, le hago llevar la respiración hacia todas las partes del cuerpo que ella sienta que necesitan ser oxigenadas y le pido que se quede con la sensación de su cuerpo y con la pregunta "¿cómo está L. hoy?" - Luego le pido que me responda esa pregunta, pero sin hablar, que busque un instrumento con el que me pueda contar cómo está aquí y ahora.

3) Improvisación con la ya mencionada consigna: ¿Cómo está L. hoy? Ella elige la sonaja de pezuñas para tocar e improvisa durante 1:20 min.

Verbalización posterior: Le pregunto si se escuchó. *"Es que esto para mí es como agua que cae en las rocas, esa impresión me da. Como tranquilidad. Así estoy en este momento, relajada. Me gusta."* Le pregunto si ha estado así en la semana. *"Lo he intentado."* Cuenta que algunas noches le cuesta dormir, que a veces se acuerda de F. *"Si poh, y lo echo de menos... me gustaría que estuviera conmigo."* *"Lo vi como dos minutos, el dijo ¿te puedo abrazar? yo dije que sí, claro. Luego dijo que le gustaría volver a vivir conmigo y yo no le dije nada. Me dio lata la situación."* Le pregunto qué siente ella. *"¿Sentimiento de sentimiento? Igual me da pena. Me da pena y no entiendo... a veces. Pero como que no quiero pensar."* Recuerdo su relato de su madre esperándola a ella y se lo comento. *"Ayer hablamos eso con mi mamá. El mismo tema. Ella me dijo que... me contó la historia de nuevo. Que a ella le daban muchos celos, que él era coqueto, que igual andaba con minas..."* *"Y ella me decía que a lo mejor es mejor no estar con él en este proceso. Ella me dice que lo vea del lado positivo, que todo pasa por algo. Que de todas las situaciones uno tiene que aprender y sacar lo mejor no más. Que a lo mejor se parece, pero que yo cuento con ella, cuento con toda la familia - ella no tenía a nadie, estaba sola con nosotros dos. ... Yo los tengo a ellos. No estoy sola."*

4) Interacción musical Madre-Hija. Le pido que elija dos instrumentos, uno que va a representar a su madre cuando la estaba esperando a ella – elige el pandero – y otro la representa a ella ahora – elige la kalimba. Le propongo un juego musical, diciéndole: “Yo voy a hacer el rol de la segunda persona y vamos a ir cambiando los roles. Vamos a hacer conversar a estas dos mujeres embarazadas a través de la música, lo que en la realidad no se puede, pero aquí sí.” Cuando elige el pandero para representar a su madre, dice que ella tenía muchas cosas en la cabeza en ese entonces, que eso es lo que representa el pandero. Elige que su madre inicie la conversación y me muestra cómo va a hablar la mamá, yo toco de esa manera. Comienza una interacción musical que siento como un poco mecánica, siento además que la consigna no estuvo del todo clara e interrumpo preguntando: ¿A estas dos mujeres, les están pasando cosas? L. ríe y dice. *“Siempre pasan cosas.”* ¿Cómo se están sintiendo? *“Se apoyan siempre...”* ríe. Re-tomamos la conversación musical, con consignas intercaladas, esta vez ella toca en ambos roles. Empieza la madre. Consigna: “Ahora L. le cuenta a su mamá lo que le pasa a ella con esto. Qué emociones le vienen con lo que ella le comunicó.” Cambio. “¿Y qué le contesta su mamá?” Cambio. “¿A L. le gusta esa respuesta? Y si no, ¿qué necesita de la mamá?” Cambio. Madre no contesta... “¿Y L. quiere decir algo más?” Cambio. “¿Mamá escuchó? ¿Mamá quiere decir algo?” Cambio. Silencio. Le pregunto si terminó la conversación. Me dice: *“Sí, y nos damos un abrazo.”* ¿Cómo suena ese abrazo? Ella toca, golpeando el pandero muy rápido y a la vez una pequeña melodía en la kalimba durante 15 segundos.

Extractos de la verbalización posterior: *“Es que ella lo pasó mal... sentía su cabeza, le pasaban muchas cosas. Aparte que él tomaba mucho, llegaba curado, ella estaba sola... Le mintió. Le contó el cuento de hadas; al principio fue así, pero después todo cambió.”* ¿Y qué le decías tú a tu madre de lo que te pasa con eso? *“Me molesta. Me da rabia. Me da rabia que ella haya tenido ese sentimiento de soledad... igual me da pena. Pero ella es lo que es por todo lo que ha pasado. Ella es fuerte. Y así nos ha criado a nosotros. A ser más fuertes.”*

