



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POST-GRADO

La Plurimodalidad en Musicoterapia, como una herramienta más en la
Rehabilitación y/o Tratamiento, en un caso de paciente con Mieloma Múltiple post trasplantados.

Monografía para optar al Post Título en Terapias de Arte con Mención en Musicoterapia

Alumno: Jaime DAVID Farías Delva.
Profesora Guía: Patricia Lallana Urrutia.

Santiago de Chile, Diciembre del 2017

I-Introducción.....	1
II- Contexto General.....	3
II-Marco Teórico.....	5
1- Cáncer.....	5
2- Tratamiento del Cáncer.....	10
3- Hemato-Oncología.....	11
4- Mieloma Múltiple.....	13
5-Convivir con Mieloma Múltiple. Lo Biológico, lo Psicológico, lo Social y lo Espiritual en pacientes oncohematológicos.....	13
6- Musicoterapia:.....	22
a) “Un esbozo de cruces, nexos y convergencias conceptuales, que vigorizan la idea de Plurimodalidad en Musicoterapia”.....	22
b) El Abordaje Plurimodal en Musicoterapia APM, una práctica Dialéctica y dinámica. 	32
c) Consideraciones preliminares del Abordaje Plurimodal Musicoterapéutico como recurso complementario en el tratamiento de paciente con Mieloma Múltiple.	51
III- PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	55
a) Algunas apreciaciones del Encuadre y el Contexto en el cual se desarrollo el proceso musicoterapéutico del paciente con Mieloma Múltiple.	55

b) El Paciente.	56
c) Encuadre.....	58
i) Un encuadre domiciliario para el casoJS.	58
ii) Constante temporal y/o periodicidad y duración de la intervención	60
iii) El setting instrumental y técnico.	60
iv) El registro de las sesiones.	62
v) Sustento teórico desde una mirada multimodal para el Caso JS	62
d) Objetivos.	64
f) Metodología para el caso JS	64
i) Periodo de diagnóstico o VIM desde un APM en el caso JS. (4 Primeras Sesiones).....	66
ii) Etapa de tratamiento.	77
iii) Etapa de Evaluación de la intervención.....	92
h) Auto-evaluación fortalezas y debilidades del MTP.....	94
I) Conclusión.	95
Bibliografía.....	96
Anexo:	
Protocolo-individual/sesión.....	99

I-Introducción.

El presente trabajo tiene la intención y el propósito de compartir un esbozo de conocimiento, información, ideas y modelos teóricos, más allá de un ánimo escolástico, sino más bien de abrir desde la necesidad que hoy tenemos de desarrollar la musicoterapia, como una disciplina que aporte en el proceso de tratamiento o rehabilitación, de personas que padecen una enfermedad de carácter OncoHematológico.

Este trabajo consideró la relación entre los diversos modelos, teorías y técnicas que arman en cierta medida el sustento de una praxis plurimodal en musicoterapia y que junto a una visión holística de las personas/pacientes, permiten hacer de la plurimodalidad, un modelo de prevención, rehabilitación y/o cura de aquellos que sobrellevan una dolencia como el Mieloma Múltiple.

Me referiré a Cáncer y musicoterapia, y como esta enfermedad podría mitigar sus síntomas, hasta el punto de poder equilibrar aquellos elementos que componen esta enfermedad, y aliviar principalmente el estado emocional del paciente, el que se encuentra íntimamente ligado al sistema inmunológico y que podría ser abordado desde lo sonoro-musical.

Quise aproximarme a este tema, acudiendo a diferentes fuentes bibliográficas que nos entregaran información, primero, sobre el cáncer en general; cuáles son sus tratamientos, la

Hematología, el Mieloma Múltiple y como los factores físicos, emocionales, culturales, sociales, se ven dañados por este tipo de dolencia, afectando la identidad del paciente.

Busqué en segundo lugar, sondear sobre conceptos, modelos y teorías de musicoterapia, que me permitieran sostener un proceso plurimodal de intervención, entrecruzando y conectado teorías y modelos flexible y libremente, concediendo a esta plurimodalidad de intervención, validez y utilidad terapéutica.

Seguidamente al esbozo de conceptos sobre musicoterapia, desarrollé un proceso musicoterapéutico dúctil, que tuviera sustento teórico, lógico y que siguiera una línea que conectara la intervención con lo multimodal, praxis ineludible a la hora de tratar pacientes con Mieloma Múltiple, en proceso de rehabilitación, y por qué no decir, de todo aquel enfermo oncológico y hematológico que se encuentre con posibilidades de prolongar su vida.

La intervención contó con objetivos claros, metodología acorde con la flexibilidad del abordaje, un proceso/evaluativo musicoterapéutico; entendido esto como una constante/análisis “in situ”, del despliegue de fenómenos musicoterapéuticos, desde principio a fin, y que me permitió valorar y ratificar la propuesta plurimodal de intervención, como una herramienta más, en el proceso de rehabilitación y/o tratamiento de pacientes que padecen una enfermedad oncohematológica.

II- Contexto General

La presente monografía tiene su génesis en un proceso que se inicia en la unidad de hematología-Oncológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ubicada, desde el año 1991, en Av. Santos Dumont #999, comuna de Independencia, con una particularidad importante a considerar en relación al contexto y encuadre en el que se desarrolló la intervención musicoterapéutica. Debido al “alta” del paciente con el cual se trabajó, y a solo dos días de nuestro primer encuentro, este es enviado a su domicilio, con chequeos médicos en otro hospital, específicamente el Sotero del Rio de la comuna de Puente Alto. Sin embargo, con esta nueva situación “hospitalaria”, el paciente comienza a asistir a chequeos médicos, una o dos veces por semana, según los requerimientos de la nueva institución de salud, encargada de su seguimiento y atención. Este cambio de hospital generó una modificación del contexto, pasando de un espacio institucional a uno de carácter particular, como es el domicilio del paciente, lugar donde se efectuó el proceso terapéutico y a la que se refiere esta monografía; salvo las dos primeras sesiones, que se realizaron en la sala individual de la unidad de hematología-oncológica.

La U.H.O Oncológica del hospital clínico de la U. Chile, es una unidad centrada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la sangre, entre las que se encuentra el Mieloma Múltiple, padecimiento que sufre el paciente del presente trabajo. La unidad cuenta con un equipo multidisciplinario integrado por médicos, enfermeras, psicóloga, personal administrativo. La U.H.O tiene secciones de trasplante de médula, con sus correspondientes salas y camas

individuales para el tratamiento de los pacientes, las cuales son minuciosamente protegidas de posibles generadores de otras infecciones o patologías que pudieran afectar la salud de los pacientes tratados.

El proceso musicoterapéutico que se describirá, se llevó a efecto durante el primer semestre del año 2017 (Abril/Julio 2017); las dos primeras sesiones, más una de presentación, se efectuaron en dependencias de la U-H-O del Hospital clínico la U. Chile, para posteriormente continuar con las restantes 14 sesiones, en el domicilio particular del consultante, ubicado en la villa la Foresta, Puente Alto. El inmueble se encuentra emplazado en un barrio residencial popular. Son casas pareadas con un pequeño antejardín y entrada de garaje para un vehículo. El interior de la vivienda cuenta con 3 piezas, cocina y living-comedor; es este último el lugar donde se desarrolló esta práctica de musicoterapia. El espacio se acomodó y siempre contó con una atmósfera adecuada, casi silenciosa, lo que otorgó un clima propicio para la realización de las sesiones. Se consideró que el living era el sitio más óptimo, ya que contaba, además, con un buen sofá/diván, que hizo las veces de camilla cuando se necesitó. El proceso se efectuó en completa soledad, sin interrupciones, lo que presentó condiciones adecuadas, tanto para el paciente como el musicoterapeuta. El domicilio es habitado por (JS) y su esposa (A), esta última, durante el día, no permanece en casa, ya que cuida a su nieto en el domicilio de la hija de ambos, inmueble que se encuentra a cuerdas de la casa de JS.

Finalmente, preciso que la presente monografía contó con la participación del consultante JS, el alumno en práctica y el supervisor; una musicoterapeuta calificada.

II-MARCO TEÓRICO.

1-Cáncer.

Hablar de Cáncer, es enfrentar y reconocer una de las enfermedades más mortíferas en la historia de la humanidad y que genera en nuestra especie miedos, angustias, estrés, dolor y una gran sensación de soledad. Estos estados emocionales que se presentan en quién la padece, no favorecen el tratamiento o el alivio de ésta, lo que a través de siglos y décadas nos demuestra o confirma, que esta enfermedad ha sido un desafío para muchos, en la búsqueda de su cura, desde épocas inmemoriales. Pero, ¿Qué es el cáncer?

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. Es una enfermedad tan antigua como el hombre y le ha acompañado muy probablemente desde su aparición. Según algunos informes, data de unos tres o cuatro millones de años.¹

¹(de la Garza & Juárez Sánchez, 2014, pág. 17)

Otra acepción en torno al tema nos lo da; (Suárez, 2002)“...En sentido Bioclínico, una neoformación tisular, que se origina a partir de un grupo celular localizado en un área determinada de tejido, producto de una multiplicación celular progresiva y aparentemente autónoma”. (pag.24)

“Las pruebas más antiguas de las primeras manifestaciones del cáncer, datan de comienzo del período pleistoceno, es decir, hace unos setecientos mil años”. (de la Garza & Juárez Sánchez, 2014, pág. 18)

A través de la historia podemos asegurar que una de las grandes preocupaciones de la especie humana era la prevención y cura de enfermedades, y en ella podemos encontrar vestigios y antecedentes de esta necesidad de sanar el cáncer. Esta dolencia, no es tan solo la enfermedad de este siglo, sino que ya en el antiguo Egipto existían registros de ésta en los denominados papiros.² Cáncer, un término que tiene su cuna o raíz en una expresión o concepto generado en la antigua Grecia y que trató de explicar este padecimiento desde una mirada filosófica como médica. Cito:

“Hipócrates, el padre de la medicina, bautizó la enfermedad modernamente conocida como cáncer con el nombre de “karkinos”, que en griego significa cangrejo, en el año 400 a. C. Casi quinientos años después, el filósofo greco-romano Aulo Cornelio Celso tradujo la palabra “Karkinos” y usó por primera vez la palabra “Cáncer”, que en latín significa cangrejo. Cien años después, Galeno, otro famoso médico greco-romano, dio validez al término “Cáncer” cuando describió que el tumor canceroso se extendía dentro del seno como los “brazos y pinzas de un cangrejo”. Se piensa que esos eruditos compararon al cáncer con el cangrejo por tres razones:

² (Pacora, 2016, pág. 09)

porque el tumor canceroso es duro como el caparazón del animal, porque el cáncer avanzado duele como cuando el cangrejo te atrapa con sus pinzas y porque una vez que te atrapa con su pinza, el cangrejo no te suelta.

Fue precisamente Hipócrates quién postuló la primera explicación sobre el origen del Cáncer: un exceso y almacenamiento de bilis negra, uno de los cuatro fluidos del cuerpo que, según Hipócrates, balanceaban la salud del organismo (los otros eran sangre, bilis amarilla y flema). Hipócrates consideraba que la depresión dependía también de un exceso de bilis negra, un líquido que nunca pudo ser encontrado simplemente porque no existe.

Ese concepto hipocrático del Cáncer se mantuvo durante cientos de años hasta 1854, año en que el médico alemán Rodolfo Virchow, considerado el padre de la patología, descubrió mirando por un microscopio, que el tumor canceroso estaba compuesto por células deformes y aumentadas de tamaño, y postuló la teoría de que el cáncer era consecuencia del crecimiento desordenado de las células en un organismo determinado”. (Huerta, 2014, pág. 1 del capítulo I)

La investigación y estudio de esta enfermedad a través de los siglos, nos señala que el cuerpo humano está conformado por gran cantidad de células, las cuales constituyen la unidad anatómica esencial de las especies en vida. Si en esta composición fundamental de células se producen desequilibrios, se entra en la fase de inicio del cáncer. Este descontrol daña incluso el material genético contenido en el ADN de la célula, generando mutaciones irreversibles, que afectan el crecimiento y la división normal de éstas. Estamos ante el fenómeno llamado Apoptosis o muerte celular, la que perturba su proceso natural, ordenado y programado, no muriendo cuando tienen que morir y enfrentados, además, a la formación y multiplicación descontrolada y acelerada de

celulas nuevas, cuando el organismo no las necesita, generando así el desarrollo de esta enfermedad.³

En definitiva el cancer es un exceso de división y menor muerte celular, esta última conocida como “Apoptosis” y que nos recuerda que nuestro organismo está en un continuo balance entre división y muerte celular.

Existen más de 100 tipos de Cáncer, los cuales por lo general reciben el nombre de los órganos o tejidos donde se forman, pero también pueden ser denominados según el tipo de células que los crea.

Algunos ejemplos de esta dolencia que comienzan en tipos específicos de células son:⁴

Carcinoma: Es el tipo más común de cáncer. Se forma en las células epiteliales, las cuales son las células que cubren las superficies internas y externas del cuerpo.

Sarcoma: es un cáncer que se forma en el hueso y en los tejidos blandos, incluso en músculos, tejido adiposo (graso), vasos sanguíneos, vasos linfáticos y en tejido fibroso (como en tendones y ligamentos).

Melanoma: es un cáncer que empieza en las células que se convierten en melanocitos, los cuales son células especializadas en producir melanina (el pigmento que da el color a la piel). La

³ (de la Garza & Juárez Sánchez, 2014, pág. 35 a 37)

⁴ (Instituto Nacional del cáncer/Gobierno USA, 2012)

mayoría de los melanomas se forman en la piel, pero pueden formarse también en otros tejidos pigmentados, como en los ojos.

Tumores de cerebro y de la médula espinal: Existen diferentes tipos de tumores, los cuales toman su nombre según el tipo de célula en donde se formaron. Cáncer del sistema nervioso central. Por ejemplo, un tumor astrocito empieza en las células del cerebro que tienen forma de estrella y que se llaman astrocitos, los cuales ayudan a conservar sanas a las células nerviosas.

Leucemia: Los cánceres que empiezan en los tejidos que forman la sangre en la médula ósea se llaman leucemias. Estos cánceres no forman tumores sólidos. En vez de eso, un gran número de glóbulos blancos anormales (células leucémicas y blastocitos leucémicos) se acumulan en la sangre y en la médula ósea y desplazan a los glóbulos normales de la sangre.

Linfoma: Es un cáncer que empieza en los linfocitos (células T o células B). Estos son glóbulos blancos que combaten las enfermedades y que forman parte del sistema inmunitario. En el linfoma, los linfocitos anormales se acumulan en los ganglios linfáticos y en los vasos linfáticos, así como en otros órganos del cuerpo.

Mieloma Múltiple: El mieloma múltiple es un cáncer que empieza en las células plasmáticas, otro tipo de célula inmunitaria. Las células plasmáticas anormales, llamadas células de mieloma, se acumulan en la médula ósea y forman tumores en los huesos de todo el cuerpo. El mieloma múltiple se llama también mieloma de célula plasmática y enfermedad de Kahler.

2- Tratamiento del Cáncer.

El tratamiento de esta enfermedad se establece bajo tres aspectos fundamentales, como lo son la quimioterapia, radioterapia y cirugía. Sobre esta base existen otros tratamientos que incluyen la hormonoterapia, inmunoterapia, las dianas o blancos terapéuticos no citotóxicos y el trasplante de medula ósea.⁵

Las acciones necesarias que se deben realizar a la más mínima sospecha de poseer este tipo de enfermedad, es la realización de un buen diagnóstico, para determinar el grado en el cual se encuentra y definir, teniendo siempre en cuenta bases científicas, el tipo de tratamiento a seguir.

Algunos tratamientos son:⁶

Cirugía: Procedimiento de extirpación de un tumor canceroso del cuerpo. **Radioterapia:** tratamiento que utiliza altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores.

Quimioterapia: Tratamiento que utiliza fármacos para destruir células cancerosas.

Inmunoterapia: Tratamiento que ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer. **Terapia**

dirigida: Tratamiento que actúa sobre los cambios que promueven el crecimiento, la división y diseminación de las células cancerosas. **Terapia hormonal:** Tratamiento que actúa sobre las

hormonas que utilizan las células cancerosas para crecer. **Trasplante de células madres:**

⁵ (de la Garza & Juárez Sánchez, 2014, pág. 97)

⁶ (Carrera, 2016, pág. Tratamiento Cáncer N°2)

Procedimiento que restaura las células madre formadoras de sangre que se destruyeron por las dosis elevadas utilizadas en tratamientos del cáncer, como quimioterapia o radioterapia.

3- Hemato-Oncología.

