



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POST-GRADO

**MUSICOTERAPIA Y CÁNCER:
LA EXPRESIÓN COMO HERRAMIENTA DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO EN
ETAPA TERMINAL**

Monografía para optar al Postítulo en Terapia del Arte Mención Musicoterapia

Estudiante: Rodrigo Hernández Carvajal

Profesor Guía: Patricia Lallana Urrutia

Santiago de Chile, marzo del 2018

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a todas las personas que han sido un aporte y apoyo en mi andar, a quienes me han dejado una enseñanza, para yo ser también un aporte y un apoyo en la vida de otros.

Le agradezco a Dios y mis padres por ser pilar, por ser materia y elementos primigenios para forjar senda. Agradezco también a los amigos del camino, por sus sonidos y sonrisas, al hermano por el viaje a las cuerdas del instrumento y a los entrañables compañeros de la musicoterapia por los innumerables momentos de escucha desde el corazón. Agradezco hondamente a mi familia, quienes han inundado con su sublime luz y colores, iluminando majestuosamente todo.

Contents

Resumen	7
Introducción	9
Marco Teórico	11
Oncología	11
Biología del Cáncer:	11
Cáncer de mama	12
Metástasis pulmonar:	12
Cuidados paliativos:	13
Terapias Alternativas	14
Acupuntura como tratamiento del dolor en cáncer	15
Reiki en el cuidado de la salud	15
Psicología Oncológica	16
Musicoterapia	21
Definiciones de Musicoterapia	21
Modelo Benenzon	23
Enfoque Musicoterapéutico de Gustavo Gauna	32
Abordaje Plurimodal en Musicoterapia (APM)	36
El trabajo con canciones	37
Jorge Zain – Musicoterapia Vibroacústica	39
Baño Sonoro	39
Musicoterapia en Paciente Oncológico Terminal	40

Proceso Terapéutico	43
Caso de C	43
Contexto	43
Presentación del caso clínico:	44
Identificación:	44
Antecedentes familiares	44
Antecedentes clínicos	46
Antecedentes musicales	49
Objetivos:	50
Objetivos generales	50
Objetivos específicos:	50
Metodología	51
Sesiones	52
Setting	53
Técnicas y actividades	54
Técnicas corporales:	54
Técnicas receptivas:	55
Técnicas Activas:	55
Descripción y análisis del proceso musicoterapéutico	57
Fase Inicial	58
Fase de tratamiento	64

Fase de evaluación	74
Instancias posteriores con la familia	78
Análisis del proceso	79
Ejes directos	79
Ejes indirectos	84
Transferencia y Contratransferencia	85
Conclusiones	86
Reflexiones:	89
Bibliografía	90
Anexo	93

“La muerte es maravillosa. Es lo más fácil que vamos a hacer jamás. La vida es ardua. La vida es una lucha. La vida es como ir a la escuela; recibimos muchas lecciones. Cuanto más aprendemos, más difíciles se ponen las lecciones (...) Por ello, debemos vivir hasta morir. Nadie muere solo”.

Doctora Elisabeth Kübler-Ross

Resumen

La presente monografía de análisis de experiencia tiene por finalidad presentar un proceso musicoterapéutico, en el contexto de una práctica profesional, con una paciente oncológica terminal realizado en un contexto no institucional durante el primer semestre del 2017.

En relación a los fundamentos teóricos que sostienen este trabajo, se busca explicar de forma acotada, en términos médicos, qué se entiende por cáncer, metástasis pulmonar y cómo eso se articula con la visión musicoterapéutica en razón a los contenidos de las sesiones, la pertinencia metodológica y los cuidados paliativos en el caso de una paciente terminal. A esto se suma la colaboración con la visión y enfoque psicológico. Finalmente se incorporan algunos fundamentos de las terapias holísticas que integra la paciente a las sesiones y que, en cierta medida, fueron parte de su propio proceso paralelo con otras disciplinas de líneas diferentes como la Acupuntura y el Reiki.

Los fundamentos teóricos musicoterapéuticos que brindan fundamento en este trabajo, corresponden al Modelo Benenzon, el enfoque de Gauna y algunos aspectos del Abordaje Plurimodal, todos en conjugación con la visión y fundamentos psico oncológicos de Lawrence LeShan.

El proceso contempló métodos musicoterapéuticos receptivos, como: escucha de música seleccionada para las inducciones y aprestos corporales, baño sonoro, selección y audición de canciones. También se hizo uso de métodos activos, tales como: la improvisación referencial y el uso de canciones en la creación y la adaptación de texto.

Cabe señalar que la musicoterapia se sigue enmarcando como una terapia del arte, que puede abrir espacio a lo expresivo, desde la conexión con la emoción y el aspecto espiritual del

individuo que está dispuesto a vivir tal proceso utilizando los sonidos, el cuerpo, la voz, la música y sus instrumentos.

Posteriormente, se aborda el proceso musicoterapéutico de forma descriptiva de las tres fases o etapas y, por otro lado, se presenta la evidencia e impacto de la terapia en la paciente expresada por los familiares más directos como actores del proceso.

Las conclusiones, al finalizar el proceso, ponen énfasis aquellos aspectos que englobaron el proceso, haciendo uso y recorrido por aquellas dimensiones cimentadas por el marco referencial y musicoterapéutico, que facilitan el despliegue del trabajo con C, que si bien está fuera de un contexto institucional, acoge y aterriza en lo que la paciente provee como material, brindando espacio a un proceso de acompañamiento emocional, social y espiritual.

Finalmente se hace una reflexión de lo que se rescata en términos de fortalezas y debilidades del proceso, haciendo una propia mirada al quehacer del practicante en el escenario musicoterapéutico y el despliegue que ésta disciplina le permiten en el contexto particular donde la disposición de la paciente y la confianza de la familia fueron un vital elemento.

Palabras clave: Cáncer, Musicoterapia, Paciente terminal, Oncología

Introducción

La presente monografía, presenta el caso de una paciente con una metástasis pulmonar estadio IV, en una situación terminal, que, tras ser desahuciada decide no tomar el tratamiento que se le ofrece en la Fundación Arturo López Pérez y en el Hospital de La Florida, después de haber experimentado difíciles momentos y efectos de las quimioterapias producto de un cáncer de mama, anteriormente el año 2014.

Las motivaciones que impulsan el ánimo de desarrollar la práctica de musicoterapia en oncología, son básicamente dos:

En primer lugar, mi interés en la dimensión emocional y espiritual del ser humano, me ha llevado a hacerme permanentes preguntas e iniciar una búsqueda filosófica muy personal, que guardan relación con el crecimiento y aprendizaje del ser humano en la medida que cursa etapas trascendentales en su vida, que involucran el sufrimiento ante la incertidumbre de la vida y la muerte.

En segundo lugar, me interesa explorar mis capacidades y habilidades terapéuticas, en relación a una disciplina que me ha brindado estructura y visiones diferentes, posibilitando la ayuda y el apoyo a personas dispuestas a generar cambios en el ámbito de su vida y que les permita desarrollarse emocional y espiritualmente.

Para ello, esta monografía se nutre desde los aportes de diversos referentes. Rolando Benenzon, quien establece la profunda relación del sonido con el ser humano, desde la gestación en adelante. Esto es articulado con la mirada amorosa y profundamente humanista de Gustavo

Gauna, quien establece aquellas zonas donde se moviliza o se estanca la expresión del sujeto y en el sujeto. Todo esto enlazado con la experiencia de la improvisación, el uso de canciones y la vinculante dimensión biopsicosocioespiritual del Abordaje Plurimodal, aportado por Diego Schapira, entre otros.

Desde la perspectiva psicológica en oncología, la mirada del terapeuta Lawrence LeShan y un enfoque holístico, apertura en términos teóricos los acentos en la dimensiones emocionales y espiritual de la paciente.

En razón de las necesidades de la paciente, por manifestar su visión amorosa y espiritual acerca de la vida, la muerte y Dios, estas son acogidas y por ende incluidos en las acciones terapéuticas.

La finalidad del presente documento tiene por objeto describir aquellos hitos relevantes puesto en materia sonora, corporal y musical, además de aquellas reflexiones y/o retroalimentaciones de la paciente, que permitan dar cuenta de este proceso terapéutico vivido.

Marco Teórico

Oncología

Biología del Cáncer:

Desde la visión médica de Cruz, Rodríguez, del Barco y Fonseca (2003) hablar de cáncer es hablar de muchas enfermedades diferentes las cuales se remiten a diversos factores que las provocan, sin embargo, el común denominador es la inadecuada e incontrolada proliferación celular, que es consecuencia de una serie de cambios genéticos en las células tumorales. La iniciación de este proceso contempla un daño crítico y permanente del ADN de las células en cuestión, separándose antes que se reparen.

A modo general Cruz et al (2003) acusan dos procesos en el cáncer:

El proceso en el cual se cree que determinados sucesos epigenéticos influyen de forma selectiva en la *proliferación* de la(s) célula(s) iniciada(s), mientras que la *progresión* implica la producción de cambios hereditarios más profundos que aparecen a medida que la población celular se divide y se desarrolla el cáncer. (p.32)

Existen más de cien tipos de cáncer diferentes. El Instituto Nacional del Cáncer de España (2007) declara que dentro de los más comunes destacan:

- Carcinoma: originado en las células que cubren los tejidos de los órganos internos o la piel

- Sarcoma: originado en los huesos, tejido blando que incluye a los músculos, tejido adiposo, tejido fibroso o vasos sanguíneos
- Leucemia: relacionado con los tejidos que componen la sangre en la médula ósea, produciendo glóbulos blancos anormales
- Linfoma: asociado con los linfocitos, a cargo del sistema inmune, acumulados en los ganglios
- Melanoma: asociadas a las células plasmáticas, parte del sistema inmune que se acumulan en la médula ósea
- Tumores del cerebro y médula espinal: formados en las zonas del cerebro y la médula espinal

Cáncer de mama

El cáncer de mama se produce cuando las células de la glándula mamaria comienzan a crecer de forma desmedida. La Sociedad Americana Contra el Cáncer (2017), sostiene que dichas células forman parte de un tumor de células malignas si el tumor crece invadiendo otras zonas cercanas. En su fase de diseminación puede expandirse a otros órganos. Soto et al (2005) sostienen que: “Los órganos más frecuentemente afectados son hueso (71%), pulmón (69%) e hígado (65%). La diseminación ocurre fundamentalmente a través de los linfáticos de la mamaria interna, mediastínicos o ambos, así como vía hematológica” (p.598).

Metástasis pulmonar:

Según la publicación de MedlinePlus (2016), éstos corresponden a tumores cancerosos que se originan en alguna parte del cuerpo y llegan hasta los pulmones o simplemente se pueden

originar en alguna parte de los pulmones. Viajan por el cuerpo a través del torrente sanguíneo y linfático.

Dentro de los síntomas de la metástasis pulmonar se encuentra:

- Espujo sangriento
- Dolor de pecho
- Tos
- Dificultad para respirar
- Debilidad
- Pérdida de peso

Soto et al (2005) refieren que los pulmones son el segundo lugar más frecuentes de enfermedad metastásica. En el presente su tratamiento va de la mano de la radioterapia, la quimioterapia y la cirugía. Que para el caso al que remite esta monografía, no fueron opciones tomadas por la paciente.

En términos anatómicos, Soto et al (2005) afirma que: “los pulmones son un lecho vascular rico además del primer lecho capilar que las células tumorales circulantes encuentran después de abandonar el tumor primario y caer al sistema de drenaje venoso” (p. 589).

En casos donde el paciente es desahuciado, se sugiere cuidados paliativos alopáticos y un tratamiento psicoterapéutico.

Cuidados paliativos:

En relación a los cuidados paliativos, la Organización Mundial de la Salud, (2004) la define como:

Un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (ref. internet OMS)

La publicación Medline Plus (2016) indica que, los cuidados paliativos son aplicados a los pacientes en una situación irreversible de su enfermedad, es decir, desahuciados y que generalmente se encuentran en los últimos 6 meses de vida según evaluación médica. El objetivo de los tratamientos tanto médicos alopáticos como el psicoterapéutico están destinados a poder:

- Apoyar al paciente y al grupo familiar
- Aliviar el dolor y los síntomas
- Ayuda a familiares y amigos que desean estar cerca de una persona.

Cabe mencionar, que estos cuidados no atienden a combatir la enfermedad, sino a hacer más confortable y llevadero el proceso.

Terapias Alternativas

A continuación, se mencionan y definen las terapias alternativas por las cuales optó la paciente, tras ser desahuciada completamente, a modo de cuidado paliativo.

Cabe señalar, que se conoce como terapia *alternativa* a aquella práctica que se toma como único camino, que en este caso, correspondió a la Acupuntura y al Reiki como opciones frente a una situación de enfermedad, sin existir el tratamiento médico alópata de por medio, más allá del

uso de morfina que aumentó gradualmente el médico, para aliviar el dolor en la medida que avanzaba la enfermedad.

Acupuntura como tratamiento del dolor en cáncer

La acupuntura, una técnica terapéutica milenaria de la Medicina China, ha servido para restablecer el equilibrio del cuerpo y aliviar el dolor. Consiste en insertar agujas sólidas, de 1 a 10 cm, hechas de materiales como el oro, plata, cobre, acero o una combinación de metales.

Desde el punto de vista científico, la publicación Medicine NCfCaA (2015), expresa que como los resultados de los estudios acerca de la eficacia aún no se encuentran completamente resueltos, Por tanto, estas prácticas no debiesen reemplazar completamente el tratamiento convencional.

Por otra parte, Muñoz (2005) manifiesta que los resultados analgésicos de la medicina milenaria china y la Acupuntura son efectivos.

Estudios evidenciados por Kasymjanova et al. (2013) en pacientes con cáncer de pulmón, que presentan dolor, náuseas, bajo apetito, bajo estado bienestar, disnea, depresión, fuerza y cansancio, fueron encuestados con el instrumento Edmonton Symptom Assessment System questionnaire (SASQ) fueron evaluados antes y después de los tratamientos con acupuntura y se evidenciaron mejorías estadísticamente significativas en el dolor, el apetito, las náuseas, el nerviosismo y el estado de bienestar.

Reiki en el cuidado de la salud

Durante las últimas décadas han cobrado fuerza también las prácticas ligadas a las formas holísticas y energéticas, una de ellas es el Reiki. Honervogt (2005), señala que el Reiki dataría de

hace más de 2.500 años en la India y que fue redescubierto y sistematizado en Japón, en el año 1922 por Mikao Usui.

Freitag, Andrade y Badke (2015) indican que el Reiki es una terapia complementaria, que por medio de la imposición de manos, colabora en restablecimiento del equilibrio físico, mental y espiritual en la persona.

Bossi, Ott y DeCritofaro (2008), indican acerca de los beneficios e importancia de la aplicación de Reiki en personas con cáncer, porque induce una respuesta de relajación, brindando sensaciones de mayor tranquilidad favoreciendo el alivio del dolor en los pacientes.

Psicología Oncológica

La psicología referida al cáncer aborda el estrecho vínculo entre la depresión, la angustia y las circunstancias que envuelven la vida de un paciente terminal, en ese sentido, se ha elegido destacar y acoger la visión de la intervención psicológica en cáncer de Lawrence LeShan.

LeShan (1994) cita al poeta W.H. Auden, mencionando que el cáncer es: “Un fuego creativo sofocado”, permitiendo, desde la enfermedad, abrir una puerta de entrada a su visión terapéutica. El autor afirma que los canales de expresión y creación abiertos facilitan espacios a la comunicación en la medida que la creatividad sea mirada y considerada como una dimensión del ser humano, que aperture espacios con fines liberadores y saludables que movilicen al sujeto hacia la salud.

Expresión, percepción y disposición del paciente

El autor Lawrence LeShan (1994), sostiene que la expresión o falta de ella está enlazada con la energía integral disponible en el sujeto:

Existen dos tipos distintos de agotamiento. Para el agotamiento intenso, se necesita descansar y dormir. Para uno crónico, se necesita algo totalmente distinto. Lo que se requiere en este caso, es un cambio en toda ecología de la persona: un cambio de entrada y de salida de la energía. Es más probable que el agotamiento crónico se deba mayormente al flujo de energía bloqueado que a una falta de ésta. El cansancio, por lo general, resulta de la falta de '*energía disponible*' debido a canales de expresión bloqueados antes que la falta de energía en el organismo. (p 28).

Por otro lado, LeShan (1994) sostiene que la percepción bloqueada del paciente, bloquea también su expresión. En varios casos oncológicos, establece la necesidad de explorar los orígenes e historia del paciente, para reiniciar nuevas acciones energéticas movilizadoras expresivas. De este modo será más factible abrir canales de expresión que encaucen acciones movilizadoras del sistema inmunológico.

LeShan (1994) propone considerar la singularidad de cada paciente, con la impronta que pone como punto de partida en lo sano, de preguntas como:

- ¿Qué anda bien con esta persona? ¿Cuáles son sus maneras especiales y únicas de ser, de relacionarse, de crear, las cuales constituyen sus maneras propias y naturales de vivir?, ¿Cuál es la música especial que toca en su vida, su canción única para cantar, de manera que cuando canta, se alegra de levantarse e irse a dormir por la noche? (...)

- ¿De qué manera podemos trabajar juntos para encontrar estas maneras de ser, relacionarse y crear? ¿Qué es lo que ha bloqueado su percepción y/o expresión en el pasado?
(p. 34)

En ese sentido LeShan, comenta que el ánimo es ayudar a que el paciente se movilice desde lo conocido, lo seguro, lo sano, lo que está en plena consonancia y coherencia emocional, movilizándolo su propia energía para desbloquear su percepción y no tomando como punto de partida aquello que está enfermo.

Los factores que pueden originar un cáncer son múltiples, dentro de ellos pueden estar la inestabilidad emocional por tiempos prolongados. Desde la psicología oncológica, LeShan (1994) plantea que, de la forma que sea, es necesario que el paciente movilice sus capacidades autocurativas, potenciando la eficacia del sistema inmunológico. No existen garantías al respecto, sin embargo, sus estudios y experiencia con pacientes oncológicos, indican que sí es factible que el cuerpo desarrolle procesos autocurativos.

Para LeShan (1994) un paciente que está realmente dispuesto a explorarse y a trabajar la patología, puede ubicarlo en un lugar diferente y brindarle una nueva perspectiva a su situación, orientando el proceso terapéutico hacia resultados diferentes. Si bien la mayoría puede responder a un método de similar forma, no necesariamente el resultado siempre es el mismo. Todas las personas tienen formas propias de ser y de crear en el mundo.

Acerca del apoyo familiar en el proceso terapéutico, LeShan (1994), sostiene que es importante que el socorro y aliento de la familia sea patente y sólido, debido a lo determinante que es para con el bienestar del paciente. También es menester que la pareja o cónyuge que acompaña y apoya en el proceso, realice su propia psicoterapia, dado los eventuales conflictos que forman parte de las circunstancias.

