MUSICOTERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Universidad del Salvador

Facultad de Medicina

Licenciatura En Musicoterapia

“Musicoterapia en Cuidados Paliativos:
***Especialidad emergente*”**

AUTORA: González, Mariana Paula.

TUTORA: Wagner, Gabriela.

EXAMINADORES: Susco, Alberto.
Wagner, Gabriela.

2014

INDICE

PREFACIO…….....**5**
AGRADECIMIENTOS…….....**7**
INTRODUCCIÓN……**9**

CAPÍTULO I
1. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN** ……..**11**
1.1. **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**…….....**13**
1.1.2. Justificación de la Investigación…….....**13**
1.1.3. Viabilidad de la Investigación…….....**15**
1.1.4. Objetivos de la Investigación…….....**16**
1.2. **ANTECEDENTES**…….....**17**
1.2.1. Musicoterapia en Cuidados Paliativos…….....**17**
1.2.2. Antecedentes Musicoterapia en Cuidados Paliativos en Argentina…….....**17**
1.2.3. Antecedentes Musicoterapia en Cuidados Paliativos internacionales……**19**

CAPÍTULO II
2. **MARCO TEÓRICO**……...**41**
2.1. **CUIDADOS PALIATIVOS**……..……...……**41**
2.1.2. Génesis de los Cuidados Paliativos en Argentina……**41**
2.1.3. Definición de los Cuidados Paliativos……..**44**
2.2. **CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO**……**45**
2.2.1. Definición de Musicoterapia…… **46**
2.2.2. Modelo Benenzon de Musicoterapia (MBMT) –ISO……..**47**
2.2.3. Ética en Musicoterapia. ……**62**
2.2.4. Binomio Musicoterapia – Medicina……..**66**
2.2.5. Musicoterapia en Cuidados Paliativos……**70**
2.2.6. Musicoterapia Paliativa……..**70**
2.2.6.1.Concepto de Hombre……...**76**

2.3. **ENCUADRE**……**83**
2.3.1. Generalidades de las sesiones……**85**
2.3.2. Metodologías y Técnicas……...**90**
2.3.2.1. Metodología utilizada……..**91**
2.3.2.2. Técnicas utilizadas……..**93**

CAPÍTULO III
3. **DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**……..**102**
3.1. **HIPÓTESIS**……...**103**
3.1.2. Historia de la hipótesis……**103**
3.1.3. Hipótesis de partida……..**104**
3.1.4. Hipótesis derivadas ……**104**
3.2.**DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES**……**105**
3.2.1. Musicoterapia……**105**
3.2.2. Cuidados Paliativos……..**106**
3.2.2.1. Cuidados Paliativos en Argentina……...**107**
3.2.3. Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú – fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) – Argentina……..**110**
3.2.4. Emergente……**123**
3.2.5. Eficacia……...**124**
3.2.6. Inclusión……**125**
3.3. **UNIVERSO Y MUESTRA**……..**126**
3.3.1. Selección de la muestra……..**126**
3.4. **INSTRUMENTOS DE RECOLECIÓN**……..**127**
3.4.1. Registro……..**127**
3.4.1.2. Cuestionario musicoterapéutico……..**129**
3.4.1.3.Protocolos de sistematización en Musicoterapia Paliativa……**142**

3.5. **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**……...**150**

3.5.1. Escalamiento tipo Likert……..**150**

3.5.2. Diseño de encuesta……..**152**

3.5.3. Forma de las puntuaciones……**156**

3.5.4. Aplicaciones de la escala……**156**

CAPÍTULO IV

4. **EVALUACIÓN DE LA MUESTRA RECOGIDA** ……...**157**

4.1. **TABULACIÓN DE LA ENCUESTA**…….....**158**

CAPÍTULO V

5. **ANÁLISIS DE LOS DATOS**……..……...**187**

5.1. **ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LAS ENCUESTAS**……....**187**

5.1.2. Puntuación de las encuestas……..……**187**

5.1.2. Gráficos estadísticos de los resultados de las encuestas……**197**

5.2. **ANÁLISIS DEL ESTADO DEL ARTE DE MUSICOTERAPIA Y CUIDADOS PALIATIVOS**……**203**

5.2.1. Análisis de los antecedentes de Musicoterapia y Cuidados Paliativos Internacionales - Cuadro comparativo - Cronológico……**203**

5.2.1.2 Otros estudios con contribuciones científicas……**217**

5.2.2. Tabulación del Estado del Arte de Musicoterapia y Cuidados Paliativos Internacionales……..**222**

5.2.3. Gráficos estadísticos del Estado del Arte de Musicoterapia y Cuidados Paliativos Internacionales…….....……..**227**

CAPÍTULO VI

6.**CONCLUSIONES**……**237**

6.1.**CONCLUSIONES SOBRE EL ESTADO DEL ARTE DE LA MUSICOTERAPIA Y CUIDADOS PALIATIVOS** ……**237**

6.1.2 Consideraciones y recomendaciones sobre el Estado del Arte de Musicoterapia y Cuidados Paliativos…….....**240**

6.2. **CONCLUSIONES SOBRE LA MIRADA DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS - FUNDACIÓN FEMEBA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ PARA CON LA MUSICOTERAPIA**……**243**

6.2.1. Consideraciones y recomendaciones sobre la mirada de los profesionales del equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos – Fundación FEMEBA del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú para con la Musicoterapia……...**244**

6.3. **CONCLUSIONES SOBRE EL ABORDAJE MUSICOTERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS - FUNDACIÓN FEMEBA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ**……....**245**

6.4. **REFLEXIONES FINALES**……..**250**

6.4.1.Hipótesis Post facto …….....**252**

CAPÍTULO VII

7. **RECOPILACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DE FUENTES DOCUMENTALES**…...**253**

7.1. **BIBLIOGRAFÍA**……...**253**

7.1.2. Búsqueda y material electrónico…….....**258**

ANEXOS…….....**259**

Anexo I: El proyecto de Musicoterapia…….....**260**

Anexo II: Respuestas de los encuestados…….....**263**

PREFACIO

Realmente me complace presentar esta Tesis de Licenciatura titulada "Musicoterapia en Cuidados Paliativos: especialidad emergente."

Su autora, Mariana Paula González, se destaca por la profundidad y la claridad con que fundamenta la inclusión de la Musicoterapia en el acompañamiento de la persona que requiere cuidados paliativos en oncología.

Introducirse en un campo nuevo requiere valentía y decisión por un lado y búsqueda de oportunidades por el otro. Acompañar como docente y supervisora a Mariana P. González fue una vivencia de construcción conjunta en un contexto nuevo.

Al leer este trabajo, en la que asumí el rol de tutora, aparecen en mi memoria momentos claves de motivación, entusiasmo, desconsuelo, asombro y otras emociones compartidas.

Recordar en este caso es celebrar una historia pasada para construir un futuro mejor. Como toda novedad este trabajo surgió de una coincidencia de intereses y de circunstancias apropiadas para su realización. Esta posibilidad de incluir la musicoterapia en este campo emergente, surgió del interés concreto de un grupo de personas, entre los cuales debemos mencionar a la Lic. Noemí Díaz, psicóloga y a la Dra. Mariela Bertolino médica, ambas integrantes del Programa de Cuidados Paliativos en Oncología, apoyado por la Fundación Flexer y a la Lic. Mercedes Carrasco, del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas, apreciada colega y compañera de la autora de este prólogo.

Nuestro interés personal en organizar nuevas opciones de prácticas para los alumnos de la carrera de Licenciatura en Musicoterapia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador se pudo concretar cuando Mariana Paula se incluyo en el quipo interdisciplinario del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú como pasantes de la carrera.

Esta tesis ofrece información recopilada y analizada acerca de los fundamentos biomédicos de nuestra especialidad. Desde un posicionamiento

humanístico estos conocimientos enriquecen y confirman nuestros saberes acerca de los beneficios de la musicoterapia en este contexto.

Este trabajo presenta el estudio retrospectivo de casos, para lo cual se ha contemplado, el análisis de los mismos repensando el proceso musicoterapéutico.

A su vez, se ha profundizado en la bibliografía a disposición estableciendo y organizando las posibles intervenciones musicoterapéuticas posibles, resultantes de las publicaciones analizadas y de la propia experiencia de la autora de dicha tesis dentro de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Al articular esta información con el proceso musicoterapéutico propuesto se pudo lograr un trabajo valioso para todos los interesados en las posibilidades de la musicoterapia en cuidados paliativos.

Finalmente es importante reconocer que la experiencia de esta pionera tuvo una función de plataforma de lanzamiento para otros como el de Mariela Treguerres y Camila Sassott Viña al año siguiente.

Es nuestro deseo esta tesis sirva de impulso para que la llama de la esperanza de una inclusión permanente de musicoterapéuta en el equipo de salud en cuidados paliativos sea una realidad. Y finalmente, es de esperar que su lectura motive a nuevos alumnos avanzados y profesionales musicoterapéutas a capacitarse en esta área emergente de la Musicoterapia en Medicina.

Lic. Gabriela Wagner
Directora Carrera de Licenciatura en Musicoterapia
Facultad de Medicina Universidad del Salvador
Buenos Aires, febrero 2014

Agradecimientos:

"Mi saber es el saber de los demás en mí"

El recuerdo es la gratitud más sincera que puedo ofrecer a cada una de las personas que me acompañaron en este camino: todas han dejado su huella inscripta que jamás olvidaré.

En primer lugar a la Universidad del Salvador por haberme brindado una excelente formación en la disciplina que tanto amo: La Musicoterapia.