La especialidad de Hematología, constituye aquella parte de la Medicina que se ocupa de la fisiología de la sangre y sus enfermedades y órganos hematopoyéticos.⁷ Estos últimos, encargados de la formación de las células sanguíneas. El sistema hematopoyético, es definido como un “sistema de tejidos y órganos del cuerpo, especializados en la formación y maduración de los componentes de la sangre (glóbulos rojos, plaquetas, glóbulos blancos...) incluye, además, la médula ósea y el bazo”.⁸

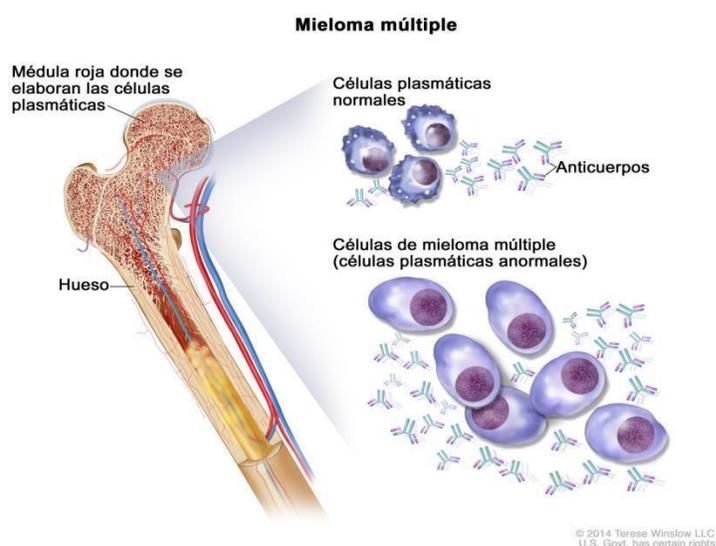
En el **paciente OncoHematológico**, la enfermedad se encuentra dispersa en todo el organismo ya que invade médula ósea o tejido linfático. Quienes sufren esta enfermedad ven alterada la producción de células en diferentes series; como consecuencia habrá anemias, leucopenia, plaquetopenia, por lo que posiblemente requieran de terapia transfusional. Uno de los riesgos importantes a considerar en pacientes oncohematológicos, son las infecciones y la neutropenia febril. A diferencia del paciente **hematológico**, el **enfermo oncológico** es invadido por la

⁷ (Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, 2012, pág. 20)

⁸ (<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/sistema-hematopoyetico>, 2016)

afección en un solo órgano, el cual concentran células tumorales, y desde ese tumor pueden desprenderse nuevas células, que viajan e invaden a distancia nuevos órganos.⁹

Algunos tipos de enfermedad hematológicas son: leucemias agudas, leucemias crónicas, Los Linfomas, **Mieloma** y el **mieloma múltiple**.¹⁰ Las dos últimas relacionadas con “una neoplasia constituida por células plasmáticas con menor o mayor grado de heterotipía, que infiltran de manera difusa la médula ósea hematopoyética provocando acúmulos y destrucción local de hueso, y predisponiendo a las fracturas”.¹¹



i) Mieloma Múltiple

⁹ (Instituto Nacional del Cáncer, pág. 12)

¹⁰ (de la Garza & Juárez Sánchez, 2014, pág. 136 a 143)

¹¹ (de la Garza & Juárez Sánchez, 2014, pág. 142)

4-Mieloma Múltiple

Mieloma Múltiple (MM); consiste según el trabajo de “De la Garza” y “Juárez Sánchez plasmado” en su texto, cito:

“Una neoplasia de las células plasmáticas, que reemplazan a las células normales de la médula ósea, de tal manera que causan destrucción ósea y dan lugar a la formación de una proteína anormal llamada proteína o componente M (monoclonal). Por lo general evoluciona desde un estado premaligno denominado gammopatía monoclonal de significado indeterminado (MGUS, del inglés *monoclonal gammopathy of undetermined significance*)”. (Gomez & Jaime Pérez, 2012, pág. 129) En la mayoría de los casos esta dolencia se presenta en personas de más de 50 años. Los indicios que podrían revelar que estamos frente a un MM son astenia y palidez generadas por la anemia, además de infecciones y dolores óseos. “El tratamiento es a base de quimioterapia sistémica (*talidomida*) y otros agentes anti neoplásicos. Además, el auto trasplante de la médula ósea ha brindado resultados excelentes. La *lenalidomida* es un nuevo agente que ha mostrado respuestas completas y una buena calidad de vida. La radioterapia es indicada para lesiones localizadas y sintomáticas y/o fracturas. El mieloma múltiple es radio sensible por lo que se obtienen excelentes resultados”. (de la Garza & Juárez Sánchez, 2014, pág. 143)

5-Convivir con Mieloma Múltiple. Lo Biológico, lo Psicológico, lo Social y lo espiritual en pacientes oncohematológicos.

Convivir y enfrentar una enfermedad como el Mieloma Múltiple, implica una serie de encuentros internos y externos del paciente con su corporalidad, personalidad, sentimientos y emociones, los cuales se ven reflejados, por ejemplo, en los estados de ansiedad, estrés, miedo etc. que presentan este tipo de enfermos a la hora de ser diagnosticados con la afección. Ante esta realidad, es de vital importancia que la ciencia médica comience a reconsiderar y reafirmar la

necesidad de una salud integral, que equilibre la balanza en el plano biológico, psicológico y social, como una forma de aliviar y/o sanar a quienes padecen esta enfermedad.

En esta búsqueda de estabilización de la enfermedad, es necesario considerar como un factor importante, la posible proliferación de infecciones a las que se ven expuestos estos pacientes. El organismo a través de su sistema inmunológico se defiende de estos antígenos, bacterias y virus, destruyéndolos, sin embargo, muchas veces falla, por consecuencia, un factor importante para la salud, es el buen funcionamiento del sistema inmunológico, el que está íntimamente asociadas a las **emociones**, las que siendo positivas pueden influenciar de manera beneficiosa la función inmunológica o neuronal; es decir, que una buena forma de enfrentar este tipo de cáncer, es con un buen estado anímico y actitud. En relación a este tema, Cito:

“Tradicionalmente, el sistema inmunológico se ha considerado el responsable en la defensa del organismo frente a la amenaza de todo aquel agente nocivo que puede dar lugar a una patología. Además, esta creencia iba acompañada de la afirmación de que el sistema inmune era un sistema independiente, dedicado a organizar el funcionamiento de las defensas de manera autónoma. Sin embargo, esta concepción de la inmunidad a cambiado, estableciéndose una red neuro-endocrino-inmunológica, con una visión más compleja, realista e integradora del organismo, en la que la barrera entre la salud y la enfermedad se basa no solo en la competencia de la inmunidad, sino también en el equilibrio de la relaciones establecidas con los otros sistemas del organismo”

(Pulgar,
2010, pág. 9)

La detección de una afección hematológica nos conecta con el sufrimiento que genera coexistir con este tipo de dolencia. Entender esto, es entender la convivencia del individuo con la enfermedad, que lo afectará en su integralidad como persona, teniendo en cuenta aspectos físicos, psicológicos, sociales, emocionales, espirituales y existenciales, que dañan, además, su familia y su entorno más cercano.

“El cáncer no sólo afecta a lo físico, sino también a lo psíquico, social y espiritual. Y las preocupaciones y el bienestar de los pacientes también van a estar condicionadas por cómo se afectan esos diferentes niveles: a) **físico**: estado funcional, energía / astenia, sueño y descanso, salud física global, fertilidad, dolor; b) **psíquico**: autocontrol, ansiedad / depresión, placer / ocio y tiempo libre, miedo a la recaída, cognición / atención, distrés del diagnóstico, control del tratamiento; c) **social**: distrés familiar, rol y relaciones, afecto / relaciones sexuales, imagen y apariencia, placer, aislamiento / soledad, finanzas / trabajo; d) **espiritual**: significado de la enfermedad, búsqueda de sentido en la vida y la confrontación con la posible muerte, religiosidad, trascendencia, esperanza, incertidumbre y fuerza interior”.¹²

El modelo biopsicosocial, nos permite reconocer que hay un factor biológico que necesariamente nos habla de lo químico-biológico, como a su vez un factor psicológico, que toma contacto con las emociones y conductas, y un factor social, que tienen un papel importantísimo en el desenvolvimiento del paciente en el contexto del padecimiento de esta dolencia.

¹²(Garcia-Nieto, 2014)

El elemento psicosocial, nos lleva indiscutiblemente hacia la búsqueda de un tratamiento más completo en aquellos que padecen este tipo de enfermedades. Surge la **psicooncología**; que reúne esfuerzos de las disciplinas médicas, psicológica y sociales, tomando en cuenta un marco biopsicosocial de la salud y la enfermedad. La **psicooncología** procura determinar la influencia que tienen los aspectos psicológicos en la aparición, evolución y tratamiento del Cáncer.¹³ Esta influencia en la evolución y aparición del cáncer, es de cierta manera un elemento trascendental a la hora de poner en la balanza los equilibrios tanto positivos como negativos, en lo referente a lo bio-psico-social de quien padece una enfermedad oncohematológica, cito:

“Esta disciplina, antes denominada Psicología Oncológica u Oncología Psicosocial, pretende determinar la influencia de los factores psicológicos sobre la aparición, evolución y tratamiento del cáncer. Además, también estudia las reacciones psicológicas del paciente oncológico, su familia y el personal asistencial, a lo largo de la enfermedad. También a través del estudio psicooncológico del paciente, se han llegado a establecer algunos factores de naturaleza conductual y de aprendizaje que influyen en el riesgo de desarrollar la enfermedad. Es posible establecer dos enfoques dentro de la Psicooncología. Por un lado, el *enfoque reactivo*, que se centra en dar apoyo para sobrellevar la enfermedad oncológica. Por otro, el *enfoque proactivo*, centrado en prevenir la enfermedad o mantener en lo posible la calidad de vida del paciente que la padece.

La psicooncología reactiva se acerca a aspectos relacionados con la psicoprofilaxis de los tratamientos, el manejo del dolor, la asistencia al paciente en las etapas más avanzadas de la enfermedad, la elaboración del duelo, así como la asesoría y apoyo a la familia y al equipo de salud. Por lo que, a grandes rasgos, se centra en el manejo de los síntomas y de la enfermedad. Por

¹³ (Pulgar, 2010, pág. 29 a 30)

su parte, **la psicooncología proactiva** se basa en el **modelo biopsicosocial** de la salud, y pretende explicar las interacciones del organismo, su ambiente y sus fenómenos psicológicos. Esta corriente enfatiza la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el desarrollo de la responsabilidad hacia la propia salud. De manera que el cáncer se concibe, desde esta perspectiva, como un proceso multifactorial, en el que la atención del paciente conlleva una revisión sobre sus aspectos **biológicos, psicológicos y sociales**. Con todo ello, la Psicooncología surgió como disciplina en el estudio de la relación entre las variables psicológicas y la enfermedad neoplásica, abarcando también la interacción entre los conocimientos biomédicos y conductuales relevantes al cáncer, tanto en el impacto psicológico que este provoca como en su prevención”. (Pulgar, 2010)

Los pacientes con mieloma múltiple y/o oncohematológicos, son afectados emocionalmente una vez que conocen de su padecimiento, algunos se sentirán abrumados, en shock o paralizados y aunque parezca extraño, hay quienes sienten alivio al saber de su enfermedad, ya que así encuentran una respuesta a todas las interrogantes que generan los síntomas que suelen experimentar, en los planos biológico, psicológico y social. Pero hay una pieza importante a tener en cuenta a la hora de hablar de un ser humano en su integralidad, y es el componente **espiritual**, que junto a los aspectos psico-emocionales nos permite anunciar o proponer un factor **Psico-socio-espiritual**.

“En la intervención psicoemocional con el paciente y la familia, se plantea la necesidad de la evaluación holística, ya que involucra también el sufrimiento espiritual y la pérdida de significado esperanza. En este sentido, se utilizan intervenciones psicoeducativas, técnicas de reestructuración cognitiva y de modificación de conducta, para ayudar al paciente o al familiar a vivir de modo más pleno cada día; se ofrecen alternativas de ayuda respetando los valores, los recursos personales y la capacidad de autodeterminación del paciente. La intervención debe brindar soporte a las necesidades emocionales del paciente en esta etapa y diagnosticar e intervenir adecuadamente en

los trastornos adaptativos, de ansiedad, depresión en los estados confusionales”. (Instituto Nacional del Cáncer, pág. 52)

El convivir con este tipo de enfermedad, requiere de parte del paciente una constante capacidad de adecuación y/o adaptación a su nueva condición de vida. Padecer una enfermedad de carácter terminal, nos enfrenta al morir o vivir, dos criterios que forman parte de un todo del cual nadie puede escapar. Todos vamos a morir y es en este sentido, que se hace indispensable desarrollar un tipo de intervención que favorezca los aspectos bio-psico-social y porque no decirlo, espiritual, del paciente oncohematológico.

“La Dra. Elizabeth Kübler-Ross, en su clásico estudio publicado en 1989, Sobre la muerte y los moribundos, describe el proceso de adaptación a la realidad en cinco fases psicológicas por las que atraviesa una persona que sabe que va a morir:

1. **Negación:** es un período inicial de rechazo, el paciente se resiste a aceptar la dura realidad.
2. **Ira:** proyección del enojo contra lo que los rodea, el paciente se ve obligado a aceptar la posibilidad real de morir.
3. **Pacto:** el paciente empieza a negociar con el personal sanitario o con personas significativas de su entorno; son comunes las promesas de sacrificio a Dios a cambio de que le devuelva la salud.
4. **Depresión:** el paciente se concientiza de que ninguna de las reacciones anteriores ha sido de utilidad y son sustituidas por una gran sensación de pérdida. La depresión puede ser reactiva o preparatoria.
5. **Aceptación:** disminución del interés general y resignación ante la muerte”. (Instituto Nacional del Cáncer, pág. 52)

Quizás una de las primeras preguntas que se hace un paciente en estas condiciones, es si va a morir y cuando. Es un momento en el cual el ser humano entra en el umbral de la **espiritualidad**, ya que lo centra en lo más profundo de su ser, como buscando las respuesta del ¿por qué yo?, es una noticia que cambia todo en la vida, pero también es posible que esos cambios permitan que el paciente reconozca y se acerque más a aquellas personas de su entorno más cercano, con las cuales convivirá su enfermedad, ya que muchos pacientes, como es el caso de los que padecen mieloma múltiple, pueden permanecer con vida durante años, si experimentan un buen tratamiento y una buena calidad de vida. Esta **dimensión espiritual**, que al parecer comienza a ser considerada en la intervención psico-oncológica proactiva, y que implica tanto al paciente como al que realiza los cuidados paliativos, es descrita en la siguiente cita:

“La espiritualidad como la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia, podemos aceptar que esta búsqueda personal aflore especialmente en forma de necesidad, insatisfacción e, incluso, sufrimiento en el final de la vida. El contacto con la profunda experiencia espiritual del otro que afronta la muerte, puede evidenciar no sólo nuestras carencias técnicas y metodológicas para su manejo, sino también nuestro propio vacío espiritual y, en definitiva, nuestra desprotección y contingencia como ser humano. Para poder intervenir adecuadamente, se debe partir, en primer lugar, de las observaciones hechas al pie de cama del enfermo, con la finalidad de encontrar respuesta al sufrimiento. Son precisas actitudes como la empatía compasiva y la intención de acercamiento y de escucha.

Los profesionales de cuidados paliativos, una vez cubiertas las necesidades físicas, emocionales y sociales, necesitan incorporar metodologías que ayuden a descifrar y acompañar en el camino hacia la espiritualidad”. (Instituto Nacional del Cáncer, pág. 55 a 56)

Se ha sostenido que tener en cuenta el equilibrio y el balance entre lo biológico, psicológico, social y espiritual, como factores fundamentales e importantes a la hora de diagnosticar, prevenir y/o tratar una enfermedad. El sistema inmunológico tiene mucho que decir en relación a esto y a la aparición de enfermedades de carácter terminal, ya que este constituye un sistema único e integrado de defensa, junto al sistema nervioso central, que es un mediador de procesos psíquicos y biológicos, por lo que podemos hacer alusión, a la **psiconeuroinmunología** como disciplina que refuerza la concepción de que toda enfermedad es multifactorial y biopsicosocial en su iniciación y curso; es el resultado de interrelaciones entre factores etiológicos específicos, genéticos, endocrinos, inmunes, emocionales y conductuales,¹⁴ lo que fortalece aún más la mirada e idea de integralidad en los pacientes oncohematológicos; el individuo como un todo, un ser espiritual, integral, con complejas interrelaciones en lo que ya muchos autores, profesionales de la salud y terapeutas complementarios, como por ejemplo musicoterapeutas, suelen llamar, “La dimensión bio-psico-socio-**espiritual** del ser”, a la hora de iniciar tratamientos y/o rehabilitación, en personas con cáncer y en los cuales también, desde este concepto, están implicados y comprometidos como seres humanos y sujetos activos, en el objetivo de otorgar una mejor calidad de vida y alivio en el tratamiento o rehabilitación del paciente oncohematológico.

¹⁴(Suárez, 2002, págs. 20-21)

Hablar de **biopsicosocioespiritualidad**, es considerar a una persona en cuerpo, alma y espíritu; con una dimensión biológica, compuesta de órganos y células; una dimensión psicológica, que considera una estructura cultural, educativa y social; una dimensión social, donde el individuo se pone en contacto, desde su nacimiento, con otros seres y una dimensión espiritual, que conecta al ser humano con la trascendencia, con el sentido de la vida y la muerte.