La desesperanza del paciente

Acerca de los grados de consciencia y/o desesperación que puede experimentar el paciente oncológico, LeShan (1994) sostiene que: “En cada vida han existido períodos en que esta música de fondo era muy estruendosa y otros en que era suave, pero siempre había estado ahí” (p. 121). Refiriéndose acerca del mayor o menor grado de conciencia por parte del paciente acerca de su propia situación y los flujos de desarmonía que esto le produce.

La dimensión espiritual en medio del proceso

Frente a la desesperanza, la enfermedad y al inminente enfrentamiento con la muerte, la espiritualidad del ser pueda aparecer como una necesidad, como una fuente de crecimiento ante la adversidad. En este sentido LeShan (1994) comenta que es posible entender la espiritualidad de dos formas. En primer lugar, la meditativa, relacionada con la misma meditación y la oración, como una instancia donde el paciente se mira como parte de la totalidad del universo, frente a la percepción de soledad y desunión. En segundo lugar, otra más mundana, aquella que guardan relación con acciones generosas y desinteresadas de corte humanitario, animalista, ecologista u otra forma de acción altruista.

En relación a búsqueda del bienestar, LeShan (1994) incluye la espiritualidad y la medicina holística, articulándolos con la fuerza catalizadora del propio paciente que, para concretarse, requiere la integración de los axiomas mencionados anteriormente: la integralidad del ser, el trabajo responsable de un equipo médico, y la consideración del sujeto y su opinión incluido en el proceso, que le permitan echar a andar su capacidad autocurativa, entendiendo que esto puede o no cambiar las cosas. De forma esperanzadora esto, por lo general, le puede permitir al paciente una mejor calidad de vida.

La terapia y el proceso

En relación al proceso terapéutico, es menester hacer revisión y examen acucioso de las respuestas del paciente. Permitir dudar de las reflexiones no egoístas del cliente, es parte de la objetividad del terapeuta. Según LeShan (1994), cuando las respuestas de un cliente encierran un aparente altruismo, probablemente esté auto engañándose.

En relación a flexibilidad de un enfoque o modelo terapéutico, LeShan (1994) señala que si la terapia no alcanza su objetivo, esta debe ceder el paso en su aplicación en relación a su visión o enfoque, mas no en el acompañamiento brindado por el terapeuta; el proceso terapéutico se sigue junto al paciente, validando la singularidad de cada persona. Se sostiene que un enfoque específico, debe brindar propuestas en plena conciencia con las características individuales del sujeto con quien se trate.

Musicoterapia

La mirada musicoterapéutica que fue guiando el proceso de práctica, va de la mano de un modelo y de un par de enfoques musicoterapéuticos fundamentales de dicha experiencia. Ellos son:

- El Modelo Benenzon, considerando su mirada biomédica enlazado y sintetizado con su orientación filosófica del concepto “sonido-ser”, además de su abordaje; sus métodos, técnicas, encuadre, protocolos, etc
- El Enfoque musicoterapéutico de Gustavo Gauna, referido a su fundamentación, su visión humanista y perspectiva terapéutica, en razón del diagnóstico y proceso musicoterapéutico.
- El Abordaje Plurimodal, en razón a su aplicación algunos métodos y técnicas, referidos principalmente a la improvisación musical y el uso de canciones;

Previamente se definirán algunos conceptos con relativos a la disciplina

Definiciones de Musicoterapia

Musicoterapia según la *National Association for Music Therapy* (NAMT):

El musicoterapeuta Kenneth Bruscia (2007), hace cita de la definición de musicoterapia de la NAMT, definida como: “*La musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos*”

terapéuticos: la recuperación, conservación y mejoría de la salud mental y física” (NAMT 1981 p.1).

Musicoterapia según Benenzon:

En razón de la definición, el psiquiatra Rolando Benenzon (2011), sienta sus propias bases sobre lo que él define como musicoterapia:

“Una psicoterapia que hace uso del sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoro-musicales, que posibiliten una comunicación entre musicoterapeuta y el paciente, facilitando una mejor calidad de vida y que encausa la recuperación y rehabilitación de éste” (p. 25).

Benenzon (2011), recalca que la musicoterapia es un campo de la medicina que persigue abrir dichos canales de comunicación con el fin de producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en el paciente y en la sociedad.

Definición de Musicoterapeuta y cliente según Kenneth Bruscia

K. Bruscia (2007) define al cliente como:

“La persona que necesita o busca ayuda de otra persona debido a una amenaza de su salud, ya sea real, imaginaria o potencial, misma que puede ser de naturaleza física, emocional, mental, conductual, social o espiritual” (p. 19).

La definición de musicoterapeuta, según Bruscia (2007), indica que:

Un musicoterapeuta debe tener suficientes conocimientos y competencias para brindar el servicio (...). El musicoterapeuta utiliza sus recursos con el fin de brindar al cliente la

oportunidad de recibir empatía, comprensión, valoración y remedio; de expresarse, comunicarse e interactuar en forma verbal y no verbal, de retroalimentarse sobre sí mismo.

(pp 18-19)

En razón de lo anterior, los términos de cliente, paciente o usuario serán entendidos de la misma forma dependiendo del modelo o enfoque utilizado, refiriéndose expresamente a la persona que acude por la ayuda y apoyo que pueda brindar el terapeuta.

Modelo Benenzon

El modelo Benenzon (2011), sustenta principalmente sus bases sobre la teoría de Freud, Jung, Lorenz, Winnicott, Watzlawick y Fiorini, articulando un enfoque biomédico y psicológico, al cual se han integrado fundamentos de la educación musical basada en autores como: Willems, Dalcroze, Kodaly, Orff y Martenot.

Este modelo sostiene que previos a la creación del sonido musical, se encuentran los fenómenos acústicos sonoros naturales dados por las vibraciones y el movimiento desde la génesis de la vida en la concepción del ser humano, bajo un ciclo de movimientos y vibraciones permanentes (flujo sanguíneo, crujir de las paredes uterinas, ruidos intestinales, murmullos voces, la respiración, el corazón de la madre). El sonido, la vibración y el movimiento han estado desde siempre con el ser humano.

El modelo Benenzon postula algunos conceptos fundamentales que guiaron el proceso terapéutico que, en parte, brindaron forma y estructura al diseño de sesiones relacionadas en la

conceptualización musicoterapéutica. Ligado a ello, podemos destacar sus fundamentales conceptos:

Canales de comunicación

Acerca de los canales de comunicación, Benenzon (2011) sostiene que es relevante pensar en una serie de metodologías y técnicas musicoterapéuticas que la posibiliten, concebida en términos circulares. Los elementos fundamentales de la comunicación son: *La señal* como impulso en tránsito; *El signo* como parte circunscrita de una acción; *El símbolo* como artificio extraorganístico expresado en una serie de acciones, con el fin de transmitir mensajes.

En esa dirección, el mensaje guarda un relato entre:

- los órganos sensoriales del receptor,
- el aparato evaluativo y la toma de decisiones,
- el emisor y sus órganos efectores
- y el alojamiento del aparato de comunicaciones.

Benenzon (2011), establece que la figura del terapeuta es quien: “conduce la comunicación de tal manera que el paciente se vea expuesto a situaciones de intercambio de mensajes que eventualmente producirán relaciones sociales más gratificantes” (p.40). Esto es considerado la piedra angular en las bases de la comunicación entre paciente y terapeuta.

En ese sentido Benenzon atiende lo señalado citando a Watzlawick (1985), quien refiere que no hay posibilidades de no comunicarse. El autor afirma que las formas de comunicación de la musicoterapia posibilitan una apertura a un mundo de comunicación no verbal.

En términos de mensaje y comunicación en la terapia, desde una base psicoanalítica Freudiana, Benenzon (2011) sostiene que el funcionamiento energético de la mente humana, en razón de la comunicación, provienen desde el inconsciente, pasa por el preconscious y puede alcanzar o no niveles del consciente.

Benenzon (2011) afirma que el ISO Gestáltico y el Universal están en el inconsciente, mientras que, el ISO grupal, el cultural y el complementario están a nivel preconscious. En ese sentido las energías de la comunicación extrapsíquica del inconsciente no son conscientes entre individuos, pero refuerzan la comunicación en el contexto no verbal.

La musicoterapia se desarrolla como un proceso histórico vincular entre el terapeuta y paciente (o grupal) de forma no-verbal. Benenzon (2011) sostiene que el proceso terapéutico como el desarrollo de ciclos que requieren numerosos encuentros que configuran un proceso, una trayectoria y un final. El vínculo entre terapeuta y paciente es algo en construcción.

Fundamentos biológicos

Algunos efectos biológicos, sostenidos por Benenzon (2011) acerca de la música sobre el ser humano son (p.52):

- Incrementar o disminuir la energía muscular
- Acelerar o alterar la respiración
- Respuesta fisiológica: Variabilidad en el pulso, presión sanguínea, función endocrina
- Reducir o retardar la fatiga
- Aumentar la actividad voluntaria en ciertas acciones, escribir, extender los reflejos, dibujar, etc.

- Favorecer cambios en los trazados eléctricos del organismo y modificaciones metabólicas y de procesos enzimáticos.

Fundamentos psicológicos

Se establece que los estímulos sonoros poseen profundos efectos regresivos en la vida de cada ser humano y también articulan el engrama mnémico del ser en gestación, construyendo un armado genético en lo cultural. En ese sentido, los sonidos y música de un ser humano en gestación que configuran una suerte de *imprinting* (Lorenz 1935-1937), en continuidad a ello, Benenzon (2011) establece que las preferencias musicales del adulto tienen que ver con que lo ponen en relación directa cercanía con aquellos estímulos con los que alguna vez se conectó desde lo que sería un *imprinting* sonoro en la vida prenatal (p. 56 y 57). Benenzon (2011), establece que los sonidos pueden evocar y producir asociaciones en función de nuestras memorias, siendo perturbadoras o placenteras, pero también maleables.

Identidad Sonora (ISO) del Modelo Benenzon

Benenzon (2011) establece el ISO como “Un conjunto de energías sonoras, acústicas y de movimiento que pertenecen a un individuo y lo caracterizan” (p.67) enfatizando que cada individuo es contenedor de energías sonoras heredadas por medio de estructuras genéticas vibratoriales, gravitacionales y sonoras desde la gestación con una génesis *in útero* hasta la vida adulta, construyendo una identidad corporo-sonora–musical que lo hacen único y que lo diferencian de otros.

Benenzon distingue cuatro estructuras energéticas del ISO:

- ISO Universal: energías corporo-sonoro-musicales albergadas en el inconsciente con una herencia milenaria y asumido por el ser humano. El mínimo común denominador para Oriente y Occidente es el ritmo binario propio del latido cardíaco, tiempos de inspiración y espiración, flujo sanguíneo, la pentafonía, etc.
- ISO Gestáltico: energías corporo-sonoro-musicales que habitan en el inconsciente, pero que se van desarrollando a partir de la historia del individuo en conjugación con el medio y sus estímulos desde la concepción; en los primeros movimientos del embrión, el contacto y movimiento del espermatozoide con el óvulo.
- ISO Cultural: energía corporo-sonoro-musical que forman parte del preconscious, que es asumida a partir del nacimiento del individuo por influencia del medio que lo envuelve y transferida por el folclor, la cultura y la familia
- ISO Grupal: energía corporo-sonoro-musical que pertenece al preconscious, propia de un grupo. Es cambiante. Requiere de tiempo para que los sistemas expresivos se establezcan.

Otros conceptos importantes que sostienen este modelo son:

Objeto intermediario

En relación al concepto Objeto Intermediario acuñado por J. Bermúdez (1966) desde el psicodrama, Benenzon (2011) lo incorpora como aquel objeto que permite la transferencia de energías de la comunicación corporo-sonoro-musical, que puede ser adaptable al sujeto. Se aclara que:

- Posee asimilabilidad, otorgándole identidad propia;
- Instrumentabilidad, se vuelve una prolongación del sujeto;

- Identificabilidad, de rápido reconocimiento.

Benenzon, (2011) evidencia un distingo; en el concepto Objeto Intermediario en psicodrama y al mismo concepto en musicoterapia, dado que el instrumento musical posee una identidad sonora y situación vital, lo que le brinda otra dimensión. Objeto Intermediario y el musicoterapeuta ven favorecida su ISO de forma vincular.

Objeto integrador

Benenzon (2011) sostiene que, es aquel instrumento corporo-sonoro-musical que permite que dos o más personas puedan establecer una comunicación de forma fluida y simultánea: Si el objeto intermediario genera más de dos canales de comunicación de vuelve un Objeto Integrador. Los Objetos Integradores están vinculados generalmente con instrumentos de percusión, principalmente membranófonos.

Espacio vincular:

Benenzon (2011), indica que dicho espacio está referido al espacio entre dos personas donde se encuentran y articulan las energías de la comunicación. Si dichas energías que no interaccionan, lo vuelve un espacio que es sólo virtual.

Tiempo terapéutico:

Según Benenzon (2011), corresponde a la temporalidad corporal y biológica entre paciente y musicoterapeuta, dada en un espacio vincular construido que propicia una comunicación entre ambos. Para ello, es preciso que los tiempos de paciente y musicoterapeuta se amalgamen y armonicen, produciendo el feedback o retorno de la retroalimentación (p.79).

Distancia óptima:

Determina una medida entre el grado de proximidad entre musicoterapeuta y paciente que facilite la buena recepción de los mensajes enviados en ambas direcciones. Benenzon (2011), sostiene que, dicha distancia está relacionada con la territorialidad de cada uno, por tanto, el espacio vincular no se ve afectado si no es invadida la territorialidad del otro. El movimiento, la música y el sonido alcanzan al otro y no requieren tocarlo. La distancia óptima es algo que varía gradualmente.

Gabinete musicoterapéutico:

Benenzon (2011), refiere a la existencia de una sala acondicionada para el uso del quehacer musicoterapéutico. Dicha aula debe estar aislada acústicamente para cuidar lo que ocurre adentro, en términos sonoros, y lo que proviene del exterior, permitiendo libertad al interior.

Instrumental:

Benenzon (2011) establece que aquellos elementos que pueden ser utilizados para producir movimiento, sonido y vibración, que puedan permitir la entrega de mensajes. El instrumental puede corresponder a todo cuerpo; incluyendo el uso de la voz y las partes del cuerpo, a los instrumentos musicales convencionales, primitivos y folclóricos tanto acústicos como electrónicos, a los objetos cotidianos, a los objetos de la naturaleza y a los que pueden ser creados. El autor sostiene que: “Es fundamental su forma, su textura, su calidad, su temperatura o la que adquiere al empezar a tocarlo, frotarlo, rasparlo, golpearlo, soplarlo, moverlo y su propia sonoridad” (Benenzon, 2011, p. 89).

El proceso terapéutico y el enfoque ha considerado este modelo básicamente por sus aspectos referenciales y fundamentales en sus bases, sin embargo la práctica musicoterapéutica del caso presente, utiliza elementos tanto de lo verbal como de lo no-verbal.

Para el autor, el *complejo no-verbal* de Benenzon (2011) se refiere:

A todo el conjunto de elementos sonoros musicales y de movimiento y a los fenómenos acústicos que producen principalmente efectos regresivos, limitando el término de efectos regresivo genéticos (...) un ejemplo de esta clase de sonidos es el latido del corazón (p.91-92)

Ficha musicoterapéutica:

Benenzon (2011) señala que corresponde a un documento específico para la obtención de datos relevantes del paciente, aplicado al inicio del proceso, que hace alusión a aspectos de su vida en términos sonoro-musicales. Permite conocer situaciones relevantes de la historia del paciente. Aproxima al musicoterapeuta al mundo del paciente, utilizándolo como material para abrir el diálogo que facilite la expresión del paciente.

Sesión de musicoterapia:

Para el modelo Benenzon (2011), el Mt debe desplegar sus capacidades comunicativas a nivel no-verbal, la apertura de canales, comprensión de los canales regresivos del paciente, capacidad de uso de objetos intermediarios e integradores.

La sesión comprende tres etapas:

- Primera etapa: caldeamiento y catarsis. El caldeamiento, corresponde al conjunto de acciones para preparar a un sujeto para que se encuentre en condiciones óptimas. La catarsis, corresponde a la canalización de energías físicas y psíquicas.
- Segunda etapa: percepción y observación del encuadre no-verbal, con el fin de abrir canales de comunicación
- Tercera etapa, diálogo sonoro, pleno efecto terapéutico, donde se re- elaboran pautas dinámicas del psiquismo del paciente, sensaciones gratificantes.

Finalización de tratamientos:

En la finalización de Tratamientos Musicoterapéuticos, por su propia naturaleza, son un hecho sensible, asegura Benenzon (2011), quien sostiene que hay una analogía relacional materno-infantil de forma reeditada, analógicamente frente a las figuras del terapeuta y el paciente. En ese sentido, establece que es un proceso cuidadoso y delicado.

En esta etapa el Mt debe considerar cuidadosamente lo siguiente:

- Intensificar la verbalización, en forma de comentarios con respecto al proceso, experimentación de cambios vividos desde el paciente; las sensaciones vivenciales
- Consignas progresivamente directivas; uso de canciones con mensaje de despedida, duelo, etc.
- No se descarta la reincorporación del paciente, ya sea a retomar el proceso más adelante o a iniciar una nueva indicación terapéutica.

Transferencia y contratransferencia

En relación a la transferencia en musicoterapia, Benenzon (1998) refiere que es: “La actitud del paciente de repetir, en la figura del musicoterapeuta, los mismos episodios ocurridos

primitivamente en la historia de su relación materno-paterno-infantil. O sea, poner en el presente el pasado” (p.70). Agregando que dicha característica de la *compulsión a la repetición*, se manifiesta de forma permanente sesión tras sesión. Las vicisitudes de reeditadas por el paciente despiertan el fenómeno contratransferencial en el musicoterapeuta. La contratransferencia en musicoterapia, según Benenzon (1998) es: “el sentir del musicoterapeuta del impacto que la transferencia hizo en su inconsciente” (p.71). El autor refiere que la contratransferencia es la transferencia del paciente más las propias experiencias pasadas del Mt y que sólo será posible se percibir y concientizar en la medida que el Mt se permite retornar a sus experiencias pasadas, acercándolo más al paciente.

Es vital, indica Benenzon (2016), que el Mt tenga un apoyo psicoterapéutico y además de una supervisión musicoterapéutica para con su labor. Por otra parte, Benenzon (2011), destaca que el Mt también enfrenta episodios regresivos relacionados a la muerte, por tanto es importante que elabore, reconozca y reflexione durante todo el proceso lo que le ocurre.

Benenzon (1998), expresa que el Mt debe usar técnicas que permitan resguardarse de sus propias situaciones transferenciales, que no siempre le será factible diferenciarse de las contratransferenciales.