A la Lic. María Celia Pérez, directora en el transcurso de los años de estudio, que junto a la Lic. Liliana D´ Assero, siempre se ofrecieron en plena disponibilidad y con palabras de aliento.

Especial agradecimiento a mi tutora, Lic. En Musicoterapia Gabriela Wagner, por su predisposición y colaboración para con la investigación, que aún teniendo mucho por aprender de ella, procuró la corrección como forma de enseñanza: es el saber lo que nos hace libre como personas; y como profesionales.

Al Lic. En Antropología Alberto Susco por su elocuente, brillante y didáctico modo de enseñar el arte de la investigación científica: Gracias.

Esta investigación no podría haber sido llevada a cabo sin el apoyo y aporte del Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital Enrique Tornú que con su tarea humanística reivindican día a día el hacer médico. Agradezco el espacio cedido, como así, la confianza y libertad brindada en mis meses en la unidad: sincero agradecimiento a Dra. Mariela Bertolino y a la Lic. Noemí Díaz.

Aquellos que me acercaron al conocimiento desde la reflexión, y que sobre todo, enseñaron a pensar con independencia: Gracias.

A mi familia y amigos por sostenerme y manifestarme su amor incondicional: Gracias.

A los colegas que me alentaron: Gracias.

A mi amor, por su contención y comprensión en las incalculables horas de dedicación y ausencia que demandó esta investigación: Gracias.

Abrazo un agradecimiento - más que especial - a aquellos que se animaron a la experiencia del sonido; a ellos están dedicadas estas páginas, a los que nunca olvidaré: Muchísimas Gracias!

Mariana Paula González

"Para que la Musicoterapia progrese es necesario la investigación.
Sin práctica e investigación la teoría es impotente y no se puede comprobar;
Sin teoría e investigación la práctica es ciega;
Sin teoría y práctica, la investigación es inaplicable".

E. Thayer Gaston

INTRODUCCIÓN:

Actualmente hay varias publicaciones que exponen la justificada participación de la Musicoterapia en la medicina.

En la primera aproximación al tema "Musicoterapia en Cuidados Paliativos", -en sus más ingeniosas y variadas oraciones-, se evidenció la falta de bibliografía, investigaciones y publicaciones, en lo que respecta al desarrollo de la misma en territorio Argentino, como así también, en países latinoamericanos.

Por lo cual podemos aseverar que la Musicoterapia en Cuidados Paliativos es un campo emergente para la Musicoterapia en nuestro país. Y más aún, la inclusión de la misma dentro de una Unidad de Cuidados Paliativos.

Lo propio de las enfermedades con alto riego de mortalidad nos obliga como profesionales de la salud a reflexionar sobre los aspectos que hacen a un tratamiento musicoterapéutico de tal magnitud.

Ante este contexto, me dispuse a investigar sobre la Musicoterapia en Cuidados Paliativos en su contexto hospitalario, con el fin de colaborar en un proceso de cambio de las estrategias sanitarias en el sentido garantizar la salud integral de la población, mediante la creación de dispositivos asistenciales propios de la disciplina y la optimización de la accesibilidad de la población a la asistencia musicoterapéutica.

Como musicoterapéuta en Prevención de la Salud el desarrollo de la investigación florece a partir de la rotación dentro de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital E. Tornú Fundación Femeba, bajo la incalculable supervisión de la Lic. En Mt. Gabriela Wagner.

Es mi deseo que las siguientes páginas sean fuente de reflexión; brindando algunos aportes en lo concerniente a los valores que sostienen nuestro quehacer

musicoterapéutico, y la formación específica que el contexto paliativo demanda para nuestro desempeño profesional.

La investigación que ha dado alma a este compromiso me obliga a expresar que ella ha sido fuente de conocimiento, crecimiento y evolución de mi persona.

Ha ampliado mi horizonte comprensivo de la Musicoterapia y de la terapéutica que ella nos permite desplegar.

Esta investigación pretende difundir y promover la inclusión formal de la Musicoterapia en el área de la medicina paliativa, promoviendo así, nuevos espacios de inserción laboral para la Musicoterapia.

Sería gratificante que este estudio sea causa de un proceso de concientización en relación a la problemática socio sanitaria que se establece en el seno de la población de pacientes con enfermedades progresivas y amenazantes para la vida, y sus familiares, cuidadores y demás personas del entorno significativo; en quienes el malestar del paciente consigue múltiples “resonancias”.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Como consecuencia, de lo expresado anteriormente, esta investigación pretende difundir y promover la inclusión formal de la Musicoterapia en el área de la medicina paliativa – área emergente - , promoviendo así, nuevos espacios de inserción laboral para la Musicoterapia.

Aunque en un comienzo la idea de Investigación era muy amplia, sabía claramente que el foco de interés para el desarrollo de la investigación en cuestión debía estar centrada en una unidad de cuidados paliativos.

Así me dispuse a recolectar información sobre la existencia de dicho servicio a nivel nacional; y específicamente, aquellos que se desarrollaban en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Contacto con la Lic. En Musicoterapia Gabriela Wagner, en una mesa se examen. Charlando, expuse mi deseo de investigar en dicha área. Ella, me alienta y me sugiere que sería provechoso trabajar co- terapéuticamente.

Amablemente, se ofrece a contactarse con algunos miembros de la Unidad de Cuidad FEMEBA, que cita en la calle Combatientes de Malvinas 3002, en el barrio de la Paternal, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) Argentina.

Mientras tanto me dispongo a la búsqueda de otro Musicoterapéuta con entusiasmo de investigar en el área mencionada. Así, encuentro una compañera de ruta: María Vigil.

Para comienzos de Marzo ya habíamos redactado una carta de presentación del Proyecto[1] y se la enviamos a Gabriela para que disponga de ella.

A finales de Marzo del 2007 Gabriela ya se había puesto en contacto vía e-mail con Noemí Díaz (Psicóloga de la Unidad).

En la primera semana de Abril se coordino una reunión en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Agudos Dr. Enrique Tornú – Fundación Femeba para ultimar detalles sobre la investigación y el modo en que ésta se llevaría a cabo. Dando así comienzo a este recorrido bajo la supervisión de la Lic. En Musicoterapia Gabriela Wagner.

Comenzamos la rotación durante la segunda semana de abril del 2007 concurriendo al Hospital dos veces por semana, asistiendo a los pacientes internados en la sala de la UCP y asistiendo a reuniones del equipo de psicología y pases médicos del equipo.

Esta investigación no podría haber sido llevada a cabo sin el apoyo y aporte del Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital Enrique Tornú que con su tarea humanística reivindican día a día el hacer médico.

Ellos brindaron el espacio, confianza y plena libertad para el desarrollo de la investigación. Ahora bien: ¿Qué investigar? ¿Cómo? ¿Con que finalidad? ¿Qué debíamos contemplar?.

Ante la imposibilidad de concretar el seguimiento sistemático de los procesos musicoterapéuticos desarrollados durante la rotación dimos con la indagación acerca de la opinión de los profesionales de la Unidad de Cuidados Paliativos Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - Fundación FEMEBA, de la

[1] Ver Anexo 1.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal), Argentina, en lo respectivo a la Musicoterapia.

La Musicoterapia en Cuidados Paliativos es un campo emergente para la Musicoterapia en nuestro país.

Y más aún, la inclusión de la misma dentro de una Unidad de Cuidados Paliativos.

1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es el estado del arte de la Musicoterapia en Cuidados paliativos a nivel mundial y en la Argentina?

- ¿Cómo definir y caracterizar el proceso musicoterapéutico en cuidados paliativos?

- ¿ Cual es la mirada de los profesionales, integrantes del equipo interdisciplinario que conforman la Unidad de Cuidados Paliativos Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - Fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal), Argentina, en lo respectivo a la musicoterapia?

1.1.2. Justificación de la Investigación

Conveniencia:

Podemos aseverar que la Musicoterapia en Cuidados Paliativos es un campo emergente para la Musicoterapia en nuestro país. Y más aún, la inclusión de la misma dentro de una Unidad de Cuidados Paliativos.

Esta investigación permitirá acrecentar el conocimiento de la Musicoterapia aplicada a Cuidados Paliativos.

El alcance de la investigación podrá reconocerse en 3 dimensiones:

1) *Musicoterapeuta*s… A los que los resultados obtenidos serán de gran utilidad para la labor profesional.

2) *Musicoterapia*… Este trabajo de investigación enriquecerá el campo teórico-práctico existente en el área de los Cuidados Paliativos.

3) *Equipo interdisciplinario*…. Se podrán en contacto con el léxico específico de nuestra profesión, y podrán - en un fututo - indicar acertadas derivaciones.

Posibles implicaciones prácticas:

- Fortalecer la inclusión de Musicoterapia en Cuidados Paliativos en las diversas áreas asistenciales (enfermedades oncológicas, enfermedades renales crónicas, etc.) y ámbitos (hospital, domicilio, etc.) en donde el abordaje musicoterapéutico puede ser viable.

- Contribuir al abordaje Musicoterapéutico que incluya a los pacientes terminales.

- Detectar y describir las interacciones musicoterapéuticas mas indicadas para los enfermos terminales.

- Aportar al reconocimiento de los beneficios que ofrece la musicoterapia con el objetivo de desarrollar recursos de afrontamiento a las situaciones de riesgo a contraer burnout.

- La formación de especialización en el área de Musicoterapia en Cuidados Paliativos.

- Aportar al reconocimiento de incluir en el equipo interdisciplinario de la Unidad de Cuidados Paliativos un musicoterapéuta rentado.