Y aquí se asoma un sentimiento de rabia con la madre, en el que no ahondamos, porque la situación de embarazo avanzado en la que la madre representa el principal recurso de apoyo no parece ser el momento indicado para trabajar esta rabia, que aún está en un nivel muy inconciente. L. dice: *"Me da rabia mi con mi mamá, me da rabia..."* Ante mi pregunta de qué es lo que le da rabia, corrige: *"Me da rabia lo que él le hizo pasar a ella. ... O sea, me da rabia con él, lo que él le hizo pasar a ella."*

Cuenta de la época en que sólo tenían contacto telefónico con el padre, de la difícil convivencia previa a la separación y de lo complicado que fue para su madre separarse, principalmente por su hermano mayor, quien se resintió mucho y hoy le echa la culpa a ella de los problemas que tiene (problemas conductuales, involucrado en delitos). Volviendo a la improvisación, le pregunto: "Y en la conversación musical, ¿qué le respondías tú a ella?" L: *"Yo le daba las gracias. Por todo. Porque ya de grande, ahora podemos hablar de todos los temas. Y yo así aprendo. No vayamos a decir que me va a pasar lo mismo, pero aprendo, y aprendo más de su vida y la voy conociendo más..."* Le digo: "En algún momento, tú me dijiste acá que tú querías ser el apoyo de ella, ¿te acuerdas?" L: *"Es que ella me dice que yo soy un apoyo importante. Es como mutuo, yo creo."* Yo refuerzo que la situación crítica para su madre ya pasó y que ella ahora cuenta con recursos en quienes apoyarse. Y que la madre es hoy un recurso para ella. *"Si, si está. Siempre."* Comento: "Hubo un momento en la improvisación en que tú le hiciste una pregunta o le dijiste algo y ella no contestó..." L: *"Sí, es que yo le dije que me gustó lo que ella me dijo, le di las gracias de... me gustó que ella me cuente su historia al final, de vida. Que yo así la conozco más."* "Y ahí ella no respondió, pero tu dijiste algo más..." *"Que la amo."* Yo: "Tengo la sensación que las cosas han cambiado un poco, que tú te has estado abriendo un poco más, que han compartido más... ¿Es así?" L: *"Si. Me ha ayudado... no me dejan sola tampoco..."* *"Además, yo quiero estar bien, porque ella (bebé) está sintiendo cada vez más lo que yo voy sintiendo."* Cuenta que está averiguando dónde puede hacer ejercicio, le gustaría practicar natación. Le pido que resuma la sesión en una palabra: *"Energía."*

4.2.3 Relajación y conexión

L. manifestó explícitamente al inicio del tratamiento de musicoterapia la necesidad de relajarse. Diagnostica su estado habitual de la siguiente manera: "*No ando relajada, ando tensa.*"

Por ello, el tema de la relajación y la conexión consigo misma (sus necesidades, sus emociones, su cuerpo) fue uno de los objetivos transversales que se abordó durante todo el proceso de musicoterapia, de las siguientes maneras:

Sesión 1: Imaginería guiada de un paisaje interior con música de sitar.

Sesión 3: Tambura de cuerpo apoyada en su pecho y sus piernas, a 1 cm de su vientre. Imaginería o viaje libre, acompañado por la música del instrumento (tocado por terapeuta). "*Me relajé full. Venía acelerada y se me quitó. Me gustó.*" Su resumen final de la sesión en una palabra es "Relajo".

Sesión 4: Actividad corporal con música. Caminar al ritmo de la música y sentir cómo se apoya el peso en los pies, cambiándolo luego intencionalmente. Luego, juego de la "muñeca de trapo", que se trata de entregar el peso del cuerpo / de partes del cuerpo al terapeuta, quien va moviendo partes.

Sesión 5: Relajación de Jacobson, guiada por instrumentos. En esta relajación, en la que el principio es ir apretando los músculos, mantener la tensión por un tiempo y luego soltarlos, L. elige sonidos de relajación (sonaja de pezuñas y palo de agua) y de tensión (triángulo y huiro) y luego hace el ejercicio de apretar y soltar partes del cuerpo (de la cabeza a los pies) y voy tocando los instrumentos (al apretar, el triángulo o el huiro – al soltar, el palo de agua o la sonaja de pezuñas). Ejemplo: Le pido apretar los músculos de la cara, mantener la tensión, mientras esto ocurre toco el triángulo o el huiro y después de unos segundos le digo que suelte, tocando el palo de agua o las pezuñas. Luego, hacemos el ejercicio de entregar el peso sobre globos, acompañado por música de sitar.