Enfoque Musicoterapéutico de Gustavo Gauna

El Diagnóstico Musicoterapéutico

Desde la visión de G. Gauna (2009), el diagnóstico en musicoterapia es: "aquella construcción de un espacio nuevo para dos, en donde el musicoterapeuta permite un proceso de descubrimiento

de diferentes tipos de materiales, sobre todo sonoros, y en donde todas las expresiones del paciente son apoyadas sonora y corporalmente" (p.101).

En relación a la etapa diagnóstica, Gauna (2004) se refiere a la labor terapéutica como un espacio de apoyo con una perspectiva lo más amplio posible en lo físico, lo familiar, lo sociocultural y todo lo circundante, además de todos los aspectos que forman parte de la vida de la persona quien solicita ayuda. De esta forma, la persona, primeramente, será abordada desde una perspectiva específica, atendiendo qué es lo que le sucede y lo tiene mal.

En relación a la musicoterapia y el método científico para la elaboración de conocimiento del diagnóstico, y desde la expertiz musicoterapéutica, es necesario situar el reconocimiento de elementos que contribuyan en el proceso para formular la terapéutica recomendada. En este sentido, Gauna (2004) afirma que no se puede desconocer:

- Cuáles son aquellas instancias que no podemos negar en el devenir del conocimiento del otro que sufre
- Cuáles son los recursos que podemos poner en juego desde la epistemología y desde la práctica musicoterapéutica, para construir una aproximación ética y estética al sufrimiento del otro.

Gauna (2004) sostiene que desde la musicoterapia existen nutridas visiones acerca del diagnóstico citando y que pueden ser consideradas para el posterior abordaje terapéutico, una de ellas, la de Basutto (2001-2002) menciona:

- “La sesión inicial del diagnóstico está planeada para obtener el rapport y ubicar al paciente en una situación de improvisación. Es esencial la presentación de los medios musicales e instrumentos
- Las improvisaciones son analizadas musicalmente acorde a seis perfiles, cada uno de los cuales focaliza sobre un proceso musical particular. Los seis perfiles son: integración, variabilidad, tensión, congruencia, saliencia y autonomía. Los criterios para todos los perfiles forman un continuo de cinco gradientes o niveles, yendo de un extremo o polaridad al opuesto.
- Los perfiles del diagnóstico improvisacional, han sido diseñados para proporcionar insights al terapeuta sobre el paciente que facilitarán el proceso terapéutico” (Gauna, 2004, p.17).

En relación al lenguaje y la comunicación dentro del proceso terapéutico, Gauna (2004) establece que: “El lenguaje tratado conceptualmente implica un intento de acercamiento a ‘la verdad’. El lenguaje pensado formalmente abre espacios que cierra posteriormente como necesidad para una nueva e infinita apertura” (p.25). En razón de lo anterior: “La musicoterapia, al actuar sobre los *aspectos vivenciales*, no reedita una historia a partir de la búsqueda de contenidos, sino que crea otra historia, ni anterior ni posterior; otra, que se funda en *aspectos formales*” (p.25).

La Luz y la Sombra del Sujeto

En relación a aquellos aspectos del ser humano que requieren un tiempo para ser abordados, que no están listos para ser tratados aún en un proceso terapéutico, Gauna (2005) sostiene que:

“La sombra es el contorno. Aquella instancia de lo mío. Es la incertidumbre de lo propio que me forja como sujeto (...) que es lo que nunca debe ser desenmascarado sin nuestro permiso. He allí el carácter sádico de una sociedad, cuando desenmascaran lo sombrío de sus indefensos” (p. 24).

En esa misma dirección, Gauna (2005) sostiene que es posible ubicar lo oscuro como: “Lo interno del contorno de la sombra. Es aquello que aún ‘que aún no dice’ ”. (p. 27).

El autor sostiene que, esto no corresponde tanto al inconsciente reprimido, sino que a lo que le es propio al sujeto y que aún no es reconocido como parte del discurso.

Aquello que es manifestado directamente y expone el paciente, es una intromisión violenta al espacio del sujeto, según lo expresado por Gauna (2005), lo sombrío es aquello en donde manifiesta su existencia y donde no se explicita lo aún no reconocido, que se encuentra en el relieve de su devenir en construcción de un sentido. “Lo sombrío es el espacio de la función simbólica. No sólo como revelación de aspectos del inconsciente en el sentido freudiano, no sólo como aquello que se proyecta en el todavía-no, en un sentido jungiano”. (p. 28)

La postura y el tono muscular

Gauna (2005), citando a Wallón, refiere que: “Las emociones, esencialmente función de la expresión, función plástica son una formación de origen postural y tiene por material el tono muscular (...) De cualquier sensibilidad que parta esta pequeña excitación, sus efectos pueden ser multiplicados por el estado de tensión tónica que resulta de las otras sensibilidades” (p. 31).

En otras palabras, el cuerpo evidencia lo que ocurre en el interior, ya sea por estímulos interoceptivos, propioceptivos, exteroceptivos.

Comunicación y expresión

Gauna (2005), señala que: “los aportes de la musicoterapia, tienden a sustentar el hecho de entender a lo expresivo como ‘un decir constructor de sentido’, en donde no solamente las cosas son dichas, sino que sobre todo, son vivenciadas en un marco simbólico” (p. 43). En función de esto, en el contexto sonoro-musical, toda expresión comunica, incluyendo el silencio como una manifestación que merece ser respetada, esperando y permitiendo que sea transformada en lenguaje. Es necesario simbolizar las situaciones dolorosas en un espacio simbólico para poder construir esa posibilidad dialéctica del hablar con uno mismo.

Abordaje Plurimodal en Musicoterapia (APM)

El enfoque del APM, es conocido por ser una integración varias líneas teóricas de musicoterapia. Según relata Carrascosa (2012), ésta nace en la década de los noventa y acopia varias miradas de la Musicoterapia, destacando en enfoque Analítico de Marie Priestley, entre otros autores como Bruscia, Mendes Barcellos, Chagas, Negreiros, Milleco, Robbins, Aigen, Garred, entre otros.

Algunos fundamentos del APM se cimientan sobre una base de conceptos tales como evidencia Carrascosa (2012):

- Entender al ser humano como un sujeto con varias dimensiones; bio-psico-socio-espiritual
- Incluir la concepción de “Ser en la música”

- Contemplar que todo individuo tiene un registro total de su experiencia de vida, que condiciona su presente y su futuro
- Entiende que el ser humano forma parte de la idea de matriz sonora del inconsciente
- Considera que el encuadre es el elemento básico para el desarrollo y despliegue del proceso musicoterapéutico
- Adhiere al concepto de contratransferencia musical, entre otros fundamentos.

Para su aplicación el APM contempla cuatro ejes vitales:

- **El trabajo con canciones**
- La improvisación Musical terapéutica
- El uso selectivo de la música editada
- La técnica de Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido (EISS)

En el caso de la presente monografía se ha considera útil el uso del primero de los cuatro ejes mencionados.

El trabajo con canciones

Shapira (2007), refiere a que la canción ha estado desde siempre, que forma parte de nuestro cotidiano vivir y que es un reflejo de la cultura en que estamos insertos. La canción va contando historias, sentimientos y situaciones, volviéndose parte de nuestra propia historia sonora.

La canción es muestra de un mensaje y por tanto un significado, pero un significado musical o “musicante”, como señalase Millenco citado por Schapira (2007). En continuidad a esto, Schapira refiriere que hay dos formas de recuerdos. Uno es el *recuerdo exterior*, desencadenado

por un estímulo musical externo, dado por la audición reciente de la canción o por la escucha de un intervalo que la evoque una determinada canción. Por otro lado, está el *recuerdo interior*, dado por el flujo libre de pensamientos, la libre asociación que, en un momento determinado se inserta en la cadena de significantes y que trae consigo una canción.

Del trabajo con canciones destacan la Exploración de Material, Creación, Dedicatoria, Asociación Libre Cantada, Canto Conjunto, Canción Personal, entre otras. Para el presente caso de hace referencia a las dos primeras:

Exploración de material

Esta técnica comprende dos momentos. Schapira (2007), sostiene que, el primero se hace en la sesión previa, al solicitarle al paciente que traiga una canción la para la próxima visita, que guarde pertinencia con los objetivos y con la parte del proceso que se está desarrollando. Posteriormente, en el segundo momento, es escuchada por el paciente y el Mt. En esa dirección también se realiza un doble efecto, por un lado comprometer al paciente con su propio proceso y por otro lado, propiciar la experimentación de emociones y recuerdos en beneficio de propio paciente.

Schapira (2007) cita a K. Bruscia (1998), indicando que, de esta forma operan tres componentes:

- La elección de la canción
- La experimentación de la escucha
- El procesamiento posterior.

Creación

En el Abordaje Plurimodal, Schapira (2007) sostiene que la técnica de la Creación puede ser hecha por el paciente en donde el Mt colabora para en favor de los objetivos terapéuticos. Se puede partir desde una base rítmica y armónica para sostener un canto, o bien se puede modificar el texto, el ritmo o la melodía a una canción ya existente. También una canción puede ser consecuencia de una Asociación Libre Cantada. De todas formas, siempre implica un proceso que generalmente incluye más de una sesión, lo que la diferencia de la Improvisación. Además implica un estrecho trabajo colaborativo en la alianza paciente - terapeuta.

En ambos casos, la Exploración de Material y la Creación, implican zambullirse en la exploración de la emoción y un recorrido por lo que se desea poner en la terapéutica.

Jorge Zain – Musicoterapia Vibroacústica

Baño Sonoro

El concepto y la noción de baño sonoro es citada por el Musicoterapeuta Jorge Zain, quien ha incluido en su trabajo los cuencos tibetanos y otros instrumentos de tonos puros. Zain (2014), haciendo referencia a Didier Anzieu (1976), remite a la denominación de *baño sonoro* a aquellos sonidos, ruidos, palabras y músicas que rodean al bebé, debido al cuidado y sostén que se brinda. Posteriormente, este concepto se expande en lo ancho de su uso, en favor de la disciplina musicoterapéutica.

Para Zain (2014), en Musicoterapia Vibroacústica, se hace referencia a este concepto como una técnica, en donde el terapeuta usa su voz y los instrumentos musicales, cuya forma de ejecución no es agresiva, en favor de un paciente que se encuentre en estado receptivo,

idealmente recostado y con los ojos cerrados. El cuidado y el sostén que brinda el terapeuta al paciente son claves a la hora de entregar una experiencia segurizante, donde la persona pueda probar y sentir de manera placentera y relajadamente un bienestar a nivel físico y emocional.

Zain (2014) refiere que, es importante favorecer la confianza en la persona, el vínculo con el paciente es vital. Para segurizar al paciente, puede ser apropiado tocarle el hombro suave, cuidadosa y respetuosamente. No se recomienda trabajar con pacientes psicóticos.

Musicoterapia en Paciente Oncológico Terminal

A partir de una enfermedad como el cáncer, Benenzon (2011) señala que es propio del padecimiento, la aparición de una serie de fenómenos psicológicos que forman parte del individuo y sus circunstancias. La situación, en el paciente evidencia: “aislamiento, regresivos, melancólicos (...) en sus familias, provoca una serie de reacciones como, por ejemplo, ansiedad, angustia, marginación y movimientos de los núcleos melancólicos y paranoicos”. (p. 225)

Benenzon (2011) destaca que lo más vital es:

- Acompañar al paciente hasta el fin de sus días en una forma digna y gratificante
- Contribuir en la disminución de las complicaciones de este período de la vida. Afrontar las crisis depresivas o paliar los efectos del dolor.
- Reunir al grupo familiar a fin de contener las ansiedades producidas por este tipo de enfermos y mantener esa continencia después del fallecimiento del paciente.
- Crear un sistema de comunicación diferente y un código de ética entre profesionales, institución, paciente, grupo familiar y comunidad. (p. 226)

En el contexto de pacientes terminales, existen múltiples variables que incluyen un cambio de encuadre musicoterapéutico a nivel temporal y espacial, de forma continua. Esto requiere flexibilidad del encuadre, intuición del musicoterapeuta acerca de la adecuación de personas y situaciones emergentes en las sesiones (familiares y amigos) y creatividad para enfrentar esos desafíos.

Por otro lado, se sugiere el uso de instrumentos portátiles y de fácil dominio. También, se señala que lo apropiado es procurar trabajar con el lado sano del paciente que “compensará el lado o zona afectada” (Benenzon, 2011, p. 233).

Algunos aspectos importantes, que destaca Benenzon (2011), y que se debiesen considerar son:

- Conocimiento, indagación y verificación de los sonidos significativos y de rechazo, placenteros o dolorosos
- Adherencia del paciente; de actitud activa o receptiva del paciente (toma iniciativa o no)
- Para cada paciente se elabora un modelo de plan terapéutico único; heterogeneidad de cada paciente

Bruscia (1997) se refiere a la Musicoterapia Paliativa, en donde terapeuta y cliente colaboran conjuntamente por un período determinado haciendo uso de experiencias musicales, donde las relaciones que se desarrollan a partir de estas experiencias son un medio para examinar y trabajar aspectos que surgen durante el transcurso de los estados terminales.

Gonzalez (2014), plantea lo que ella misma denomina Musicoterapia Paliativa (MP) que:

Comprende el abordaje multidimensional e integral del paciente, en donde se ponderan intervenciones efectivas – afectivas, que tiendan al alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en las personas que sobrellevan enfermedades crónicas, avanzadas, progresivas, incurables y potencialmente mortales a corto o mediano plazo, mejorando la calidad de vida del paciente y sus familiares, por medio de la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta entrenado (p. 71).

Recalca que esto incluye a personas de todas las edades, en una etapa progresiva avanzada e incurable.

En la aplicación práctica de la musicoterapia con pacientes terminales, Benenzon (2011) sugiere estrategias que pueden ser de utilidad en el proceso:

- Grabación de la propia voz en canto y recitado
- Entonación y recitado de canciones
- Utilización del canto hablado
- Selección de canciones del repertorio folclóricas y de música nacional y extranjera
- Acompañamiento instrumental de canciones
- Improvisación corporal rítmica
- Improvisación instrumental
- Registro de sensaciones corporales asociadas a audiciones musicales
- Toma de contacto con zonas corporales dolorosas y sus sonidos propios
- Reconocimiento de los mismos
- Lectura por parte del terapeuta del lenguaje gestual y del tono corporal del paciente (pp. 234-235)

Benenzon (2011) sostiene que, el vínculo entre terapeuta y paciente se construye desde el conocer al paciente y generar auténticos espacios de equilibrio, lo que facilita incluso mantener la integralidad del paciente en momentos difíciles que incluyan incluso su lecho de muerte.

Proceso Terapéutico

Caso de C

Contexto

En el mes de junio del 2017, en medio del proceso de práctica profesional, se toma contacto con C, quien es afectada por un cáncer por segunda vez. La paciente ya había sido afectada y tratada anteriormente por un cáncer de mama durante los años 2014 y 2015, con un pronóstico que, para ese entonces, era favorable.

En el año 2017, C se encontraba en pleno proceso de reconstrucción mamaria cuando una metástasis pulmonar fue detectada, siendo pesquisado por especialistas del Hospital de La Florida y posteriormente corroborado y desahuciada por especialistas en oncología de la Fundación Arturo López Pérez.

La expansión del cáncer, para ese entonces -al inicio del proceso de musicoterapia- correspondía a una metástasis pulmonar nivel IV, que, por desacuerdo de C, con los efectos de las quimioterapias anteriormente recibidas y la mastectomía total, declina recibir este nuevo procedimiento paliativo.

Desde la musicoterapia ligada a los tratamientos oncológicos terminales, se establece una práctica que invita al paciente -y en oportunidades también a su familia- a generar espacios terapéuticos para favorecer la propia expresión emocional como una vía que promueva cambios y apoyo en virtud de su bienestar, acompañando y conteniendo durante el tiempo restante no sólo al paciente, sino también a su familia, permitiéndoles crear canales de comunicación más fluidos y no esclerotizados.

Presentación del caso clínico:

Identificación:

Nombre: C

Género: Femenino

Fecha de nacimiento: 16-07-1960

Edad: 57 años

Escolaridad: Superior incompleto

Estado civil: Casada (en segundas nupcias)

Inicio del proceso terapéutico: 04/07/17

Última sesión: 28/08/17 más posteriores instancias en funeral e hitos con familiares de C

Fecha de fallecimiento: 07/09/17

Antecedentes familiares

C era dueña de casa y tenía estudios inconclusos como instructora de Yoga, debido a la aparición del cáncer de mama el año 2014, obligándola a abandonar los estudios.

Vivía en la Ciudad de Santiago, junto a su grupo familiar, que en ese entonces se encontraba constituida por su marido en segundas nupcias y el hijo menor de éste.

C era hija de un total de cuatro hermanos, donde era la única mujer. Concordante a lo anterior, de su primer matrimonio, tuvo 4 hijos: tres hombres y una mujer. Dichos hijos, todos mayores de edad, la visitaban con cierta regularidad. Uno de ellos, el mayor, se involucró férreamente con el proceso.

La madre de C, es una mujer mayor, dueña de casa, que colaboraba y asistía todos los días a ayudarla a su casa. De esta forma el cónyuge de C podía realizar diligencias administrativas de la paciente (con o sin ella). C, indicaba que su mamá era muy dedicada y le colaboraba.

El padre de C, un hombre mayor, técnico de una importante marca de máquinas de escribir, que con la salida de estos productos del mercado, jubiló. Mantuvo buenas relaciones con C. se le veía mayormente, silencioso, reservado y cauteloso.

El marido de C trabaja para una empresa externa a un importante Banco en Santiago y durante el último tiempo ha hecho uso de licencias médicas para poder estar más tiempo y dedicarse a las labores domésticas y el cuidado de C, incluyendo las visitas y trámites médicos a realizar.

La situación delicada de salud de C demandaba una gran cantidad de esfuerzos aunados entre algunos familiares, donde su marido y el hijo mayor de la paciente coordinaban turnos para realizar trámites y cuidados de la paciente durante el último tiempo.

El segundo matrimonio de C y su respectiva ceremonia, se efectuó el 16 de junio del 2017, casi tres meses antes de fallecer. Era una relación que ya llevaba 17 años de duración. El hito generó mucha desconfianza y tensiones por parte de los hijos de C hacia el marido de C. Todo esto tuvo su contrapunto con los padres de C, sus hermanos y sobrinos. Dicha situación deja entrever sus repercusiones sin hacer mayor mella en los objetivos mancomunados del grupo familiar, donde cada uno ocupará un rol. Sí se apreciaron tensiones en decisiones médicas entre el hijo mayor de C y el marido de C.