“El modelo biopsicosocial espiritual ha sido trabajado por varios autores (King, 2000; McKee&Chappel, 1992). No obstante, estos autores no han formalizado sus ideas en un modelo teórico concreto. Sin embargo, Sulmasy (2002) presenta un modelo teórico formal donde conceptualiza las diferentes dimensiones del ser humano. Este autor entiende al ser humano como un ser intrínsecamente espiritual y en función de relaciones. Desde su visión teórica, explica que la enfermedad es causada por la interrupción de relaciones adecuadas dentro del organismo humano que, a su vez, interrumpe y perturba las relaciones interpersonales, familiares y laborales. También interrumpe patrones preexistentes de manejo y puede provocar el cuestionamiento sobre la relación del individuo con lo trascendente. En este sentido, la enfermedad perturba e interrumpe relaciones adecuadas tanto dentro como fuera del cuerpo. Según este autor, las relaciones dentro del cuerpo se producen de dos formas: 1) entre las distintas partes del cuerpo y los procesos bioquímicos; y 2) la relación entre la mente y el cuerpo. Por otra parte, las relaciones fuera del cuerpo también se producen de dos maneras: 1) las relaciones que existe entre el individuo y su ambiente, incluyendo aspectos ecológicos, físicos, familiares, sociales y políticos; y 2) la relación que existe entre el individuo y lo trascendente”. (Gonzalez, 2016, pág. 11)

La variada conceptualización en torno al tema, permite proponer en el ámbito de los tratamientos y/o rehabilitación de pacientes oncohematológicos, una intervención de carácter multimodal o plurimodal, que da cuenta de modelos y teorías con las cuales se podría abordar la calidad de vida, el alivio o sanación del paciente con cáncer. Es decir, valorar las distintas

propuestas y/o concepciones, postulados y pensamientos, no tan solo desde lo médico, sino en su integralidad como sujeto social, cultural, psicológico, emocional, físico, biológico y espiritual, reconociendo también a este individuo, como un ser único, singular y dinámico. Un sujeto en constante cambio.

6- MUSICOTERAPIA

a) Un esbozo de cruces, nexos y convergencias conceptuales, que vigorizan la idea de Plurimodalidad en Musicoterapia.

“Someraamente podría decir que la musicoterapia es una terapia, que a través de la música y los sonidos, procura colaborar y/o a poyar el tratamiento, rehabilitación y/o mejora de la calidad de vida de los pacientes oncohematológicos”. (Farías Delva, 2017)

Hay diversas definiciones de **Musicoterapia**, dependiendo del área o enfoque en el cual se emplee. Una definición de esta disciplina requiere que sea inclusiva y centrada en la función de la música como medio terapéutico, así como definir y evaluar al tipo de paciente y considerar, además, una serie de factores psico-sociales y culturales, en el cual se desarrollará el proceso musicoterapéutico.¹⁵ Algunas definiciones de musicoterapia las expongo en el siguiente texto.

Cito:

¹⁵(wigram, Nygaard Pedersen, & Ole Bonde, 2002, pág. 27 a 30)

“La musicoterapia es el uso de la música y/o de elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un terapeuta cualificado con un cliente o grupo, en un proceso dirigido a facilitar y promover, la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de suplir necesidades de tipo físico, emocional, mental, social y cognitivo. La musicoterapia tiene como finalidad desarrollar potenciales y/o restaurar funciones del individuo de forma que él o ella puedan conseguir una integración tanto intra como interpersonal y, como consecuencia, una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación o el tratamiento”. (Wigram, Nygaard Pedersen, & Ole Bonde, 2002) Los mismos autores manifiestan en su publicación otras definiciones de musicoterapia; “La aplicación científica del sonido, la música y el movimiento a través del entrenamiento de la escucha y la ejecución instrumental sonora, integrando así lo cognitivo, lo afectivo y lo motriz, desarrollando la conciencia y potenciando el proceso creativo. Así podemos facilitar la comunicación, promover la expresión individual y favorecer la integración grupal y social”. (Wigram, Nygaard Pedersen, & Ole Bonde, 2002) Además, estos autores mencionan al profesor Ken Bruscia, quien tiene una visión particular, “La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención donde el terapeuta ayuda al cliente a restablecer y/o promover su salud por medio de las experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollen a través de ellas como fuerzas dinámicas de cambio”. (Wigram, Nygaard Pedersen, & Ole Bonde, 2002, pág. 28 a 30)

La aplicación de esta disciplina terapéutica, ha originado desde su práctica y estudio, diferentes modelos, métodos y teorías, entre los cuales se encuentran: El Abordaje Plurimodal en Musicoterapia APM, desarrollado por Diego Schapira; Musicoterapia Dinámica MTD, profundizado por Karina Ferrari; Musicoterapia Analítica, desarrollado por Mary Priestley; Imagen Guiada y Música, desarrollado por Helen Bonny; Musicoterapia Creativa, desarrollado por Paul Nordoff y Clive Robbins; Musicoterapia Benenzon, desarrollado por Rolando

Benenzon; Musicoterapia Conductual, desarrollado entre otros por Clifford K. Madsen; Terapia de Improvisación Libre, el Modelo Alvin; Musicoterapia basada en el psiquismo creador, el modelo Fiorini-del Campo.¹⁶

Estas definiciones, modelos, métodos y teorías en torno a la musicoterapia, nos revelan quizás, un punto en común ineludible a esta disciplina, y es la búsqueda de la rehabilitación, bienestar y/o equilibrio de la salud, de quien recibe esta terapia, y nos da señales de la multiplicidad de posibilidades con las cuales se puede intervenir, teniendo siempre en cuenta, la “integralidad del ser”.

En la medida que me adentro en esta idea de plurimodalidad, me encuentro con una concepción teórica reflexionada desde la musicoterapia, denominada “Abordaje Plurimodal”, y que aborda al sujeto en su integralidad y por qué no decirlo, en su singularidad y dinámica, y a la cual nos aproximaremos de manera sintética en este trabajo, debido a lo extenso de sus premisas básicas y distintas teorías, las cuales buscan conectar en la idea de conformar un cierto cuerpo teórico. Este utiliza múltiples modelos, métodos o teorías a la hora de abordar un consultante, lo que nos reafirma su dinámica, entendida esta como dialéctica; en constante cambio. Por lo tanto, la plurimodalidad de abordajes es un sostén en sí, ya que estos encuentros, contactos, cruces de ideas y conceptos, proporcionan vitalidad a la hora de atender la “Policausalidad” de la cual nos

¹⁶(wigram, Nygaard Pedersen, & Ole Bonde, 2002)

habla K.Ferrari desde la idea de musicoterapia dinámica MTD y de la cual un abordaje Plurimodal no puede obviar, cito:

“ “El modelo de musicoterapia dinámica MTD, propone la idea de considerar al ser humano como un ser singular, integral y dinámico, cuyos padecimientos se encuentran atravesados por la policausalidad, es decir, aspectos físicos, emocionales, culturales y sociales, los cuales impactaran en su calidad de vida y se podrán escuchar, trabajar y resolver desde las experiencias musicales”(K.Ferrari 2010) ”. (Ferrari, 2013, pág. 16)

Como he visto durante esta monografía, considerar al ser en su dimensión integral, en tanto que paciente oncohematológico, es reconocer y/o aceptar que se encuentra atravesado por una serie de aspectos ya mencionados, como son los psicológicos, biológicos, emocionales, espirituales, los cuales al establecer una cierta correspondencia entre los distintos modelos, como por ejemplo la MTD y el Abordaje Plurimodal, se pueden apreciar cómo estos se manifiestan en un proceso terapéutico, de manera ineludible, además de otros factores, como el social, físico y cultural, que en su interacción crea la estructura de personalidad y como núcleo asoma la identidad del sujeto. Así, cada persona construirá una identidad sonora única, denominada singularidad musical, la que pasará de ser meramente expresiva a ser comunicativa, retomando su función de origen; es decir, como primer lenguaje en su carácter comunicativo.¹⁷

¹⁷(Ferrari, 2013, págs. 16-18)

Pensar en una intervención musicoterapéutica desde una mirada “biopsicosocioespiritual” y estimar, además, “policausalidades”, supone una manera de pensar y observar al paciente, en su estado de salud integral, al momento de iniciar un proceso de musicoterapia. Se debe constatar que la problemática a tratar no se contempla solo desde uno de los factores, sino que también en muchos otros casos, desde un reconocimiento de lo **neurofisiológico**, lo que alude al aporte del modelo Biomédico en musicoterapia, desarrollado por el Dr. Dale Taylor quien destaca al cerebro humano como el dominio principal y verdadero de la musicoterapia, recalcando que la música tiene efectos observables en el funcionamiento del cerebro.

Situando este modelo en la plurimodalidad de abordajes, es necesario apreciar, estimar y pensar la relación música-mente-medicina, en el ámbito de lo que podríamos decir son los principios básicos de la teoría biomédica de la musicoterapia: El cerebro es centro de control del organismo humano, la música es procesada por y a través del cerebro, por lo que nos puede afectar de muchas maneras. La música tiene la capacidad de generar un efecto positivo tanto en las funciones neuronales como en la actividad hormonal, de manera que facilita el funcionamiento apropiado de los procesos inmunes y regenerativos del cuerpo.¹⁸

¹⁸(Taylor, 2010, pág. 42)

Considerando esa base biomédica en la plurimodalidad de intervenciones musicoterapéuticas, en pacientes oncohematológicos, el musicoterapeuta al intervenir considera.¹⁹:

- “a) La música tiene efecto en todo el ser humano debido a estructuras neurofisiológicas que le permiten recibir y responder al sonido musical.
- b) la participación de naturaleza expresiva o receptiva en la música activa un amplio rango de procesos fisiológicos y neurofisiológicos específicos e identificables en el cuerpo humano.
- c) Las respuestas neurofisiológicas que se activan por medio de la música son observables, medibles y predecibles, lo que permite la selección de actividades musicales con efectos positivos predeterminados durante ciertos procedimientos médicos.” (Taylor, 2010, pág. 60)

En la medida que avanzo y respaldo estos conceptos, en torno al tema de la multimodalidad o plurimodalidad de este universo musicoterapéutico, veo cómo se va reforzando la idea de estos múltiples medios de aplicación, ejecución y expresión, y que además permite evidenciar y reafirmar, que este tipo de abordaje-Plurimodal, se valida y sostiene, sobre diversos pilares, modelos y teorías, dando cuenta de la libertad de acción, elección y aplicación que tiene el musicoterapeuta, ante la singularidad de cada paciente. Esta autonomía del terapeuta, habla de una permanente reorganización de los fundamentos teóricos, técnicas y procedimientos, y donde

¹⁹(Taylor, 2010, pág. 60)

la música juega un papel importante, al adherir a la idea de pensarla (la música), como un lenguaje constitutivo del ser humano, el cual tiene un desarrollo previo al lenguaje verbal.²⁰

“El desarrollo del lenguaje, será común a todos los individuos, pudiendo cualquier persona hacer uso de ese lenguaje y así poder ser un paciente de musicoterapia. Estas capacidades musicales tanto ejecutivas como perceptivas, constitutivas de su singularidad musical, estarán atravesadas por la historia personal de cada paciente, lo que obliga a pensar a la música en musicoterapia, como una experiencia singular dentro de un marco social”. (Ferrari, 2013, págs. 23-24)

Ahora bien, pensar la música desde una experiencia singular, acorde a las necesidades de cada paciente, supone de ciertos postulados, que son la base del razonamiento que permite observar, seleccionar y aplicar de manera adecuada, un procedimiento musicoterapéutico. Cito.

“Postulamos la idea de génesis de las funciones musicales. Todos nacemos con capacidades para el desarrollo del lenguaje musical y es tarea del musicoterapeuta, conocer el desarrollo evolutivo normal de la musicalidad, para poder dar cuenta de una problemática y hacer intervenciones basadas en interpretaciones certeras.

Postulamos la idea de singularidad musical SM. Cada persona posee una relación personal con la música, la cual se deberá pensar de forma singular, dentro de un marco social, siendo tarea del musicoterapeuta indagar en esta singularidad musical, para conocer capacidades, dificultades, aspectos ligados a su historia y a su gusto personal. Dentro de un proceso de musicoterapia esa singularidad, hará un proceso de transformación siendo en primer lugar una singularidad musical

²⁰(Ferrari, 2013, pág. 23)

expresiva, para evolucionar en singularidad musical comunicativa e impactar positivamente sobre la percepción de sí mismo en el mundo, tomando un rol activo.

Postulamos diferentes tipos de experiencias musicales. Se suele considerar las experiencias musicales desde aspectos **Activos y Receptivos**, teniendo en cuenta los diferentes modelos teóricos. Sin embargo, en al modelo de musicoterapia dinámica, se sostiene que todas las experiencias musicales son de un carácter **Activo**. Es decir, que escuchar música, es también una forma de hacer música, dado el impacto interno que provocan los procesos en la singularidad musical de los pacientes. Aquí se advierte un cambio de paradigma.” (Ferrari, 2013, pág. 24)

Desde estos principios, proposiciones o cambios de paradigmas, distinguidos en la obra de Karina Ferrari, se sostiene la idea de adhesión al Modelo Tripartito de Molino-Nattiez, y que proporciona o aporta a esta idea de modelode plurimodalidad, experiencias musicales desde tres acciones distintas y complementarias.²¹

(Ferrari, 2013)“**Experiencias expresivas:** Incluyen la ejecución instrumental y/o vocal.

Experiencias perceptivas: Incluyen la audición de música editada, pregrabada o creada en sesión. **Experiencias mixtas:** Incluyen la escucha de música y/o ejecución vocal e instrumental en simultaneo.”(pag.25)

Tomando el concepto de experiencia musical, en esta idea de plurimodalidad de abordajes, y que se sostiene en lo que podríamos decir; una conjunción de conceptos y reflexiones desde la diversidad de modelos teóricos, me parece interesante el planteamiento de K.Bruscia quien señala

²¹(Ferrari, 2013, pág. 24)

que “La musicoterapia se distingue de otras formas o modalidades de tratamiento, por su confianza en la experiencia musical como agente, contexto o catalizador de la experiencia terapéutica”.²² El que hacer de esta disciplina, se sirve de variadas dimensiones de la experiencia musical, en términos de dos aspectos tanto receptivo como activo. Cito:

“Cuando la experiencia es activa, la terapia tiene lugar dentro y a través de los esfuerzos del cliente para actuar, improvisar o crear música. Le proporciona o provee directamente beneficios terapéuticos como estímulo principal de cambio. Cuando la experiencia es receptiva, la terapia tiene lugar como resultado de la escucha del cliente o paciente, entrando en ella, o recibiendo la música misma. La música actúa directamente en el paciente, bien aportando estímulo que facilita respuestas terapéuticas inmediatas o estimulando un proceso terapéutico para que se dé un cambio”. (Bruscia, 1997, pág. 58)

Es importante describir que, en musicoterapia, el terapeuta aprovecha tanto las experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas. Estas relaciones se manifiestan en un encuadre musicoterapéutico, espacio donde ocurre todo, y en cual se pueden percibir y/o experimentar físicamente, musicalmente, mentalmente, socialmente o espiritualmente.²³ Estos elementos, nos aluden al ya mencionado concepto de biopsicosocioespiritualidad del cual nos habla el Abordaje Plurimodal de musicoterapia y que nos reafirma la idea de una intervención

²²(Bruscia, 1997, pág. 57)

²³(Bruscia, 1997, pág. 62)

que asume al paciente, de manera integral, y que busca alcanzar el equilibrio y el cambio de este en pos de su salud y calidad de vida.

Entonces, si la vitalidad y energía del enfermo se concibe como un estado de relaciones armoniosas y equilibradas, estas pueden ser un indicativo de cambio o condición necesaria para la salud y el bienestar.²⁴

En esta reflexión sobre las relaciones que se desarrollan en musicoterapia, K. Bruscia asevera que la música es un elemento esencial en la modificación de la salud:

“dos son de gran significación para el proceso de cambio: La relación paciente-música y la relación paciente-terapeuta. Dependiendo del énfasis que se dé a cada una de estas relaciones, es como se utilizará la música en la intervención. Es decir, la música se emplea como terapia o en terapia”. (Bruscia, 1997, pág. 63)

Por otra parte, Diego Schapira se refiere a la música desde tres ejes sobre los cuales es primordial reflexionar o al menos nombrar. Cito:

“La música desde la perspectiva del usuario. La música desde la perspectiva del musicoterapeuta y el lugar de la música en la disciplina. Este último eje entendido desde la musicoterapia, no como un fin, sino como un medio. Es el lenguaje que la disciplina escogió para propiciar nuevas formas de protección y de promoción de la salud de las personas”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 69)

²⁴(Bruscia, 1997, pág. 63)

Las resonancias, conexiones y convergencias de definiciones y conceptos, provenientes de distintas teorías y modelos y que dan cuenta de la característica de un procedimiento plurimodal, que funciona como un sistema abierto, me permite reafirmar y sostener que un Abordaje Plurimodal en musicoterapia, supone no cobijarse al abrigo de un marco teórico ya dado, sino que además, permite abrirnos a distintas teorizaciones, lo que ha permitido crear y aplicar nuevas técnicas, procedimientos y construir herramientas de análisis e interpretación del fenómeno musicoterapéutico, teniendo siempre en cuenta, el tipo de encuadre en el que se interviene.²⁵

b) El Abordaje Plurimodal en Musicoterapia APM, una práctica Dialéctica y dinámica.