Sesión 6: *Ejercicio del “ojo interno”, ya descrito previamente.*

Sesión 7: Masaje con globos. Luego, imaginaria de los paisajes / imágenes corporales que surgen en relación con cada parte del cuerpo, que acompaño tocando el palo de agua. Luego, le pido pintar el contorno del cuerpo y las imágenes que surgieron en cada parte (foto en anexo). Y colocar un instrumento que represente cada parte del cuerpo (cabeza=triángulo - cuello=metalófono - pecho y brazos=palo de agua - guata=kalimba - pelvis=mini-chéquere - piernas=pezuñas) sobre el lugar correspondiente en el dibujo y finalmente tocar cómo suena cada parte. En esta sesión, al conectarse con el cuerpo y sus necesidades, aparece con claridad como tema a trabajar la “angustia de la noche”, que se sitúa en la esfera de lo mental (es localizado en la cabeza y el cuello), y es representado para ella por sonidos metálicos (triángulo y metalófono).

En el contexto de este capítulo, me parece pertinente describir más en detalle partes de la sesión 9, en la que se retoma el tema de la “angustia de la noche”.

Novena sesión, 11/02/2010

1) Verbalización inicial: Dice que en general ha estado bien, pero con “*algunos bajones*” que “*son en la noche*” y que están relacionados con su situación de pareja. De noche, luego de acostarse y al no poder dormir: “*Me da pena, me da rabia... más que nada, ahora lo pienso, me da lata, ya no lloro tanto.*” ¿Y a nivel de cuerpo? “*Se pone tenso. La espalda, la cola.*” Describe sensaciones de ahogo y dificultad para respirar... Le pregunto: Esas mismas sensaciones físicas y emocionales, ¿las habías sentido antes? “*Si... yo me acuerdo que sentí eso cuando falleció mi tío. No entendíamos nada, porque él se suicidó. Y daba rabia porque uno ya no podía hacer nada.*” Y antes de eso, ¿lo habías sentido? “*Si, en algunos imprevistos, peleas...*” Le digo: “O sea, son situaciones de conflicto que son incontrolables e imprevisibles para ti. Tú no las comprendes y no las controlas, ¿correcto?” “*Si.*” “¿Te resuena eso, el tema del control?” “*Si, todo el rato.*”

2) Improvisación con consigna: "Quiero que elijas uno o más instrumentos que te sirvan para graficar musicalmente cómo suena esa angustia, ese tipo de bajón que te da, el bajón nocturno" Elige el huiro y el huevito, me dice que los dos tienen que sonar juntos. Me muestra cómo tiene que sonar el huevito, ella toma el huiro e improvisamos juntas. Ella empieza con el huiro, yo entro al los pocos segundos con el huevito y luego de 36 segundos la improvisación termina abruptamente. Es una música intensa, con velocidad y volumen, sonido sin parar - me viene una sensación de stress, de ser "estar en una batidora", de una fuerza que te agarra, te sacude un rato y te suelta. Ahora, meses después, lo asocio al terremoto, que ocurrió una semana después. En la verbalización post-improvisación le digo: "Esta ejemplificación sonora terminó abruptamente. En la realidad, ¿cómo ocurre que se te pasa?" *"De tanto pensar, lo pienso tanto porque trato de encontrarle solución. Cuando no la encuentro, me frustró de repente y no, no sé... hasta que digo ya, chao. Pero es rápido, como que estoy muy, muy, muy así y de repente, ¡ya!"*

3) Le pido repetir esta improvisación: "Toquemos de nuevo esto mismo, esta misma sensación. Cuando sientas que ya encontramos el ritmo, cierra los ojos y siente lo que suena. Después de eso, cuando paremos, quiero que no hables por un rato. Esta improvisación es parecida a la primera, algo más larga (52 segundos), también rápida y estresante, pero algo menos intensa que la primera y el fin algo menos abrupto. Me transmite la sensación de caminar rápido o correr. Le pido: "Quédate conectada con la sensación y píntala o dibújala (dibujo en el anexo). Nombre que le pone al cuadro: "Frustración". Al hablar sobre el cuadro, dice que los círculos azules y rojos representan el dar vueltas sobre lo mismo. Y en relación a los torbellinos que dibujó, dice: *"hay dos caminos, yo puedo elegir, sé que puedo estar bien, pero no tengo que darle tanta vuelta. Y creo que lo estoy logrando."*

4) Trabajo de relajación y visualización del bebé. Le indico que se conecte con su respiración, lleve el aire por todo el cuerpo, chequeando el cuerpo y sus tensiones y botando las tensiones con la respiración. Hacemos la relajación de Jacobson con una variante: al apretar el cuello, le indico decir "oooo" con el cuello apretado, luego soltar la musculatura del cuello y volver a decir "oooo" con el cuello relajado. Luego, le digo:

“imagina que dentro tuyo prendes una linterna, llevas la luz al útero y que eso te va a permitir visitar a tu hija.