En relación a su última voluntad, C había conversado con sus hijos lo que deseaba para su funeral, y lo había dejado expresado legalmente. Esto incluía que su cuerpo fuese cremado, puestas las cenizas en tierra y que sobre éste, se plantara un árbol, Palto Negra de la Cruz. Esto no ocurrió del todo así. Si bien los hijos respetaron la cremación- algo de mucha controversia para toda la familia- éstos finalmente decidieron llevar las cenizas a la playa y esparcirlas en un lugar significativo para la familia. Posteriormente, tres meses más tarde, el domingo 10 de diciembre del 2017, el marido de C realizó un ritual simbólico de lo solicitado por C, donde pide la participación del musicoterapeuta en práctica para que cante una de las adaptaciones líricas que C realizó en su última sesión, la canción “Y da Amor”

Antecedentes clínicos

El año 2014, se le descubrió a C cáncer de mama, realizándose una mastectomía total. Todo esto fue atendido y tratado en el Hospital de la Florida, donde se realizó la quimioterapia, mientras que en la Clínica RadioNuclear de Providencia se le efectuaron las sesiones de

radioterapia respectivas. Paralelamente se hicieron las consultas médicas en la Fundación Arturo López Pérez y en el Instituto del Cáncer de la U.C.

Tras el proceso de mastectomía, C queda sujeta a seguir un tratamiento de hormonoterapia por 5 años, quedando citada a controles periódicos.

En mayo del 2017, cuando se encontraba en el proceso de reconstrucción mamaria, un delicado estado de salud le obliga a consultar en el Instituto del Cáncer del U.C. descubriéndose una metástasis pulmonar Nivel IV. Es ahí cuando queda completamente desahuciada en el Hospital de la Florida. En ese entonces los médicos especialistas le proponen un tratamiento de quimioterapia paliativo.

Junto a todo lo anterior, C participó en la Corporación Cáncer de mama Chile: YO MUJER, Institución que le brindó la posibilidad de tener apoyo y atención psicológica y de terapias alternativas y/o complementarias como Flores de Bach, Clases de yoga, talleres de cuidados postoperatorios, y talleres de encuentro con la familia.

Tras ser desahuciada en mayo del 2017, C decide no tomar por segunda vez un tratamiento alópata y opta por entregarse por completo a las terapias alternativas, de la mano de técnicas como la Acupuntura y la Moxibustión en la Escuela Neijin en la comuna de Providencia y Reiki en el Academia de Terapias Alternativas Kheper de La Florida.

Frente al diagnóstico médico, la decisión de C. de tomar un tratamiento alternativo como única vía a lo venidero, abrió paso a cierta controversia y resistencia por parte de algunos integrantes del grupo familiar, los cuales finalmente accedieron.

El proceso Musicoterapéutico fue iniciado en la consulta particular del alumno en práctica. Desde la quinta sesión en adelante todas se realizaron en el domicilio particular de C, por su dificultad para desplazarse en la medida que la enfermedad fue avanzando. Cabe señalar que desde el comienzo, este proceso fue entendido como una instancia de acompañamiento terapéutico para una paciente terminal, el cual finaliza con el fallecimiento de C.

El proceso contempló métodos musicoterapéuticos receptivos, como: música seleccionada para las inducciones y aprestos corporales, baños sonoros, escucha de canciones. También se utilizó métodos activos, tales como: la improvisación y el uso de canciones en la creación y la adaptación de texto.

El hijo mayor de la paciente, junto al marido de C, son quienes se encargaron habitualmente de la medicación, la coordinación y planificación de los tratamientos paliativos a cargo de un servicio de asistencia a domicilio de HELP, que es contratado para las eventualidades. También se coordinaron ayudas desde el consultorio más cercano, quienes asisten constantemente a visitar a su domicilio a la paciente.

Estos últimos cuidados paliativos sólo consistieron en tratar de mantenerla en las mejores condiciones; ya sea hidratada y con el menor dolor posible. Por ello, se le incrementan gradualmente las dosis de morfina clorhidrato, en la medida que pasaban las últimas semanas.

Antecedentes musicales

En la primera sesión se realiza la aplicación de una ficha de la historia sonoro-musical, donde se evidencian preferencias musicales propias de C, las familiares, los sonidos que marcaron su vida y que formaban parte de su historia personal y sus vínculos.

Cuando la madre de C estaba esperando que naciera, escuchaba boleros y Lucho Barrios. Su padre, en la niñez siempre les cantaba rancheras a los cuatro hijos. Dentro de los sonidos que estuvieron presentes en su infancia de destaca el pregón del motero: “¡Mote mey, pela’o el mote. Calentito el mote mey!”

Llegada ya la pubertad, a los 12 años aproximadamente, un tío le traía discos de Elvis Presley lo que le marcó una abierta preferencia.

La música preferida en su día es música de relajación como la usada en Reiki, idealmente antes de dormir. Los sonidos predilectos son los de los animales de su casa, las aves, el gallo, etc

Su música predilecta es muy diversa y le agradan el Rap, la Ópera y el Rock. También disfruta de la música Romántica de bandas románticas como Reik y cantantes Pop, destacándose intérpretes como Michael Jackson

En relación a la formación musical en casa, C comenta que tuvo intentos de aprender a tocar la guitarra a los 12 años, que no siguió por razones de salud y problemas en los tendones. Sin embargo, participando cantando en el coro del colegio.

Señala que le gusta mucho cantar en la actualidad y que en momentos de sus quehaceres domésticos canta temas de Charles Aznavour.

Sostiene que en su primer matrimonio estuvo muy cerca de la música andina y del rock por los proyectos musicales de banda donde su 1er. marido tocaba.

Menciona al terminar la ficha, que se le vinieron a la mente canciones que les cantaba a sus hijos y que nunca fueron de cuna, sino canciones que contenían en su texto, letras que involucran características personales de cada uno. C, señala, completamente sorprendida que “cómo es posible que se evoquen tantos recuerdos, y que se da cuenta que ha tenido mucha música en toda su vida”.

Objetivos:

Los objetivos durante las primeras sesiones estuvieron enfocados a la apertura de un espacio que buscaba propiciar la confianza y alcanzar grados crecientes de comunicación y expresión propia del paciente. Tras el término de la etapa diagnóstico, se postulan los objetivos del proceso.

Objetivos generales

- Propiciar un espacio de bienestar físico, emocional, mental, espiritual y social.
- Brindar una instancia para la expresión y comunicación como un componente liberador
- Favorecer la conciencia corporal en favor del equilibrio integral

Objetivos específicos:

- Favorecer y fortalecer el vínculo entre paciente y terapeuta
- Brindar espacios de respeto, contención y apoyo emocional

- Propiciar experiencias de exploración de la historia personal del paciente
- Experimentar y crear como recurso expresivo a partir los emergentes
- Generar espacios de reflexión acerca de los propios procesos y la situación de salud que faciliten la aceptación y el afrontamiento de su enfermedad
- Aprender técnicas de relajación corporal

Metodología

En el presente trabajo se aplicaron métodos *activos* como la Improvisación y Composición (Creación) enmarcados en el Abordaje Plurimodal y por otro lado, *métodos receptivos* abordados en técnicas como Baño Sonoro (Zain) y Exploración de Material (APM). En las inducciones se utilizaron aprestos corporales con uso de música seleccionada en un Inventario Corporal (Federico)

El proceso musicoterapéutico partió siendo un espacio de acompañamiento para una paciente en etapa terminal. Si bien originalmente se planteó como un proceso abreviado de 8 sesiones promedio, se consultó y compartió la decisión junto a la Profesora Guía, de extender el proceso un poco más para poder brindar el apoyo a una paciente en una etapa de desenlace y término de vida, y de cierta forma, también acompañar a su familia en este proceso.

Las sesiones en el domicilio de C y la buena disposición de la familia a la terapia facilitaron el uso del espacio. Si bien existía semanalmente un día oficial acordado para realizar las sesiones, siendo delicada su condición y de mucha complicación al término de su vida, generalmente cada

sesión pudo ser reagendada. La disposición de la familia fue excelente, así como su acogida al proceso terapéutico, participando desde cerca en las sesiones.

Sesiones

El proceso de musicoterapia vivido por C tuvo un total de 10 sesiones hasta el momento de su fallecimiento, entre los meses de Julio a Agosto del 2017, con una frecuencia de 0 a 2 sesiones por semana, dependiendo de las posibilidades de C, en relación a su tiempo y dependiendo de su estado de salud, que gradualmente fue empeorando. Cada sesión, en promedio duró entre 50 y 70 minutos. Además, existieron tres instancias posteriores, anexas con su familia entre Septiembre y Diciembre, donde se utilizó la música y texto que ella seleccionó y compuso durante el proceso musicoterapéutico.

Inicialmente, las sesiones de musicoterapia poseían una estructura permanente, con un Inicio; donde la paciente manifestaba sus inquietudes y/o lo que deseaba poner en la sesión. El desarrollo de la sesión, donde se acogía y elaboraba lo que C traía a colación, siendo abordado desde lo sonoro-musical. El cierre: en donde la paciente verbalizaba, devolviendo aquello que le fue más significativo. En cierta ocasión, la estructura de las sesiones varió, atendiendo o adecuándose a los eventuales sucesos de la situación.

El proceso musicoterapéutico contó con 3 fases: Diagnóstico musicoterapéutico, Tratamiento y la Evaluación del proceso. Este último fue perfilando el cierre. En Casos como el presente, se esperaba en cualquier momento el ya mencionado desenlace.

La presente práctica en musicoterapia, fue supervisada por la docente y musicoterapeuta Patricia Lallana Urrutia, quien brindó y aportó su visión y sugerencias, guiando el proceso.

Incorporando una mirada más amplia e integral al proceso que se vive desde cerca.

Setting

El setting, en cada sesión estuvo compuesto por instrumentos musicales de cuerda, viento y percusión, equipos electrónicos como reproductor de música, laptop, cámara de video entre otros artículos electrónicos.

Clasificación	Instrumentos	Fase inicial	Fase intermedia	Fase final
Cordófonos	Guitarra	✓	✓	✓
	Charango	✓	✓	✓
Membranófonos	Bongoes	✓	✓	✓
	Tabla india	✓	X	X
	Kultrún	✓	✓	✓
Idiófonos	Platillo	✓	✓	X
	Triángulo	✓	✓	✓
	Clave	✓	✓	✓
	Toc-Toc	✓	✓	✓
	Huevos shake	✓	✓	✓
	Maraca	✓	✓	✓
	Pezuñas	✓	✓	✓
	Afuche	✓	✓	✓
	Calimbas	✓	✓	X
		✓	✓	✓
	✓	✓	✓	

Aerófonos	Armónica	✓	✓	✓
	Melódica	✓	✓	✓
	Flauta dulce	✓	✓	✓
Recursos	Reproductor mp3	X	✓	✓
	Radio	✓	✓	X
	CDs Música de relajación	✓	✓	X
	Cámara de video	✓	✓	✓
	Computador	✓	✓	X
			✓	✓

Técnicas y actividades

Las acciones planeadas, fueron dispuestas en función de las necesidades de la paciente, así como los objetivos trazados. Éstos últimos sirvieron como directriz en el proceso, de esta manera se buscó articular la comunicación y la expresión. En orden lógico las técnicas fueron dispuestas en corporales, receptivas y activas.

Técnicas corporales:

Estas técnicas fueron empleadas al inicio de las sesiones

Inventario corporal: Con la guía verbal del musicoterapeuta, la paciente realiza un recorrido por las distintas partes de su cuerpo en orden secuencial, de los pies a la cabeza, abriendo paso a la sensibilidad en forma creciente. La música grabada o tocada funciona como un soporte para propiciar un clima adecuado de receptividad y equilibrio.

Apresto corporal: El Mt en práctica orienta los movimientos articulares desde los pies a la cabeza, pasando por todas las articulaciones. Se incluyen el uso de música grabada. Idealmente

se puede buscar sincronizar música (frase o semi frase musical), movimientos corporales y respiración.

Automasaje: Se utilizan accesorios que posean una particular textura, densidad u otro elemento sensorial, que enriquezca las sensaciones en el contacto con el cuerpo y toma de conciencia de este. Se usaron pelotas, frutas, u otros con una densidad apropiada.

Técnicas receptoras:

Baño sonoro: En el baño sonoro, se solicita al usuario, quien está idealmente recostado y con los ojos cerrados, percibir las vibraciones y escuchar de forma receptiva la experiencia sonora musical que es realizada en vivo por el Mt.

Exploración de material: Uso de músicas, y en el presente, caso de canciones traídas por la paciente que son pertinentes a los objetivos de la sesión. Posteriormente, terapeuta y paciente comentan acerca de la experiencia.

Técnicas Activas:

Modelo Benenzon (Técnicas improvisación en el no-verbal)

Imitación parcial: En función de la producción sonora-musical del paciente el Mt le responde de modo imitativo, pero modificando algunos parámetros musicales a nivel tonal, rítmico o expresivo. Utilizado en las primeras sesiones con C.

Asociaciones corporo-sonoro-musicales: En función de los aspectos que son recogidos de sus emergentes o de lo que le hizo resonancia, surgen expresiones que guarden relación con su estado físico y nivel energético.

Del Abordaje Plurimodal (APM) se incluyen Improvisaciones Musicales Terapéuticas (IMS) y la Creación

IMS Referenciales - Descriptiva: Producción sonora-musical en donde se posibilita describir una situación, una relación, un lugar o cualquier otro retrato sonoro que sea manifestado por el usuario de forma latente o explícita.

IMS Referencial - Sostén Armónico: Comprendido como una base armónica de tres o cuatro acordes que se le crea al paciente para que forme parte de la música, utilizando una relación armónica tonal que puede variar. En dicha instancia utiliza la calimba y el Mt la guitarra. La improvisación la refiere a su familia y su partida.

Creación de canciones: Creación de dos canciones y textos dedicados a integrantes de la familia, amigos y personas en situaciones similares de salud.

La primera canción “Contigo aprendí”, dedicada a su marido, inspirado de una canción de Reik (Creo en ti). La paciente inventa la letra y el acompañamiento es apoyado musicalmente por el terapeuta, según la petición de la paciente. La segunda canción, es una creación de texto adaptado a un tema ya existente, perteneciente a una conocida canción de M. Jackson y L. Richie (We are the Word). Se toma la armonía y el ritmo de un tema le da toda su intención

Descripción y análisis del proceso musicoterapéutico

El presente proceso terapéutico con C, comienza una vez ya iniciada la práctica profesional por los motivos anteriormente citados y recoge la descripción de las acciones y emergentes. La paciente manifiesta una disposición abierta y positiva al proceso. Las sesiones se efectúan semanalmente de 1 a 2 veces por semanas.

En un comienzo la paciente manifiesta agrado y curiosidad por la terapia, desconociéndola completamente.

Desde un principio, C da a conocer su mundo sonoro y musical. Expone como temas que evidencian su mundo interior y sus profundos sentimientos y emociones que se articulan con los métodos y técnicas musicoterapéuticos en consonancia con su encuentro con la espiritualidad.

Al iniciar el proceso terapéutico, la paciente se encontraba desahuciada por los especialistas médicos con una metástasis pulmonar nivel IV. Tiene una actitud y disposición positivas hacia las terapias alternativas, a las cuales se dispone con cierto ánimo esperanzador, considerando la posibilidad de sanar. Cabe señalar que, ni el Reiki ni la Acupuntura son terapias que le brindan una contención emocional y permanente.

Se evidencia un alto grado de colaboración y compromiso por parte de varios integrantes de la familia de C y una comunicación fluida.

Lo anteriormente descrito forma parte del proceso que circunda todo el proceso musicoterapéutico de acompañamiento y recoge elementos que evidencian el desarrollo como tal.

Fase Inicial

La presente fase contempla las sesiones 1 a la 3. En la presente fase se establece el vínculo terapeuta - paciente, observando características y una parte importante del mundo interior de C, confirmando la importancia de lo que para ella es la espiritualidad y la trascendencia.

Sesión N° 1 – 04/07/17

Inicio:

Se da comienzo a la sesión dándole a conocer, por medio de una conversación acerca de la musicoterapia y lo que aprecia del encuadre. Luego C, completa una ficha histórico sonoro-musical.

Apresto corporal: realiza un ejercicio a partir del ritmo de respiración que tiene en ese momento, transitando a una respiración de tiempos largos y profundos. Se utiliza música de relajación con sonidos largos. Posteriormente, realiza un auto masaje por todo el cuerpo con una pelota anatómica. Manifiesta alivio en zona de garganta y pecho.

Desarrollo:

Exploración de los instrumentos: revisa uno por uno los instrumentos musicales con la finalidad de descubrir su sonoridad y texturas, manifestando lo que le llama la atención de cada uno de ellos. En la medida que lo hace evoca pasajes de su vida con ellos y realiza asociaciones con personas. Le llaman la atención especialmente los sonidos de la Kalimba, el charango y el xilófono.

Improvisación referencial: Realiza una improvisación sonoro-musical, de forma referencial con una consigna dada: “Cómo ha sido conocerlos”. C elige el instrumento para el terapeuta

(kalimba) y acepta que éste inicie la improvisación. Por su parte, C hace uso del xilófono, reflexionando posteriormente “cuán diferente es expresarse con sonidos entendiendo la parte emotiva”.

Cierre:

Verbalización: Manifiesta su agradecimiento. El poder experimentar y sentir de forma diferente por medio de los sonidos, agradece recibir la posibilidad de contar con esta terapia. Agradece también, lo que ella señala como: “poder llenar el corazón con cosas nuevas, reflejándose en alegrías”.

Sesión N°2 – 11/07/17

Inicio:

Inventario Corporal con atención y conciencia en la respiración, recorriendo desde la cabeza a los pies con énfasis en la piel, los músculos y los huesos. Luego realiza un automasaje. Expresa que la experiencia es agradable sentir el cuerpo después de un día muy activo.

Desarrollo:

Paciente presenta canción solicitada, alguna que la represente. Trae a la sesión una canción de Charles Aznavour “Adiós a la Mamá”. Además, lo significativo que es esta canción para sus hijos y el giro que da la letra en el contexto presente, se da cuenta que las cosas cambian.

“Adiós a la Mamá” (frag.)