Enriquecer, reforzar y transitar entre las variadas conceptualizaciones, opiniones, ideas y planteamientos, hacen de este Abordaje Plurimodal en musicoterapia, una práctica dinámica y dialéctica.

Diego Schapira, uno de los principales exponentes del APM, sostiene que la dimensión plurimodal alude a dos dimensiones, una teórica y otra práctica.²⁶ Cito.

²⁵(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 31)

²⁶(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 29)

“Desde la dimensión teórica, El APM considera al ser humano como una unidad biopsicosocioespiritual; significa reconocer al hombre desde su biología, de manera integral, y como un sujeto con vida psíquica y espiritual inmerso en un marco social con el que se interrelaciona en una mutua construcción dialéctica. Considera el factor espiritual del paciente como importante ya que las creencias condicionan la estructura de pensamiento, por lo que la enfermedad no es solo la ausencia de salud, sino también la alteración del mundo interno de un individuo, y su entorno social puede determinar el estado de enfermedad o discapacidad del mismo. Por lo tanto, la salud está vinculada con la calidad de vida y esta comprende la dimensión física, psíquica, espiritual y social del ser humano.

El APM, se inscribe dentro del pensamiento psicodinámico; que concibe un sujeto con vida psíquica. Nuestra creencia, en la existencia del inconsciente, es uno de los pilares fundamentales de la teoría que sustenta el Abordaje Plurimodal.

El APM suscribe a la postulación del determinismo psíquico; significa que nuestra vida presente, nuestras actividades y nuestras relaciones interpersonales están íntimamente relacionadas con nuestra historia. Es un concepto que plantea que la patología se produce por una interacción entre aquellos factores que el sujeto trae genéticamente y su historia personal, de vida”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, págs. 32-36)

Aquí me quiero detener un instante. Diego Schapira nos formuló dentro de estos principios, que el APM adhiere a la idea de música interna; concepto planteado por Mary Priestley, quien generó el denominado modelo de musicoterapia analítica MA, para luego denominarse musicoterapia orientada analíticamente MOA. Los pacientes se implican de modo activo en las actividades musicales y la improvisación es la forma de actuación más utilizada. También se emplea la música instrumental y el componer canciones como parte de la intervención. En todos estos casos, el enfoque está en el desarrollo personal y/o funcional de los pacientes, y no en una

evaluación estética del producto musical,²⁷ aclarando que esta música interna de una persona, no es su musicalidad ni su potencial musical, sino el núcleo de su psiquis, donde reside el inconsciente,²⁸ conviniendo, además, que la idea de música interna, va más allá del concepto de una proyección consciente e inconsciente del individuo, sino más bien, pensando que esa producción musical es el sujeto, el cual nos revela su forma de estar en el mundo, su estructura de psiquismo, hasta los límites de su música interna, que tiene que ver con el reconocimiento de los límites, que la singularidad de un sujeto tiene en el territorio musical, en el momento de iniciar un proceso.²⁹

El abordaje plurimodal, que toma el concepto de música interna, también se encuentra o cruza, con la idea de ser en la música, de Nordoff-Robbins³⁰. Ellos promovieron un enfoque denominado Musicoterapia Creativa, conocido como método Nordoff-Robbins, influenciado por la filosofía antropológica, dentro de la psicología humanista. Sostienen que dentro de cada ser humano hay una reacción innata a la música, pudiendo alcanzar a la “persona musical”,

²⁷(Wigram, Nygaard Pedersen, & Ole Bonde, 2002, pág. 123)

²⁸(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 36)

²⁹(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 37)

³⁰(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 38)

colocando a la música como eje de la experiencia.³¹ Estamos contruidos de música; aquella que nos cantaron, como la escuchada cada día de nuestra vida. Nos constituye, manifestándose en nuestros modos expresivos-receptivos.³² Cito.

“El APM adhiere a la concepción de ser en la música. Si el inconsciente de una persona está asentado sobre una matriz sonora, entonces podemos inferir que nosotros somos en la música, y que lo que escuchamos cuando un paciente canta o toca un instrumento no es una producción que habla de él, sino que es la persona misma lo que suena, en un estado modificado de conciencia en el que la expresión adquiere un estatus de creatividad”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 38)

En el texto “Musicoterapia Abordaje Plurimodal”, se señala que los postulados que he venido mencionando, son una síntesis de principios, que no deben permanecer inalterados a la hora de posibles relecturas o reconsideraciones por parte de futuros musicoterapeutas. Fundamento que fortalece la idea de los numerosos puentes entre diversas teorías que permiten originar y recrear sistematizaciones del APM, técnicas y procedimientos.³³ Avanzando con estos principios o postulados, cito:

³¹(wigram, Nygaard Pedersen, & Ole Bonde, 2002, pág. 126)

³²(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 38)

³³(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 31)

“El APM considera que en el proceso musicoterapéutico se despliegan los mismos mecanismos de defensa que aparecen en un proceso psicoterapéutico analítico; el YO construye barreras para rechazar o oponerse a ciertos impulsos inconscientes, que se asoman en el consciente y que no son aceptados, provocando aflicción y/o angustia. Estos mecanismos de defensa suelen aparecer en sesiones de musicoterapia, en modalidades de respuesta ante eventualidades que el encuentro plantea, activando en ese sentido, mecanismos psíquicos para disminuir ansiedades, angustias, tensiones, frustraciones etc., y que también se ven reflejados en las experiencias musicales, por lo que es importante conocer los modos expresivos-receptivos de las personas, con el fin de ofrecer apoyo a su calidad de vida.

El APM postula la conceptualización de los modos Expresivos-Receptivos (ME-R) de una persona, vinculados con su consideración como unidad biopsicosocioespiritual y todas aquellas pautas y códigos de comunicación que caracteriza a un grupo sociolingüístico determinado. Podemos observar como cada persona o grupo construye sus ME-R. El aspecto expresivo, nos hablan de la lectura de signos corporales y sonoros del paciente y la faceta receptiva, nos habla de los “tipos de oyente”. Habría tres tipos de oyente; oyentes “físicos”, oyentes “emocionales” y oyentes “intelectuales”. Al advertir la actitud receptiva de los ME-R, nos otorga una valiosa información acerca de la elección y manejo de las variables musicales, orientando el tipo de intervención musical más conveniente en cada caso”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 39 y 52)

Cuando hablamos de musicoterapia, no podemos dejar de mencionar el concepto de transferencia y contratransferencia, que son parte importante dentro de los postulados de APM. El Abordaje plurimodal entiende la transferencia como la proyección en el analista de aquellos contenidos internos de la psiquis, durante el proceso de exploración de estos. Por lo general estas proyecciones son una conexión con aquellas primeras relaciones establecidas con las figuras

parentales.³⁴ Por su parte R. Benenzon, explica que en la transferencia el paciente repite, en la figura del musicoterapeuta, episodios de su historia de relación materno-paterno-infantil.³⁵

En relación a la contratransferencia, el APM la concibe, como la forma de estar, sentir y actuar del terapeuta ante la conducta del paciente.³⁶ La contratransferencia es el sentir del musicoterapeuta del impacto que la transferencia hizo en el inconsciente. Es el transfer del paciente, más las propias experiencias pasadas del musicoterapeuta.³⁷

D. Schapira considera importante explayarse sobre el concepto de transferencia, desde un ámbitomusicoterapéutico, donde el encuadre y el lenguaje son claramente diferentes a un ámbito psicoanalítico. Es por esto que nos habla, de que es altamente improbable que algo que ocurre de una manera en un sistema, ocurra de la misma forma en otro³⁸. Desde esta idea es que su reflexión señala, cito:

“La transferencia en musicoterapia, tal como la concibe el Abordaje Plurimodal, es pluriobjetal. Es decir que la proyección no es solo hacia la figura del analista, sino también hacia la música, que alcanza el estatus de objeto de transferencia en el proceso de construcción de la

³⁴(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 39)

³⁵(Benenzon, 2008, pág. 77)

³⁶(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 39)

³⁷(Benenzon, 2008, pág. 78)

³⁸(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 40)

misma. Se ha advertido, además, en numerosas oportunidades, que la transferencia hacia el musicoterapeuta y la música puede tener valencias distintas. Lo que obliga al terapeuta a duplicar su atención sobre esta instancia, pero multiplica, enriquece y potencia de manera excepcional sus posibilidades de trabajo en la transferencia”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 40)

El texto de D.Schapira, señala, además, que desde varios años ya no se habla de transferencia y contratransferencia como algo separado, como es el caso de la visión “intersubjetiva”, donde son inseparables e interdependientes aspectos recíprocos de la relación paciente-terapeuta. Ambos crean un campo intersubjetivo, donde terapeuta-paciente, co-construyen una relación y su posición dentro de ella, sobre la base de su historia personal y la experiencia que comparten en el trabajo con el otro.³⁹

Dentro de los fundamentos que este autor expone sobre estos criterios, también menciona los conceptos de contratransferencia empática y contratransferencia complementaria, detallados por la musicoterapeuta Mary Priestley, en el año 1985.⁴⁰

En todo caso, lo importante para un musicoterapeuta, en el asunto de la transferencia, es saber que se observan los mismos mecanismos de defensa que en el psicoanálisis; introyección,

³⁹(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 41)

⁴⁰(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, págs. 42-43)

proyección, identificación proyectiva, identificación introyectiva y resistencia. Sabiendo que siempre hay transferencia en un proceso, el musicoterapeuta debe saber cómo comprenderla y manejarla.⁴¹

Otro postulado importante es el **encuadre**; que es donde ocurre todo el proceso musicoterapéutico. Este elemento esencial, es descrito en el Abordaje plurimodal, desde el siguiente razonamiento. Cito:

“El APM toma en cuenta el encuadre como elemento básico para el despliegue de los fenómenos musicoterapéuticos. Es el conjunto de componentes que permanecen estables y que idealmente se establecen antes, y son acordados en el contrato inicial, alude a constantes temporales (periodicidad de sesiones y duración de estas); espaciales (lugar de atención, elementos que integran el consultorio y disposición de los mismos); económicas (modalidad y regulación de los honorarios), teóricas (el marco y sustento teórico del musicoterapeuta), además del área laboral, el setting instrumental y la música editada”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 43)

El poder definir con precisión este conjunto de elementos que conforman el encuadre, y reconocerlo como el primer paso que debe dar el musicoterapeuta, antes de comenzar un proceso

⁴¹(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 43)

con el paciente, es tomar conciencia de su importancia como elemento base para que se desenvuelvan los fenómenos musicoterapéuticos.⁴²

Además, considerando la multiplicidad de ideas en torno a esta plurimodalidad, K. Ferrari nos afirma en relación al tema, que el encuadre debe ser considerado como un elemento relevante a revisar, para así trazar sus características en relación a los componentes estables del encuadre musicoterapéutico. Me parece interesante estimar algunos conceptos en relación a una de las constantes; “La Constante Espacial”, la que permite precisar, tipos y modalidades de encuadre, a la hora de efectuar un proceso de musicoterapia. Cito:

“Desde el punto de vista espacial, existen dos tipos de encuadre: Abiertos o cerrados.

Encuadre abierto; donde simultaneo con la labor del musicoterapeuta, están presentes otros agentes de salud o personas en general, las cuales pueden o no estar participando de la sesión de musicoterapia.

Encuadre cerrado; es aquel espacio donde solo participa el paciente o grupo, con el musicoterapeuta.

Estas modalidades de encuadre, serán determinantes de otras constantes, como puede ser el set instrumental y técnico, los objetos que se encuentran presentes en ese espacio y quienes participan. Aquí podemos mencionar tres modalidades de encuadre: institucional; privado propio o interprofesional; y domiciliario”. (Ferrari, 2013, pág. 29)

⁴²(Ferrari, 2013, pág. 27)

Esta síntesis, en torno a los postulados del abordaje Plurimodal, considera el principio de “Analogía”, que se refiere básicamente a que la música suena como una analogía equivalente a los procesos psíquicos. Es útil a la hora de tomar distancia, analizar y comprender las experiencias musicales del paciente, además de guiar la forma de intervención musical del terapeuta.⁴³ En la misma línea, el APM, nos habla de la “Metáfora”, y quien refleja, a mi entender, mejor este concepto, es Tony Wigram, en la obra de D. Schapira APM. Cito:

“La metáfora revela y oculta al mismo tiempo, y esto la convierte en una herramienta terapéutica ideal, especialmente porque se basa en la imaginación y en el lenguaje personal del paciente. T.Wigran agrega que las estructuras extra-musicales, influyen la experiencia musical, cuando escuchamos o proyectamos en la música cualidades específicas de nuestro universo de vida. Y una estructura Intra-musical, produce impacto en nuestra experiencia de vida, cuando proyectamos o extraemos de la música cualidades que brindan sentido a nuestra vida. Las estructuras se transfieren en ambas direcciones a través de la metáfora. (Wigram2002) ...”.

(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 47)

Otros postulados que considera el abordaje plurimodal, son aquellos que suscriben, por ejemplo, al concepto de Representación Social (RSM); y en este sentido, la música es parte del espíritu de la sociedad, la cual no solo se expresa en la música, sino que también es en la música. Además, adhiere a la idea de los “orígenes musicales”, que plantea más o menos la reflexión de

⁴³(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 45)

que todos nacemos con la capacidad y el potencial de desarrollar habilidades musicales. Y, por último, el APM, desde la mirada teórica que he presentado, respalda el concepto de “musicalidad terapéutica”, el cual se refiere a la musicalidad del musicoterapeuta, el cual utiliza a la música como condición medular de su especificidad profesional.⁴⁴

Quisiera terminar esta parte, mencionando palabras de la musicoterapeuta brasilera Lia Rejane Mendes Barcellos, en su libro “Musicoterapia Algunos Escritos” del 2004, y que aparece en el libro APM. Cito:

“En musicoterapia, la música es un medio a través del cual se pretende dar posibilidades a otra persona, para que se desenvuelva no específicamente en el área musical, sino en un todo. La musicalidad estaría aquí al servicio del otro, sería utilizada en relación con el otro, que es nuestro paciente o nuestro grupo de pacientes”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 58)

Recordemos que el abordaje plurimodal alude a dos dimensiones, una “teórica” y otra “práctica”. Hemos tratado de condensar el aspecto teórico. Ahora nos referiremos al aspecto de la “práctica”.

⁴⁴(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, págs. 50 - 58)

Desde la aplicación del APM, esta forma de trabajo es plurimodal porque no toma una técnica, procedimiento o recurso de manera exclusiva, ni considera que diferentes recursos, procedimientos o técnicas sean auxiliares de otra que sea privilegiada.⁴⁵

Los ejes de acción de esta praxis están interconectados, sin que una de ellas sea más importante que la otra, permitiendo al musicoterapeuta definir cuál es la más apropiada en función del paciente que se trata. Esta dimensión práctica gira en torno a cuatro ejes de acción, que se entremezclan o están interconectados: La improvisación musical terapéutica; el trabajo con canciones; la técnica de EISS (Estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido); el uso selectivo de la música editada.⁴⁶ Refiriéndonos EISS Cito:

“**EISS**; consiste en la audición de una secuencia de estímulos musicales, diseñada por el musicoterapeuta, para la ocasión singular del o los pacientes, durante el proceso musicoterapéutico. Se podría considerar como una transformación teórica y práctica del modelo Bonny: música e imagen guiada; conocido como GIM” (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 103)

En relación al cierto paralelo entre **EISS** y el modelo GIM; de este último, se podría decir, surge la técnica de Estimulación de imagen y sensaciones a través del sonido. Ambos guardan

⁴⁵(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 60)

⁴⁶(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 60)

una cierta similitud, pero a la vez son notablemente diferentes. Una de las diferencias fundamentales es que EISS, en relación al GIM, es que no entregan consignas que otorguen escenarios o títulos previos a la audición. Además, otra diferencia es que en EISS, las secuencias musicales se arman en función de los modos expresivos-receptivos (ME-R) del paciente, no hay una valoración previa del ánimo que pudiera influir en los estímulos musicales seleccionados, es decir, la música no está estandarizada, es elegida por el musicoterapeuta, y esta signada tanto por el desarrollo como por el devenir de la sesión. En el ámbito individual, se pueden buscar estímulos que se relacionen con; la historia del paciente; su situación actual; proyectos o situaciones futuras. Esta técnica EISS, consta de tres etapas en su aplicación: relajación pasiva moderada, estimulación y conclusión.⁴⁷

Otro de los ejes sobre los cuales gira el APM, es la **Improvisación Musical terapéutica (IMT)**, el cual debe ser uno de los recursos más utilizados en musicoterapia.

Cuando nos referimos IMT, lo hacemos desde la mirada del APM, sus reflexiones afirman que, en musicoterapia, cuando nuestros pacientes improvisan, están y son en la música. El resultado es irrelevante desde el punto de vista estético artístico, y sí es importante, desde la construcción de una estética personal, que revela la forma de estar en la vida de quien improvisa.