- Actualización bibliográfica y de investigaciones de Musicoterapia y cuidados paliativos proyectando enriquecer los conocimiento en dicha área.

- La información que se obtenga en esta investigación podrá contribuir al diseño y desarrollo de una posible teoría específica en dicho abordaje y ser punto de partida para futuras investigaciones de referencia temática.

1.1.3. Viabilidad de la Investigación

El proyecto[2] de Musicoterapia en Cuidados Paliativos fue aprobado e incorporado en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú – Fundación FEMEBA en marzo del 2007.

Esta investigación tuvo una duración de 9 meses. Comenzó en el mes de Abril de 2007 y finalizó en Diciembre del mismo año.

Contamos con el contexto, el tiempo y la inclusión como musicoterapéutas dentro del equipo interdisciplinario de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Así mismo el abordaje en la modalidad de pareja terapéutica de pacientes en la habitación permitiendo el despliegue del proceso musicoterpéutico.

La duración necesaria para las propias sesiones musicoterapéuticas.

Incluimos los objetos intermediarios, tecnológicos, y software adecuados y necesarios para llevar a cabo el tratamiento.

La posibilidad de la supervisión interna con profesionales del equipo interdisciplinario de la Unidad de Cuidados Paliativos; como así, la supervisión externa a cargo de la Lic. En Musicoterapia Gabriela Wagner.

[2] Ver Anexo 1.

1.1.4. Objetivos de la Investigación

- Indagar acerca del estado del arte de la aplicación de la musicoterapia en cuidados paliativos a nivel internacional y en el territorio Argentino.

-Actualización bibliográfica y de investigaciones de Musicoterapia y cuidados paliativos proyectando enriquecer los conocimiento en dicha área.

- Describir y documentar un proceso musicoterapéutico en un área emergente de la especialidad como el abordaje musicoterapéutico en cuidados paliativos.

- Contribuir a la teoría y la practica de la musicoterapia en cuidados paliativos.

- Aportar al abordaje holístico de la persona que requiere cuidados paliativos mediante la creación de dispositivos asistenciales propios de la disciplina.

- Detectar y describir las interacciones musicoterapéuticas mas indicadas para los enfermos terminales.

- La optimización de la accesibilidad de la población a la asistencia musicoterapéutica.

- Indagar acerca de la mirada de los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario de la Unidad de Cuidados Paliativos Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - Fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal), Argentina, en lo respectivo a la Musicoterapia.

- Obtener el título de Licenciada en Musicoterapia.

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1 Musicoterapia en Cuidados Paliativos

En la primera aproximación al tema "Musicoterapia en Cuidados Paliativos",-en sus más ingeniosas y variadas oraciones-, se evidenció la falta de bibliografía, investigaciones y publicaciones, en lo que respecta al desarrollo de la misma en territorio Argentino, como así también, en países latinoamericanos.

Por lo cual podemos aseverar que la Musicoterapia en Cuidados Paliativos es un campo emergente para la Musicoterapia en nuestro país. Y más aún, la inclusión de la misma dentro de una Unidad de Cuidados Paliativos.

Se detallarán algunas investigaciones, bibliografía y trabajos de campo realizados en dicha área.

Se incluyen antecedentes encontrados a medida que realizaba la revisión bibliográfica, como así, algunos artículos que se han localizado en bases de datos como: Medline, PsychInfo, First Searc, Journal of Music Therapy y American Journal of Hospice and Palliative Care. Bibliote- ca Cochrane, PubMed, CINHAL, EMBASE, CUIDEN, TESEO, American Journal of Hospice and Palliative Care, Voices (revista internacional en línea de musicoterapia), Music Therapy Perspectives, y Google Académico.
A continuación se exponen antecedentes relevantes en orden cronológico.

1.2.2 Antecedentes en Argentina

D' Asero Liliana y Alfonsín María Rosa, bajo la supervisión del Dr. Rolando Benenzon, entre 1989 y 1991 lograron incluir a la musicoterapia en el servicio de oncología del hospital Bernardino Rivadavia de Buenos Aires, Argentina.

Específicamente trabajaron con pacientes en estadio terminales de la enfermedad. Según lo investigado llegaron a la conclusión de la aplicación de la Musicoterapia en pacientes con enfermedades terminales produce[3]:

a- fluidificación de canales de comunicación esclerotizados.

b- reestructuración de nuevos canales.

c- a través de lo anterior, disminución de la queja del dolor.

d- disminución de la necesidad de medicamentos.

e- mayor posibilidad de descanso y sueño.

f- se atenúan los síntomas desagradables.

g-se reemplazan las sensaciones corporales dolorosas por otras de tipo placenteros.

h- estimulación de instinto de vida.

En el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" funciona, desde 1997, un ***equipo de musicoterapéutas*** que trabajan en el servicio de Hemato-Oncología pediátrica dentro del marco de talleres permanentes de la Fundación Música Esperanza. En sus comienzos se insertaron en la sala de espera del Hospital de Día y con el correr del tiempo se incluyeron en salas de medicación, transfusión, internación y aislamiento.

Cicchetti Maria Virginia[4], se desempeña como Musicoterapéuta en el Servicio de Psicooncología del Instituto de Terapia Radiante, integrando el Equipo interdisciplinario de Medicina Paliativa del Hospital Zonal de Agudos "Rodolfo Rossi", en la ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina. En el año 1995 realizo una investigación en psicooncología y cuidados paliativos.

---

[3] BENENZON, ROLANDO (2000). Musicoterapia, de la teoría a la práctica, Paidós; Bs. As., 2000.

[4] www.psicooncologia.org

Los beneficios que obtuvieron los pacientes con esta intervención fueron: relajación muscular, inducción al sueño, reducción de la taquipnea, percepción del dolor, reducción de angustia, ansiedad y temor, mayor expresión emocional, revisión de vida, consolidación y reconciliación consigo mismo y con personas significativas, fortalecimiento de la autoestima, mayor control sobre si mismo, evocación positiva de recuerdos significativos, contacto con el área espiritual y la expresión de dudas y de búsqueda de sentido.

1.2.3. Antecedentes Internacionales

Munro [5] (1984), pionera en el trabajo de campo de Musicoterapia en Cuidados Paliativos a nivel mundial, desde el año 1977 comenzó a trabajar como musicoterapéuta en el Hospital Royal Victoria. Gracias a su desempeño allí, escribió libros y artículos científicos que demostraron la eficacia de la Musicoterapia en el área y sentaron las bases para trabajos e investigaciones posteriores.

Curtis [6] (1986) llevo a cabo un estudio empírico para evaluar los efectos de la música en disminución del dolor y en la relajación en pacientes con una enfermedad terminal. El estudio incluyo 5 mujeres y 4 hombres diagnosticados con una enfermedad terminal. Se utilizaron las siguientes condiciones experimentales:

(A) no intervención, los sujetos no recibieron musicoterapia;

(B) sonido de fondo, los sujetos se relajaban mientras escuchaban una cinta con sonidos típicos de hospital de 15 minutos de duración;

---

[5] PORCHET-MUNRO S. (1984). “Music Therapy in Palliative Care”. Magna Music. Baton Inc. Saint Louis, Usa.

[6] CURTIS SL. (1986) “The effect of music on pain relief and relaxation of terminally ill”, J. Musica Ther, 23:10-24.

(C) música, los sujetos se relajaban mientras escuchaban una cinta de 15 minutos de duración con música tranquila instrumental que se ajustaba a sus preferencias. Estas condiciones fueron implementadas 2 veces por día durante 10 días, y los sujetos fueron asignados de una forma aleatoria a las dos posibles secuencias de condiciones experimentales en un diseño de tratamientos alternantes: ABACA (n=5 participantes) y ACABA (n=4 participantes).

Posteriormente, los sujetos otorgaron puntuaciones para las 4 variables dependientes (alivio del dolor, confort físico, satisfacción y relajación) utilizando una escala de puntuación grafica modificada.

Aunque el análisis estadístico (un análisis de la variancia de 2 vías de Friedman) no mostro diferencias significativas en las variables dependientes bajo las diferentes condiciones de tratamiento, el análisis grafico de las respuestas individuales indico que la música había sido efectiva. El investigador propuso replicar el estudio con un numero mayor de sujetos y una duración mas prolongada con la finalidad de generalizar sus resultados.

Beck[7] (1988) investigó el efecto terapéutico de escuchar música como un complemento a los analgésicos programados para los pacientes con dolor relacionado con el cáncer .

Los resultados indicaron que a pesar de que la música se percibía como relajante, el efecto de escuchar música en el dolor varió significativamente para cada individuo.

Concluye al respecto: Las intervenciones de música seleccionadas por un musicoterapéuta deben basarse en evaluación y de acuerdo a las necesidades individuales, fortalezas y preferencias para que tengan un mayor potencial terapéutico.

[7] BECK, S.C.L. (1988). “The effect of the therapeutic use of music on cancer related pain”. Doctoral Dissertation. Unpublished doctoral dissertation, The University of Utah, Salt Lake.

Deforia Lane [8] (1991) empezó a investigar y relacionar las respuestas fisiológicas a la música. Señaló cómo un marcador fisiológico (en concreto la Inmunoglobulina Salival A –IgA) cambiaba significativamente en pacientes diagnosticados con cáncer antes y después de recibir una intervención con musicoterapia. También mejoraban en este marcador estudiantes universitarios sanos durante interacciones de musicoterapia en vivo .

Whittall[9](1991) llevo a cabo un estudio piloto empírico en el que documentó los efectos de la musicoterapia sobre la ansiedad entre los pacientes con una enfermedad terminal.