Todos se turnan

Santa María, madre de Dios

En cuidarla

Nuestra Señora del Dolor

En atenderla y abrazarla

Todos te rezan con fervor

Está muriendo la mamá

Y entonan el Ave María

Ave María

De la mamá

Tanto recuerdo

Tanto suspiro

Y tanto amor

Tanto dolor

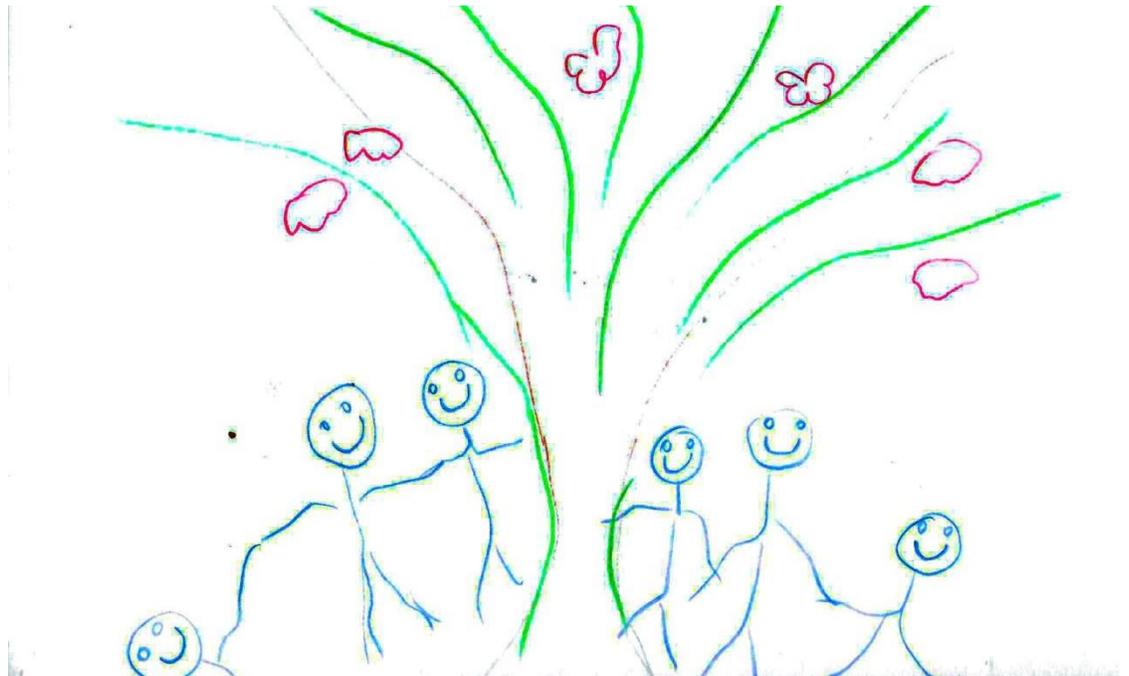
Alrededor

Alrededor de la mamá

Se utilizan artículos para la elaboración de un dibujo para expresar lo que ocurre con el material traído a colación.

Luego verbaliza acerca de lo difícil que es aceptar cuando los médicos le indican a una persona lo va a suceder.

Verbalización de la experiencia: Manifiesta que el dibujo representa su voluntad, al momento de morir. Expresa que desea que, tras su muerte, sus hijos guarden impresión de vida y no de muerte. Manifiesta en su dibujo que “debiese ser tierra”. Además debe sacar lo positivo de lo negativo. Nombra el dibujo “La Transmutación”



Improvisación referencial: Realiza una improvisación con los emergentes del dibujo trabajo visual o plástico. Crea forma A-B-A-B usando dos instrumentos musicales

Comunica que el cuadro pudo transmitir en forma de paz, de tranquilidad. La música toma otra manera al expresar de una forma diferente. Expresa que los niños (sus hijos aparecen) que se quedan ahí.

Cierre:

Manifiestas impresiones acerca de la paz, del amor y transmutación, cómo se encuentra al finalizar. Profundamente tranquila.

Sesión N°3 - 18/07/17

Inicio:

Realiza un apresto corporal por medio de la conciencia en la respiración, los movimientos articulares desde los pies a la cabeza con uso de música grabada.

Comenta acerca del cansancio físico que ha sentido y su dificultad de respiración, lo que no le permite sentirse activa.

Menciona qué resonancias dejó la sesión anterior y comenta anécdotas familiares y lo consciente que está acerca del deterioro de su salud.

Desarrollo:

Audición: Se escucha la canción traída “Ábrete Corazón” de Rosa Giove, donde C manifiesta que, en contrapunto a la sesión anterior, está la remite a su ámbito espiritual. C rompe en llanto permitiendo mostrar sus emociones, mostrando lo complicado y doloroso que es para ella el proceso.

Ábrete Corazón (frag.)

Es tiempo ya

Ya es hora ábrete corazón

Y recuerda como el espíritu cura

Como el amor sana

Como el árbol florece

Y la vida perdura

Que para llegar a Dios

Hay que aprender a ser humano.

Ábrete corazón,

Ábrete sentimiento

Ábrete entendimiento

Deja a un lado la razón

Y deja brillar el sol

Escondido en tu interior.

Verbalización: Menciona la importancia de ver su propia dimensión espiritual y dejar el plano terrenal con cierta aceptación. Expresa que la canción la representa plenamente. Vuelve a manifestar la decisión de realizar su deseo de volver a la tierra.

Improvisación musical referencial: Realiza una improvisación sonoro-musical referencial en torno a los emergentes que expone. Se propone como consigna “Volver a la tierra”. C elige para ella la armónica y para el Terapeuta el cultrún. Se expresa con sonidos largos, pesados y melancólicos. Finaliza prácticamente sin aliento por su dificultad de respirar. Estima que es importante poner todos los sentimientos que son importantes.

Cierre:

Al finalizar, manifiesta que se siente mejor de como venía, que en principio venía un tanto desanimada, agotada, con cierta cuota de angustia por lo que está viviendo y se va con más

ánimo. Comenta que al terminar la sesión se siente más liviana, lo que le brinda una sensación de bienestar.

Pauta de producción sonoro-musical durante la Fase Inicial

(etapa diagnóstica de la sesión 1° a la 3°)

I. Indicadores sonoro-musicales:

Dimensión sonora-musical	Indicador	Conceptos Observados por etapa (Aproximación Diag.) por sesión		
		1° sesión	2° sesión	3° sesión
Duración	a) Pulso	Estable	Estable	Estable - cansada
	b) Patrón Rítmico (célula rítmica)	Estable	Estable – Creativa	Condicionada, con largas duraciones
	c) Ritmo con variaciones y motivos	Estable y con motivos	Creativa (ocupa más de 3 patrones)	Estable y variación
Expresión sonora y movimiento	a) Uso de intensidades	Exploratoria	Estática	Supeditada por poco aire para soplar, algunos acentos
	b) Uso de articulaciones	Exploratoria	Estática	Ligados
	c) Uso agógica	Sí; expresiva	Exploratoria	Estable
Plano Melódico - Armónico	a) Uso de voz, timbres o silbido de forma atonal			
	b) Uso de voz, timbre o silbido con centro tonal recurrente	Exploratoria (xilófono)	Creativa (Calimba en G#m pentáfono)	Estable de notas largas (armónica)
Forma y Estructura	a) Una parte o sección	Exploratoria		Estable
	b) Dos o más secciones		Dos partes dadas por los dos instrumentos	
	c) Sin estructura clara	Exploratorio		
Texturas – timbres (instrumentos, voz, cotidiáfonos)	a) Uso de un timbre	Xilófono		Armónica
	b) Uso de dos o más timbres	*elige calimba para el MT	Calimba y Bongó Elige Guit para el MT	Bongó (para el terapeuta)
	c) Uso de otros objetos próximos, cotidiáfonos u otros			

II. Indicadores corporales:

Dimensión corporal	Indicador	Conceptos Observados por etapa (Aproximación Diag.) y por sesión		
		1° sesión	2° sesión	3° sesión
Vinculación corpóreo-sonora	a) Contacto visual al tocar	Conectada (sin mirar directamente el terapeuta)	(Al escuchar) Conectada por momentos mira al mt y en otros mira al suelo	(Al escuchar su música) Mira al suelo, sensible en la audición
	b) Mirada	Calma	Expresiva (se emociona)	Triste - Cansada
	c) Postura corporal / Movimientos	Conectada - Integrada	Conectada - Integrada	Conectada - Cansada
	d) Contacto corporal con el instrumento	Conectada - Integrada	Conectada - Integrada	Conectada - integrada
	e) Gestos	Conectada - Integrada	Expresiva (sonríe)	Mirada decaída, pero se esfuerza por estar presente
	f) Respiración	Corta – con dificultad	Corta – con dificultad	Muy cansada tras tocar un instrumento de viento y entrecortada
	g) Uso de la Voz	No utilizada	No expresada	No expresado

Fase de tratamiento

Sesión N°4 – 03/08/17

Inicio:

Comenta que quedó tranquila tras la última sesión. Expresa que ha estado triste por el deterioro de su salud. Trae a colación su reencuentro y reconciliación con la figura mística de Jesús. Manifiesta que no le teme tanto a la muerte, que sólo le teme a seguir en el complejo estado en que se encuentra; no soporta ver el sufrimiento de las personas que están a su lado, pensando en su marido a quien dice conocerlo en “todas las etapas del amor”.

Inventario corporal: Realiza un recorrido de las partes del cuerpo con uso de música envasada, haciendo uso de una respiración completa, procurando mantener la atención y la conciencia a nivel corporal. Realiza un automasaje con una palta en diferentes partes de su cuerpo,

experimentando las sensaciones de tacto, olfativas, gustativas y visuales con este alimento, hasta por fin comerse una parte de ella.

Desarrollo:

Escucha de canción: Presenta canción de Reik “Creo en tí”. (video ses 4 - 48’ 22’’), elegida por ella para buscar expresar algo que desea decirle a un integrante de su familia, su marido. Refiere al verso “Detiene mi caída libre”, expresando que es quien la contiene y la ayuda a levantarse anímicamente todos los días. Que él se merece esa canción.

Contigo aprendí

Letra: por Carmen Gloria San Martín

Acompañamiento musical propuesto por Rodrigo Hernández

Línea melodía creada y trabajada en conjunto

*Creo en ti, en este amor
Rodeada de aventura por realizar
Tu entusiasmo por vivir
Me llena de alegrías
Me das la fuerza
Para continuar (sonriendo)*

ESTRIBILLO:
*Contigo aprendí que el día a día
Es una gran bendición
Contigo aprendí el día a día
Y gracias por esa bendición*

**Texto (verso creo en ti) inspirado de la canción del grupo Reik “Creo en ti”*

Composición de una canción: La paciente tiene un tiempo para escribir algunos versos y menciona al Mt en práctica cómo deseaba que sonara. Ella sugiere un motivo melódico vocal

tras escuchar la progresión de acordes, el terapeuta la acompaña y le dobla la voz y texto que ella entrega.

Cierre:

Manifiesta su gratitud, pese a que tenía el ánimo bajo, siente que se va llena de energía y con mucha fuerza. Se nota alegría tras la creación de un par de versos. Manifiesta que fue muy buena la sesión en términos creativos.

Sesión N°5 – 11/08/17

Esta sesión se realiza en el domicilio de C y fue la primera sesión de todas las que vendrían que se realizaron en ese lugar. En ese momento se invita a participar a los familiares que se encontraban en el lugar. Donde se encontraba el hermano de C y la cuñada, El hijo mayor de C, el marido y la madre de C.

Inicio:

Se inicia una sesión donde se invita a participar a los familiares que visitaban en ese momento a C. Al iniciar, C les elige los instrumentos. Cada uno de los familiares, con su instrumento, le entregará un mensaje a C con el instrumento sin mediar palabra.

N. /parentesco	Instrumento	Carácter sonoro-musical	Matices, articulaciones,
F (marido de C)	Kalimba	Dulzura, delicadeza	Suave, sonidos ligados
A (hijo mayor de C)	Guitarra	Profundidad, rigidez, melancolía	Medio suave, medio fuerte
H(hermano de C)	Charango	Ligero, liviano, templanza	Medio suave, medio fuerte
M(cuñada de C)	Triangulo	Claridad, frenando	Medio fuerte
M(mama de C)	Afuché	Nervioso, arrastrando	Medio fuerte

Desarrollo:

Baño sonoro: Realizan el baño de sonidos de forma libre. El terapeuta le dice a C, si pudiese pedir algo a sus familiares, ¿Qué sería? C, señala: **“Quiero alegría”**

Los familiares presentes acogen la consigna. Tocaban expresando y produciendo un acompañamiento rítmico y una armonía clara y definida, con una musicalidad un tanto profunda y calma. El entramado melódico denota dulzura y melancolía.

Su marido se acerca con la kalimba, toca para ella mirándola amorosa y cariñosamente. Los familiares se entregan abiertamente a la experiencia desde sus ubicaciones alrededor de la cama. Son cuidadosos y suaves con los sonidos.

Parámetros apreciados	Características	Instrumentos
Ritmo	Estable desde el comienzo	Bongó, afuché,
Armonía	Ostinatos rítmico-armónico	Charango, guitarra
Melodía	Con motivos reiterado. Brinda forma A-A'	Metalófono, kalimba
Expresión y movimiento	Matices medio fuerte, sonidos ligados, andante	

Cierre:

C, manifiesta que hay tantas formas de expresarse: “Sin saber nada de música, se puede decir mucho, traspasa todo”. C, también señala que se siente la energía, la vibración en el cuerpo de los sonidos.

El marido de C, declara que él agradece la oportunidad que la vida brinda de compartir con ella.

La madre de C, sostiene que se quedan con la alegría de estar con ella. Expresa que desean que salga adelante y que sane.

El hermano de C, enfatiza que se van más alegres a sus hogares después de vivir la experiencia con C.

Sesión N°6 – 14/08/17

Inicio: C comenta acerca de las ideas y sensaciones que decantaron después de la última sesión; cómo quedaron su hermano y su cuñada tras el baño sonoro que le brindaron, con una sensación de mucha energía y alegría. Destaca que los demás expresaron sus sentimientos de otra forma. C no comenta acerca de cómo se vio a sí misma en la sesión, sino que habla de cómo vio a los demás.

Desarrollo:

El Mt en práctica, le ofrece un baño sonoro donde ella elige dos instrumentos para que el Mt toque, pidiéndole que deje en claro **qué es lo que le gustaría recibir** de esos instrumentos y sus sonidos. Selecciona la kalimba y metalófono, con los cuales requiere que tal baño sonoro conecte la armonía. El Mt guía su atención por medio de un inventario corporal desde los pies a la cabeza, con uso de respiración consciente de la zona del cuerpo. Posteriormente se reactivan las partes del cuerpo por medio de pequeños movimientos en las extremidades.

Manifiesta que se apena quedarse un poco dormida por el uso de la morfina para los dolores, refiriendo que en la actividad anterior se durmió.

Se continúa la composición que desea dedicar a su marido. C desarrolla el estribillo del tema que quedará titulado posteriormente como “Contigo aprendí”. Al final de la sesión se graba.

Cierre:

Se audiciona lo grabado y comenta que le agrada. “Permitirse sentir y decir lo que uno quiere a la otra persona”, la satisfacción de estar expresándolo de forma gratificante, con alegría. Señala “qué maravilla que haya forma de poder liberarse”. Manifiesta el interés de poder hacer otra canción para alguien que esté sufriendo.

Sesión N°7 - 18/08/17

Inicio:

En la presente sesión, C está con muy poca energía. Por ello se decide hacer un baño sonoro, en colaboración con el F, el marido de la paciente.

Desarrollo:

C elige dos instrumentos para el baño sonoro, el metalófono para F; su marido y la kalimba para el Mt en práctica.

Cierre:

Al quedarse dormida C, su marido aporta en el cierre diciendo que esta labor le sirve mucho. Afirma que las sesiones de musicoterapia son “como un bálsamo para el alma”

Sesión N°8 (sesión familiar) – 20/08/17

Inicio:

Junto con los cuatro hijos de C, su marido, la madre de C, y el hijo de su marido, se comenta - de forma muy general- acerca de la musicoterapia y de qué forma opera en el proceso que vive la paciente. C le elige el instrumento a cada uno de sus familiares.

Desarrollo:

Cada uno toca de forma aleatoria, con el instrumento que C les eligió para una Improvisación individual, donde individualmente le entregan un mensaje por medio del sonido. La consigna para los familiares es: “Lo que siento y deseo entregar a C”.

Acá se destaca un recuento con aspectos más relevantes de la improvisación de cada uno:

1° momento (improvisación individual)

N. / parentesco	F. (marido de C.):
Timbre	Kalimba en G#m
Ritmo – duración	Toca de forma suave y pausada, manifestando calma, serenidad, cansancio. Compás 4/4
Plano melódico-Armónico	Diseña motivos desde la pentafonía del instrumento, que, por estar en tono menor, le aporta cierta mezcla de profundidad, sencillez, que hacen evocar aspectos de lo que proyecta él hacia C; cariño, tristeza y luminosidad inefable.
Forma	Uso de patrones A, B y Sección final
Expresión	Uso de los matices de intensidad (<i>mf</i> , <i>p</i> , <i>f</i> , <i>pp</i>) y <i>acelerando</i> en lo agógico. Muy expresivo; compenetrado con el momento y su entrega. Pedal natural de las posibilidades de la kalimba
Lenguaje Corporal	Comunica cariño con su mirada y su sonrisa. Expresiones de afecto hacia Carmen Gloria. Ésta a su vez le devuelve el gesto

Sesion familia C
20-08-2017
(Fragmentos de Improvisación)

Impro Francisco

♩ = 55

mf

p

f

pp

accel.

N. / parentesco	B. 25 años (Hijo menor de C):
Timbre	Voz / Bongó* Uso de canción “Felicidad” de Grupo Gondwana
Ritmo – duración	Soporte rítmico para sostener la voz acorde a canción original
Plano melódico-Armónico	Por medio del uso de la voz con sonido vocal esconde (canta con dificultad), laringe contraída; tensa
Forma	A-B
Expresión	Uso de intensidades medias <i>mf</i> y fuertes <i>f</i> tanto en la voz como en su acompañamiento percutado.
Lenguaje Corporal	Se emociona al cantar, pero se sobrepone a quebrarse. Mira a su mamá a ratos y en otros momentos se concentra más en lo que hace para evitar que lo domine la emoción.

N. / parentesco	R. 34 años (Hijo de C):
Timbre	Guitarra con afinación traspuesta G#m (en razón de la calimba)
Ritmo – duración	Ritmos breves con agógica rápida con los dedos percutiendo la tapa, variando a partes con retardos del tiempo. Notas largas sobre las cuerdas al aire (5°-6° y 1°-2°)
Plano melódico-Armónico	Supeditado a la ejecución experimental sobre la afinación traspuesta
Forma	A-B-C, dados en patrones diferentes
Expresión	Uso de intensidades en cada parte (<i>mf</i> , <i>f</i> , <i>p</i> , <i>mp</i>). Cambios en la agógica. Ataques con diferentes intensidades.
Lenguaje Corporal	Conectado con el instrumento y el momento, mirada perdida hacia el instrumento o el suelo, no levanta la vista.