⁴⁷(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 103 a 110)

En la musicoterapia, la música es un medio, y la IMT es uno de los procedimientos en que se utiliza.⁴⁸

Establecer un concepto que en cierta medida delimite IMT, nos acerca a argumentos que son mencionados por D. Schapira en el texto *Musicoterapia Abordaje plurimodal*. Cito:

“Para colegas británicos, improvisación es cualquier combinación de sonidos, y sonidos creados, con comienzo y final en un encuadre establecido de confianza y contención, para atender las necesidades de los usuarios. Es una definición, con la que el APM podría acordar, pero con ciertos matices que distan de nuestras consideraciones. Por otra parte, también debemos considerar que una IMT adquirirá una estructura previa sugerida por el musicoterapeuta, de acuerdo al análisis de la demanda vertical de la situación, u horizontal o del proceso terapéutico. O sea que la o las consideraciones previas al momento de comenzar a tocar también forman parte de la IMT. El hecho de improvisar, no termina con la última nota o sonido, aquí se inicia el análisis de la misma y posterior interpretación. La improvisación musical terapéutica (IMT), es una experiencia única, que solo puede ser apreciada si se cuenta con las herramientas musicoterapéuticas adecuadas de lectura, análisis e interpretación de la misma. Es entonces, en función de estas consideraciones, que parece más apropiado referimos a las improvisaciones como improvisaciones musicales terapéuticas (IMT), dentro del encuadre en el cual se desarrolla esta técnica, y donde se constituye un maravilloso momento de autoafirmación, o de insight o de crecimiento personal de quien improvisa”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 119)

⁴⁸(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 118)

En torno al tema de la improvisación, creo importante mencionar ciertas ideas que Juliette Alvin desarrolló en su modelo “Terapia de Improvisación Libre” y que para este motivo es un aporte en la aplicación de la IMT.

Juliette Alvin desarrolló su modelo desde una aseveración básica, “la música es una creación del hombre y por lo tanto el hombre puede verse a sí mismo en la música que crea”. Alvin percibía a la música como un espacio potencial para la libre expresión; donde se permitiera y aceptara romper con las normas tonales, en términos de armonía, melodía, ritmo y forma, además de experimentar sonidos disonantes y atonales, abriendo así la posibilidad del desarrollo de su “Terapia de Improvisación Libre”, donde los pacientes y terapeutas pueden improvisar sin normas musicales y donde la música puede llegar a ser una expresión del carácter de la persona y de su personalidad, por medio de la cual se pueden tratar los problemas terapéuticos.⁴⁹

Los musicoterapeutas Patricia Pellizzari y Ricardo Rodriguez proponen la “Improvisación Sonora”, la que permite precisar dos momentos diferentes que son: la improvisación sonora como diagnóstico y la improvisación sonora como proceso. Fundamentan, además, que de acuerdo a las características del paciente estas pueden ser improvisaciones libres o pauteadas; la primera permite la manifestación del conflicto inconsciente en forma directa, permitiendo al paciente construir un discurso sonoro propio, con los elementos que desee, proyectando en él sus propias

⁴⁹(wigram, Nygaard Pedersen, & Ole Bonde, 2002, pág. 131)

capacidades y posibilidades. Y la segunda; el musicoterapeuta introduce consignas que actúan como disparador y motivador de una idea o conflicto. Esgrimen estos autores, que en ambos casos el producto permitirá realizar lecturas y valoraciones acerca de las características expresivas y vinculares del paciente.⁵⁰

Esta línea plurimodal a la cual me he aproximado, me permite hacer comparable los conceptos planteados anteriormente por Patricia Pellizzari y Ricardo Rodríguez, en lo que respecta a la referencialidad, en el Abordaje Plurimodal. Es decir, La Improvisación Musical Terapéutica (IMP) sea o no Referencial. Cito:

“En el caso que la IMT, sea no referencial, no habrá otra indicación que la de tocar. Las IMT no referenciales entonces son aquellas que habitualmente se conocen como improvisaciones libres, y revisten sobre todo un carácter exploratorio. Las IMT referenciales, por su parte implican algún tipo de alusión (un cierto pauteo). Hay alguna indicación o sugerencia acerca de alguna temática sobre la cual improvisar. En este sentido, las IMT referenciales pueden ser descriptivas, asociativas, orientadas al material y de técnica de sostén”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 124)

Es interesante señalar que al proponer la Improvisación Musical Terapéutica (IMT), reconociendo las distintas miradas teóricas que le otorgan una cierta libertad de acción en su práctica, permite al usuario ser y estar en la música, todo esto dentro de un encuadre (lugar donde

⁵⁰(Pellizzari & Rodríguez, 2005, pág. 207)

ocurre todo), el cual debe ser un espacio de contención y de descubrimiento, que permitan al paciente no solo expresar, sino que comunicar y significar.

Otros de los ejes sobre los cuales gira este APM, es el que se refiere al **trabajo con canciones**.

El musicoterapeuta Diego Schapira, nos dice en relación a este tema lo siguiente, cito:

“Cantamos, no importa como cantamos, ese debe ser uno de los primeros acuerdos a lograr en el fenómeno musicoterapéutico. No importa lo que suena en términos estéticos. Lo que importa es lo que vuela en la voz, lo que la canción ilumina en la oscuridad inconsciente”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 153)

La utilización de este recurso, el **canto**, permite dar forma a sentimientos o emociones, como también a aquellos que no emergen a la conciencia a través de la palabra hablada. El musicoterapeuta Ronaldo Milleco dice que; “nadie canta porque sí. La canción es portadora de un mensaje que adquiere significado singular para cada persona. La canción es portadora de un significante musical, o musicante”. Es decir, la canción lleva un significado en si misma que el sujeto reinterpreta.⁵¹

“Lo que importa son los musicantes, ya que ese es el material de análisis. Las canciones constituyen el archivo simbólico de nuestro pasado, la denuncia o exposición de nuestro presente, y la consolidación melódica de nuestros deseos, anhelos, miedos o ansiedad con respecto al futuro

⁵¹(Pellizzari & Rodriguez, 2005, pág. 212)

inmediato o mediato. Las canciones pueden escarbar hasta la medula del inconsciente y permitir que algo de su contenido aparezca en el escenario de la sesión de musicoterapia”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 154)

Por otro lado, el trabajo con canciones, en el Abordaje Plurimodal, adquiere muchas formas y desde esa idea, es fundamental reafirmar el concepto planteado por Diane Austin, diseñadora de la técnica de “asociación libre cantada”, quien sostiene; cito:

“Cantar siempre ha sido una forma de acceder al self. Cuando cantamos, estamos íntimamente conectados con nuestra respiración, nuestros cuerpos y nuestras vidas emocionales... (...) Cuando una persona aprendió a vivir en el silencio y a negar su verdad emocional, requiere coraje encontrar la propia voz”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 153)

La voz es el elemento sustancial del canto. La voz dice mucho de nosotros mismos y es una emisaria de nuestra personalidad, y por lo tanto, la función o labor de la canción en el APM, adquiere diversas formas o modalidades de trabajo, como son: La Creación; Canto conjunto; Improvisación; Inducción evocativa consciente; Inducción evocativa inconsciente; Exploración de material; Asociación libre cantada; Cuestionario proyectivo de canciones; Cuestionario social de canciones; Expansión de sentido; Confección de cancioneros; Material viajero; Dedicatoria; La canción personal; Trama de canciones.⁵²

⁵²(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 155 a 164)

Un cuarto eje de acción en el Abordaje Plurimodal (APM), es el **uso selectivo de la música editada**, la cual adhiere en primera instancia a que....cito:

“la música es polisémica, y por lo tanto no puede haber un solo sentido para la aplicación de un determinado estímulo. Por otra parte, la consideración de la matriz sonora del inconsciente, del **ser en la música** y del principio de analogía, tuvo como lógica consecuencia que la música editada adquiriera un carácter singular en la situación musicoterapéutica. De hecho, nos queda claro que todos podemos escuchar un mismo tema musical, pero este se convierte en un estímulo diferente para cada oyente”. (Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 165)

Al utilizar música editada, no solo se debe hacer una búsqueda de material desde nuestra perspectiva personal, sino que se deben contemplar, los Modos Expresivos-Receptivos de nuestros pacientes, que lo conducen, desde la audición, a poder “ser en la Música” junto al musicoterapeuta. Los criterios de selección de esta música, pasan por una valoración, teniendo en cuenta la singularidad de nuestro paciente. Estos están organizados en tres ejes: Musicoterapeuta, Usuario, Música. Las modalidades de aplicación del uso selectivo de música editada son: Exploración del material; Canto con música editada; Acompañamiento instrumental de música editada; Audición pasiva de música editada; Edición personalizada; Edición personalizada de improvisaciones o canciones creadas en sesión; Audición de música en movimiento.⁵³

⁵³(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 167 a175)

c) Consideraciones preliminares del Abordaje Plurimodal Musicoterapéutico como recurso complementario en el tratamiento de paciente con Mieloma Múltiple.

La musicoterapia es un recurso terapéutico que desde una mirada Plurimodal, explora una diversidad de modos y técnicas, que ambicionan alcanzar el alivio y/o calidad de vida del consultante, sostenidos en argumentos y conceptos, entre los cuales debiera siempre estar la idea de integralidad, la del paciente como un sujeto integral a la hora de iniciar una intervención musicoterapéutica. En definitiva, la noción de Biopsicosocioespiritualidad. Un paciente con Mieloma Múltiple, desde una conceptualización plurimodal, y considerando las características de esta enfermedad, requiere ser tratado desde una comprensión terapéutica integral clara, y la musicoterapia desde esta visión y en un encuadre adecuado, puede ser un aporte en este sentido, ya que la música favorece y ayuda a entender la singularidad, la naturaleza y salud del paciente, tanto en lo biológico, físico, psicológico, social y espiritual, y desde esta comprensión, otorgar significado a la experiencia musicoterapéutica, ubicándose, acaso, en una de las seis propiedades que K.Bruscia nos anticipa, Cito:

“Analizar la dinámica de la musicoterapia es analizar los diferentes caminos en los cuales el cliente experimenta la música, y las necesidades de los clientes son normalmente localizadas en uno de los seis modelos dinámicos, diseñados, centrándose cada uno en una de las seis propiedades básicas de la música: Música Objetiva; Música Universal; Música Subjetiva; Música Colectiva; Música estética y Música Transpersonal”. (wigram, Nygaard Pedersen, & Ole Bonde, 2002, pág. 39)

Aquellas personas que padecen Mieloma Múltiple, pueden sentirse agobiados/as y con una diversidad de emociones entrecruzadas, que hacen que este experimente la enfermedad en solitario, con diferentes estados de sensibilidad emocional.

Cuando un paciente con MM, lucha contra esta dolencia, y que además es invadido con una serie de tratamientos y síntomas, que alteran sus aspectos, emocionales, físicos, psicológicos, biológico, sociales y espirituales, hace necesario, desde el Abordaje Plurimodal, iniciar un proceso musicoterapéutico, que cuente con múltiples posibilidades de intervención, que ayuden a fortalecer los “Núcleos Sanos” del paciente. Este concepto postulado por Gustavo Gauna, permite reflexionar que la musicoterapia, al emplear la música como herramienta para facilitar la concientización del cuidado de salud, abre los espacios que facilitan acceder a los sonidos faltantes en la historia del paciente y de este modo redescubrir y afianzar los núcleos sanos de salud de este.⁵⁴ Cito:

“Un núcleo de salud según Gauna, es a su vez un sistema que está tratando de decir algo más, y ese exceso significativo que aporta un paciente es denominado por él como el -material mensaje- que cada vez es interpretado de maneras distintas, o diciendo cosas diferentes acerca de lo mismo, y es precisamente esta capacidad de reconocer en el parentesco de los discursos ya sean motrices, verbales, musicales y gestuales, una continuidad, ese algo que se repite que es de suma trascendencia terapéutica. Gauna nos plantea que la salud es un estado, en gran medida, determinado por variables culturales y sociales que desde la infancia se estructuran en base a las

⁵⁴(Pellizzari & Rodríguez, 2005, pág. 203)

respuestas que su medio le brinda, definiendo los patrones de lo sano y viceversa. Compara a su vez los ritmos y ciclos que estructuran las funciones psíquicas con las posteriores conductas sanas del individuo. Señala, además, que, en la patología, las representaciones se encontrarían aisladas en una psiquis que no encuentra sus límites fundantes. En este sentido la música brinda una posibilidad como realidad totalizadora capaz de asociar simbólicamente nuestra historia sonora, nuestros gestos y palabras, a un sistema de referentes que tiende a organizar estas representaciones en una estructura que debe ser sostenida por el musicoterapeuta”. (Villegas, 2012, pág. 26)

Una plurimodalidad de intervención, no puede dejar de considerar lo expuesto anteriormente, reafirmando de este modo, la dinámica y flexibilidad que experimenta una mirada multimodal en musicoterapia. La multiplicidad de recursos, técnica, modelos, ideas y teorías de esta disciplina, son a mí entender; una suerte de sistema que otorga libertad y flexibilidad al musicoterapeuta, a la hora de seleccionar y/o aplicar un proceso de musicoterapia, con el cual se desea alcanzar la calidad de vida, bienestar y supervivencia de pacientes oncohematológicos. Es interesante reconocer que hay diversos factores psicosociales que se verán favorecidos en esta idea de bienestar, a la hora de utilizar la música como un medio y/o complemento terapéutico, en la rehabilitación de estos pacientes. Cito:

“La prolongación de la sobrevida de los seres humanos que enferman de cáncer, no puede lograrse en ausencia de determinados factores psicosociales, que forman parte medular de un determinado nivel en la calidad de vida que el individuo percibe. Al mismo tiempo estos factores posibilitan una valoración personal de bienestar en el sujeto que conceptualmente debe repercutir de forma favorable sobre su funcionamiento biológico, y en particular sobre la función inmune evitando la diseminación de la enfermedad”. (Suárez, 2002, pág. 153)

Es aquí, donde reitero, que esta terapia a través de la música, es o puede llegar a ser, de gran aporte en la calidad de vida, bienestar y supervivencia de pacientes con Mieloma Múltiple, en estado de rehabilitación pos-trasplante.

Una experiencia musicoterapéutica, por parte de estos enfermos, puede llegar a fortalecer y satisfacer sus necesidades espirituales, físicas, biológicas, psicológicas y sociales, favoreciendo y/o actuando sobre la conducta del paciente, beneficiando, además, el afrontamiento con los estresores de la vida cotidiana y en especial en los afrontamientos a la enfermedad y a los tratamientos, a sus limitaciones, restricciones y consecuencias en general.

Tratar, por medio de un abordaje plurimodal, de alcanzar y fortalecer la calidad de vida de un consultante, y así pueda experimentar gratificación y bienestar, desde las necesidades de mayor significación personal en su vida, son el desafío al cual se debe avocar una práctica musicoterapéutica plurimodal en este tipo de enfermedades.

III-PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

a) Algunas apreciaciones del Encuadre y el Contexto en el cual se desarrolló el proceso musicoterapéutico

El encuadre en el cual se desarrolló la intervención musicoterapéutica, tiene para este caso, una particularidad especial. Las dos primeras sesiones se efectuaron dentro de un encuadre institucional, para posteriormente continuar en un encuadre domiciliario.

En el encuadre domiciliario, el paciente es atendido en su casa, hay ciertas características que este espacio otorga, las cuales dependieron de la dinámica del hogar. Para este caso, el encuadre tuvo propiedades que lo ubican en lo que denominamos; encuadre cerrado, ya que en el espacio solo participan paciente y musicoterapeuta. Las múltiples posibilidades que me entregó el lugar, fueron aprovechadas para la realización de las sesiones, las cuales se vieron favorecidas debido a que el paciente permanecía solo en su casa durante casi todo el día. Esto me permitió adaptar el trabajo y las constantes con mayor facilidad, en un ambiente cotidiano y común, como es el living de la casa del paciente.

Las sesiones se efectuaron de manera estable y/o permanente en el mismo espacio; living del domicilio, con un set instrumental y técnico, adecuado al tipo de sesión que requería el paciente. La periodicidad de las sesiones se desarrolló sin mayores problemas, salvo ciertos acomodados en los horarios y días, debido al cambio de contexto de intervención, como mencionara anteriormente.

b) El Paciente.

-Nombre del consultante o paciente: **JS**; de sexo masculino. Diagnosticado con **Mieloma Múltiple**.

-Su fecha de nacimiento fue el 30/10/1957, al momento de las sesiones de musicoterapia, él tiene 59 años.

-Su ocupación es la de Maestro Metalúrgico. Curso hasta el segundo básico. Realizó cursos nocturnos relacionados con su desempeño en metalurgia.

-Su ciudad de origen, es Santiago de Chile. Específicamente la comuna de San Miguel.

-Actualmente vive en, Villa la Foresta, de la comuna de Puente Alto.

-Su estado civil actual es de casado con O, de 56 años, dueña de casa, con una escolaridad hasta cuarto medio. Tuvieron dos hijos, los que actualmente son mayores, viven cada uno en sus domicilios respectivos, con sus familias.