El estudio incluyó 8 pacientes adultos con una enfermedad maligna avanzada ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital. Se utilizaron instrumentos no invasivos de retroalimentación para medir la frecuencia cardíaca y respiratoria de los participantes, así como la temperatura de las extremidades 10 minutos antes del comienzo de la música, cada 10 minuto durante los 30 minutos de la sesión de musicoterapia y 10 minutos después de la sesión.

Durante las sesiones de musicoterapia se emplearon asimismo técnicas de imaginación dirigida, respiración profunda y ejercicios de relajación muscular.

La frecuencia cardíaca media disminuyo de 85,8 latidos/minutos antes de la musicoterapia a 77,1 latidos/minutos tras la sesión, y la frecuencia respiratoria disminuyo de 19,5 a 15,4 respiraciones/minuto después de la sesión de musicoterapia.

---

[8] LANE, D. (1991). “The effect of a single music therapy session on hospitalized children as measured by salivary Immunoglobulin A, speech pause time, and a patient opinion Likert scale.” Pediatric ResearchUniversity Hospitals of Cleveland.

[9] WHITALL J, (1991). “Songs in palliative care: A spouse´s last gift”. In: Bruscia K (editor). Case Studies in Music Therapy. (pp.603-10). Phoenixville, PA; Barcelona Publishers”.

La temperatura de las extremidades se incremento de 29,3º C a 31,1º; y en el investigador indico que este incremento de la temperatura podría ser sugestivo de vasodilatación que acompañaría a la relajación.

Las limitaciones de este estudio piloto incluyeron la ausencia de grupo control, así como el pequeño numero de participantes incluidos, si bien los resultados del estudio incitan a la realización de mas estudios con un numero superior de participantes.

Aldridge[10] (1993) analiza y discute la investigación en musicoterapia en el ámbito médico, enfatizando la importancia de la metodología cualitativa, la integración de diversas estrategias y teorías, y la integración de nuevos descubrimientos y avances en psiconeuroinmunología.

Calovini[11] (1993), en su tesis doctoral, estudio el efecto de la participación en una sesión de musicoterapia sobre la ansiedad en pacientes ingresados en una residencia para enfermos terminales. En este estudio participaron 11 adultos durante 4 meses. Ocho de ellos ya se encontraban recibiendo musicoterapia antes del inicio del estudio, y todos los sujetos habían sido diagnosticados de una enfermedad terminal (cáncer, enfermedad pulmonar, enfisema e insuficiencia cardíaca congestiva). En dicho estudio se administraron determinados cuestionarios a los participantes antes y después de la sesión de musicoterapia. Dichos cuestionarios fueron: un cuestionario auto administrado adaptado del inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger (STAI) y medidas fisiológicas (presión sanguínea, pulso y temperatura de los dedos).

---

[10] ALDRIDGE, D. (1993). Music therapy research and practice in medicine. London: Jessica Kingsley.

[11] CALOVINI BS.(1993) “The effect of participation in one music therapy ession on state anxiety in hospice patients”. Case Western Reserve University, Cleveland, Master’s thesis.

Las sesiones de musicoterapia se llevaron a cabo de 3 formas diferentes:

1- Escuchar música y cantar.

2- Aprender a tocar un instrumento.

3- Utilizar técnicas de relajación con música.

Cada participante escogió el tipo de música deseada durante la sesión.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones antes y después de las sesiones en la presión sanguínea sistólica y distólica, pulso, temperatura de los dedos y cuestionario de ansiedad.

La autora concluyo que las sesiones individuales de musicoterapia poseían una capacidad limitada para disminuir la ansiedad, y recomendó realizar mas estudios en lo que se diseñaran instrumentos de medida específicamente para los enfermos terminales.

Maranto[12] (1993, citada en Dileo, 1997), se sirve del modelo médico bio-psico-social para clasificar los objetivos de intervención en tres áreas:

- Reducir la ansiedad a la condición y tratamiento médico
- Reducir el dolor asociado al dolor o al tratamiento
- Mejorar el funcionamiento en lo que se refiere a la enfermedad y el tratamiento.

La misma autora Maranto (1991, 1992, citado en Dileo, 1997), enumera varias maneras en que la música y la relación con el paciente pueden ser utilizadas con el tratamiento médico:

1. Modo primario de intervención médica, donde se utiliza directamente para afectar a la salud (por ejemplo, escuchar música para reducir el dolor).

[12] DILEO, C. (1997). El proceso musical en pacientes médicos. En P. Del Campo (Coord.) La música como proceso humano (pp. 245-260). Salamanca: Amarú Ediciones.

2. A un mismo nivel que un tratamiento médico (ejemplo, uso de canciones con la medicación para personas con dificultades respiratorias).

3. Como apoyo, facilitación o intensificación del tratamiento médico tradicional. (ejemplo, escuchar música durante un tratamiento en diálisis).

Y a continuación, nos expone los momentos en que puede ser utilizada (Maranto, 1993 citado en Dileo, 1997):

a) Diagnóstico: podemos obtener información nueva, por medio de vías no verbales o imaginarias, para comprender más de cerca la condición de la salud (bio-psico-social) de la persona.

b) Tratamiento. Los objetivos pueden ser diversos, específicos… pero entre ellos: reducir la ansiedad, la percepción de dolor, mejorar la adaptación a la enfermedad, distraer, etc.

c) Comunicación. A través de lo no verbal, podemos observar una evolución, una pequeña respuesta o señal de cambio, aunque sea inconsciente por parte del paciente.

d) Prevención. La persona es parte activa del proceso de salud, potenciando su respuesta inmune a través de la música.

Longfield[13] (1995), para obtener el certificado en enfermería llevo a cabo un estudio cuasi-experimental en el que midió los efectos de la musicoterapia sobre el animo y el dolor en pacientes ingresados en una residencia para enfermos terminales. En el estudio participaron 8 sujetos adjuntos diagnosticados de cáncer (dichos sujetos fueron también su propio control)), los cuales recibieron una sesión diaria de musicoterapia mediante una grabación y unos auriculares de 45 minutos de duración durante 5 días. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el cuestionario breve de dolor de Mc Gill (SFMPQ) y la escala lineal analógica de autoevaluación

[13] LONGFIELD V. (1995) .“The effects of music therapy on pain and mood in hospice patients”. Saint Louis University. (pp38). St. Louis, MO: Unpublished master`s thesis.

(LASA). Todos los sujetos se encontraban tomando analgésicos antes de participar en el estudio, y continuaron tomándolos durante el mismo.

Se utilizo estadística inferencial (pruebas t apareadas) para comparar las puntuaciones antes y después de las sesiones. Se observo una disminución significativa del dolor (P^0.001) medido por el SFMPQ, y las puntuaciones de LASA mostraron un incremento positivo en el ánimo para los parámetros de fatiga, ansiedad y energía. La autora concluyó que, si bien su estudio de la musicoterapia, era necesario realizar mas ensayos con un mayor numero de pacientes.

Abbott [14] (1995) en su tesis doctoral recogió los efectos de la musicoterapia sobre la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad terminal. Un grupo de musicoterapéutas provenientes de 3 residencias para enfermos terminales diferentes selecciono a 28 sujetos adultos para este estudio, que fueron posteriormente divididos por selección del terapeuta en grupo de intervención musical y grupo de no intervención. Los participantes recibieron un mínimo de 5 horas de musicoterapia en este estudio.

Las técnicas de musicoterapia incluidas fueron: escuchar música, relajación con música, interpretación de instrumento,, actividades de revisión de la vida, composición de canciones e improvisación.

Se incluyeron un total de 6 factores en el cuestionario POMS, que se analizaron de forma emparejada mediante pruebas t.

Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas entre el grupo que recibió intervención musical y el que no la recibió. Se concluyó que el tamaño muestra actuaba como factor de confusión, y el autor sugirió ,la utilización de medidas que midieran cambios fisiológicos con la finalidad de cansar menos a los participantes.

---

[14] ABBOTT E. (1995). “The effects of music therapy on the perceived quality of life of patients with terminal illness in a hospice setting”. Master's thesis, Western Michigan University 1995.

Goldfarb [15] (2000) junto a la ***Mt. Mayra Hugo*** realizaron una investigación en oncología pediátrica con la misma forma de trabajo que la utilizada en el Hospital Garraham dentro del servicio de hemato-oncología pediátrica del Hospital Pereira Rossel en Montevideo, Uruguay, en el que continúan en la actualidad realizando su labor.

Walker [16] (1999) Noventa y seis mujeres con cáncer de mama (T1,T3,T4) durante seis ciclos de quimioterapia, distribuidas en grupo control o experiencias de manera aleatoria. La intervención contemplaba un entrenamiento con visualización de las defensas del sistema inmunitario destruyendo las células cancerígenas antes de la quimioterapia. Se midieron estado de ánimo y calidad de vida con un test pasado antes de cada ciclo y a las tres semanas del ciclo 6 (Global Self- assessment and Rotterdam Sympton Checklist, para calidad de vida, y escalas para el humor y el control emocional). Así mismo se pasaron test de personalidad, ansiedad (HADS) y de estrategias de manejo antes de los ciclos 1 y 6. El resultado psicológico se tradujo en un aumento de las percepción de la calidad de vida y una reducción de la ansiedad.

Hirsch y Meckes [17] (2000) La musicoterapia enfatiza el contacto personal y valora los pacientes como seres humanos creativos y

[15] GOLDFARB, A. Y HUGO M. (2000). “Musicoterapia en Oncología Pediátrica”. Tesis de Grado de la carrera de Musicoterapia. U.S.A.L. Fac. de Medicina.