N. / parentesco	C. 27 años (Hija de C):
Timbre	Metalófono diatónicos en C
Ritmo – duración	Uso de tempo andante con ritmo marcando el pulso. Pasa de compases regulares a irregulares. Expresa en el tiempo un suave cansancio
Plano melódico-Armónico	Dibuja un motivo melódico recurrente, con un carácter dulce.
Forma	Libre, pero con motivos que reiteran

Expresión	Uso plano de matices dinámicos, siempre tocando con suavidad (<i>piano</i>)
Lenguaje Corporal	Conectada con el momento, tensa, espalda encorvada mirando hacia el instrumento, No levanta la mirada. Lloro al tocar

Sesión familiar de C

20-08-17
Fragmento de motivico improvisación

Impro Hija de C



N. / parentesco	A, 39 años (Hijo mayor de C):
Timbre	Charango con afinación en G#m en función de la Kalimba
Ritmo – duración	En cada parte realiza (A-B-C) realiza ritmos y motivos diferentes. En una sección lleva un marcado 6/8
Plano melódico-Armónico	Supeditado a la afinación traspuesta en G#m. Toca de forma experimental el charango haciendo acordes al marcar la afinación abierta (al aire o con cejillo). También toca el charango melódicamente con notas largas en otras partes.
Forma	Forma: A – B – C
Expresión	Toca el charango con sonido áspero y seco. Se esfuerza por estar ahí, en el lugar con el instrumento comunicándole a la mamá. Las intensidades fueron de <i>mf a f</i>
Lenguaje Corporal	Se ve muy presente y cansado al mismo tiempo. Evita el contacto ocular con la madre y los demás. Expresa seriedad en el rostro.

N. / parentesco	F. 21 años (Hijo biológico del marido de C e hijo putativo de C)
Timbre	Armónica de afinación pentatónica.
Ritmo – duración	Sonidos largos dentro de la escala.
Plano melódico-Armónico	Improvisación de melodía con notas de tensión y reposos al final.
Forma	Parte única; frase A
Expresión	No matiza, pero le da un carácter profundo y sereno.
Lenguaje Corporal	Se encuentra de pie al lado de su padre, postura corporal es rígida, sus

	ojos llorosos, mantiene su espalda contraída y levemente inclinada hacia adelante.
Observación	Es la improvisación más breve de todas. Se le nota muy triste a este joven.

- Improvisan grupal referencial: Realizan segundo momento de improvisación familiar con los emergentes verbales,

Verbalizaciones más relevantes:

C indica que La musicoterapia la ha hecho sentir muy distinto a las otras terapias. Muy emocionada señala llena de gratitud, porque ha ido reuniendo de a poco todo lo que más ama, y que le ha permitido expresarlo.

F (marido de C): Expone que la sensación es importante, porque se puede darle a comprender todo lo que la aman. Que su pensamiento y corazón va hacia su persona. Indica acerca de la importancia de lo intangible en relación a que a él le gustaría darle más cosas a C, pero esas son materiales. Indica que: *“Las cosas que realmente trascienden son las cosas inmateriales (...) esto nos ha entregado mucho más de lo que nosotros te hemos podido entregar a ti (...) los agradecidos somos nosotros (...) gracias por mirarnos y entregarnos lo más lindo de ti que es tú amor y con nosotros queda una huella imborrable”*. Sale de ese lugar, señalando que le agradece su mirada, amor, los retos, provocando una liviana y liberadora risa entre los presentes.

B, hijo menor de C, expresa que no siente sentimientos tan negativos frente a esto, que todo pasa por algo. En relación con la madre, dice: *“Transmutar no es malo, al contrario, es feliz. Después*

que pasa esa etapa también vienen cosas nuevas...Nosotros estamos aquí gracias a ti". Les pide a los demás que no estén tristes, al contrario: "todos piensan que la muerte es mala". Enfatiza que el unirse como hermanos, siendo que a veces no hay tiempo para decirse lo que sienten, es vital. Que hay cosas simples para decirse lo que uno siente por el otro.

C señala que hay momentos tristes y otros alegres, sosteniendo que en su experiencia con la musicoterapia: *"Llegan estos momentos y te convierten en otra persona. Ya vamos adelante, todavía te queda mucho por enseñar. Eso te llena de alegría y energía. Voy a seguir adelante, porque la palabra luchar no me gusta".*

Fase de evaluación

Sesión N°9 – 24/08/17

En esta sesión se le comenta a C, que se está perfilando el término del proceso musicoterapéutico, el cual manifiesta en conformidad

Inicio:

Reflexiona acerca de la sesión pasada, donde estuvo con sus hijos y marido. Comenta acerca de lo positivo que le pareció de cada uno. Señala que los vio muy contento a raíz de la experiencia con musicoterapia.

Desarrollo:

Baño sonoro para sí misma: Se realiza una nueva improvisación a modo de autobaño de sonidos. Se conviene que C le dé intención, por medio de la experiencia sonora, un mensaje de sonidos a su propio cuerpo. Ella decide que dicho mensaje sea un **"nutrirse de energía"**. Manifiesta que lo necesita, debido a que siente que entrega mucha energía a los demás.

C elige el platillo y le pide al Mt practicante que use la kalimba.

La sonoridad se mueve expresivamente desde lo suave a lo medio fuerte, en una curva de intensidad que vuelve a lo suave. El pulso se mueve desde las 64 a los 67 bpm, de forma estable. C usa diferentes partes de la superficie del plato, a modo exploratorio. Casi al final da un golpe fuerte como invocando esa energía que desea evocar. La intensidad sonora termina decreciendo.

Verbalización: Comenta sentir que los instrumentos y sus sonidos le entregan algo especial al ser humano, que por algo han perdurado. Que su vibración circula y envuelve. Señala: “La música hace evocar cosas y es como que penetran en uno”.

Improvisación grupal (2do momento): Se invita a los amigos y familiares que se encontraban presentes, donde participaron el marido de C (F), una amiga de C(M), el hijo menor de C (A), la polola y un amigo del hijo menor. Todos exploran los instrumentos.

Cada uno tiene la libertad de elegir uno o dos instrumentos a diferencia de las sesiones anteriores, que era C quien elegía los instrumentos. La consigna dada es **“Encontrarnos en el sonido”**.

Parámetros apreciados	Características	Instrumentos
Ritmo	Partes A: Exploratorio y dispersión sonora Parte B: Estabilidad; escucha Parte C: Regularidad seguridad, claridad	Bongó, pandero, triangulo, platillo, maraca, toc-toc,
Armonía	Parte A: Incipiente y tonal Parte B: Tensiones, en búsqueda y en exploración <i>(Se busca sonar con el otro)</i> Parte C: Soporte y acompañamiento. Unión y fiato <i>El grupo de se reúne en los sonidos junto a C</i>	Charango, guitarra
Melodía	Parte A: melodía con diseño escalar (metalófono), notas largas. Nostálgico y con tensiones Parte B: Serenidad Parte C: Profundidad y desenlace Se producen una transformación	Metalófono, flauta

Expresión y movimiento	Parte A: sereno, pero un tanto variable Parte B: búsqueda de la estructura y posibilidades Parte C: intensidades medias-fuertes, uso de matices dinámicos.	
Forma musical	Forma A – B – C	

Duración de la improvisación: 8 minutos y 30 segundos

Cierre:

Verbalizaciones posteriores:

- F, marido de C: Señala lo interesante y curioso que él detecta que ocurre en la sesión. Al comienzo la improvisación es dispersa. y luego se unifica todo. “Son diferentes caminos y que se reúnen”. F, refiere que tras cada terapia la ve bien y llena de luz. En momentos ha estado triste o pesimista y queda mejor. A eso suma que ahora ve a C muy reflexiva la verbalizar, con una *templanza muy contemplativa*. Lo ve como un cambio, antes hablaba menos.
- C, comenta: “Es una sensación de bienestar. Al tocar juntos, la armonía nos fluye del corazón”. Venimos a soltar todo lo que tenemos de miedo de equivocarse en la música al tocar.

Sesión N° 10 – 28/08/17

Inicio:

C se muestra un tanto agotada y medicada. Expresa que le da impotencia el no tener injerencia en la toma de decisiones en la toma de medicina.

Desarrollo:

Creación de canciones (sustitución de texto de una canción): La paciente ha buscado una canción que le permita expresar algunas cosas que desea comunicar a sus seres más cercanos, pero también a aquellas personas que atraviesan una situación como la suya.

Ha escogido como canción “We are the World” (Jackson/ Richie) y propone un texto donde entrega un mensaje de amor, desde donde vive su situación actual, entregando lo bueno que ella puede entregar:

Y da Amor

(We are the World)

Autores: M. Jackson /L. Richie

Texto adaptada por Carmen Gloria San Martin

*Desde esta cama
Yo quisiera flotar
Para entregar
Todo lo que llevo en mí
Que difícil
Con el tiempo aprender
Todo lo que significa el amor
Y si se acaba el tiempo
Necesitas entregarlo
Fluyendo
De nuestro corazón*

*Dejemos de llorar
Y empecemos a reír
Y con besos y abrazos
Lo podemos lograr*

ESTRIBILLO:

*Y da amor y da caricias
Y da cariño a todo aquel que lo necesita
Se te recompensará, el doble y algo más
Todo eso solamente depende de ti*

Cierre:

Comenta que el ejercicio de componer texto le parece muy bien. Expresa gratitud, que generalmente piensa que pueda sacar cosas de uno. C cierra la sesión con un agradecimiento a Dios.

NOTA: estaba oficialmente contemplado terminar el proceso terapéutico en dos sesiones más, sin embargo, desde esa fecha (28/08/2017) a la fecha de su fallecimiento no fue posible hacer musicoterapia por razones del delicado deterioro de su salud

Instancias posteriores con la familia

1° instancia, funeral (08-09-17)

Al término del proceso, la familia recibe en el funeral, la canción que C dejó al término de su proceso: “*Y da Amor*” (*We are the world*), donde el musicoterapeuta les transmite, interpretando por medio de una canción, el sentir de la paciente en un espacio profundamente respetuoso y cuidadoso, en pleno conocimiento por parte de la familia de lo que fue este proceso.

2° instancia, reunión con Marido de C (29-09-17)

Posteriormente, el marido de C le solicita al Mt en práctica que le haga llegar la canción dedicada que ella le dejó a él, llamada “Contigo aprendí”.

3° instancia, ritual de simbolización. Última voluntad de C. (09-12-17)

Ritual simbólico de cierre, organizado por el marido de C, quien representó el cumplimiento a última voluntad de C al fallecer y en donde se le solicitó al Mt en práctica que volviese a interpretar una de las canciones que ella modificó la letra “Y da amor” (We are the world)

Análisis del proceso

El análisis del proceso terapéutico está dividido en ejes directos e indirectos y éstos a su vez están ordenados cronológicamente según los hitos más relevantes, que fueron más determinantes en el proceso.

Ejes directos

Vínculo

El análisis de este eje corresponde a lo apreciado por C en relación al vínculo con el terapeuta, su familia y lo sonoro-musical

Vínculo Terapéutico:

La relación que estableció C con el Mt en práctica fue cercana desde un inicio. C manifestó un interés por el proceso, destacando que ella se encontraba abordando su enfermedad con caminos alternativos, entendiendo que esta práctica no era una terapia para sanar. Siempre se manifestó interesada por vivir la experiencia junto a la musicoterapia sin saber mucho al respecto. Su disposición e interés nunca declinaron en ninguna de las etapas.

En la fase inicial, C muestra una disposición receptiva hacia las sesiones, con un ánimo optimista con respecto a su diagnóstico médico, pese a que en oportunidades se sentía agotada.

Manifiesta conexión y mucho agrado en lo que se puede expresar a través de la música, reafirmando que no se puede expresar con palabras.

Comunica que en este espacio le es posible hablar situaciones que son complicadas, como ver la preocupación y angustia en sus familiares, mostrando dos canciones (exploración de material) una a lo que ella refiere como *lo terrenal* (2° sesión) y otra a *lo espiritual* (3° sesión). Le transmite al Mt los profundos deseos al momento de su muerte; volver a la tierra en cenizas y que en el lugar planten un árbol sin que sus hijos la sientan tan lejos. Teme que no comprendan su voluntad, pero lo ve complicado, sin embargo, confía que su marido sí respeta lo que ella desea. Esto expresa un grado de confianza al mostrar su sufrimiento por su partida con un profundo quiebre en la 3° sesión.

En la fase intermedia, el vínculo y la confianza se estrecha más en la medida que es visitada a su hogar por estar imposibilitada debido a su situación de salud. Le expresa una profunda gratitud al inicio y cierre de cada sesión. En la medida que esa gratitud se acentúa cada vez más la necesidad de poner en las sesiones el aspecto espiritual. Empieza a comentar a que se está aferrando. El terapeuta, haciendo consonancia con su visión espiritual, le brinda el espacio para pedir y agradecer a Dios o toda manifestación en la que ella crea. Esto se realiza al inicio y al final de cada sesión. Esto se vuelve prácticamente un ritual desde la 4° sesión hasta el término del proceso, que la misma C pide y espera en el formato de las sesiones.

Del mismo modo la familia se abre al proceso y el vínculo cercano con C, se replica a nivel familiar.

Vínculo Familiar:

C antecede siempre a su familia en lo que saca a colación, poniendo en el tapete su preocupación de cómo estén los demás en relación a su padecer.

En la 2° sesión habla de todos sus hijos y su marido y los pone en la sesión por medio de una canción. En dicha sesión manifiesta su sentir hacia ellos de forma contemplativa los dibuja y pinta y luego improvisa sobre ellos. Manifiesta contemplación y el deseo de que exista paz en ellos.

En la 4° sesión inicia la creación de una canción para su marido, inspirándose en una que trae para ser escuchada. Manifiesta un profundo sentimiento de amor y confianza, de sentirse completamente respaldada y contenida por él.

Sus padres se muestran cercanos y preocupados, lo mismo ocurre con sus hijos y amigos. Una muestra de ellos fue que en tres de las seis sesiones realizadas en su domicilio participaron aquellos familiares y amigos que en esos momentos se encontraban visitándola, de las cuales una sesión fue exclusiva para C con sus hijos y marido. En esta última se generó un espacio en donde el diálogo acusó conexión, apertura y contención en tiempos que todos olvidaron sus diferencias, al nivel de ser colaboradores entre ellos para con C y sus atenciones.

Vínculo Sonoro-Musical:

La paciente manifestó interés hacia los instrumentos melódicos o armónicos, de sonido más bien cálido (xilófono, guitarra), que contarán con la posibilidad de mantener sus notas suspendidas (kalimba, metalófonos).

Su instrumento predilecto fue la kalimba y en segundo lugar el metalófono (que mantenía notas suspendidas).

En gran medida, siempre manifestó confianza y comodidad al tocar o cantar, sin miedo al error, lo que posibilitó su mayor expresión. Generalmente expresaba que los instrumentos están ahí y que “ellos mismos te enseñan”. Expresa que, por medio de los instrumentos se pueden decir cosas que por medio de las palabras no se podía

Su conexión con la música siempre fue estrecha, muy receptiva y positiva. Creó con mucha facilidad los textos de ambas canciones y entonaba con facilidad, con un sentido de la intuición musical innato.

Su sentido de la exploración en la improvisación fue muy intuitivo, de gran conexión.

Espiritualidad

Si bien, desde un comienzo C fue muy clara y coherente en pensamiento y palabra, sus acciones iban en la misma dirección. Desde entrada al proceso terapéutico, se mostró muy conectada con no solamente sus emociones, sino también con su dimensión espiritual, lo que quedó evidenciado en una permanente búsqueda de estar en equilibrio, en paz y tranquila. Para ellos procuraba comunicarse con claridad y de forma sincera con sus seres queridos aunque no estuviese de acuerdo. Manifestaba mucha conexión con la naturaleza, en sus verbalizaciones, apareciendo recurrentemente en su voluntad, la necesidad de simbolizar volver a la tierra materializada en la 3° sesión, donde señala que, tras ser cremada, desea que sus cenizas vayan a la tierra y que en ese lugar se pueda plantar un árbol y ser la tierra de ese árbol.

Esto evidencia una visión personal y abierta de la espiritualidad, no de una forma religiosa, pese a que sí expresa una cercanía con Jesús.

El hecho de estar por segunda vez transitando entre la vida y la muerte, la aferran más a lo espiritual, que si bien no es un tema que se muestre explícitamente, sí de una forma transversal, es decir, lo que moviliza su texto en “Y da Amor” y “Contigo aprendí”, lo que solicita al pensar en una consigna para su improvisación de ella con sus hijos en la sesión familiar.

De forma particular se mostró siempre dispuesta a pedir para otros, o bien, cuando tuvo la libertad de poner ella misma una consigna a su improvisación o a sus baños sonoros, solicitó que fueran para los demás. Detrás de esta marcada generosidad, podría existir una forma de evitar verse a sí misma. Generalmente, cuando existen fines tan altruistas se evita entrar en contacto con lo propio.

Proceso enfermedad

Desde la 5° sesión C ya estaba aumentando su dosis de morfina, lo que la tuvo un poco somnolienta en algunas sesiones.

Desde la musicoterapia esto fue abordado, por medio de aprestos corporales con música grabada y baños sonoros.

En la fase Inicial en relación a la integración de los aprestos corporales, manifestó agrado por poder sentir su cuerpo, su respiración y nivel de energía en un espacio que la sacaba de cómo se encontraba.

En la fase intermedia, desde la 4° sesión en adelante los aprestos son mayoritariamente reemplazados por baños sonoros para procurar aliviar el dolor, esto debido al evidente incremento de las molestias y sus escasas posibilidades de movimiento. Al finalizar las sesiones manifestaba, menor molestia o un evidente alivio.

Por otro lado, en las improvisaciones, manifestaba que la experiencia musicoterapéutica con los instrumentos le agradaba y le inyectaba energía, que se sentía mejor. Frente a esto sus familiares directos y amigos hicieron eco de sus palabras. (Ver en anexo, Encuestas a familiares).

En la Fase Final deja una canción ya mencionada, la que tuvo por nombre “Y da Amor”, que la deja para aquellas personas que están pasando algo similar a lo que ella vivió, pero además dejar el mensaje esperanzador a su familia pidiéndole que no llore su ausencia.

Ejes indirectos

Lo Verbal y lo No Verbal

En el marco del Modelo Benenzon, el espíritu del enfoque es la comunicación no verbal. En el caso presente lo corporo-sonoro-musical fue un agente presente, pero no el único elemento, generalmente todo requería ser verbalizado.