-**JS**, en relación a su salud, sostiene que durante su vida gozó de muy buena vitalidad y energía, salvo un episodio de Tifus. Hoy padece del Mieloma Múltiple, señala que con esta dolencia se matriculó entre aquellos que padecen una enfermedad complicada y/o terminal.

El consultante **JS**, cuenta con una historia sonora rica y variada. El paciente nos dice que su padre; no era aficionado a la música, pero, sin embargo, su madre amaba cantar. (Ambas personas fallecidas.)

JS indica que recuerda sonidos de la niñez, como aquel que hacían las bolitas al chocar, en el juego de la “Chita-cuarta”. Evoca el sonido de los aviones, la música y canciones de Leo Dan, dice que durante su adolescencia le gustaban los Beatles, Rolling-Stones y casi todo el rock, que se escuchaba durante ese periodo de su vida. **JS** revive desde su memoria, días de infancia y juventud en lo sonoro-musical, recordando que en las calles se escuchaban, canciones de Lucho Barrios, Ramón Aguilera, Tito Fernández y por supuesto, el Rock de la época, las que él, a veces, tarareaba muy tímidamente, ya que nunca adquirió, ni tuvo esa “costumbre de cantar”, decía.

JS, en su relato, contaba que nadie de su familia lo acompañaba, decía que eran más bien apáticos con la música y el canto. Recuerda que nunca tuvo un contacto formal con la música y que más bien su ambiente sonoro-musical fue el de la calle, que como lo señaló anteriormente, se escuchaban canciones de Lucho Barrios, Ramón Aguilera, rock, Tito Fernández etc.

Sostiene que ya en su adultez/joven, le agradaban ciertos cantantes como Zalo Reyes, Camilo Sesto, Raphael, Leo Dan, etc. Hoy, señala, no encuentra sentido a cierta música que hacen los jóvenes, dice no poder soportar el hip-hop.

JS declara abiertamente que no canta, sin embargo, en su timidez, tararea y canturrea muy bajito, algunos temas de Leo Dan y Lucho Barrios. Manifiesta, además, ser asiduo, hoy, a temas

de Juanes, cumbias rancheras como la de los Hermanos Vásquez. Añade a esta reseña, que nunca tocó ni formal ni informalmente un instrumento. Dice que siempre le llamó la atención el contrabajo; su sonido profundo, al contrario del violín, que lo rechazaba, no soportaba su sonido.

JS, dijo sentirse muy contento con esto de hablar con alguien de temas de su historia personal, de aquellos sonidos y música, que le rememoraban su vida de infancia, juventud y por qué no decirlo de la adultez; “esto de responder preguntas me agrada y me llena de satisfacción, pues me hace recordar instantes de mi vida, que no traía a la memoria hace meses”, señaló.

c) Encuadre

i) Un encuadre domiciliario para el caso JS.

Solo las dos primeras sesiones se realizaron en un encuadre institucional; Hospital Clínico de la Universidad de Chile, unidad Hematología-Oncológica, ubicada en Av. Santos Dumont # 999, comuna de Independencia, Región Metropolitana. La modalidad de este **encuadre es abierto**; pues el espacio de trabajo, sala individual del paciente **JS**, en reiteradas ocasiones se ve interrumpida por el personal de la unidad, que debe cumplir con ciertos protocolos establecidos en el tratamiento del paciente. **JS** se encontraba internado en esta sala personal, que contaba con una cama, baño, TV, e implementación tecnológica que monitorea al enfermo, haciendo del lugar de trabajo, un espacio bastante estrecho, pero aceptable para efectuar las sesiones. Las dos

primeras intervenciones que dan el inicio a nuestro trabajo, se realizaron el 29 de marzo y el 04 de abril del 2017, cuya duración fue de una hora y media y una hora respectivamente, con un set instrumental y técnico, adecuados a una sala individual pequeña de hospital clínico universitario.

Sin embargo, al cabo de estas dos sesiones, **JS** fue **dado de alta** por la unidad de Hematología-Oncológica (le realizaron un trasplante de medula ósea), siendo, posteriormente, enviado a su casa. Esto nos exigió programar el resto de las sesiones de musicoterapia en su domicilio, ubicado en Villa La Foresta, comuna de Puente Alto, Región Metropolitana. Esta nueva situación obligo a adaptar el encuadre, como, por ejemplo, horarios y días de intervención, debido a las citaciones semanales del hospital Sotero del Rio, institución en la cual el paciente efectúa su tratamiento y seguimiento de estado de salud, con posterioridad a su trasplante.

Al realizar las sesiones en el domicilio de **JS**, este lugar nos ofreció todas las garantías para llevar a cabo una intervención musicoterapéutica, con una modalidad de características de **encuadre cerrado**; solo participan de las sesiones, el paciente y el musicoterapeuta. El espacio al cual debimos adaptarnos, permitió dinamizar el proceso, al no existir, en cierto modo, distractores ajenos a la intervención, transformando el domicilio, específicamente, el living del hogar, en e l sitio adecuado para el proceso.

La casa de **JS**, contaba con un comedor con su respectiva mesa, la que sirvió de escritorio en ciertas sesiones, junto a éste, el living, que hizo la suerte de espacio terapéutico y que fue el lugar específico que se utilizó como emplazamiento de intervención con el paciente. Contaba con un

sofá, que hizo la suerte de camilla terapéutica para las técnicas receptivas que se le aplicaron. Esta vivienda contaba, además, con un ante jardín, cocina, tres piezas, estacionamiento, patio interior y living-comedor.

ii) **Constante temporal y/o periodicidad y duración de la intervención**

*La regularidad o frecuencia de las sesiones: una sesión por semana; teniendo en cuenta la constante espacial y la patología del paciente.

*La duración de cada sesión fue entre una hora a una hora y media.

*La cantidad de sesiones alcanzo a 16, más una de presentación.

*La fecha de inicio de la intervención fue del 29 de marzo 2017 al 20 de julio 2017.

iii) **El setting instrumental y técnico.**

Set de instrumentos, los que debían ser limpiados con alcohol antes de cada sesión: 1 Guitarra; 1 Arquin; 3 Metalófonos; 3 Claves percusión; 4 Maracas; 3 Panderetas; 3 Güiros de madera pequeños; 2 Triángulos; 4 Platillos pequeños (Crótalos); 2 Palos de agua; 1 Cultrún; 1 Bongo de madera; 3 Flautas; 4 Sonajeras; 2 Cuencos Tibetanos; 1 campana tibetana (Cymbal pequeña) y la Voz como material activo de expresión de musicalidad.

Por otra parte, incluí dentro de estos materiales, pero con características perceptivas y/o receptivas; la música pregrabada y las experiencias musicales grabadas en sesión.

A su vez, el material técnico con el cual se trabajó, objetos tecnológicos como:

1 grabadora; 1 artefacto para registro audio-visual; 1 parlante subwoofer; 1 computador portátil HP.

Creo conveniente agregar a esta gama de materiales ejecutivos, perceptivos y/o receptivos, y técnicos, uno que, desde una mirada económica, piense al trabajador de la salud (terapeuta musical), con ciertos derechos como profesional o futuro profesional. Me refiero al transporte y/o movilidad del musicoterapeuta, el cual debió aportar y trasladar el set instrumental y técnico, de manera personal, a las diferentes instituciones y/o domicilio del paciente. Para este caso, el musicoterapeuta aportó con **tiempo** de traslado y una gran cantidad de instrumentos, los cuales fueron transportados en: **1 Auto y 1 Maleta de viaje grande.**

iv) El registro de las sesiones.

Dentro de las constantes del encuadre, tenemos el registro de sesiones, la que contempló formas escritas (protocolos y consentimiento informado) y formas audiovisuales.

v) Sustento teórico desde una mirada multimodal para el Caso JS

Expondré un barniz de lo elaborado en el punto 6 de nuestro marco teórico, el cual menciona el concepto de plurimodalidad, que alude a una diversidad de técnicas, modelos y teorías, que, a la hora de iniciar un proceso de musicoterapia, me permitió echar mano de múltiples posibilidades de acción con el paciente. Es plurimodal porque no toma una técnica, procedimiento o recurso de manera exclusiva, ni considera que distintos recursos, procedimientos o técnicas sean auxiliares de otra que sea privilegiada.⁵⁵

⁵⁵(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 60)

Este APM reconoce al paciente como una unidad biopsicosocioespiritual, con sus modos expresivos receptivos ME-R, los cuales se verán reflejados en la plasticidad que ofrece esta práctica, al establecer ejes de acción: Improvisación musical terapéutica; trabajo con canciones; experiencias activas/receptivas e interactivas; EISS; uso selectivo de música editada etc. todo dentro de un proceso con principios y/o postulados y etapas, que se articulan entre sí, al momento de poner en marcha los procedimientos musicoterapéuticos.

Karina Ferrari, desarrolla la idea de que todo proceso musicoterapéutico debería atravesar etapas; la etapa de valoración diagnóstica inicial; etapa de tratamiento; etapa de evaluación y alta. Y es en este sentido y dirección que abordé el trabajo, sabiendo del abanico de posibilidades teóricas que nos entrega una mirada flexible y dinámica como el abordaje plurimodal, a la hora de instalar el encuadre, que permitió ir construyendo la relación trasferencial, a partir de la habilitación de éste (encuadre), como elemento estable para el despliegue de los ME-R. Aquí juega un papel importantísimo la “valoración diagnóstica inicial,”⁵⁶ la que nos permite visualizar los primeros objetivos, pudiendo modificarse durante el proceso. Estos objetivos tienen en común la búsqueda de un hacer significativo⁵⁷ que posibiliten ir conociendo al paciente en su integralidad

⁵⁶(Ferrari, 2013, pág. 73)

⁵⁷(Schapira, Ferrari, Sánchez, & Mayra, 2007, pág. 198)

como individuo, para así trabajar sobre los núcleos sanos de éste, en pos de una mejor calidad de vida en esta etapa de convivencia con la enfermedad del Mieloma Múltiple.

d) Objetivos.

i) Objetivo general:

Reforzar los núcleos de salud, desde la alianza intersubjetiva dada en el encuadre, mediante el despliegue de fenómenos musicoterapéuticos.

ii) Objetivos específicos.

*Identificar los núcleos sanos desde la singularidad de los ME-R del paciente.

*Complementar y potenciar el tratamiento de rehabilitación del paciente.

f) Metodología para el caso JS

Esta se sostiene en la aceptación de la diversidad de técnicas y modelos que otorga un abordaje plurimodal en musicoterapia, teniendo siempre en cuenta el estado biopsicosocioespiritual del paciente o su integralidad, que, a la hora de iniciar las sesiones, me permitió abordar con flexibilidad, dinámica y permeabilidad, según el estado con que se presentaba el paciente a la sesión; emocional, física, psicológica, biológica y espiritual.

Es vital en una metodología de estas características, observar al paciente, incluso, fenomenológicamente, pues esto es un aporte a la hora de tomar decisiones adecuadas en torno a que técnicas utilizar al momento de comenzar una intervención de este tipo, sin desconocer las estructuras y protocolos que traen los diferentes modelos y métodos, pero que las acomodamos al aquí y ahora de JS. Por lo tanto, se fue construyendo significado, desde lo que traía el paciente en el aquí y ahora, y no desde la teoría, la que está al servicio del paciente y no al revés. Pues bien, mi accionar toma de cada modelo, lo que en ese momento podía necesitar el paciente, para que éste lograra desde sus ME-R, construir significativo, en aras de equilibrar su estado biopsicosocioespiritual, para una mejor calidad de vida y salud. En función de lo señalado, las sesiones desde lo plurimodal no son programadas, sino más bien abiertas, libres y flexibles, al servicio de la necesidad del paciente.

Mi metodología no privilegió un recurso o técnica, sino la necesidad de encontrar un camino adecuado, para cada circunstancia que el paciente presentara al momento de la intervención. Desde esta mirada plurimodal, mi intervención contó con las herramientas de análisis adecuados y que orientaron la labor musicoterapéutica, como son una etapa de valoración diagnóstica, Tratamiento, y Evaluación/alta.

g) Distinción o análisis del proceso

Se consideraron las tres etapas que el APM estima que un proceso musicoterapéutico debe atravesar, Valoración diagnóstica; Tratamiento; evaluación/alta.

La primera etapa está dirigida a comprender al paciente en su integralidad como ser humano, esta me permitió plantear los primeros objetivos, los cuales podían cambiar durante el proceso. Esta fase se desarrolló durante las 4 primeras sesiones. Luego una segunda etapa, donde profundicé con mayor detalle el mundo del paciente, considerando además los datos ya obtenidos, y así determinar una estrategia de tratamiento para JS. Esta fase se efectuó en las nueve sesiones posteriores. Y finalmente un cierre o etapa de evaluación, donde se condensa, compara y relaciona lo ocurrido en la intervención, en la idea de afianzar logros de la etapa. Esta fase se desarrolló en las tres últimas sesiones.

i) Periodo de diagnóstico o VIM desde un APM en el caso JS.

En esta etapa de diagnóstico, se emplearon diversos recursos, en la idea de conocer mejor a JS, entre estos se contempló: la improvisación musical, la estimulación de imágenes y sensaciones desde los sonidos, introduciendo a la vez ciertos procedimientos de GIM (música e imagen guiada), trabajo con canción y canto conjunto, experiencias musicales perceptivas, exploración de instrumentos. Dentro de esta fase, también se indagó su vida; su historia biográfica y musical, a través de entrevistas y/o conversaciones, que se generaron naturalmente,

como aquellas que se realizaron dentro de un protocolo acordado, como son la ficha histórica sonora y de sesión terapéutica. La totalidad de estas fuentes de información, me permitieron observar no tan solo como JS convivía con su enfermedad, sino que considerar su integralidad como ser, percibirlo desde la mirada biopsicosocioespiritual, lo que facilitó vislumbrar sus “núcleos sanos” en esta etapa de valoración diagnóstica. JS se mostraba alegre, con energía, con ganas de vivir, y esto se reflejó en su relación con los instrumentos (los toca y explora), con su disposición a participar en experiencias musicales, a platicar de su vida. Sin embargo, el cuerpo de JS tiene un contenido, el que también entrega información, es así, que desde esta mirada se observa lo que denominé “núcleo de conflicto/dañado”, el cual se ve reflejado en cómo percibía en él su dolencia, el Mieloma Múltiple, que le ocasionaba cansancio corporal y emocional en determinadas ocasiones. Quizás, por el esfuerzo que pone por mantener su alegría por sobre su cansancio, como buscando equilibrar ambos núcleos y así “vencer la enfermedad” y sanar, pone en juego y mueve muchas fibras sensibles de un lado a otro. JS, mostraba una característica positiva, su perseverancia y fuerza por estar bien, desde mantener siempre la alegría a pesar de su estado de salud. Sus verbalizaciones y/o emergentes eran simples, pero llenos de una emocionalidad que reflejaban a un ser sacrificado, abierto a la comunicación con otros, sensible y fuerte a la vez, lo que denotaba una persona llana, afable, amable y esforzada.

En esta construcción vincular, las experiencias perceptivas; experiencias con instrumentos; los diálogos, las verbalizaciones y experiencias vocales (voz cantada), aportaron a la alianza de

trabajo, como también en ir afianzando el vínculo que el paciente experimentaba con ellos desde un punto de vista intramusical como intermusical. Desde el primer momento, se percibió la inquietud de JS por buscar sonidos y musicalidad, mostrando una cierta singularidad que develaba una personalidad, que junto a mí como terapeuta, logró crear una contención, un encuadre segurizante, en el cual se desplegaron todos los fenómenos musicoterapéuticos del proceso.

Durante esta etapa de elaboración diagnóstica, que se desarrolló durante las 4 primeras sesiones; JS expuso su singularidad musical expresiva, su capacidad de ser en la música, mostrando en su producción sonora, corpórea, musical, aspectos o elementos de su vida, que se activaron al momento de iniciar una exploración instrumental, una audición receptiva/activa, improvisación, voz cantada, etc. las que posteriormente eran verbalizadas por el paciente, explicando lo sucedido en la experiencia musicoterapéutica vivenciada .

En las primeras sesiones, JS exploró los instrumentos, los observó, manipuló, seleccionando del setting propuesto, el Arquin; realizando sonidos y elaborando una evidente línea melódica y rítmica, por lo que se infiere que hay una cierta creatividad sonoro-musical.

Desde el vínculo que creo con el instrumento, su ejecución fue animada y rítmica. Mostro una interpretación segura y con cierta melodía, lo que denotó su creatividad como emergente natural. La forma de tomar el instrumento y los sonidos que efectuó, daban una cierta estética en la producción sonora-musical. En este punto, decido acompañarlo musicalmente con el crótalo, improvisando en conjunto. JS me busca y comunica con la mirada como invitándome a que lo acompañe en su creación libre. Termina esta experiencia, con emergentes que JS señala:

JS: “Muy lindo ve...ve.”

T: ¿Cómo se siente?

JS: “Bien...Bien....”.

T: ¿Que le paso con la música?

JS: “Es muy bonito porque me relaja”.

T: ¿Que pensaba mientras tocaba?