[16] WALKER, L.G. (1999). “The psychological, clinical and pathological effect of relaxation training and imagery during primary chemotrherapy”. British journal of cáncer.

[17] HIRSH, M; MECKES, D. (2000). “Incorporating emergent perspectives in collaborative medicine, empowerment, and music therapy” Journal of Psychosocial Oncology.

productivos. Puede facilitar pacientes de oncología del hospital experiencias poderosamente psicológicas positivas , fomentar la participación activa en el tratamiento , y puede prevenir la ansiedad y la depresión asociada a los procedimientos y hospitalizaciones.

Las personas diagnosticadas con cáncer se enfrentan a una tremenda pérdida de control. La musicoterapia puede ofrecer opciones, que provocan un propio control interno.

Gallagher[18] (2001) en un estudio piloto con diseño retrospectivo, utilizo una base de datos informatizada proveniente del uso de la musicoterapia en el ámbito de los cuidados paliativo. Los objetivos del estudio fueron:

1) describir la utilización de esta herramienta;
2) evaluar la utilización de una base de datos electrónica;
3) investigar la eficacia de la musicoterapia.

Se utilizaron escalas analógicas visuales, una para cada problema (animo, dolor, ansiedad y dificultad respiratoria).

Ciento cincuenta pacientes fueron visitados en el periodo de un año, y se analizaron 90 sesiones de musicoterapia correspondientes a este periodo.

Se analizaron las puntuaciones previas y posteriores de los cuestionarios mediante el Test de Rangos de Wilcoxon, con un nivel de significación P^0.05.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de dolor, animo y ansiedad tras la musicoterapia.

A pesar de que el propio autor reconoció que este estudio presentaba limitaciones dada la ausencia de aleatorización de los participantes y el diseño retrospectivo, sus datos indican que la musicoterapia es beneficiosa para aquellas personas que sufren dolor,

[18] GALLAGHER, L. M., & Steele, A. L. (2001). “Developing and using a computerized database for music therapy in palliative medicine”. Journal of Palliative Care.

alteraciones de ánimo y ansiedad dentro del ámbito de los cuidados paliativos.

Burns, Harbuz, Hicklebridge y Bunt[19] (2001) compararon el efecto de escuchar música estando relajado vs. una improvisación activa (tocar instrumentos de percusión) en grupo. Investigaron su influencia en emociones positivas y en el sistema inmunológico de pacientes con cáncer. El diseño fue pre-post, con medidas psico y fisiológicas y diseño de grupo focalizado en emociones positivas. Participaron 29 pacientes, entre 21-68 años. Los resultados muestran un aumento de bienestar y relajación, y menos tensión durante la audición; un aumento de bienestar y energía y menos tensión durante la improvisación. En ambos casos aumentan los niveles de IgA y se reducen los niveles de cortisol. A nivel psicológico, aumenta el bienestar, la relajación y los niveles alterados de energía en ambos casos. Aumento de IgA en la audición y reducción del cortisol en ambos casos después de dos días. Se encuentra una evidencia preliminar de un vínculo entre emociones positivas y sistema inmunológico.

***American Music Therapy* Association** (AMTA – 2002) … "En conjunción con su régimen de tratamiento regular , los pacientes con cáncer a menudo utilizan terapias complementarias y alternativas en un esfuerzo para reducir el estrés , prevenir o reducir los efectos secundarios y síntomas o controlar la enfermedad. Los estudios empíricos y observaciones clínicas indican que la musicoterapia es un tratamiento complementario beneficioso para las personas con un diagnóstico de cáncer. La terapia musical puede atender numerosas necesidades , tales como :

(a) La reducción de la ansiedad y la angustia.

(b) Proporcionar a la dirección no farmacológico del dolor y el malestar.

---

[19] BURNS, D.S., SLEDGE, R.B., FULLER, L.A., DAGGY, J.K, MONAHAN, P.O.(2001). "A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center". Alternative therapies in health and medicine .

(c) La facilitación de los cambios positivos en el estado de ánimo y los estados emocionales.

(d) Proporcionar una salida para recuperar el control y confianza en sí mismo.

(e) La enseñanza de habilidades de afrontamiento y el apoyo emocional.

(f) La reorientación de la atención durante los procesos de tratamiento.

(g) Influir positivamente en las respuestas biológicas tales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, o el aumento de la función inmune.

(h) Proporcionar un medio para una mayor comunicación entre las patentes y los cuidadores.

Evans[20] (2002) realizó un meta-análisis con 19 estudios controlados con pacientes hospitalizados y demostró la efectividad significativa de la musicoterapia en variables de ansiedad, humor y confort, así como la reducción del dolor en algunos procedimientos. En la mayoría de casos, la música se escucha de manera pasiva.

Nguyen [21] (2003) encontró una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,006) entre los niveles de malestar después de la intervención (según lo medido en una escala analógica visual de 100 mm (EAV)) en los pacientes de hospicio que recibieron atención estándar y musicoterapia (n = 10; M= 11,1; DE = 14,34) y en pacientes de hospicio que recibieron atención estándar solamente (n = 10; M= 52,1; DE = 41,82).

---

[20] EVANS, D. (2002). “The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review”. Journal of advanced nursing, 37, 8-18

[21] NGUYEN JT. “The effect of music therapy on end-of-life patients” quality of life, emotional state, and family satisfaction as measured by self-report. Master's Thesis, Florida State University. Florida, 2003.

Batzner[22] (2003) estudia los efectos de la improvisación vocal sobre las conductas que reflejan malestar en pacientes ingresados en una residencia para enfermos terminales.

El autor documentó una disminución de las conductas que reflejan malestar por parte de aquellos pacientes que habían recibido musicoterapia. Los participantes (n=15) presentaban diversos diagnósticos terminales (exceptuando el de demencia), y fueron asignados de forma aleatoria una de las siguientes condiciones: música/no música. Cada una de las condiciones utilizo la secuencia ABA, donde A: ausencia de intervención durante 5 minutos, y B: intervención durante 10 minutos.

Durante la intervención, el musicoterapéuta improviso vocalmente acompañado de una guitarra, mientras que durante la fase de no intervención el terapeuta se limito a visitar a los participantes.

Las sesiones fueron grabadas en video, para poder anotar las conductas que reflejaban malestar. El análisis grafico posterior indico una disminución de dichas conductas para aquellos pacientes que recibieron musicoterapia.

Hilliard [23] (2003), Hallo que si bien el estado físico de los participantes que recibieron musicoterapia descendió con el transcurso del tiempo, según sus puntuaciones en la escala de desempeño paliativo, sus puntuaciones de calidad de vida aumentaron. En el grupo de atención estándar, tanto el estado físico como la calidad de vida descendieron con el

---

[22] BATZNER K.W. (2003). “The effects of therapist vocal improvisation on discomfort of behaviors of in- patien hospice clients”. University of Kansas, Lawrence, KS: Unpublñished master’s thesis.

[23] HILLIARD RE. “The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cáncer”. Doctoral Dissertation, Florida State University, USA 2002.

transcurso del tiempo. También incluyó la duración de la vida como una variable de resultado final. La duración promedio de vida (en días) para los participantes de la musicoterapia fue de 69,5 días (DE = 60,5) y de 57,8 días (DE = 45,5) en el grupo control. Se necesitan más estudios para examinar la repercusión de las intervenciones de la musicoterapia sobre la duración de la vida.

Sahler, Hunter y Liesveld [24] (2003) evaluaron el uso de la musicoterapia juntamente con la imaginación guiada con relajación sobre la frecuencia e intensidad del dolor y la náusea en 19 pacientes con TMO (Trasplante de Médula Ósea). Se realizaron dos sesiones semanales durante 15 días. Se midió el dolor mediante EVA y la náusea en el pre-post en el grupo experimental. La percepción de dolor se redujo y también se constató que se alargaba el intervalo entre vómitos. A pesar de limitaciones, continúan investigando en aspectos de modulación inmune y en características de personalidad, manejo y apoyo social que podrían moderar e influir en la eficacia de la intervención.

Hilliard[25] (2004) estudio los efectos de la musicoterapia cognitivo conductual sobre la calidad de vida, la duración de la vida y el tiempo transcurrido hasta el fallecimiento en relación a la ultima visita en personas diagnosticadas con cáncer terminal.

Los participantes (n=80 adultos) fueron asignados en forma aleatoria a una de las dos condiciones siguientes: 1) control (cuidados habituales de las residencias para enfermos terminales); 2) tratamiento experimental

---

[24] SAHLER, O.J., HUNTER, B.C, LIESVELD, J.L. (2003). “The effect of using music therapy with relaxation imagery in the management of patients undergoing bone marrow transplantation: a pilot feasibility study”. Alternative therapies in health and medicine.

[25] HILLIARD RE. (2003)“The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer” . J. Music Therapy.

(cuidados habituales mas musicoterapia).

Dado que todos los pacientes se encontraban viviendo en sus hogares durante el estudio, el lugar de residencia no acto como factor de confusión. Por otra parte, las condiciones fueron apareadas por edad y sexo, de forma que cada condición incluyó un numero equivalente de hombres y mujeres, así como de personas con una edad superior a los 65 años. Era importante tener en cuenta estas variables, ya que los estudios de calidad de vida requieren tener en cuenta el lugar de residencia de los participantes, la literatura sobre el dolor pone de manifiesto la necesidad de considerar la edad del paciente y la literatura en musicoterapia indica la necesidad de considerar el genero de los participantes.