Dentro de lo No Verbal se destaca:

- Su musicalidad intuitiva en lo sonoro y lo musical para la creación melódica, por medio de patrones, semifrases y frases musicales, ya fuese instrumental o vocal.
- Su conexión y coherente con su voz, su tono, su sonido en la medida que cada sesión se desarrolla, va en una curva anímica de menos a más, declarando tras cada sesión un grado de alivio y/o alegría.
- Destaca su capacidad de empatía y escucha en las improvisaciones ya fuese con el terapeuta o en las tres instancias donde fue acompañadas

Dentro de lo Verbal se destaca:

- Su facilidad para integrar elementos de forma analógica ya sean emergentes dentro de la misma sesión o situaciones que procesó posteriormente entre una sesión y otra, pero siempre conectado con su correlato musicoterapéutico
- Reflexiones acerca de su propio proceso, de la aceptación de su situación de salud, con una profunda aceptación hacia la Fase Final
- Generalmente requiere explicar lo que pasó en la sesión, es un elemento que le brinda la posibilidad de re-elaborar y decantar lo experimentado

Se entiende que tanto lo Verbal como lo No Verbal son componentes necesarios de la comunicación. Si bien lo corporo-sonoro-musical evidencia aquello que no está listo para salir de forma consciente y explícita, es un buen aliado de los procesos de forma gradual. Es decir, lo que se evita mostrar en lo Verbal, lo evidencia de forma No Verbal, y por su parte, lo Verbal sin decir o evitando decir, corrobora lo que se lee de forma No Verbal.

Transferencia y Contratransferencia

Se evidenció transferencia positiva. Se puede decir que C expresa en gran medida una gratitud, estima y afecto por la persona y labor del terapeuta en práctica, manifestada en el trato, el cuidado de la palabra, el saludo y la atención. La actitud afectuosa de C es maternal y cariñosa.

En razón de lo contratransferencial, el terapeuta practicante reflexiona constantemente acerca del término de la vida de su paciente y el desenlace que tendrá. Esto le hace despertar en él la

preocupación imaginaria de: *¿cómo enfrentaría esto yo?* Eso se ve proyectado posteriormente en la preocupación irracional e injustificada, qué pasaría si un familiar cercano padeciera esto.

Así ocurrió, cuando C trajo, en la segunda sesión, como Exploración de Material, la canción “Adiós a la Mamá” de Aznavour, pensando en su propia madre.

Por otro lado, en la medida que el terapeuta fue conociendo más a la familia, fue interactuando con el marido de C. El Mt en práctica fue testigo de la preocupación y dedicación, por ella. Al término de cada sesión el marido de C conversó con el terapeuta. En cada oportunidad conocía más a la persona. Cada vez que ocurrió esto, el terapeuta ve el peso de la responsabilidad en cierta soledad y los eventuales dolores del otro y lo reedita analógicamente con una situación personal de ruptura que atravesaba en ese momento, que se proyecta en la soledad y la tristeza que es visto el marido de C, cada vez que se quiebra ante el terapeuta hablando de C.

Conclusiones

Es entendido que el cáncer es una enfermedad que puede tener múltiples causas y que su nombre provoca alarma e incertidumbre. En el caso de pacientes terminales, se puede evidenciar que los cambios que acarrea en diversos aspectos mental, emocional, social, físico y espiritual. En cáncer trae consigo angustia y depresión en quien lo padece, mientras que en la familia trae ansiedad y sufrimiento de forma paranoica y melancólica.

La práctica musicoterapéutica propone, desde su quehacer, ser una disciplina que brinde apoyo y bienestar a pacientes oncológicos en etapa terminal, en la medida que el usuario esté dispuesto a explorarse. La Musicoterapia puede ser beneficiosa para los pacientes que, deseen movilizar acciones energéticas a partir de sus emociones, movilización que logre desbloquear su percepción por medio de la expresión, generando una modificación en la constelación de su propia perspectiva acerca de su situación.

En el caso presente de C, se evidencia un alto grado de receptividad y apertura hacia el proceso terapéutico y la figura del terapeuta. C se comunica con claridad y de forma simple acerca de lo que siente y piensa, lo que facilita que los canales de comunicación sean más expeditos, por tanto la expresión se movilice fluidamente. Esto hasta cierto punto.

La musicoterapia le ofrece un abanico de posibilidades expresivas, las que son acogidas por la paciente, quien utiliza la totalidad de los recursos que se le presentan, en sonido, instrumentos, texturas, exploración de ritmos y melodías. Ella, por su parte aporta su propio material, siendo creativa y generosa con su intuición musical, estética y lírica. Además, pone sobre el tapete un eje catalizador en el proceso: la Espiritualidad. Este elemento determinante, la dimensión espiritual, con respecto a su perspectiva acerca de la vida, la lleva a afrontar la muerte con aceptación en la medida que pasan las semanas. Se reencuentra con algunos conceptos que había dejado de lado y que simbolizan esta aceptación al punto de despedirse y dejar un mensaje a las personas por medio de una canción, logrando no sólo expresar sino articular un sentimiento de amor.

El tiempo de tratamiento se extiende, en razón de aquello que la musicoterapia en pacientes terminales sugiere; apoyar hasta el término del proceso que llega con la muerte. Incluso, después de la muerte se aconseja, mantenerse presente con la familia.

En relación a lo que la paciente está dispuesta a mostrar y aquello que no; lo sombrío, es posible apreciar su dinámica constante. Puede articular la comunicación, usar los elementos del sonido y la música, pero existe un punto de quiebre que tiene que ver con su *forma de ser* ante el mundo, siempre dispuesta a *dar* y no tanto a *recibir*. Se devela en las improvisaciones, cuando ella propone armar consignas, al dedicar, al escribir una letra, al realizar su ritual en cada sesión que está lleno de gratitud. Se devela la trama en un permanente dar, entendiendo que el afuera es más importante que el adentro; que lo que pide recibir.

La musicoterapia puede develar sin exponer abiertamente al sujeto. Aquello que no desea salir, siempre que es expuesto abiertamente es una acción violenta. La espiritualidad funciona como un puente y facilita la salida del sufrimiento en la medida que se asciende, en la medida que la paciente se queda en el *dar*. Entonces, en *recibir* se evitar el verse a sí misma, por un lado es evitarse un dolor, en la medida que la paciente se muestra bien; *entregando* cariño, buena acogida a quien la visita, dar a entender que no le duela tanto, pero en el fondo el dolor es profundo. Recibir es ver qué es lo que tengo y qué es lo que me dan, es ver lo que hay en este plano material. Entonces, lo enfermo (quedarme en dar más que lo que recibo) puede ser una salida más saludable que ver aquello que no me están dando o se está perdiendo.

Reflexiones:

Aquí se exponen algunas debilidades y fortalezas detectadas en el trabajo

Debilidades

- Interrupciones por ansiedad en las respuestas del paciente antes de que este termine
- Rebuscar, ir más allá de lo que verbaliza el paciente por medio una nueva verbalización.
- Falta de herramientas psicológicas en mi formación como terapeuta
- Involucramiento más allá de lo necesario provoca agotamiento físico, mental y emocional

Fortalezas

- Buscar empatizar con el paciente, procurando conocer su mundo
- Ser claro y coherente con mi forma de pensar y actuar genera confianza
- Cercanía y amabilidad con las personas que integran la familia, al llegar a algún espacio, donde se es ajeno, me ha aportado para abrir la comunicación

En mi parecer, es importante declarar que, si bien la musicoterapia no es reconocida aun en espacios institucionales públicos y privados, nuestra labor en Chile como musicoterapeutas tiene mucho que decir. Más aún, debido a que nuestra formación como profesionales que provienen de diferentes áreas, es más bien enriquecedora para el curriculum de formación y por tanto para todo espacio de intervención en la medida que estas intervenciones se comparte. Cada uno, desde su formación inicial posee una mirada diferente, porque proviene de un escenario distinto, pudiendo aportar, nutrir y fortalecer con una visión más amplia como escuela que forma de nuevos musicoterapeutas. Esto, a la larga puede favorecer nuestro futuro desempeño y las posibles intervenciones, en contextos educacionales, de salud, contextos sociales y culturales, particulares, entre otros.

Bibliografía

- Bello y Feliu (2015). La Acupuntura en el Dolor del Paciente Oncológico. Trabajo de Grado. Escola Universit ria d'Infermeria Gimbernat. Barcelona
- Benenzon, R. (2016) Aplicaciones clínicas de la musicoterapia. Editorial Lumen (1ra reimpresión) Buenos Aires.
- Benenzon, R. (2011) Musicoterapia: De la teoría a la práctica. Editorial Paidos Ibérica. Barcelona
- Bruscia, K. (1997). Definiendo la Musicoterapia. Amaru, Salamanca, 1997.
- Bruscia, K. (2007). Musicoterapia: Métodos y práctica, Editorial Pax, Mexico D.F.
- Cruz, Rodríguez, del Barco y Fonseca (2003) Oncología Clínica. Elsevier Science, Madrid
- Ferrari, Hugo, Schapira y Sánchez (2007) Musicoterapia, Abordaje Plurimodal. Adim Ediciones. Argentina
- Gauna, G. (2004) La aproximación diagnóstica en Musicoterapia: En la clínica y la textura social. Tesis para optar al grado de Lic. en musicoterapia Universidad Abierta Interamericana. Bs Aires. Facultad de Psicología
- Gauna, G. (1996). Entre los sonidos y el silencio. Capítulo ocho. Editorial Artemisa. Rosario.
- Gauna, G. (2005) Del Arte ante la Violencia, Editorial Nobuko, Buenos Aires.
- Gauna, G. (2008) Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez. Editorial Koyatun

- González. M. (2014) Musicoterapia en Cuidados Paliativos: Especialidad emergente. Tesis para obtener el grado de Lic en Musicoterapia. Universidad del Salvador. Fac. de Medicina. Bs. Aires.
- LeShan, L. (1994) Luchar con el cáncer (Cancer as a turning point) Editorial Errepar. Buenos Aires
- Rubin P. (2003) Oncología clínica. Editorial Elsevier Science. Madrid.
- Soto, J.M. (2005) Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Editorial Ergon. Primera Edición. Madrid
- Zain, J. (2014) Escuchar el Silencio: Musicoterapia Vibroacústica. Editorial Kier. Primera Edición. Buenos Aires.

Enlaces bibliográficos de internet

- Medicine NCfCaA. El Cáncer y los Métodos de medicina complementaria y alternativa 2005, Recuperado de <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/cancer.pdf>
- Cuidado para pacientes terminales, Medline Plus. (2016), n/a Revisado por Todd Gersten. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000097.htm>
- Cuidado para pacientes terminales, Medline Plus. (2016), n/a Revisado por Martin, L. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm>
- Organización Mundial de la Salud, (2004) Cancer: WHO Definition of Palliative Care, Washington, Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

- Muñoz. M. (2004). Analgesia por Acupuntura. Revista Cubana de Medicina Militar. v.33, n° 1. La Habana. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000100007
- Sociedad Americana Contra El Cáncer (2017), ¿Qué es el cáncer de seno? , Recuperado de https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html#escrito_por
- Freitag, Andrade y Badke (2015). El Reiki como forma terapéutica en el cuidado de la salud: una revisión narrativa de la literatura. Revista Enfermería Global, v. 14 n° 38, recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200018
- Honervogt T. (2005) Reiki Cura e Harmonia através das Mãos. Editorial Pensamento, São Paulo
- Bossi, Ott y DeCristofaro (2008) Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2008; v. 12
- Kasymjanova G, Grossman M, Tran T, Jagoe RT, Cohen V, Pepe C, et al. (2013). The potential role for acupuncture in treating symptoms in patients with lung cancer: an observational longitudinal study. Curr Oncol Tor Ont. 2013 Jun;20(3):152–7.
- ¿Qué es el cáncer? (2015). Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

Anexo

1. Encuesta a la familia

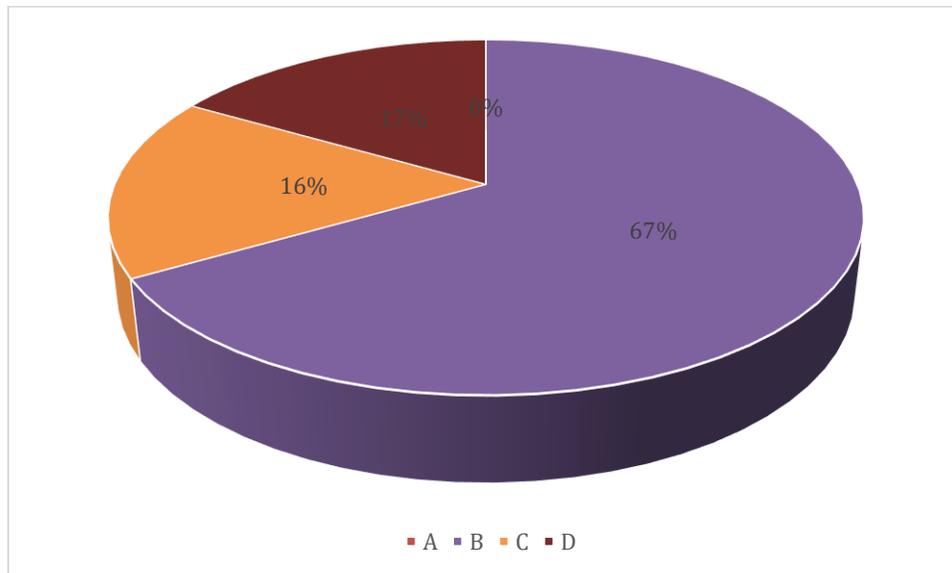
Introducción:

A continuación, se presentan las tablas acerca de la información recopilada en las encuestas aplicadas a seis familiares que presenciaron proceso musicoterapéutico de C en la práctica profesional, con parientes que experimentaron desde cerca, participando directa o indirectamente. Cada preferencia se expone con su respectivo gráfico para observar la respuesta de la tendencia obtenida.

PARTE A: Segmento Cuantitativo de la encuesta aplicada

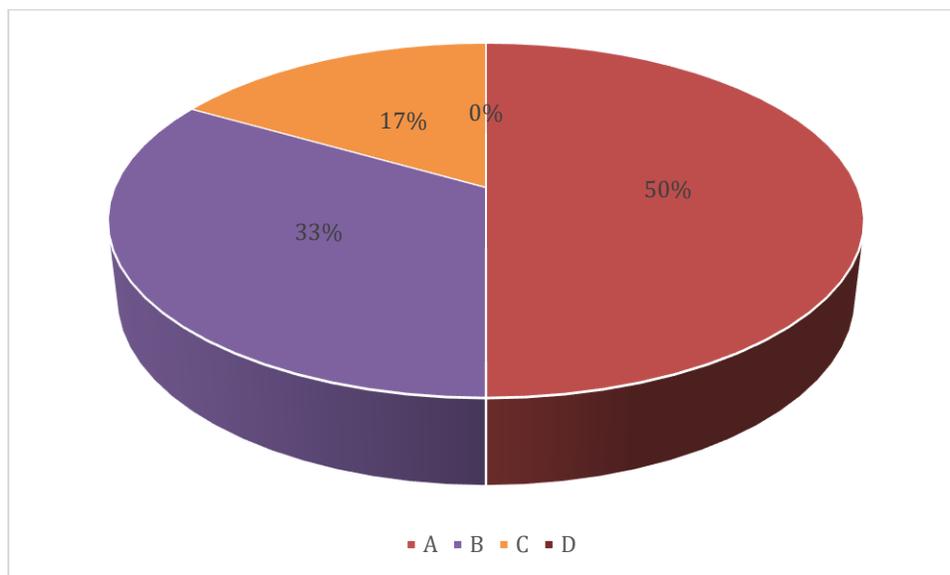
1. ¿Qué sabía Ud. de musicoterapia antes de ver el proceso del cual fue participe?

Respuesta	TOTAL	
	Cantidad	%
A. Experimenté un proceso musicoterapéutico previo	0	0%
B. Lo había escuchado de otras personas	4	66,66%
C. Lo vi en algún medio de comunicación o me enteré por otra fuente	1	16,67%
D. Nada, nunca lo había escuchado	1	16,67%
TOTAL RESPUESTAS	6	100%



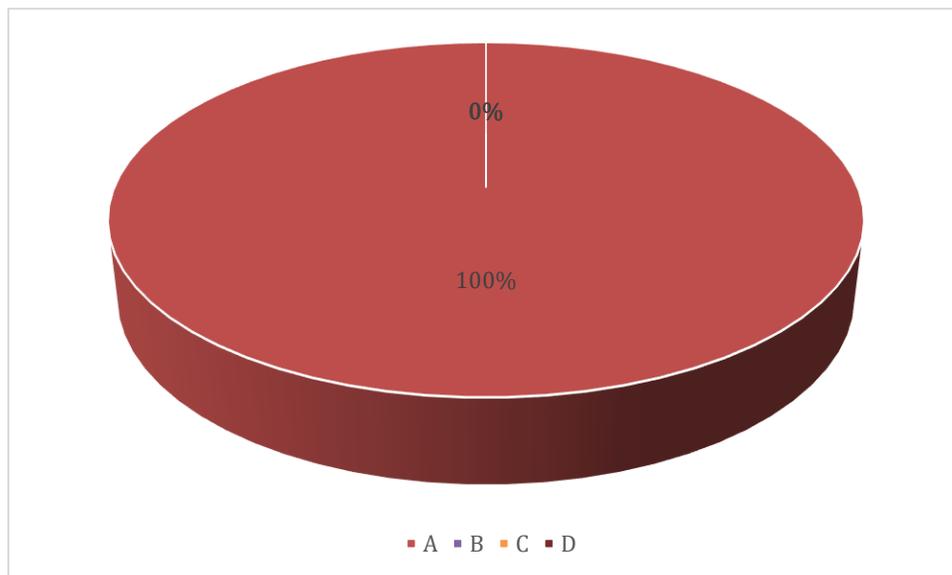
2. ¿En cuántas sesiones Ud. participó directa o indirectamente en el proceso de musicoterapia junto a su familiar?