JS: “En sacar el sonido, sacar un sonido, seguir, sacar una melodía, un tono”.

T: ¿Qué le provocaba la melodía?

JS: “Buscar, buscar, buscar sonido.....iba bien....”

Se manifiesta una actitud de fortaleza y perseverancia en JS, desde una expresividad sonora corporal, que reflejaba agrado al momento de interpretar con el instrumento; lo que a mí entender son aspectos positivos a fortalecer; “Núcleos Sanos”, que como sistema trata de decirnos algo más. Esta idea de visualizar los núcleos sanos, se irá reforzando a medida que avanza esta etapa de diagnóstico. En esta marcha, se realiza una experiencia de audición perceptiva/receptiva, se le hace escuchar el tema: El rock del mundial de los Ramblers, esta se seleccionó como resultado de lo que arrojó la entrevista de su historia de vida sonoro-musical. El paciente escucha con ojos cerrados en su cama, quieto y concentrado. Una vez escuchada la canción, algunos de los emergentes de JS son:

JS: “El Mundial.....” (Con un cierto tono evocativo).

Yo: ¿Qué sintió con la música, que le pasó?

JS: “El Mundial...me acuerdo cuando bailábamos, la alegría de las fiestas, era una alegría grande.

Mi señora es buena para bailar, fiestas sanitas en la casa”... ()... “alegría y compartir”.

Se observa en JS un cierto desconcierto al evocar pasajes alegres de su vida. Un interés o inquietud por saber qué es lo que está experimentando con esto de la musicoterapia.

Continuamos exponiendo lo verbalizado por JS, luego de escuchar la canción del mundial:

JS: “Alegría y compartir,.....con el tiempo y el trabajo y los cambios de casa, la comunicación del barrio cambió. Ya no eran los amigos con los cuales conviví en el antiguo barrio donde juntábamos dinero y salíamos de paseo a la playa y cantábamos canciones. Ahora mis amigos, podríamos decir, son los de mi trabajo, que no es lo mismo. Ese tiempo ya pasó, vamos perdiendo los amigos del primer barrio, porque se salió de ahí y se va teniendo menos comunicación con las personas”.

Como se ha mencionado, durante las primeras sesiones de la etapa de valoración diagnóstica, se realizaron diversas experiencias musicales, que, desde una visión dinámica de la problemática del paciente, buscó establecer un primer diagnóstico y delinear objetivos de trabajo. Es en esta dirección que se avanzó con el paciente, se propusieron experiencias de inducción a la relajación, teniendo en cuenta que JS padece una enfermedad oncohematológica, como el Mieloma Múltiple, que no puede dejar de ser considerada a la hora de seleccionar experiencias musicales, ya que esta dolencia genera cansancio, estrés, ansiedad y dolor. Es así, que, dentro de esta etapa, le sugiero a JS una inducción a la relajación, la que está signada por el desarrollo y el devenir de lo vivenciado hasta el momento. Esta relajación se centró en lograr un cierto alivio físico y tensional, producto de la hospitalización y un posible trasplante ad portas, el que le generaba ansiedad y estrés. Las instrucciones y/o consignas que se emplearon para esta experiencia físico/receptiva, se centraron, además, en la búsqueda de conexión del paciente consigo mismo. Se le invita a que se ponga cómodo en la cama y se realiza un inventario corporal de pies a cabeza y viceversa, colocando atención en sus puntos de apoyo corporal. Posterior a esto, se coloca música y se invita a JS a que visualice un lugar grato y protector, dejando que los sonidos y la música le ocasionen imágenes o actúe en él libremente, como la sienta.

Mientras se desarrollaba esta experiencia de inducción a la relajación, se observó una disposición entregada tanto física como receptiva del paciente, la que es confirmada en el proceso de verbalización posterior a los estímulos sonoros.

Algunos de los emergentes de JS, luego de la experiencia, señalan:

JS: “Hermoso, fabuloso”

T: ¿logró relajarse?

JS: “Bastante, me siento bien”.

T: ¿que nos puede decir?

JS: “La música que se siente, a donde esta uno, los sonidos, el agua. Es como una selva, una selvita en la que estaba yo.... ()... Escuchaba una quena y todo estaba muy tranquilo”.

(Mientras verbaliza sus emergentes, JS a veces cierra los ojos.) Continúa diciendo:

JS: “El lugar era fresquito, con árboles gigantes y pequeños. Como una isla con ruidos de monitos, loritos. Todo era muy relajado y tranquilo. A lo lejos escuché trompetas, muy relajado”

T: ¿Estaba solo o acompañado?

JS: “Estaba solo y relajado, grato en el lugar. Donde estaba.... estaba bien”.

A medida que marcha esta fase, en dirección de una valoración diagnóstica inicial, fui proponiendo actividades que me dieran más luces en cuanto a la personalidad y la singularidad musical de JS.

Entre una sesión y otra, en esta etapa de diagnóstico, pedí al paciente que, desde las experiencias vividas, expresara en un instrumento, en este caso la guitarra, un sonido que representara, una de las constantes que se repitió reiteradas veces en las sesiones; “el estar bien”, “la alegría”. JS, a pesar de tener cierta timidez o humildad, tomó la guitarra sin dudar y ejecutó esos conceptos, a través del sonido de las cuerdas.

En la sesión previa al trasplante, JS y el musicoterapeuta, acordamos crear una canción, desde los emergentes que hablaban del lugar grato y cómodo, en el cual se situó el paciente.

JS verbalizó en torno a esta idea lo siguiente:

JS: “Hagamos una canción, la cantamos. Lo que me sucedió”.

Aquí, creo, surge una propuesta directa de JS, lo que considero un hito, pues se comienza a advertir el objetivo a trabajar y que tiene que ver con la creación, la alegría de existir y estar bien en la vida, creo que es una expresión directa de la emocionalidad de JS, podría decir, en cierta medida, “estar bien en la música, ser en la música”, a pesar de su actual estado de salud.

La mayor parte de las sesiones de este proceso musicoterapéutico, se avocaron a la improvisación, creación y composición de la canción, salvo otras experiencias que permitieron

aliviar la tensión, el cansancio, el estrés, etc. que a veces se percibía en JS, como consecuencia del tratamiento y posteriores chequeos médicos, y que por lo tanto hacía menester efectuarlas.

Recordemos, que en el recorrido de esta etapa, se produjo un cambio de encuadre, del hospital al domicilio particular de JS. Sin embargo, y producto de la iniciativa del paciente, de crear e interpretar su canción, esto último fue en sí el lazo, el punto de conexión, que permitió continuar fluidamente con el despliegue de los fenómenos musicoterapéuticos, en este nuevo espacio.

En esta transición espacial, entre un encuadre y otro, la sugerencia de JS de componer una canción, fue el propósito fuerza que se mantuvo y que alentó al paciente, a persistir o reanudar lo comenzado en el hospital, dentro de una fase final de diagnóstico y una de inicio de tratamiento, etapa desarrollada desde la sesión 05 hasta la 13.

De la fase de valoración diagnóstica, concluí que uno de los objetivos más importantes era el reforzar los núcleo sanos de JS, que a mi entender, son factores positivos que debía expandir y fortalecer; sus ganas de amar la vida, las ganas de estar bien y vivir con alegría, etc., a pesar de su dolencia, y así, focalizando la intervención en este concepto, fortalecería, además, su sistema inmunológico, relacionado directamente a uno de los órganos adheridos a esto del Mieloma Múltiple, como es la médula ósea.

El paciente fue trasplantado de médula ósea durante la etapa de valoración diagnóstica, lo que obligó a continuar esta fase en el domicilio del paciente y considerar el procedimiento que sufrió, como un elemento de mi atención, en la idea de fortalecer sus núcleo sanos, y contribuir en la recuperación y/o rehabilitación del paciente, restando dolor y molestias causadas por el delicado procedimiento al que fue sometido.

ii) Etapa de tratamiento.

En esta fase, de alrededor de 09 sesiones, profundice más detalladamente en un núcleo, foco o eje central, como resultado del análisis de la información obtenida, para así llevar adelante mi práctica terapéutica, habiendo determinado un objetivo principal.

Aquí se pusieron en juego análisis y componentes que constituyen una lógica de intervención desde la plurimodalidad de posibilidades; conversaciones/diálogos, improvisaciones, interacciones, canto conjunto, audiciones receptivas/pasivas, etc. y con las cuales se abocó a

tratar las necesidades que presentaba el paciente, a partir de la interpretación y análisis previos como “in situ”, lo cual, desde este tipo de abordaje, me permitió accionar desde hipótesis sin la necesidad de estructuras y planes previos. Es en este sentido, que pude reacomodar libremente el espacio de intervención, desde un encuadre abierto a uno cerrado, tratando de aplicar técnicas que dieran fluidez al despliegue de fenómenos terapéuticos, que trataran específicamente la expansión de los factores positivos de JS, en definitiva, vigorizar sus núcleos sanos.

En esto que califico como transición de un espacio a otro, fue necesario recapitular y/o reacomodar lo hecho hasta el momento con JS, reubicando nuestra direccionalidad reflexiva y de praxis, en torno al paciente y viceversa, pues podía estar frente al término abrupto de la intervención, como consecuencia del cambio de constante espacial, lo que felizmente no ocurrió.

Me aproximo al término de una fase de diagnóstico y el inicio de una etapa de tratamiento; ocurriendo esto dentro de la nueva constante espacial: Encuadre domiciliario.

A medida que avanzaba en la intervención, ahora en el living de la casa de JS, observé que el vínculo, tanto con elementos estables como variables se afianzaba, se distinguió, además, una mayor confianza, manifestada en el compromiso que el paciente tuvo con las distintas experiencias musicoterapéuticas propuestas. Sus ganas de crear, hacer música y sonidos, abrió este nuevo espacio a profundizar en sus universos musicales y de vida. En este encuadre, percibí a JS con un estado de ánimo mucho más positivo. Su retorno a casa y el ser dado de alta post-trasplante, al parecer, fue un aliento en su estado de salud.

En uno de los diálogos, Paciente/Terapeuta, JS recordó lo hecho hasta el momento y cómo la música y los sonidos le han influido en su estado de salud general; en concreto, el equilibrio de los factores que componen un estado biopsicosocioespiritual sano:

JS: “Me acuerdo de la música y los sonidos. Los comparé con un bosque”

T: ¿Cómo se sintió con eso?

JS: “Con las sesiones que Ud. me ha hecho yo me he sentido bien. Se me han caídos las lágrimas de emoción. Los sonidos... (...)...como que me salía de mi cuerpo... (...)...Sentía trompetas a lo lejos, monitos, pajaritos.... En una selvita”.

Una vez iniciada la etapa de tratamiento, dirigí la atención a la producción sonoro-corpóreo-musical-verbal, como resultado de los ME-R que traía JS, significando esa singularidad musical, que por momentos era expresión y luego comunicación. Observé señales verbales/voz, corporales, sonoro/musicales, que emergían de JS, y que potenciaron la idea de percibir tanto núcleos de “conflicto”, como “sanos”. Inferí, que el paciente bregaba por equilibrar desde su plasticidad creativa, ambos conceptos, que denotaban, uno el “estar bien” y el otro “el estar dañado/enfermo”. Esto se percibió en improvisaciones libres que JS efectuó, como en la exploración y ejecución de ciertos instrumentos del setting propuesto, el cual permaneció estable durante todo el proceso. JS, se sentía cómodo con los instrumentos de percusión (claves, arquín, maracas, etc), los cuales los observaba y ejecutaba, explicando el significado, que él daba a cada ritmo o melodía (cuando era para él alegría o tristeza). Algunos de sus emergentes en torno al tema, se observan en el siguiente dialogo:

JS: “Los instrumentos me llaman la atención” (Curioso explora, elige y toca un tamborcillo chino libremente por un corto instante.)

JS: “Todo esto son cosas novedosas, todo esto le da sonido”. (Observa setting y su instrumento elegido).

T: Lo invito a que elija el instrumento que represente el estado de ánimo con el cual llegó....

JS: “Mi instrumento es este, la alegría”. (Elige las maracas y ejecuta sonidos por un instante)

JS: “Pienso que uno tiene que despertar alegre”. (Continúo diciendo.....)

T: ¿Y cómo despertó hoy día JS?

JS: “Desperté alegre pero flojo”. (Infiero que amaneció cansado).

T: ¿Y cuál sería el instrumento que representa estar flojo?

JS: “Este es estar flojo”. (Elegió las claves, tocando un pulso lento. Continuó diciendo)

JS: “Cuando se levanta flojo, se levanta más delicado”.

Como consecuencia de estas experiencias, observé una cierta relación particular de lo que se conoce como intramusicalidad e intermusicalidad, y advierto la singularidad musical en el aquí y ahora de JS. Su dinámica expresiva como comunicativa, queda al descubierto cuando hace la relación desde lo sonoro, ejecutando lo que denominamos núcleo de conflicto v/s núcleo sano; estar alegre v/s estar delicado.

JS, continúa verbalizando:

JS: “Me gusta la alegría, la alegría tira para arriba, si se ríe hartoo, hartoo anda bien, para qué andar enojado”. (JS, cambia el pulso y realiza un ritmo de cumbia con las claves)

T: ¿Qué instrumento sería no querer estar enfermo?

JS: “Este sería, no estar delicado” (JS, elije el güiro de madera, lo raspa y toca como cumbia, moviendo su cuerpo al ritmo que ejecuta).

A medida que se desplegaban los fenómenos musicoterapéuticos, en cada una de las sesiones de la etapa de tratamiento, estimo importante hacer referencia a aquel instante en el cual JS recuerda lo acordado en una de las sesiones anteriores, y que a mí entender, reveló el interés por potenciar su energía de vivir, y que se observó, en su disposición a perseverar en su “canción”. Su memoria verbal a corto plazo, por denominarla de algún modo, ayudó en este punto, a

reafirmar el fortalecimiento de aquello que observé como una constante, presente en casi toda la intervención: el Núcleo Sano de JS; la alegría/el estar bien v/s El estar delicado/flojo, que se hace verdad y realidad en el lenguaje verbal y sonoro, que entrega algo más que expresión, transmite una información que tiene sentido y significación en él. Sus emergentes, llenos de aquello que necesitaba, fueron el contenido escrito/verbal de su creación sonoro/musical; su canción:

JS: “Hice una canción, cantarla.....hacer la canción.....Cómo decía la primera palabra....selvita...me mejoré, me mejoré....”.

En ese instante, JS observa como el terapeuta (yo) toma la guitarra y escucha algunos acordes M y m, que ejecuta. Luego, JS, toma él la guitarra como recordándole al musicoterapeuta el ritmo que tenía la canción. JS dice:

JS: “Con la guitarra le dimos como otro tono, así más rasgueado”

(Se infiere que JS recuerda el ritmo norteño de la canción. Él no sabe tocar la guitarra, pero aun así, intenta interpretar el ritmo).

Mientras se desarrolló esta fase de tratamiento o etapa central, el despliegue de los fenómenos musicoterapéuticos fueron reforzando esta idea de comunicación desde lo sonoro musical, y que JS iba afianzando sesión a sesión; reconociendo sus Modos Expresivos-Receptivos contribuyendo así a la intersubjetividad y por ende al código comunicativo, el que se fue construyendo a lo largo de las sesiones, entre paciente y musicoterapeuta. Durante la elaboración de la canción de JS, pude observar cómo otros aspectos del análisis fluían; compartir su singularidad musical con el otro y la de construir con otro una experiencia musical (En este caso con el musicoterapeuta), y es en este sentido, que la dirección que JS dio a su acto creativo, era el de desear junto al “Terapeuta Musical”, alcanzar su necesidad de reafirmar el concepto “Me mejoré”, “alegre”, “estar bien”, los cuales eran y daban sentido a su propia interpretación estética, (entendida como la interpretación de los estímulos a las sensaciones), de aquello que en el aquí y ahora daba, en cierta medida, un sentido a su existencia, y que durante el proceso, formó parte de su mundo interno y circundante.

Para este trabajo, el acto creativo de hacer una canción; pleno de información y significado, fue un indicador, un objetivo en sí, con su múltiple carga de reflexión y conceptualización, traídos desde la diversidad de análisis, praxis y reflexiones entrecruzadas de la experiencia en cuestión, y que, en este ámbito, enriquecieron lo práctico-teórico, en miras de favorecer la calidad de vida y salud de JS, en un periodo de rehabilitación y/o tratamiento pos-trasplante. Las ganas de JS, de crear, interpretar, cantar, a pesar de una cierta timidez, dejaba al descubierto un paciente

que lucha por prolongar su existencia. El reflejo de esto, es al acto de componer, hacer y crear su canción.

En esta elaboración conjunta, JS tararea y entona parte de la letra de su canción. JS dice y canta:

“la letra....ah.....Selvita, me mejore, me mejore.....escuchaba a los monitos, los pajaritos...me mejoré, me mejoré.....me mejoré, me mejoreeeeeee.....”