La relajación final tiene dos objetivos: desconectar a L. de la “angustia de la noche” y relajarla luego de las improvisaciones de tensión y además, que ensaye los movimientos de controlar/apretar y soltar – la idea es ejercitar la posibilidad de soltar el control, como manera de prepararse para el parto.

4.2.4. Conexión con su bebé

El conectarse con su bebé es otro de los motivos de consulta explícitamente mencionados por L. y también fue un tema abordado en diferentes momentos, sobre todo hacia el final del proceso de musicoterapia. Es además uno de los objetivos generales de la Musicoterapia Focal Obstétrica.

El modo de relacionarse con su bebé fue cambiando a lo largo de los tres meses que duró el proceso musicoterapéutico, lo que indudablemente tiene que ver, al menos en parte, con el avance en el estado de embarazo y la mayor percepción de los movimientos del bebé, pero también es coherente con el proceso que fue haciendo L.

Al principio, el vínculo aparece menos estrecho y más centrado en el cuidado e incluso temor. En la tercera sesión (03/12/2010) luego de su “viaje” con música de tambura, comenta que sintió que su bebé se movía. Luego ella toca para su bebé y le transmite un mensaje musical. En la verbalización posterior, comenta que *“le quise decir que naciera tranquila, que no se apurara.”* Dijo tener miedo a que nazca prematura, porque ha andado con la guata dura y su tía le comentó que eso podían ser contracciones.

Este vínculo marcado por el temor podría ser algo más característico de los primeros tres meses de embarazo, dada la frecuencia de los abortos espontáneos en este período. Pero L. ya estaba en el segundo trimestre cuando empezamos con las

sesiones, por lo que se puede hipotetizar que en su caso el temor se relaciona más bien con sus procesos personales: la separación no concretada totalmente y las inseguridades relacionadas con este tema.

En la quinta sesión, nuevamente se menciona un temor en relación con el vínculo con su bebé: en este caso, el miedo se relaciona con traspasarle algún nivel de tensión nerviosa. *“como que me pongo nerviosa por todo. Soy muy preocupada. Yo tengo una alergia, ahora ya está controlada, pero es por los nervios. Y no quiero transmitirle eso.”* Luego, en la misma sesión, le hago un baño sonoro a la bebé. Esto no aparece en la verbalización, lo que da cuenta de que hay otros temas que aún predominan para L.

En la novena sesión (11/02/2010), ya en el octavo mes de embarazo, pero también luego de haber tenido mucho espacio para abordar su relación de pareja y haber trabajado la relación con su madre de manera de cortar con la amenaza de la repetición de la historia, se nota un vínculo más relajado y un mayor grado de conexión con su bebé. Se realiza un ejercicio de relajación y visualización del bebé (el de la linterna imaginaria que ya fue mencionado) y L. comenta: *“Bien. Me gustó verla (...). Me la imagino como está ahora, la cabeza hacia abajo.”*

Algunos días más tarde, en la décima sesión (15/02/2010), L. comienza contando espontáneamente que ha sentido a su hija moverse harto. Antes esto no solía ser el tema traído por ella para abrir la sesión. En esta misma sesión, se trabaja por primera vez con la voz de L., a través de un ejercicio de eutonía²⁹, que consiste en emitir la letra “o” imaginando y así estableciendo una conexión entre la boca y el piso pélvico. Luego de este ejercicio, L comenta: *“Está más piolita ahora. Antes estaba más loca, se movía harto. Y estaba más tensa la guata antes.”* Al final de esta sesión, hacemos un ejercicio de imaginación de un diálogo con su bebé, que era guiado por diversas preguntas y por la música (disco de G. Federico). El ejercicio se sitúa en el “aquí y ahora” y las preguntas e instrucciones guía, que se le pedía responder

²⁹ KAPLAN, Frida, Embarazo y Nacimiento Eutónico, Buenos Aires, Ediciones B, 2006, p. 51 ff

contándole a su bebé, eran: ¿En qué parte del cuerpo te resuena la palabra parto? ¿Qué emociones te produce? ¿En qué parte del cuerpo te resuena la palabra nacimiento? ¿Qué sentimientos te despierta? ¿Cómo te imaginas que va a ser ver a tu bebé por primera vez? ¿Cómo te imaginas que es ella? Cuéntale cómo te estás preparando para recibirla, en el cuerpo, en la mente, en el corazón y también en tu casa. ... Cuéntale qué cosas estás tratando de aprender, ... cuéntale que cuando llegue el momento de nacer la vas a dejar salir y la vas a dejar crecer más, para que pueda continuar su desarrollo fuera del útero. ... Cuéntale todo lo que quieras contarle". Su reacción a este ejercicio indica un cambio cualitativo en el contacto con su bebé: *"Genial. Me imaginé todo."* Cuenta que se sintió muy conectada con su bebé y que sintió que se movía todo el rato. *"Ella sabe que así va a ser. Que la estamos esperando en la familia... y que me gusta sentirla."*