Respuesta	TOTAL	
	Cantidad	%
A. Una vez	3	50%
B. Dos veces	2	33,3%
C. Tres o más veces	1	16,7%
D. En ninguna oportunidad	0	0%
TOTAL	6	100%



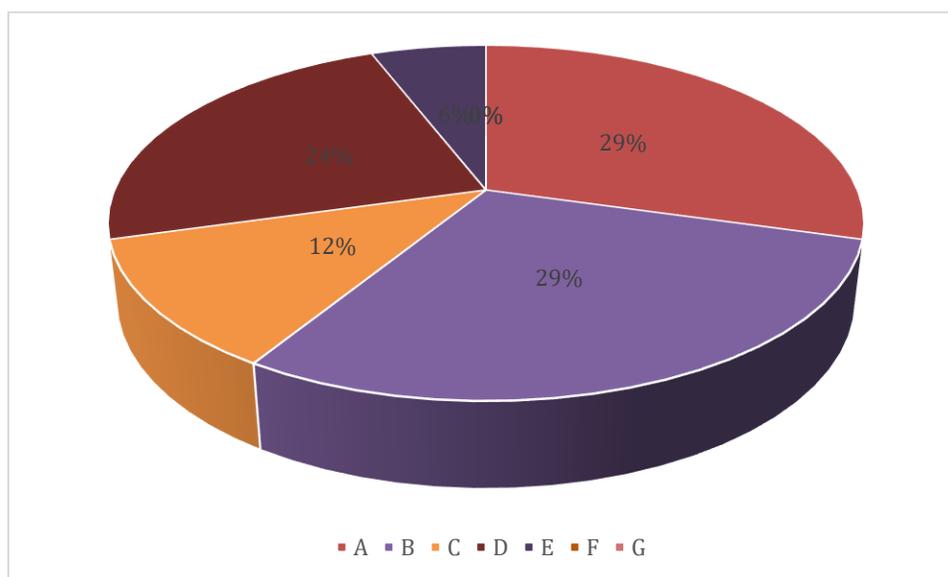
3. Notó cambios positivos en su familiar tras las sesiones de musicoterapia

Respuesta	TOTAL	
	Cantidad	%
A. Sí	6	100%
B. No, ninguno	0	0%
C. Un poco	0	0%
D. No me percaté	0	0%
TOTAL	6	100%



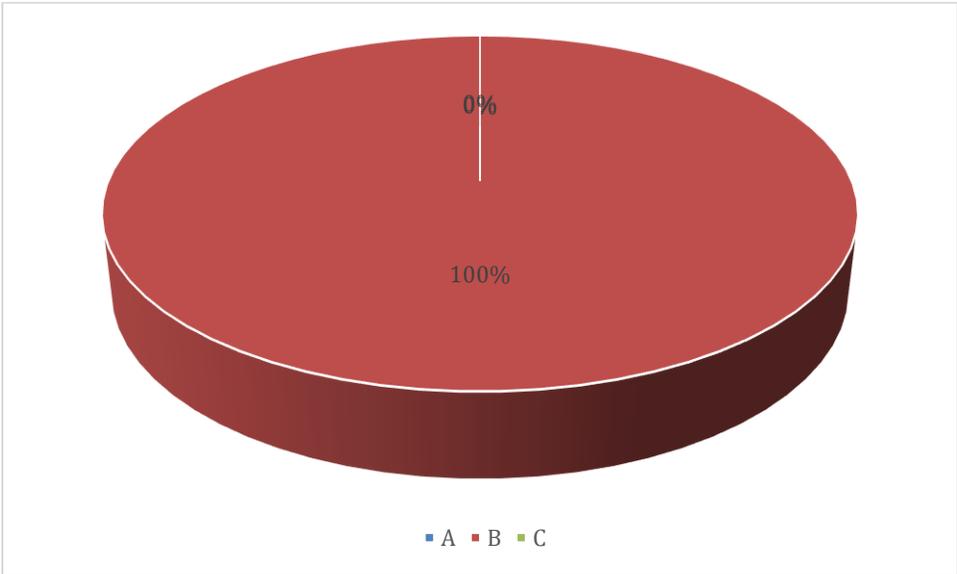
4. Si notó cambios positivos en su familiar durante el proceso, ¿en qué ámbito(s) lo(s) notó? (puede marcar más de una opción)

Respuesta	TOTAL	
	Cantidad	%
A. En lo espiritual	5	29,4%
B. En lo anímico	5	29,4%
C. En lo físico	2	11,8%
D. En lo mental	4	23,5%
E. En el mayor interés en socializar	1	5,9%
F. Otro	0	0%
G. No noté cambios	0	0%
TOTAL PREFERENCIAS MARCADAS*	17	100%



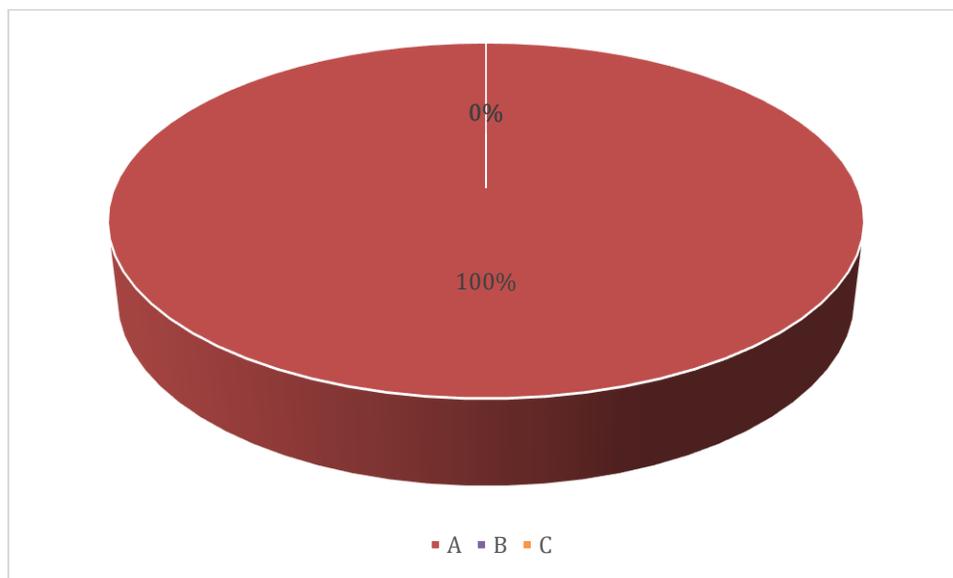
5. Ud. notó que el proceso musicoterapéutico pudo ser negativo o haber perjudicado parcial o totalmente a su familiar

Respuesta	TOTAL	
	Cantidad	%
A. Sí, lo fue	0	0%
B. No, en absoluto	6	100%
C. Un poco	0	0%
TOTAL	6	100%



6. Ud. cree que el espacio de la intervención terapéutica fue respetuoso con la situación particular de la paciente y su familia (incluyendo el funeral)

Respuesta	TOTAL	
	Cantidad	%
A. Si, lo fue	6	100%
B. No, no lo fue	0	0%
C. En momentos	0	0%
TOTAL	6	100%



Análisis del segmento cuantitativo (parte A):

Tras la aplicación de la encuesta con un universo de seis familiares directos que participaron del proceso de musicoterapia con una paciente oncológica en etapa terminal, podemos sostener que:

- La mayoría había escuchado hablar de musicoterapia
- La totalidad de los familiares observó cambios positivos en C
- Dichos cambios positivos, fueron principalmente en las dimensiones espiritual, anímica y mental

- La totalidad de los familiares sostiene que el proceso musicoterapéutico benefició a la paciente parcial y/o totalmente.
- La totalidad de encuestados piensan que el proceso musicoterapéutico fue respetuoso con la situación particular de la paciente.

PARTE B: Segmento Cuantitativo de la encuesta aplicada

7. Si pudiese aportar algo al musicoterapeuta en práctica, ¿qué le sugeriría?

(Respuestas representativas y sintéticas)

- *Quizás más sesiones familiares. Las enfermedades de un pariente se viven en conjunto y me habría gustado participar aún más.*
- *En particular, la sesión de musicoterapia a la que asistí me pareció interesante. Pienso que cada musicoterapeuta tiene una metodología particular y una relación particular con sus pacientes, ese vínculo es muy importante de potenciar, creo que a partir de eso existe una apertura distinta tanto desde las personas que acompañan al paciente y quien guía el acto de sanación.*

8. Tras finalizar el proceso, ¿su experiencia o idea de la musicoterapia es la misma que al comienzo?

- *En absoluto. A mi madre le sirvió para expresar artísticamente sus emociones, en la búsqueda de su legado, le sirvió muchísimo.*
- *Sí, mi idea es la misma la música sana el alma y si creo que se pueda usar con fines terapéuticos.*
- *No. Tenía un prejuicio ante la musicoterapia, que de alguna forma ha cambiado. Creo ahora que hay dimensiones que se abren desde el sonido como las del diálogo, la reflexión y la comprensión.*

9. Siente que la musicoterapia fue un aporte para su familiar, ¿por qué?

- *Claro que sí, nos ayudó a acercarnos a los sentimientos de mi madre, como también a esa sensibilidad artística de mi madre y la nuestra. Todavía nos conmueve la forma en que nuestra madre lo hizo, y las palabras de la letra de su canción.*
- *Por supuesto que sí, la musicoterapia no solo fue un gran aporte para el paciente, además, tuvo injerencia en el entorno familiar, trayendo consigo tranquilidad, una instancia liberadora, paz, mejora el ánimo, etc.*
- *Sí. Creo que mi madre pudo explorar dimensiones creativas que no habían sido manifestadas, sobre todo para poder decir y dejar un mensaje como testimonio de su paso por la vida. El arte en general está lleno de prejuicios de quienes lo producen y los que lo reciben, ante eso mi madre teniendo una aproximación al arte (desde mi disciplina) sentía que podía hacer cosas de su propia autoría, pero necesitaba un apoyo para lograrlas, ahí el musicoterapeuta fue fundamental para materializar esos deseos de trascendencia y amor.*

10. Puede agregar otros comentarios que Ud. desee.

- *Nos ayudó a mantenernos unidos y en comunicación con lo que sentíamos sin decir palabras que a veces es complicado decir en estas circunstancias.*
- *Durante el proceso vivido, existieron instancias en las que mi mujer era otra, la enfermedad parecía desaparecer, su ánimo cambiaba radicalmente para bien, sirvió de una vía de comunicación para expresar y liberar sentimientos. Agradezco la oportunidad de conocer un poco más de esta disciplina, ya que me permite tener una experiencia con el sonido que puede permear a otros ámbitos de la vida, no solo en momentos complejos como los de una enfermedad terminal, si no también, aplicarlo en la vida cotidiana, en espacios educativos, espacios de actividad colectiva, etc.*

Análisis del segmento cualitativo (parte B):

En las respuestas abiertas, la totalidad de las aseveraciones son favorable hacia el proceso musicoterapéutico que vivió directamente C y su familia, sin ser un proceso que buscara atender al grupo familiar directamente. Se evidencian impresiones favorables acerca del proceso de C, lo percibido por sus familiares y la práctica musicoterapéutica, destacando:

- Las posibilidades de apertura de los distintos aspectos del paciente que incluye su ámbito mental, emocional, espiritual, social, etc, por medio de la expresión
- Brindar tranquilidad y bienestar a la paciente
- Se acusa la apertura de nuevos puentes de comunicación entre paciente y familia y entre los familiares entre sí, posibilitando favorablemente mayor y mejor comunicación
- La importancia del vínculo entre quienes participan en el proceso
- La génesis de espacio de diálogo, reflexión y comprensión
- Posibilitar el bienestar a otras esferas de la vida cotidiana.

Conclusión:

El proceso musicoterapéutico vivido por C, fue bien recepcionado por los familiares, quienes sintieron que la terapia ayudó a la paciente a expresar y a alcanzar mayores grados de bienestar, pero le brindó tranquilidad también al grupo familiar. Permite cubrir diferentes aspectos de la vida de la paciente y generar nuevos espacios y canales de comunicación en donde previamente se había bloqueado por situaciones familiares.

Se evidencian los aportes de la musicoterapia, que facilita una comunicación cuidadosa desde aquello que es difícil decir con las palabras, en donde el vínculo y el respeto son vitales en el proceso de la terapia.

La Musicoterapia puede aportar en la comunicación, reflexión y comprensión. Esto puede ser llevado a otros ámbitos y no solo quedar en el contexto de la salud, sino que también de la educación y la vida cotidiana.

2. Protocolo de sesión

Pauta de Evaluación de la sesión de Musicoterapia

Nombre: _____ Fecha: _____

1. Encierre en un círculo cómo se siente al inicio en relación a su(s) dolor (res) o molestia física.



2. En relación a las siguientes preguntas, elija la alternativa que mejor refleje su opinión respecto de la sesión, siendo 1 la valoración mínima y 4 la máxima. La transparencia en la entrega de información será de gran utilidad para mejorar futuras sesiones de Musicoterapia.

En Absoluto Un poco Bastante

Mucho

	1	2	3	4
He sentido bienestar luego de la sesión de Musicoterapia.				
Siento que la sesión de Musicoterapia me sirvió para vincularme con otras personas.				
La sesión de Musicoterapia me permitió sobrellevar de una mejor manera el malestar.				
Me siento tranquilo (a) y relajado(a).				
Considero que es un aporte asistir a las sesiones de Musicoterapia.				
Recomendaría a otras personas participar en				

Musicoterapia.				
----------------	--	--	--	--

¿Cuáles de las actividades realizadas fueron de su mayor interés?

Comentarios o sugerencias respecto a las actividades realizadas o futuros temas a trabajar.

3. Encierre en un círculo cómo se siente al término en relación a su(s) dolor (res) o molestia física.



3. Protocolo de consentimiento de registro de sesiones (en video o audio)



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

Junio, 2017

Carta de Consentimiento Informado

Autorización para filmación y/o grabación de las sesiones de musicoterapia para pacientes beneficiarios de la intervención musicoterapéutica en práctica.

La finalidad de las filmaciones, será hacer uso de ésta con propósitos exclusivamente pedagógicos para el Programa de Postítulo de Musicoterapia de la Universidad de Chile y no serán utilizadas en otros ámbitos sin su consentimiento.

Estudiantes en Práctica

Nombre: Rodrigo A. Hernández C.
Celular: 9 893 55 601
Correo Electrónico: rhernandez@musica.cl

Supervisora de Práctica

Nombre: Patricia Lallana Urrutia
Celular: x xxxxxx 413
Correo Electrónico: pxxxxxxxxxxxxna@gmail.com

Detalles de la paciente

- Pacientes oncológico terminal con tratamiento paliativo para el dolor
- Actualmente en tratamiento con medicina alternativa (Acupuntura, moxibustión y Reiki)

Detalles de las intervenciones

- Tiempo de sesión: 45 minutos aprox.
- Días de práctica: 1 a 2 sesiones por semana
- Fecha de inicio de práctica: Primera semana de Junio
- Fecha del término de práctica: proceso abreviado (sugerido en 8 a 9 sesiones)

Beneficiarios de la Muestra

- **Beneficiario:**
Paciente oncológico terminal
- **Lugar donde se encontrará la beneficiaria:**
Domicilio particular
- **Individuo que abordará la beneficiaria:**
Estudiante en práctica
- **Cuestionarios por completar la beneficiaria**
Carta de consentimientos, Pauta de Evaluación, *Ficha Musicoterapéutica (ocasionalmente)
- **Visitas clínicas como parte del protocolo:** SI

Número de Visitas Clínicas

Mínimo como proceso abreviado; 8 sesiones.

Sobre el Uso de la Información Protegida de la Muestra

Las sesiones de musicoterapia son realizadas por un musicoterapeuta en práctica y vistas por el supervisor(a) de la práctica.

Las sesiones serán filmadas o grabadas en audio para ser utilizadas como material de análisis, para la monografía final, requisito para la obtención del título de Especialización en Terapias de Arte mención Musicoterapia, y solo podrían ser mostradas en la defensa de esta monografía.

Información Utilizada

- Información en los registros desde el 04/07/17, fecha de inicio del proceso de práctica profesional, hasta completar las tres fases.
- Información personal obtenida de las actividades de este estudio, o durante el curso de las mismas.

Agentes que utilizarán la Información

Espacio terapéutico particular del terapeuta en práctica
Domicilio particular de la paciente

Retiro de este permiso debe ser hecho por escrito y dirigido a:
Estudiante en práctica: Rodrigo Hernández C.

Yo:

Nombre _____

Rut _____

Autorizo la filmación y presentación del registro audio visual según lo estipulado en el documento.

Fecha

Firma Beneficiario

4. Pauta de observación propia

Pauta de observación Musicoterapéutica

Nombre del Paciente: _____

Diagnóstico Médico: _____

Nombre del MT en práctica: Rodrigo Hernández Carvajal

Etapa o fase: _____

Fecha: _____ Sesión: _____

Hora inicio: _____ Hora término: _____

1. Objetivo/s:

-
-

2. Actividades Realizadas:

INICIO:

DESARROLLO:

CIERRE:

DEL PACIENTE

I. Indicadores sonoro-musicales:

Dimensión sonora-musical	Indicador	Conceptos Observados por etapa (Aproximación Diag.) y por sesión			
		1° sesión	2° sesión	3° sesión	4° sesión
Duración	a) Pulso	Estable			
	b) Patrón Rítmico (célula rítmica)	Estable			
	c) Ritmo con variaciones y motivos	Estable y con motivos			
Expresión sonora y movimiento	a) Uso de intensidades	Exploratorio			
	b) Uso de articulaciones	Exploratorio			
	c) Uso agógica	Sí; expresivo			
Plano Melódico - Armónico	a) Uso de voz, timbres o silbido de forma atonal				
	b) Uso de voz, timbre o silbido con centro tonal recurrente	Exploratorio (xilófono)			
Forma y Estructura	a) Una parte o sección	Exploratorio			
	b) Dos o más secciones				

	c) Sin estructura clara	Exploratorio			
Texturas – timbres (instrumentos, voz, cotidiáfonos)	a) Uso de un timbre	Xilófono			
	b) Uso de dos o más timbres	*elige calimba para el MT			
	c) Uso de otros objetos próximos, cotidiáfonos u otros				

<i>*Conceptos que podría aplicarse:</i>	
- Silencio - Inexpresivo	- Flexible – Estable
- Estático – Obstinado	- Libre - Creativo
- Inquieto - Exploratorio	- Catártico - Liberador
- Complicado - Desconcertado	- No expresado – No observado
- Recurre a patrones aprendidos - seguros	- NO

II. Indicadores corporales:

Dimensión corporal	Indicador	Conceptos Observados por etapa (Aproximación Diag.) y por sesión			
		1° sesión	2° sesión	3° sesión	4° sesión
Vinculación corpóreo-sonora	a) Contacto visual al tocar	Conectada (sin mirar directamente el terapeuta)			
	b) Mirada	Calma			
	c) Postura corporal / Movimientos	Conectada - Integrada			
	d) Contacto corporal con el instrumento	Conectada - Integrada			
	e) Gestos	Conectada - Integrada			
	f) Respiración	Corta – con dificultad			
	g) Uso de la Voz	No utilizada			

** Conceptos de referencia que podrían aplicarse*

<ul style="list-style-type: none"> - Conectado - Integrado - Indiferente – Distante - Enérgico - Entusiasta - Desconectado – Ensimismado - Desorientado – Desconcertado - Tenso - Ansioso - Relajado – Equilibrado – Calmo 	<ul style="list-style-type: none"> - Escaso – Moderado - Abundante - Poco expresivo - Cansado – Bajo ánimo - Lento - Profundo - No expresado – No observado
---	--

III. Emergentes Verbales

- **Al inicio:**
- **Durante la sesión:**
- **Al cierre:**
- **Otros: //**

IV. Conclusiones

DEL TERAPEUTA

V. Otros aspectos

- Contratrtransferencia(s):
- Sensaciones físicas:
- Asociaciones:
- Ideas:

Objetivos tentativos para la próxima sesión:

-
-

Posible consigna para improvisación:

-

"Te enfermas cuando dejas de cantar tu canción".

Lawrence LeShan