Así se fue construyendo la canción, que iba develando más de su singularidad musical, su sensibilidad, su escucha, su capacidad de registro, su relación con el entorno y con los objetos sonoros etc. JS, desplegó su personalidad en el acto creativo sonoro musical, mostrando sus formas vinculares; la elección de los instrumentos por lo general fue de madera o percusión, que, al parecer, le daban seguridad y contención, salvo pequeños momentos con la guitarra y el arquín, que indicaba algo más. Algo, que quizás deseaba exteriorizar, avisar o tratar, y que posiblemente quedaba acreditado durante el proceso creativo; en el instante que JS le puso por primera vez nombre a la canción, concepto que tenía un correlato importante a considerar, pues llevaba una carga emocional vital, y que quizás se relacionaba con el existir o dejar de existir; el equilibrio entre vivir y morir, núcleos sanos v/s núcleos de conflicto. El título de la canción en primera instancia se llamó “VIDA”, y que a medida que avanzamos en esta fase, tomó otro nombre; cambió.

Pero dejó por un instante esta parte de la etapa de tratamiento, la que retomaré más adelante, pues es valioso considerar, en un esbozo de lo implementado, otras experiencias que formaron parte del despliegue de fenómenos terapéuticos, y que aportaron en esta idea del sí mismo, el desarrollo de su singularidad musical y el logro de los objetivos sugeridos. No olvidemos que JS es un paciente con una dolencia oncohematológica y que en momentos; ya sea por su cansancio, estrés o ansiedad, requería de procedimientos sonoro-musicales distintos, que apoyaran esos estados emocionales y/o de salud, que en ocasiones traía al encuadre terapéutico el paciente. En este sentido, otro momento significativo de esta etapa fue la de creación plástica (dibujo), donde JC evocó, desde una experiencia de inducción a la relajación con música, su antigua casa, la que habitó desde pequeño con sus hermanos, pero que esta vez mostró una particularidad que a JS lo inquietó. Él visualizo su casa de niño; oscura y gris, opaca y fea, lo que posteriormente quedó plasmado en un dibujo. Después, desde esa experiencia, invité a JS a realizar una improvisación musical, en la cual expresara musicalmente lo dibujado/visualizado. La improvisación tuvo su momento de ejecución individual, donde JS tocó el instrumento dando una sonoridad, que por momentos era poco coherente entre lo visualizado anteriormente y su personalidad alegre, y luego eligió otro, donde realizamos una interpretaciones en conjunto y en espejo, con acordes de guitarra mayores propuestos por el musicoterapeuta, y en las cuales se pudo observar la intermusicalidad e intramusicalidad de JS de manera más intensa, y que pienso fue un aporte al

desenvolvimiento de las estrategias de intervención para con mí paciente, en la dirección de fortalecer sus núcleo sanos.

La articulación de las experiencias, evidenció nuevamente el juego entre los núcleos sanos y núcleos conflictivos, los que tratamos de descifrar en la idea de potenciar y reforzar sus necesidades, ligadas a su integralidad, a su bienestar biopsicosocioespiritual. Algunos de los emergentes de JS en torno al tema son:

JS: “Veía una casa vieja, luces, la calle, el pasaje y yo frente a la casa la veía fea. Oscura...la imagen era fea, quería verla bonita”

T: ¿Cómo estaba de ánimo ahí?

JS: “Me sentía bien, a pesar de no ver a mamá me sentía bien.... Si lo único feo era la casa”

T: ¿y porque sería fea la casa?

JS: No sé porque se veía fea la casa, deben estar pasando malos momentos mis hermanos que aún viven ahí.

T: ¿Y Ud. como lo está pasando?

JS: “Yo bien, siempre bien...”

Lo invito a tomar un instrumento y JS elige nuevamente el güiro de madera. Improvisamos en conjunto. Sin embargo, en medio de la exploración e instrumentalización, JS se preguntaba a sí mismo:

JS: “Me pregunto por qué vi fea la casa”.

T: ¿Por qué se pregunta eso?

JS: “Si... porque no está fea la casa, como que me preocupo. Tenía que verla linda y no la vi así. Puede ser que les esté pasando algo a mis hermanos que viven ahí, y eso como que se transmite.....en vez de verla bonita la veo oscura. Llamaré a mis hermanos más tarde...”.

T: ¿Y en la música, como sería bonito ese lugar?

JS “Con música alegre y quiero que sea así... alegre.....darle vida a las cosas”.

Vida, alegría, estar bien, conceptos que son una constante en JS, y que estimamos son el propósito a tratar en este paciente. El usuario hace una integración y reflexión de las experiencias, en la búsqueda de fortalecer sus necesidades, las cuales se evidencian durante el proceso, como queda de manifiesto en el instante que exterioriza su preocupación por el otro (sus hermanos), no

quiere que ese otro esté pasándolo mal, y eso queda de manifiesto en sus modos expresivos receptivos y en su expresión de su deseo de "estar bien.. y que estén alegres y bien".

Retomo el trabajo de creación de la canción, cuyo acto de imaginación y creatividad en JS, me reafirmó, cómo la música es un buen medio para atender las necesidades del paciente, pues éste exteriorizó su manera de estar presente en la tierra. Hace referencia a un ser alegre y con ganas de vivir, a pesar de su enfermedad.

Ya en la fase final del acto creativo de la canción, JS cambia el nombre del tema, y deja vislumbrar variables musicales que movilizaban contenidos psíquicos diferentes, demostradas, en este caso, en un entrecruzamiento o combinación de ejes como son la improvisación con un carácter referencial y el trabajo de creación de la canción, lo que permitió que el paciente pudiera

dar sentido, significación, y entendimiento a su actual estado de salud, ubicándolo en la dirección de satisfacer sus necesidades y vitalizar su calidad de vida.

Emergente de la fase final del acto creativo de la canción:

JS: “Como hablamos harto de selvita.....así que el nombre de la canción puede ser “SELVITA.....así que cambiemos el nombre del tema”.

Esta afirmación de JS, revela el proceso reflexivo, su mundo subjetivo, íntimo, emociones, sentimientos, los cuales al ser descifrados, reafirman que sus necesidades van por el camino de satisfacer positivamente su existencia, la que quizás encontró en la ubicación simbólica de ese lugar de protección y agrado, el lugar que requiere para “estar bien”, como es el espacio de la selva;“la selvita”, que es donde él se sintió protegido y agrado, para lograr que uno de los concepto (en el coro), se repitan en la canción; “Me mejoré. Me mejoré”, y sea el objetivo final de su momento actual de vida.

Letra de la Canción de JS:

Título: “SELVITA”

Selvita, me mejoré, me mejoré.

Escuchaba a los monitos, los pajaritos.

Me mejoré, me mejoré.

En los árboles los pajaritos y los monitos.

En los árboles los loritos y los monitos.

Me mejoré, me mejoré.

Y los monitos los pajaritos muy tranquilitos.

Me mejoré, me mejoré.

Y muy alegre y relajado.

Con las trompetas que van sonando.

Me mejoré, me mejoré.

En la canción se observa en plenitud la forma de ser de JS, su singularidad, su sí mismo, su necesidad. Necesidad interna que deseaba exteriorizar. Su mundo interno y circundante, que desde el trabajo musicoterapéutico buscó brindar alivio y/o mitigar su estado de salud física, biológica, psicológica, social, emocional y espiritual. En definitiva, el reconocer y aliviar al ser, desde su dimensión Biopsicosocioespiritual, la que se manifestó desde el inicio de las sesiones hasta el cierre de ésta. Cierre que abarcó las tres últimas sesiones, y que en cierta medida trató de integrar todo el proceso vivido.

iii) Etapa de Evaluación de la intervención.

Esta fase está centrada en los alcances de la intervención con JS, que determinaron la existencia de cambios en el paciente durante el proceso. Para esto, es fundamental dejar en claro, que todo aquello que ocurrió al interior del encuadre, fue analizado y evaluado con una asumida y aceptada flexibilidad, siendo consecuente con una visión holística de intervención plurimodal, que consideró al paciente en su integralidad como ser humano. Durante el proceso fui más allá de valoraciones sistemáticas clásica, pues la singularidad biopsicosocioespiritual del paciente, hace

difícil dar una sola orientación y apreciación en torno a este tema. Por lo tanto, podría decir que esta evaluación es más bien una valoración experimental y hasta en cierta medida, fenomenológica, por lo que para este caso, desarrollé una observación valórica libre y flexible de lo que ocurrió en el encuadre, y que a su vez me posibilitó dar cuenta del fortalecimiento de los núcleos sanos de JS, y cómo sus necesidades fueron contenidas con la intervención sonoro-musical. JS, desarrolló una percepción de su estado de salud, que lo confrontó con su “estar bien”, “alegre y sano”, y que hicieron, que mientras se efectuaba el proceso, se movilizaran numerosas fibras sensibles que jugaron un papel importante en el fortalecimiento de ese núcleo sano, el que lo llevó incluso a expresar lo siguiente:

JS: - “Como que ya no tengo nada.....siento como limpieza”.

- “No estoy enfermo, no tengo nada, me mejoré”.

Llegamos a esto, desarrollando una serie de interacciones en un espacio intersubjetivo como es el encuadre. La improvisación musical, creación de canción y canto conjunto, además de diversos componentes musicoterapéuticos, formaron parte de este encuadre, donde ocurrieron y se desplegaron los distintos fenómenos terapéutico musicales, que facilitaron evidenciar la naturaleza de la personalidad del paciente, y así determinar que efectivamente JS era una persona capaz, incluso, de salir de esta etapa de pos-trasplante, y quizás avanzar en la cura total de su enfermedad.

Durante el proceso, observé, comparé y relacioné las distintas experiencias musicoterapéuticas, con la ayuda, además, de ciertos protocolos escritos, que son un apoyo y aporte a la obtención de información y datos del paciente, en la idea de determinar y establecer los cambios experimentados por el consultante. (En anexos se muestra el tipo de documento o protocolo empleado).

h) Auto-evaluación: fortalezas y debilidades del MTP.

Fortalezas: Una muy buena empatía con JS. Preocupación por su estado de salud, cada vez que teníamos un encuentro corpóreo-sonoro-musical.

Flexibilidad e integración de diferentes técnicas de musicoterapia, manteniendo una línea conductora en torno a la idea de plurimodalidad.

Contar con una buena cantidad de instrumentos que conforman mi setting-instrumental.

Contar con una base musical adecuada para este tipo de disciplina terapéutica.

Debilidades: Elaborara consignas más precisas. Tratar de escuchar en su totalidad al paciente, evitar interrumpirlo. Cuidar el volumen de interpretación del instrumento (guitarra).

I) Conclusión

Esta experiencia de práctica, me permitió confirmar que la musicoterapia es un buen complemento en el tratamiento y rehabilitación de pacientes oncohematológicos post-trasplantados.

Esta enfermedad trae consigo una serie de síntomas, que son asociados inmediatamente con la muerte, y que se reflejan en la emocionalidad y corporalidad de quien la padece: cansancio corporal, dolor, incertidumbre, miedo y estrés. La dinámica de vida cambia como consecuencia del tratamiento, y el diagnóstico genera en el paciente, una serie de cuestionamientos en torno a su existencia, y abre puertas a aspectos de su pasado, presente y futuro, en un intento de buscar respuestas a la actual condición de vida. Es aquí donde la musicoterapia en este caso, jugó un papel importante, pues otorgó a JS la posibilidad de ser protagonista de su proceso musicoterapéutico, y le brindó una experiencia de bienestar y mejoró su calidad de vida.

A partir de esta práctica, pienso que la musicoterapia puede llegar a ser un buen agente potenciador de la salud del paciente oncohematológico, sobre todo en lo que se refiere al sistema inmunológico, factor fundamental en el fortalecimiento de los núcleos sanos del afectado con esta enfermedad.

Por lo tanto, considero que, con esta terapia a través de la música, un paciente con esta enfermedad, podría sobre llevar de mejor manera la condición de vida de post-trasplante.

Y para concluir, cito a H.Smeijters quien afirma que “El trastorno no solo se debe reflejar musicalmente, sino que también debe poder tratarse musicalmente.”⁵⁸

Bibliografía

(25 de abril de 2012). Recuperado el 21 de Septiembre de 2017, de Instituto Nacional del cáncer/Gobierno USA: <https://www.cancer.gov/espanol>

Benenzon, R. (2008). *La Nueva Musicoterapia*. Buenos Aires: LUMEN.

Bruscia, K. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amarú ediciones.

Carrera, M. (2016). *Musicoterapia en la Quimioterapia Ambulatoria: Un espacio de bienestar y encuentro(monografía)*. Santiago: Universidad de Chile.

⁵⁸(Ferrari, 2013, pág. 93)

de la Garza, J., & Juárez Sánchez, P. (2014). *El Cáncer*. Monterrey: U. Autónoma de Nuevo León.

Farías Delva, D. (2017). *Una definición propia de MTP*. Santiago.

Ferrari, K. (2013). *Musicoterapia. Aspectos de la sistematización y la evaluación de la práctica clínica*. Buenos Aires: MTD ediciones.

García-Nieto, A. (4 de 10 de 2014). *LinfomayMieloma.com*. Recuperado el 2 de 10 de 2017, de <http://www.linfomaymieloma.com/psicologia.asp?tipo=PACIENTE&id=693>

Gómez, D., & Jaime Pérez, J. (2012). *Hematología, La Sangre y sus Enfermedades*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.

González, J. (2016). *Espiritualidad en las profesiones de ayuda: Del debate a la integración*. NV USA: Ediciones PsicoEspiritualidad.

<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/sistema-hematopoyetico>. (16 de 02 de 2016). *EnciclopediaSalud.com*. Recuperado el 27 de 09 de 2017, de <http://www.encyclopediasalud.com>

Huerta, E. (2014). *Confrontando el Cáncer*. New York: Penguin-Celebra.

Instituto Nacional del Cáncer. *Manual de Enfermería Oncológica*. Buenos Aires: INC instituto nacional del cáncer.

Pacora, L. (2016). *Cáncer el enemigo oculto*.

Pellizzari, P., & Rodríguez, R. (2005). *Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial*. Buenos Aires: Ediciones U. del Salvador.

- Pulgar, A. (2010). *Tesis doctoral: Aplicación del modelo biosicosocial para comprensión de la calidad de vida y pronóstico en Cáncer Hematológico*. Jaén, España.: Universidad de Jaén.
- Schapira, D., Ferrari, K., Sánchez, V., & Mayra, H. (2007). *Musicoterapia Abordaje Plurimodal*. Argentina: Adim Ediciones.
- Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. (2012). *Libro Blanco de la Hematología y Hemoterapia en España*. España: Editores Médicos S.A. EDIMSA.
- Suárez, D. (2002). *Personalidad, Cáncer y Sobrevida*. La Habana: Científico-Técnica.
- Taylor, D. (2010). *Fundamentos Biomedicos de la Musicoterapia*. Bogota: Universidad Nacional Colombia.
- Villegas, P. (2012). *Monografía: "Adolescentes embarazadas;Una Experiencia desde Musicoterapia*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- wigram, T., Nygaard Pedersen, I., & Ole Bonde, L. (2002). *Guia Completa de Musicoterapia*. Victoria-Gasteiz; España: Agruparte.

PROTOCOLO SESION INDIVIDUAL MUSICOTERAPIA

Nombre Paciente:

Sesión N°:

Fecha:

Duración:

En Caso de síntomas antes de la sesión

Primera aplicación; llenar con circulo en el número que considere que corresponde

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS)

MINIMO DE SINTOMAS	INTENSIDAD	MÁXIMO SINTOMA
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

1.- Objetivo de la sesión:

2.- Actividades y técnicas realizadas:

3.- Desarrollo de la sesión:

4.- Producción sonora:

Emite sonoridad con los siguientes instrumentos o voz:

a) Dinámica temporal:

Pulso estable:

Pulso desorganizado:

Presencia de motivos rítmicos:

Ausencia de motivos rítmicos:

b) Dinámica melódica:

c) Dinámica Tímblica:

Utilización alternada de diferentes timbres por cambio de

instrumento: Utiliza sonidos variados con el mismo instrumento:

Preferencia por determinados timbres:

d) Dinámica de densidad:

Presencia de silencios:

Ausencia de silencios:

e) Dinámica de Intensidad:

Intensidad constante, Cual:

Intensidades diferentes:

Cambio regulado de la intensidad:

Cambio brusco de la intensidad:

f) COMENTARIOS:

5.- Producción sonora vincular:

DIMENSIÓN	SI	NO	PARCIAL
Desconexión sonora:
Imitación sonora:
Subordinación sonora:
Control sobre la improvisación:
Contraste sonoro:
Propuestas sonoras:

6.- Corporalidad y actitud general (gestos, posturas, espacialidad):

7.- Emergentes verbales:

8.- Del musicoterapeuta:

a) Sensaciones frente a primer contacto con el paciente:

b) Consigna:

c) Elección de instrumento:

EN CASO DE DOLOR, AL FINALIZAR LA SESIÓN:

Aplicación de Escala Visual Analógica (EVA)

¿Cómo siente ahora su dolor?

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho dolor

¿Crees que las experiencias musicales modificaron su estado de salud?

¿Cómo se encuentra?

MEJOR QUE ANTES	IGUAL QUE ENTES	PEOR QUE ANTES
-----------------	-----------------	----------------

9.- Conclusión, evaluación de la sesión y objetivo próxima sesión:

