

MUSICOTERAPIA EN PACIENTES NEOPLASICOS TERMINALES

Liliana D'Asero

De acuerdo a los datos obtenidos en el tratamiento de pacientes terminales oncológicos, no se encuentran en la literatura publicaciones con registros estadísticos ni analogías.

Esta experiencia se inició en el año 1988 en el Servicio de Oncología del Hospital Bernardino Rivadavia, en Bs. As., Argentina. Allí funcionó un equipo multiprofesional que estaba conformado por las siguientes especialidades: un oncólogo, un psiquiatra y dos musicoterapeutas.

La actividad se desarrolló opcionalmente en diferentes ámbitos: se tomaron en cuenta para ellos las condiciones y necesidades de cada paciente y su familia. Estos lugares fueron la Sala General o la Habitación individual y una Sala destinada especialmente para la actividad. La última etapa en el tratamiento de los pacientes era coincidente con todos, donde se trabajó al pie de la cama de los mismos. La frecuencia fue de dos sesiones semanales intensificándose en la última etapa, donde la asistencia era diaria. Era posible que el vínculo continuara con la familia del mismo.

Los materiales utilizados fueron: grabador, instrumentos (membranófonos, cordófonos, idiófonos, aerófonos). La selección instrumental se efectuaba de acuerdo a aquellos aspectos de la historia sonora musical del paciente, que tenían que ver con las necesidades y posibilidades del período vital actual del mismo.

En la evaluación inicial se utilizó un protocolo no fijo, que se iba modificando según cada paciente. Durante los primeros contactos con el paciente se registraron los datos necesarios que nos ayudaran a obtener un conocimiento profundo del mismo. De los datos personales, se colocó énfasis en el lugar de origen del paciente, si era del interior del país, la fecha de emigración y si lo acompañaban sus familiares en la internación.

Se tomó en cuenta cómo era la interacción con su núcleo familiar, cómo eran los modelos vinculares familiares; del mismo modo, cómo era la interacción familiar con sus amigos; si poseía nuevos vínculos en el Hospital. De su contexto sonoro ambiental actual, cuáles eran los sonidos significativos y cuáles rechazaba, ya sean diurnos o nocturnos; qué registro de sensaciones y

sonidos placenteros y dolorosos poseía de su propio cuerpo. Se registraron los comentarios acerca de las sensaciones corporales que le producían las audiciones de las melodías significativas de su historia sonora. Si actuaban como efecto paliativo, descentralizantes de sus malestares físicos, etc. Se observó cual era su máxima posibilidad de expresión a través del lenguaje pre y no verbal (el canto, lo corporal, el lenguaje gestual, lo instrumental y la asociación de estos diferentes modos de expresión).

Se percibió si manifestaba la necesidad de contactarse con el fenómeno sonoro musical (audiciones, ejecución instrumental, canto, etc.); si adoptaba una actitud receptiva o más activa; si acudía en situaciones de dolores físicos a la audición de grabaciones musicales; en qué momento del día lo realizó y si tomó la iniciativa de compartir su música preferida. Se realizó una sinópsis de lo nuclear de la evaluación. Luego, se efectuó el proyecto terapéutico con los objetivos a alcanzar en el mismo.

Para cada paciente, se elaboró un único modelo de plan terapéutico, siguiendo su unicidad auténtica. Cada paciente, aun cuando compartía la misma enfermedad en su fase terminal, poseía heterogeneidad en sus características personales y sonoro musicales.

En el plan mencionado, se conformaron estrategias que incluían diversas técnicas que se unían en objetivos a alcanzar. Efectuaremos una descripción general de estrategias y objetivos para luego ejemplificar con un caso clínico.

Las estrategias contenían las siguientes técnicas:

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

La multiplicidad de actividades se unificó en la integración del plan terapéutico. Desde la integración de las estrategias se tendió a mantener la integridad del paciente aun en su lecho de muerte. Esto significa que nuestra envivenciación (percibir su vivencia profunda) con el paciente nos permitió

iniciar el vínculo desde su sufrimiento esencial y que a través de la utilización de este lenguaje pre y no verbal el paciente pudiera trascender su realidad existencial y permanecer en sus potencialidades conservadas y actualizadas en el proceso terapéutico.

El sufrimiento cobró una dimensión diferente, trascendente y transformadora, en lo posible positiva y gratificante, en lugar de quedarse en lo negativo de la vivencia dolorosa. En definitiva, en la muerte paralizante e inmanente.

La enumeración de las técnicas utilizadas es hacia los fines didácticos - descriptivos.

Nuestro enfoque apuntó hacia la totalidad del paciente, no a la fragmentación del mismo. Las actividades se iban entrelazando en ese Ser Humano que sufría y a quien debíamos contener y acompañar.

Nos acercamos al paciente desde nuestra humanidad que se compadecía (padecía con) de sus vivencias de sufrimiento, dolor y muerte. Al trascender a nosotros también estas vivencias, elaborábamos proyectos transformadores vitales y gratificantes junto al paciente. Debido al vínculo tan cercano que establecíamos con el paciente, nuestras propias vivencias de sufrimiento, abandono y frustración debían ser muy bien analizadas y discriminadas en el marco de las supervisiones.

Se ejemplificará con la descripción del caso de un paciente:

Santiago tenía 45 años de edad, concurría al Hospital desde su lugar de origen (Formosa). Padecía originalmente neocarcinoma de pulmón. Lo acompañaba su hermana, quien vive en Buenos Aires.

Este paciente mantenía vínculos positivos con los demás pacientes, con el cuerpo de enfermería y médicos. También estableció con nuestro equipo un rapport muy positivo de confiabilidad y apertura.

El lugar de trabajo se modificó durante el proceso terapéutico. Inicialmente, se efectuaron las sesiones al pie de la cama; luego progresivamente, se trabajó en la Sala destinada para la actividad. En los últimos días de vida se volvió a las sesiones al pie de la cama.

Santiago poseía una actividad sistemática musical. La misma estaba referida a compartir canciones con su núcleo familiar (ocho hermanos y su madre), se ejecutaban instrumentos como acompañamiento (membranófonos y cordófonos).

Su hermana aportó las grabaciones de estos encuentros musicales familiares. Para Santiago era el único medio de mantener los lazos afectivos que había dejado en su lugar de origen. Se conectaba también con familiares fallecidos (madre y hermano) quienes habían participado de estos encuentros musicales. Su madre y hermano padecieron la misma enfermedad que él.

El proceso terapéutico se desarrolló en sesiones individuales y grupales.

Se incluyeron miembros familiares, hermanos, sobrinos. El período que abarcó el tratamiento fue de cinco meses.

Inicialmente, había mayor participación activa por parte del paciente en los diferentes medios expresivos (canto, ejecución instrumental, improvisación corporal rítmica, etc.)

Gradualmente, Santiago fue adoptando una actitud más receptiva (pasiva) a medida que su deterioro físico progresaba.

Tomando en cuenta sus aptitudes musicales y las situaciones gratificantes surgidas durante las actividades musicales, se creó un proyecto terapéutico, cuyas estrategias contenían diversas técnicas. Se mencionarán dichas técnicas con sus objetivos y fines correspondientes:

Se inició la tarea con técnicas de relajación con adecuada respiración. Le facilitaba distenderse y relajar las zonas más dolorosas. La audición de grabaciones pertenecientes a su núcleo familiar y a su propia voz, actuaban como efecto paliativo para el dolor corporal. La ejecución de su instrumento preferido (guitarra) le daba mucha gratificación y le otorgaba la posibilidad de poseer un proyecto de vida que trascendía su situación actual.

Santiago ejecutaba guitarra también fuera de las sesiones de Musicoterapia. El instrumento actuaba en este caso como prolongación del vínculo afectivo establecido con nosotros. La guitarra, siendo de una de las terapeutas, quedaba al cuidado de Santiago.

Durante el último período de vida, Santiago efectuaba recitados y dictados de letras de canciones. El canto le resultaba muy dificultoso debido a su agravamiento. Si bien su estado general desmejoraba, colaba énfasis en los recursos que aún conservaba. En sus últimos días de vida, se escucharon las grabaciones efectuadas anteriormente.

Santiago acompañaba con percusión rítmica corporal.

Estas grabaciones le permitieron el día anterior a su fallecimiento compartirlas con sus familiares quienes valoraban a Santiago por lo producido.

A pesar de toda la situación reinante de sufrimiento, ese material hacía trascender todo lo vivido. A Santiago le posibilitó la intermediación con sus familiares desde una modalidad gratificante, no dolorosa y el consiguiente acercamiento por parte de ellos. Aun siendo una familia numerosa, Santiago había sido abandonado por muchos de sus familiares. Fue en este momento donde recuperó los "afectos perdidos". El trascender el dolor fue una constante durante todo el período terapéutico. Santiago sostenía que su música le daba vida. Su voz recobró mayor brillo e intensidad. El inicio y el fin de las sesiones nos daban pautas de modificaciones notables producidas en Santiago.

Ejemplos: La disminución del dolor corporal, los cambios en los gestos de

su cara (lenguaje gestual) donde transcurría de manifestar mucho sufrimiento, miedo y gran angustia a esbozar sonrisas de gratificación y relajación al finalizar cada sesión.

Es interesante observar que si bien la situación del paciente nos angustiaba, los logros obtenidos superaban nuestras expectativas. Estos nos gratificaban mucho y nos estimulaban en el tratamiento de los pacientes siguientes.

Un factor relevante en la asistencia de este tipo de pacientes es el trabajo en co-terapia. Nos brindaba la posibilidad de compartir ansiedades, angustias y también muchas gratificaciones.

Asimismo el equipo multiprofesional nos otorgaba una mayor objetividad. Nos permitía el enriquecimiento mutuo. Nos fortalecía y brindaba seguridad de donde surgieron vínculos afectivos que se consolidaron en la permanencia. Esto nos facilitó proveer al paciente de una adecuada contención.

La situación por la que atraviesa un paciente oncológico terminal no puede ser contemplada totalmente en los medios hospitalarios. Se debe agregar a ello el desarraigo de los pacientes de su lugar de origen y el abandono afectivo de sus familiares.

Por estos factores condicionantes, creemos que nuestro aporte debe ser un punto de partida para que esta experiencia se desarrolle en los diferentes ámbitos donde se asiste a este tipo de pacientes.

De esta manera acompañando a ese Ser Humano que sufre, intentamos ayudarlo a descubrir un sentido a su sufrimiento y a dignificar y aumentar su calidad de vida. Si el sufrir tiene sentido, también lo tiene el compartir el sufrimiento ("la compasión") con el semejante doliente, el hombre condoliente. Compadecer (padecer con), trascendiendo el sufrimiento, transformándolo en situaciones gratificantes "vitales".