Se utilizo un cuestionario de 90 preguntas auto administrado (Hospice Quality-of-life index-Revised, HQOLI) para medir la calidad de vida. Los participantes que había sido asignados a la condición control completaron dicho cuestionario tras las sesiones de trabajo social, y aquellos que habían sido asignados a la condición experimental completaron el cuestionario tras las sesiones de musicoterapia. Dado que muchos musicoterapéutas suelen indicar que la música ayuda a morir a las personas moribundas, este estudio midió el tiempo transcurrido hasta el fallecimiento de cada participantes en la condición experimental en relación a la ultima visita. Las duración de la vida fue la ultima variaba dependiente del estudio y, al igual que el tiempo transcurrido hasta el fallecimiento, fue la medida con ayuda de los registros médicos.

Los análisis estadísticos indicaron que no hubo diferencias significativas en el tiempo transcurrido hasta el fallecimiento en relación a la ultima visita (distinguiendo visitas del trabajador social, enfermera o musicoterapéuta) ni en la duración de la vida entre las dos condiciones del tratamientos.

Estos datos no apoyan el concepto de que la música ayuda a marchar a los moribundos, ni de que prolonga la vida. Hubo, no obstante, una diferencia significativa en la calidad de vida de los participantes que

había recibido musicoterapia. Además, la calidad de vida se incremento cuantas mas sesiones de musicoterapia recibieron los participantes, incluso aunque su salud física hubiera empeorado. Esto no fue así en el grupo control, en el que la calidad de vida disminuyo de forma paralela al estado físico. Por lo tanto,, este estudio apoya la idea de que las sesiones de musicoterapia en directo (es decir, sin precedentes de grabación) incrementan la calidad de vida percibida en el caso de personas con un cáncer terminal, y de las sesiones deberían proporcionarse con una frecuencia relativamente alta, dado que la calidad de vida se incremento con cada una de las sesiones de musicoterapia.

Clements-Cortes, A [26] (2004) Analizo tres casos de pacientes transitando el fin de su vida en el centro de atención geriátrico - Baycrest. La investigación tuvo por objeto probar que el uso de a música facilita la expresión emocional, tanto de sentimiento de pérdida y dolor, en una enfermedad terminal permitiendo que los pacientes se sientan relajado y cómodos.

Este articulo discute el papel de la musicoterapia en CP y la función que la música desempeña en el acceso a la emoción; a su vez, se describen las técnicas utilizadas para ayudar a los pacientes a expresar sus pensamiento y sentimientos: composición de canción, selección de canción; canto, análisis y discusión de letras de canciones), improvisación y tocar instrumentos.

Los objetivos establecidos para los pacientes participantes fueron: disminuir los síntomas depresivos y el aislamiento social, aumentar la comunicación y la libre expresión, estimular la reminiscencia y la revisión de vida, y aumentar la relajación. Los resultados fueron muy positivos ya que los pacientes tuvieron éxito en alcanzar sus metas individuales y se

[26] CLEMENTS-Cortes, A. (2004). “The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill”. American Journal of Hospice and Palliative Medicine.

lograron cumplir los objetivos propuestos por la investigación.

La autora arriba a la conclusión de que la musicoterapia facilita la expresión emocional y la exploración de la pérdida y de duelo en los temas de los enfermos terminales, aumenta y mejora la comunicación y la libre expresión, estimulando revisión de la vida y reminiscencia, y aumentando la relajación.

Trallero[27] (2004) en una experiencia realizada en España evaluó el efecto de la Musicoterapia activa en un grupo de 6 mujeres con cáncer a lo largo de 13 sesiones. No había grupo control. Se evaluó la ansiedad mediante STAI al inicio y final de la investigación, además de algún otro reporte sobre la experiencia. Los resultados mostraron una gran reducción de la ansiedad (estado y rasgo) por parte de las participantes y las valoraciones fueron muy positivas.

Davis[28] (2004) Postula que el nivel de energía que percibimos en un paciente (ingresado o no); su temperatura; el movimiento corporal; los gestos y la expresión de manos, ojos, rostro y extremidades (puede denotar mucha agitación); la rapidez del habla (quizá indica miedo, cansancio, nervio); el ritmo con que se mueve la caja torácica (rítmica, arrítmica, muy rápida en casos de miedo, lentísima/parada en casos de apnea...), etcétera. La comunicación humana va más allá del lenguaje verbal, es predominantemente no verbal (casi un 80%).

[27] TRALLERO C. (2004). “Musicoterapia creativa en pacientes con cáncer: un método para disminuir la ansiedad y el estrés”. Revista Virtual Pisquiatria.com.

[28] DAVIS, F. (2004). La comunicación no verbal. Madrid: Alianza editorial.

Burns, Sledge, Fuller, Daggy y Monahan[29] (2005), en un estudio llevado a cabo con 65 pacientes adultos afectados por cáncer reveló que la audición musical era el tipo de intervención que más interesaba a los pacientes. Este interés iba asociado a mejoras en niveles de ansiedad, efectos negativos, así como beneficios percibidos, entre otros. Los instrumentos elegidos para la evaluación fueron un cuestionario sobre preferencias e interés en la musicoterapia, el estado de ansiedad (STAI, 1983), el de aspectos positivos y negativos (PANAS, 1988), la sub escala de fatiga (FACIT-F, 1988) y el COPE (1989), un test de afrontamiento a acontecimientos difíciles o estresantes.

González-Álvarez-Alonso [30] (2005) Presentan los resultados obtenidos al combinar estímulos musicales con fármacos antitumorales en cultivos de células cancerosas. Posteriormente, examinamos el efecto de ambas terapias sobre un grupo de niños afectados de linfoma.

El objetivo de este estudio es la evaluación de la eficacia de la terapia combinada . Han tratado las células tumorales con medicamentos contra el cáncer bien conocidos en la presencia y en la ausencia de música.

El resultado de estos experimentos fue la presencia de qué tipos determinados de estímulo musical son capaz de aumentar la actividad del tratamiento de quimioterapia.

Para llevar a cabo las experiencias , las células se cultivaron en medio de Eagle modificado de Dulbecco y se mantuvo a 37 ° C bajo 90 % de humedad y 5 % CO2.1 , 2.

---

[29] BURNS, D.S., SLEDGE, R.B., FULLER, L.A., DAGGY, J.K, MONAHAN, P.O.(2005). “Cáncer patient’s interest and preferences for music therapy”. Journal of music therapy,

[30] GONZALEZ-ÁLVREZ-ALONSO (2006) . “Contribution of the music to the therapy”. WFMT.

El efecto del tratamiento de sonido fueron examinados por la determinación colorimétrica de viabilidad celular utilizando el ensayo MTT 0.3. Este ensayo mide la cantidad de reducción de MTT por deshidrogenasa mitocondrial y asume la viabilidad celular que (correspondiente a la actividad reductora) es proporcional a la producción de formazán púrpura que se mide espectrofotométricamente. Por estas razones este método Proporcionar una herramienta útil para la evaluación de la proliferación celular.

Teniendo en cuenta estos resultados preclínicos , el siguiente paso fue aplicar el tratamiento de la terapia de la música en un estudio clínico.

Un grupo de niños y niñas afectados de la enfermedad de cáncer fue seleccionado como población a investigar.

Se observó que aumenta la calidad de vida y la autoestima de estos pacientes. La música tiene efecto beneficioso a nivel emocional y a nivel orgánico.

Lucanne Magill [31] (2005) Escribe sobre el desempeño de la musicoterapia en cuidados paliativos como complejo y multifacético. La Presencia del musicoterapéuta como asistente sanitario juega un rol vital en el proceso curativo.

Incluye como habilidades necesarias del musicoterapéuta: la empatía, la aceptación y la escucha reflexiva.

La compasión, el amor, la empatía y la energía, entre otros, que el musicoterapéuta trae, junto con la compañía de la música, crea el centro en donde otros pueden expresar sentimientos, esperanzas, sueños, imágenes, memorias y juegos.

[31] MAGILL, L. (2005).”The Gifts of Presence: The Heart of our Role in Cancer and Palliative Care”. WFMT.

Es aquí también donde pacientes y seres queridos pueden tener experiencias de su propia esencia musical, conectarse entre ellos mismos, con otros y con la naturaleza o con lo que ellos consideren el infinito en sus creencias.

Dado a la vulnerabilidad y la frágil naturaleza de trabajar con aquellos enfrentados con pérdidas y potenciales pérdidas de vida, los musicoterapéutas necesitan poner a un costado sus propios asuntos y valores para poder mantener el centro y estar completamente presentes.

Es natural en este trabajo, para los profesionales que abordan la problemática paliativa reflexionar sobre sus propias vidas y sus significados de existencia y espiritualidad.

Postula el desarrollo de taller en donde los musicoterapéutas van a aprender estrategias de conciencia focalizada y habilidades clínicas necesarias para este tipo de trabajos. Brindando oportunidad de discutir y compartir problemas clínicos relacionados con la tarea del musicoterapéuta en el área mencionada.

Wlodarczyk [32](2006) basándose en la observación de que muchas personas que se encuentran en la ultima fase de su vida suelen solicitar música espiritual o religiosa investigo el efecto de la musicoterapia sobre la espiritualidad de un grupo de personas ingresadas en una residencia para enfermos terminales. Los participantes (n=10) eran adultos que habían sido ingresados recientemente, y se encontraban en condiciones de responder un cuestionario y dar su consentimiento para participar en este estudio. No se tuvieron en cuenta variables como el diagnostico, la edad, el genero y las preferencias religiosas.

[32] WLODARCZYK N. (2007). “The effect of music therapy on the spirituality of persons in a inpatient hospice unit as measured by self-report”. Florida Sate Unicersity.