La siguiente sesión (Nº11, 17/02/2010) es una sesión en que se muestra un cambio o avance importante en varios de los procesos paralelos que se venían trabajando en el proceso, entre ellos en el vínculo con el bebé. Por este motivo, será descrita aquí en mayor detalle:

El plan para la sesión era trabajar sobre una canción que L. le cantaba a su bebé. Sin embargo, por un problema técnico esto no resultó e hicimos el ejercicio de la canción de bienvenida, que consistió en pedirle a L. que escriba una canción de cuna a partir de una melodía simple. Para ello, se le hizo escuchar reiteradas veces la melodía de canción de cuna que está incluida en el CD de Gabriel Federico de su libro "Melodías para el bebé antes de nacer". Mientras escucha la melodía, yo toco la misma melodía en el metalófono y ella escribe la siguiente letra para la canción: "Mi pequeña hija, ya quieres salir, te estaré esperando, para tu vivir." Luego, cantamos la canción con la letra y vuelvo a tocar la melodía en el metalófono. Sin verbalizar, le pido que se quede con la sensación que le produce esta canción y que la moldee en greda. Le pido que a este producto le ponga un nombre, le pone "sonrisa". Luego le pido que con estos dos productos (la canción y la "sonrisa en greda") cree una historia y se la cuente a su bebé en voz alta. Empieza con "era una vez..." y cuenta la historia de sí misma, de su relación con F., cuenta que ahora no están juntos, que ella y él crecieron sin un

padre presente, de su embarazo imprevisto, de su alegría al saber que la estaba esperando, de cómo ella ahora siente sus movimientos y que toda la familia la está esperando. Por primera vez, mientras cuenta esta/su historia, se emociona y permite que las lágrimas salgan, sin dejar de continuar con su relato. En este “cuento”, asume su separación verbalizándola como tal ante su hija, asume su historia, habla de su vínculo con su bebé y verbaliza la presencia de sus redes de apoyo.

Al final, le pido que le ponga una banda sonora. Elige para tocar el metalófono ("me gustó ese"), tocando una melodía compuesta básicamente (pero no exclusivamente) por los tonos de la canción – toma elementos de lo que se le dio y agrega otros, propios. Toca mucho más pausado y más largo que de costumbre, manifestando el cambio, la conexión también en el plano musical.

Siento que esta fue la sesión más intensa emocionalmente y la siento realmente conectada, tanto consigo misma y su historia, como con su cuerpo y sus emociones. Al final, resume la sesión con la palabra "**vida**".

4.3 Etapa 3 - “El cierre”

Por motivos de tiempo (faltaba sólo un mes para la fecha estimada del parto y ya habíamos pasado el período “oficial” de duración de la práctica en el Hospital), el período de cierre fue sólo de una sesión, teniendo lugar el 25/02/2010.

La sesión contempló la recapitulación de los momentos más importantes y significativos del proceso, tanto por parte de L. como una devolución mía, desde el lugar del musicoterapeuta.

Le pido que, con los ojos cerrados, recuerde los momentos más importantes de la terapia, las actividades que hicimos, las cosas que pensó y sintió.

L. menciona en primer lugar la sesión inmediatamente anterior y la historia musicalizada de su embarazo. Por un lado es seguramente lo que tiene más “fresco” en su memoria, pero también coincide con la apreciación mía de haber llegado en esa sesión a una suerte de “punto cúlmine”. También recuerda el diálogo musical con su madre (sesión 6), la conversación con su hija y los ejercicios de "o" (ambos ejercicios de la sesión 10), que dice que le han servido para conectarse con su hija.

Luego, le propongo representar el proceso recorrido con los instrumentos y los sonidos. L. elige 7 instrumentos y arma con ellos una fila recta en el suelo de la sala. En el comienzo, coloca el triángulo (instrumento que reiteradamente usó para simbolizar lo mental, los problemas, la tensión y que representa algo que le desagrada) y el huero (instrumento que también le desagrada y usó para simbolizar tensión). En el centro, están el xilófono (que usó en la terapia para representar a su madre y también a F. – relaciones significativas), el tambor mexicano (que al principio usó para representar a la pareja de su madre, importante apoyo para ambas, y que luego fue instrumento de apoyo para ella) y la kalimba (que la representó a ella en la conversación con su madre), y al final coloca el palo de agua y el sonajero de pezuñas (ambos instrumentos que en reiteradas ocasiones ocupó para representarse a sí misma, el relajo y el sonido de agua).

Esto se puede leer como un camino que comienza con un estado tenso, de problemas que ella piensa y re-piensa y que la hacen estar en un estado de displacer. Luego, pasa por el enfrentamiento de relaciones significativas, descubriendo en el camino sus redes de apoyo, llegando a conectarse consigo misma y con sus posibilidades de relajarse y soltar.

En un tercer momento, le pregunto si y cómo lo vivido en el proceso de musicoterapia le ha servido o ha incidido en su vida. L. responde que le sirvió mucho, básicamente para aclararse en relación a F. y para estar más tranquila y poder relajarse. Añade que aprendió a sentir más a su bebé y a "conversar" con ella.

Luego, le propongo que le ponga banda sonora: Toca, muy corto, pero de manera muy pausada, todos los instrumentos de la fila, uno por uno, en orden (de comienzo a fin). Al final se queda haciendo sonar más largo el palo de agua, tomando además la sonaja de pezuñas y tocándolos juntos. Esto podría interpretarse como una integración de sus partes.

Le pregunto cómo puede proyectar esto en el futuro, si piensa que algo de lo que hicimos le seguirá sirviendo más adelante. Contesta que sí y habla principalmente de la relajación, su principal motivo de consulta: *"Cuando me sienta mal, puedo escuchar música, respirar y acordarme de todos los ejercicios que hicimos para relajarme."* Esto es algo que ella ya comenzó a practicar entre sesiones hacia el final de la terapia y que además se prescribió, como manera de fortalecer sus posibilidades de auto-apoyo.

Luego, le devuelvo mi visión de los aspectos más importantes que trabajamos, mencionando la relación con F., la relación con su madre, sus apoyos, su capacidad de apoyarse, de entregarse, de pedir ayuda, versus apoyar. En ese punto menciono también su tendencia a controlar, como polaridad al acto de soltar (o entregarse), las polaridades de tensión y relajación. El tema del auto-apoyo, subrayando sus recursos, la conexión consigo misma, con sus necesidades y la conexión con su bebé.

Finalmente, y de manera no-planificada, hacemos un cierre con la "o" del ejercicio de eutonía – la pronunciamos juntas tres veces. Sentí que esto era necesario, porque ella lo mencionó como algo muy relevante en la terapia y contó que lo seguía practicando, además nos daba la posibilidad de “vibrar juntas” a modo de despedida.

V. CONCLUSIONES

En términos de un análisis de **elementos contratransferenciales** en el vínculo con la paciente, cabe señalar que, sobre todo en la etapa primera, al hacer el diagnóstico de su situación y su manera de desenvolverse en ella, me sentí identificada en diversos aspectos, en particular con su tendencia a mostrarse fuerte, como alguien que no necesita ayuda, alguien que se la puede y además puede hacerse cargo de o ayudar a otros. También me resonó y me generó cercanía y empatía con la paciente su tendencia a aguantar y a pensar “ya va a pasar”, tendencia que recuerdo en mí hace muchos años atrás. Creo que el haber trabajado estos aspectos en lo personal, me permitió colocarme mejor en su lugar y además me dio la certeza de que es importante reconocer estos rasgos y trabajarlos, en pos de una mejor calidad de vida.

Me cuesta más describir elementos transferenciales – no fue algo verbalizado durante el proceso de musicoterapia. Sin embargo, su adherencia al tratamiento y su puntualidad hablan de un buen vínculo y de una actitud de respeto al espacio terapéutico: L. llega siempre relativamente puntual (ocasionales atrasos menores, de no más de 15 minutos) y no faltó nunca sin avisar. Cuando no podía, avisaba con suficiente anticipación, lo que permitía re-agendar. En el trato, L. fue siempre muy adecuada y respetuosa. Ocasionalmente, la noté incluso con una tendencia a ser “obediente”, lo que me dio la sensación de ser colocada en un rol materno.

Pensando en una **evaluación del proceso**, quisiera partir por el final: A mediados de mayo, llamo a L. por teléfono para preguntar cómo está. Me cuenta que su hija nace el 4 de abril, con 41 semanas, por cesárea (venía con el cordón en el cuello). Dice que está tranquila, feliz, dando pecho a su guagua. Y, sumando esto a la sensación que tuve al final de la última sesión, me quedo con la percepción de un proceso "redondo". Siento un "calorcito" en la guata, lo contrario al vacío, quedo satisfecha y contenta.

En términos globales, evalúo de manera positiva el trabajo realizado. De hecho, la paciente en la sesión de cierre manifestó que le había servido mucho, que es finalmente lo que más importa.

Pienso que entre mis **fortalezas** está la capacidad de establecer un buen vínculo con la/los paciente(s). También me evalúo como capaz de escuchar al otro y de recoger y respetar sus necesidades, ser flexible en el proceso e irme adaptando a los requerimientos de las diversas situaciones. Esto abre la posibilidad de ir trabajando con lo que los pacientes traen y ligarlo con los objetivos de cada sesión. En todo lo anterior, me parece que me ha sido de gran ayuda la experiencia que tengo en el área de la psicoterapia.

No obstante, también detecto algunas **debilidades** que espero seguir enfrentando y trabajando. Entre ellas, está la impaciencia. Me pasó durante este proceso (y me ha pasado antes en terapia) que veo algo que detecto como problemático y quiero abordarlo de inmediato. Esto, en ocasiones me ha llevado a hacer intervenciones precipitadas, antes que el paciente esté listo para recibir las. En este sentido, estoy conciente que debo seguir atenta a esperar el momento justo para las intervenciones.

Otro tema, tal vez relacionado, es aquello que me hacía sentirme reflejada en mi paciente: una tendencia a hacerme cargo, lo que lleva a la tentación de “dar consejos” y a la fantasía de poder resolver el problema por el paciente – tal vez algo así como caer en el rol de madre en vez de terapeuta. Sin embargo, me estoy dando cuenta, a veces en el mismo momento, y muchas veces logro frenarme.

Además, creo que dada la experiencia previa en psicoterapia, tiendo a detenerme y explayarme “en el verbal”, pero no sé en realidad si esto es una debilidad. Espero que ambas modalidades de trabajo se puedan ir complementando en la medida en que los pacientes lo requieran.

En lo personal, me sentí muy realizada al poder trabajar en este ámbito de promoción y prevención, con la mejora de la calidad de vida de una futura madre y su hijo por nacer como objetivo.

A modo de reflexión final, me gustaría recordar que el sentido de la audición es el primer sentido que se desarrolla en la etapa pre-natal de los bebés. Ellos no nos pueden ver, pero sí oír.

Pienso que esto abre un campo de enormes posibilidades de aporte para la Musicoterapia, tanto en términos de promoción de salud, prevención de complicaciones durante el embarazo y posteriores para el bebé y/o la madre (p. ej, de depresión post-parto), como también terapéuticas durante el embarazo (abordaje de angustias, depresión, problemas familiares, etc.).

En Chile aún no hay muchos lugares en donde se aplique la musicoterapia en el ámbito de lo pre-natal, sobre todo como técnica preventiva. El desarrollo de este tema me parece una oportunidad interesante e importante, dado que hoy en día es ampliamente aceptado que la forma de vivir el embarazo, el nacimiento y la manera de enfrentar la maternidad/paternidad, termina por afectar a los hijos.

Si se puede prevenir trastornos desde antes de nacer, esto a mi juicio se transforma casi en un imperativo, tanto desde la mirada de la salud como también desde una mirada económica, ya que invertir en prevención implica ahorrar recursos en tratamiento, que suelen ser muchísimo más costosos.

VI. BIBLIOGRAFÍA

BENENZON, Rolando. *La Nueva Musicoterapia*, Ed.Lumen (1998)

BENENZON, Rolando. *Aplicaciones Clínicas de la Musicoterapia*. Volumen 1. Ed. Lumen (2000)

FEDERICO, Gabriel. *El embarazo musical: comunicación, estimulación y vínculo prenatal a través de la música*. Ed. Kier S.A.: Buenos Aires. (2000)

FEDERICO, Gabriel. *Música prenatal: reflexiones para compartir con el bebé durante su gestación*. Ed. Kier S.A.: Buenos Aires. (2003)

FEDERICO, Gabriel. *Melodías para el Bebé antes de nacer*. Ed. Kier S.A.: Buenos Aires. (2004)

FRIDMAN, Ruth. *The maternal womb. The first musical school for the baby*. Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 15(1), 23-30 (2000)

KAPLAN, Frida, *Embarazo y Nacimiento Eutónico*, Buenos Aires, Ediciones B, 2006

SCHWARTZ, Fred J. *Música Perinatal y reducción del estrés*, M.D. Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 12 (1). (1997)

VERNY Thomas, WEINTRAUB Pamela *El vínculo afectivo con el niño que va a nacer*. Ediciones Urano, Barcelona (1992)

Páginas web consultadas:

http://www.auroramadre.com/m_conf_importancia_prenatal.asp

<http://www.birthpsychology.com>

<http://www.birthpsychology.com/lifebefore/sound2.html>

<http://www.birthpsychology.com/lifebefore/sound3.html>

<http://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/Encyclopedia/85,P04316>

<http://www.monografias.com/trabajos13/elembraz/elembraz.shtml#INTRO>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>

VII. ANEXOS

1. Ficha Musicoterapéutica utilizada

Datos Generales

Nombre paciente:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento (incluyendo Hospital/Clínica/Casa):

Estado civil:

Dirección:

Teléfono (fijo y/o celular):

e-mail:

Vive con:

Número de hijos:

Ocupación

Datos del Embarazo

FUR (fecha última regla):

Mes de embarazo:

Motivo de ingreso al Hospital:

Tiempo proyectado de permanencia en el Hospital:

Embarazo deseado: Si _____ No _____

Número de embarazos anteriores:

Número de partos anteriores:

Datos de su propio nacimiento (parto normal, fórceps, cesárea)

Antecedentes Musicales

¿Le gusta la música? Si _____ No _____ (si dice que "no", no seguir)

¿Qué música le gusta/escucha?

Cantantes o grupos preferidos:

¿Hace música o canta habitualmente? Si _____ No _____

¿Toca algún instrumento? Si _____ No _____

¿Cuál?

¿Existe algún tipo de música que le desagrade? Si _____ No _____

¿Cuál?

¿Cuál es el ambiente musical o sonoro de su casa/lugar de trabajo?

¿Le gusta el silencio? Si _____ No _____

¿Y el ruido? Si _____ No _____

Sonidos agradables:

Sonidos rechazados:

¿Momentos/situaciones en que le gusta más escuchar música?

¿Le canta a su bebé? Si _____ No _____

¿Qué le canta?

¿Qué música ha escuchado o escucha durante su embarazo?

¿Recuerdos musicales? (canciones de cuna, canciones infantiles, música de su familia materna/paterna)

2. Protocolo usado

Fecha de la sesión: _____

Hora de inicio: _____

Hora de término: _____

Estado inicial de la paciente:

Objetivo de la sesión: _____

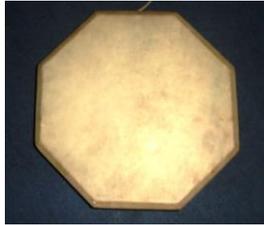
Anotaciones desde lo verbal:

Anotaciones desde lo musical:

Sensaciones del terapeuta:

3. Algunas fotos de instrumentos usados:

Tambor ritual mexicano



Chime



Agogó



Metalófono / Glockenspiel



Kalimba



Claves



Xilófono



Tambura de cuerpo (Körpertambura)



4. Productos no-musicales del proceso de musicoterapia

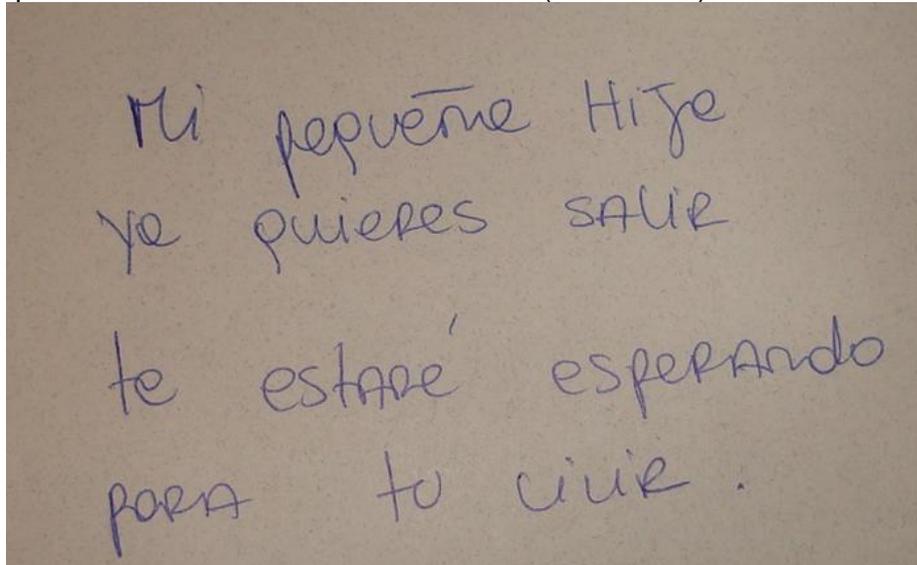
Dibujo de “los paisajes corporales” – Sesión N°7 – 18/01/2010



Dibujo de la “angustia de la noche” – sesión N°9, 11/02/2010



Canción para la bebé – escrita en la sesión N°11 (17/02/2010)



Mi pequeño Hijo
y quieres salir
te estaré esperando
para tu vivir.

Sensación post-canción, moldeada en greda: "Sonrisa". Sesión N°11 (17/02/2010)