Se utilizo un diseño ABAB, en el que los participantes fueron sus propios controles, donde la sesión A consistió en una sesión de musicoterapia cognitivo-conductual (30 minutos) y la sesión B consistió en una visita sin música (30 minutos). Se utilizo un diseño contrapesado (BABA) para la mitad de los participantes, con la finalidad de controlar el efecto del orden.

La espiritualidad fue medida utilizando la escala Spiritual Well- Being (SWBS) de 18 ítems, que los pacientes completaron tras cada condición (intervención o no intervención).

Los análisis estadísticos indicaron un incremento significativo de las puntuaciones de dicha escala aquellos días en lo que se había proporcionado musicoterapia. Por los tanto, este estudio apoya el uso de la musicoterapia para incrementar el bienestar espiritual de los pacientes con una enfermedad terminal.

Gallicchio, M. [33] *(*2006) Afirma que la musicoterapia con niños hospitalizados ocurre en presencia y contacto con los Cuidadores, sean estos: familiares, equipos de salud o de mantenimiento.

Con la utilización de las técnicas Gallicchio, se pretende demostrar la manera de acoger la demanda por Humanización en el hospital.

La prioridad de atención del Hospittal São Lucas-PUCRS es el niño, particularmente, los pacientes diagnosticados con cáncer, con meses de vida hasta la edad de 16 años. Las directrices del Hospital establecen que estos pacientes sean acompañados por un Cuidador. Al presentarse al paciente, generalmente con el Cuidador, se hace el primer contacto, cuando

[33] GALLICHIO, M. (2006). “Musicoterapia en el cuidado de los cuidadores – Uso de las técnicas”. WFMT.

les hablamos acerca de la Musicoterapia-MT, sus objetivos y dinámicas de tratamiento.

Consideran Cuidadores, a los familiares, profesionales de salud y de otras áreas, como los encargados de mantenimiento y limpieza y todos aquellos envueltos en el proceso de cuidados con el otro sujeto durante la hospitalización.

La Música en MT es el principal terapeuta. Es en la Música que ocurren las intervenciones necesarias a las transformaciones físicas o de contenidos internos que emergen de una profunda esencia del placer. Placer y alegría están vinculados a la pulsión de vida, independientes de edad, condición social o gravedad de la enfermedad.

De las técnicas utilizadas en MT con los pacientes del HSL, establecemos como prioritarias, en los atendimientos individuales a los Cuidadores, las técnicas de acceso al inconsciente y al imaginario. La fundamentación metodológica, para su sistematización, tuvo como soporte conceptos de Helen Bonny e influencias de Mary Priestley.

Es, también, de su base teórica, la propuesta de MT centrada en la cultura, la cual entiende que a través de la expansión del setting, se llega a contextos más amplios del musicing. Resulta así, una musicoterapia, próxima a las más distintas y benéficas repercusiones a la salud de todos los sistemas envueltos en el tratamiento de pacientes y de sus Cuidadores.

Nataloni. G[34]. (2006) Describe un laboratorio de música y arte en servicio de Psico -oncología del Departamento de Oncología de Perugia (Italia) ha abierto un para la psicoterapia con pacientes de cáncer.

Se ofreció terapia individual y de grupo verbal y lenguajes no verbales (música, dibujo, artes plásticas , la danza , la poesía).

[34] NATALONI, G. (2006). “Music Therapy with oncological patients”. WFMT.

Todas integradas se integran , en consonancia con los deseos del paciente y la historia de vida.

El laboratorio está liderado por dos musicoterapéutas, un psiquiatra, terapeuta de arte y un psicólogo .

Las sesiones se realizaban una vez a la semana con una duración de dos horas. Las intervención contemplaban diversos objetivos:

1) Mejorar la calidad de vida, incluso reducción de comorbilidad psiquiátrica que a menudo está presente en los pacientes oncológicos .

2) Influir en el entorno de cuidadores propiciando la comprensión y la elaboración de la vida del paciente y la historia neoplásica.

Revalorizan la figura del co-musicoterapéuta, así como, el lenguaje no verbal puede ir de lado a lado con la expresión verbal en psicoterapia con pacientes de cáncer. Se ha facilitado la expresión de temas tan difíciles de verbalizar , como la muerte. Estos se han explorado con mayor comodidad a través de la música.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO:

2.1. CUIDADOS PALIATIVOS

2.1.2. Génesis de los Cuidados Paliativos[35]

La palabra latina Hospitium significaba inicialmente el sentimiento cálido experimentado por huésped y anfitrión y luego el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba.

Durante la Edad Media los hospicios fueron lugares de acogida para peregrinos, los que muchas veces venían gravemente enfermos o moribundos. De esta manera, estos lugares no sólo daban refugio y alimento a extranjeros, sino también cuidados a enfermos y moribundos.

La primera vez que se vuelve a usar el término hospicio, pero esta vez directamente en vinculación con el cuidado a los moribundos, fue en Francia, en 1842, fecha en que Mme. Jeanne Garnier fundó los llamados Hospicios o Calvarios. Posteriormente en 1879 aparecen Our Lady's Hospice en Dublin y en 1905 St. Joseph's Hospice en Londres, ambos fruto del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas.

El "inicio oficial" del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se le atribuye a la fundación del St. Christopher's Hospice en Londres, en 1967. Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos en fin de vida y de sus familias.

Este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a pacientes con enfermedades avanzadas e incurables, se realizó investigación, docencia y

[35] http://www.fundacionpaliar.org.ar/elemento.php?id=5

apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo.

Su fundadora, Dame Cicely Saunders, es considerada pionera en esta área. El probable origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina pallium, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento. En castellano, paliar significa aliviar, hacer dulce. Así mismo, Inglaterra optó por nombrar como Medicina Paliativa a la disciplina que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina.

En Argentina, las primeras iniciativas individuales y aisladas vinculadas a los cuidados paliativos surgen a mediados de la década del 80. El primer Programa de Cuidados paliativos, siguiendo los lineamientos de la OMS, comenzó en Buenos Aires en 1985 con el trabajo de la Fundación Prager-Bild.

En septiembre de 1986 se realizó en la Academia Nacional de Medicina en Buenos Aires la Primera Conferencia Internacional sobre Hospice y Cuidados Paliativos.

Durante la misma época, en Marzo de 1985, en la ciudad de San Nicolás, el Dr. Roberto Wenk trabajando con otros profesionales, y especialmente con voluntarios, creó el denominado Programa Argentino de Medicina Paliativa. La base fundamental de ese Programa fue la docencia y especialmente el cuidado paliativo domiciliario, siguiendo las normas de la OMS. Simultáneamente nacen otras iniciativas pioneras en diferentes ciudades: Buenos Aires, Rosario, Córdoba y Mar del Plata, conformándose un conjunto de pioneros en cuidados paliativos de pacientes adultos y pediátricos (Dres. De Simone, Fornells, Germ, Manzini, Pruvost, Saurí, Lic Enf Marta Junin, Lic Psic Noemí Fisman y otros), respaldados y apoyados desde el inicio por líderes internacionales (Robert Twcyross y Mary Baines (UK), Vittorio Ventafrida (Italia), Xavier Gómez Batiste y Marcos Gómez Sancho (España). Se crean servicios de cuidados paliativos en los hospitales dependientes de la Universidad de Buenos Aires, a partir de profesionales pioneros (Instituto Angel Roffo: Dr. A. Saurí, Hospital de Clínicas: Dra. R. Mertnoff,

Instituto Alfredo Lanari: Dra. V. Tripodoro) así como en diferentes hospitales de la ciudad de Buenos Aires y del interior del país.

En Julio de 1990, en San Nicolás, se realizó el Primer Curso Internacional de Control de Dolor y Medicina Paliativa, contando con la presencia del Dr. Charles Cleeland de EE.UU., del Dr. Eduardo Bruera, líder argentino emigrado a Canadá y representantes de diferentes equipos argentinos que ya estaban trabajando en Cuidados Paliativos.

En 1992 comienza la actividad educativa sistemática con certificación universitaria, a través del programa liderado por el Dr. De Simone en vínculo académico con la Universidad de La Plata y con el Prof. Robert Twycross (universidad de Oxford).

En enero de 1994, después de que aquel grupo de pioneros fundara informalmente la Asociación, se obtuvo la figura legal de sociedad científica sin fines de lucro con personería jurídica. A partir de aquí fueron surgiendo otros equipos en las principales ciudades del país, con sólida formación de sus integrantes (ej.: Rosario, Neuquén, localidades del Gran Buenos Aires, etc.).

La comunicación entre los diferentes equipos fue creciendo, y la Asociación Argentina se transformó en una entidad de encuentro e intercambio de experiencias para todos. A partir del año 2000 y después de largas gestiones se llega a la firma de un convenio de colaboración recíproca entre el Ministerio de Salud y la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP), con el objetivo de impulsar el desarrollo de múltiples actividades. Referentes delegados de los equipos líderes, participan en la redacción de las Normas de Organización y Funcionamiento de los Cuidados Paliativos, aprobadas por Resolución 934/2001 del Ministerio de Salud de la Nación, incorporándose la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica e iniciando el proceso de categorización de servicios.

Se inicia, además, en el terreno académico, el proceso de certificación de la actividad, estableciéndose el vínculo necesario con las instituciones pertinentes. En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires se crea en 2006 el Programa de Residencia interdisciplinaria de cuidados paliativos para la formación de expertos.

2.1.3.Definición de Cuidados Paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial».

Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos: «Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales».

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

• Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.

• Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.

• No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.

• Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.

• Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.

• Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.

• Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.

• Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

2.2. CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO

Ezequiel Ander-Egg afirma:

"En el marco teórico o *referencial se expresan las proposiciones teóricas generales, las teorías específicas, los postulados, los supuestos, categorías y conceptos que han de servir de referencia para ordenar la masa de los hechos concernientes al problema o problemas que son motivo de estudio e investigación. El marco teórico que utilizamos se deriva de lo que podemos denominar nuestras opciones apriorísticas, es decir, de la teoría desde la cual interpretamos la realidad"*[36]

Asimismo, comparto con Wagner (1991) aquello de que es necesario ir construyendo el propio Esquema Conceptual Referencial y Operativo Musicoterapéutico; integrando en dicho esquema el recorrido personal y profesional, siendo uno mismo protagonista de la construcción del mismo.

En cuanto a la construcción de dicho esquema la autora expresa:

[36] ANDER-EGG, EZEQUIEL. (1990). "Técnicas de Investigación Social",Ed. Humanitas, Bs. As., 1990, p.76.

"(…) entendiendo que dicho proceso es dinámico, constante e integrativo con lo ya conocido y experimentado".[37]

2.2.1. Definición de Musicoterapia

La comisión de Práctica Clínica de la Federación Mundial de Musicoterapia la define como:

"*El uso de la música y/o sus elementos musicales (sonido-ritmo-melodía-armonía) realizada por un Musicoterapéuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La Musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración entra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento*".

Sostengo al igual que Benenzon aquello de que el objetivo de la Musicoterapia en el campo de la medicina es su contribución al desarrollo del ser humano como una totalidad indivisible y única. En sus propias palabras:

"El ser humano no es cuerpo y mente o cuerpo más mente, ni psique y soma o psique y alma, ni materia y espíritu; es todo, y la Musicoterapia (que precisamente de entre todas las especialidades médicas, utiliza elementos abstractos que no se ven y que sólo se persiguen con el transcurrir del tiempo) es la técnica que más se dirige a la globalidad del individuo"[38]

---

[37] WAGNER, GABRIELA.(2006) "Material de cátedra Musicoterapia II" de la Universidad del Salvador: Orígenes del concepto ECROMT, 2006, p. 6.

[38] BENENZON, R. (2000). "Musicoterapia, de la teoría a la práctica". Bs. As., Paidós; 2000

"La mupsicoterapia es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, le movimiento, los instrumentos corpóreo-sonoro-musicales y otros códigos no verbales, acompañando el desarrollo, la elaboración y la reflexión de un vínculo o una relación entre el mupsicoterapéuta y otro, o un grupo de otros, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de ellos y favorecer la integración para la sociedad".[39]

2.2.2 Modelo Benenzon de Musicoterapia (MBMT) – ISO

El marco teórico que sustenta esta investigación, se fundamenta directamente en los conceptos teóricos y prácticos sistematizados por el Dr. Rolando O. Benenzon, en el *Modelo Benenzon de Musicoterapia (MBMT) – ISO*. El mismo expresa su dimensión humanística de la persona asentada en un estudio profundo del contexto no verbal córporo-sonoro-musical.

"(…) Benenzon propone que en este marco se construye una instersubjetividad que facilita nuevos desarrollos creativos tanto para el paciente como para el musicoterapéuta".[40]

"*Es necesario volver a repetir que el musicoterapéuta debe integrarse al equipo científico de trabajo, pues debe conocer ampliamente los objetivos que se propone conseguir el médico, el fisioterapeuta, el terapista ocupacional, el psicoterapeuta, como también deber aportar sus*

[39] BENENZON, ROLANDO con VIOLETA DE GAINZA y WAGNER, GABRIELA. (2008). "La nueva Musicoterapia". Lumen, Bs. As., 2008.

[40] Extraído del artículo "Musicoterapias psicodinámicas y neurociencias: un diálogo posible". De la Prof. Lic. Mt. Wagner, Gabriela. (2006)

importantes observaciones emanadas de las sesiones que abrirán nuevas posibilidades a los antes mencionados"[41].

El modelo está basado en los conceptos de: ISO (identidad sonora); objeto intermediario; objeto integrador; espacio vincular; tiempo terapéutico, distancia óptima, entre otros. Cada uno de estos conceptos están sustentados en base a la interrelación de las teorías de Freud, Jung, Lorenz, Winnicott, Watzlawick (Palo Alto), Alvin, Altsshuler y Fiorini.

Además, hace referencia al psiquismo fetal tal como lo propuso Raskovsky.

Glosario del Modelo Teórico Benenzon - ISO al que adhiero:

♪ ***Complejo del no verbal (hombre – comunicación – hombre)*** es una unidad indivisible de elementos inter relacionada que constituyen los fenómenos de comunicación entre los seres humanos y que es el objetivo de estudio de la Musicoterapia.

El complejo sonido-ser humano-sonido resume en sí mismo toda la dinámica y el proceso histórico para fundamentar los principios de la Musicoterapia:

"En el comienzo el ser humano el ser humano es intermediario entre el sonido, pero en su continuidad el sonido es el intermediario entre el ser humano y el otro. En las concepciones filosóficas procedentes de los persas e hindúes sobre el origen del cosmos y del universo, lo primero fue una sustancia acústica. Se supone que el universo se originó, en principio, por el sonido emergido de las profundidades del abismo, convirtiéndose en luz, y que poco a poco esa luz se transformo en materia. Pero esta materialización nunca fue total porque cada materia u objeto continúa

[41]BENENZON, ROLANDO. (1971). "Musicoterapia y Educación". Ed. Paidós. Bs. As.1971

reteniendo, en mayor o menor medida, parte de esa sustancia sonora originaria."[42]

Adhiero a la concepción Benenzoniana de que la materia mantiene dentro de sí la sustancia acústica que la originó. Cada ser humano tiene dentro de sí una identidad sonora que lo caracteriza a él y que Benenzon llama ISO. Esta identidad sonora lleva implícito el origen del Universo.

"Llamo complejo no-verbal a todo el conjunto de elementos sonoros, musicales, de movimiento y fenómenos acústicos que producen efectos regresivos".[43]

♪ ***"Principio de ISO"*** Es el principio de la musicoterapia que declara que para abrir canales de comunicación entre un paciente y el musicoterapéuta es necesario reconocer los ISOS del paciente y equilibrarlos con los ISOS del musicoterapéuta. Este mismo principio de extiende a todo tipo de comunicación analógica.

♪ ***ISO*** (Identidad Sonora) al cúmulo de energías formadas de sonidos, movimientos y silencios que caracterizan a cada ser humano y lo diferencia del otro y al proceso dinámico de sus respectivas descargas. Es un elemento que poseen potencializadas, todas las fuerzas de percepciones pasadas y presentes.

♪ ***ISO Gestáltico*** es la identidad sonora del propio individuo.

♪ ***ISO Universal*** es el verdadero arquetipo corpóreo- sonoro- musical, formado por la herencia ontogenética y filogenética y que caracteriza a todos los seres humanos.

---

[42] Idem 4.

[43] BENENZON, ROLANDO con VIOLETA DE GAINZA y GABRIELA WAGNER.(2008). "La nueva Musicoterapia," nueva edición, corregida y aumentada, Lumen, Bs. As., 2008, p. 75.

♪ ***ISO Gestáltico*** es la identidad sonora del propio individuo. Formado por un cúmulo de energías que se van desarrollando a partir de la historia ese individuo.

♪ ***ISO Cultural*** es el cúmulo de energías que se condensan en el Pre consciente y que caracterizan la cultura donde se inserta el individuo.

♪ ***ISO Complementario*** está formado por un cúmulo de energías que aparecen y desaparecen de acuerdo al estado de ánimo del individuo y de las relaciones que establece con los otros.

♪ ***ISO en Interacción*** resume el cúmulo de energías que caracterizan la relación, el vínculo, entre dos o más personas y esta formado por las características de intercambio energético de comunicación que se produce cada vez que dos o más personas intentan relacionarse

♪ ***ISO de Resonancia*** Benenzon adopta la relación paciente-terapeuta desarrollada por Freud. A la conceptualización de transferencia y contratransferencia agrega dicho concepto para relacionar las formas musicales con procesos intrapsíquicos transferenciales y contratransferenciales.

♪ ***ISO Familiar*** es el cúmulo y la dinámica de energías sonoras, de movimiento y pausas que caracteriza a un determinado grupo familiar.

♪ ***ISO Grupal*** es el cúmulo y dinámica de energías sonoras, de movimiento y pausas que caracteriza a un determinado grupo a lo largo de su desarrollo de interacción terapéutica.

♪ ***ISO Ambiental*** El Musicoterapéuta debe reconocer los sonidos y los fenómenos analógicos que la institución, la escuela, el aula, la sala de internación, la incubadora, el hospital o su propio gabinete van creando alrededor del paciente. Sabemos que cada lugar tiene sus propias características ambientales sonoras, olfatorias, táctiles, de temperatura, como así también rituales gestuales y de

movimiento y otros infinitos códigos del contexto no- verbal. Estos fenómenos se condensan por la suma de las personas del equipo de educadores o de salud más la infraestructura dada por el edificio con sus propias producciones sonoras por la naturaleza y el ecosistema que circunda a la institución. Todo esto le da una identidad propia al lugar que lo he llamado: Identidad Sonora Ambiental (ISO A) parangonándola con las identidades sonoras que caracterizan a las personas ISO Gestáltico (ISO G) y a las relaciones entre si ISO en Interacción
(ISO I).

♪ ***ISO Comunitario*** El ISO Comunitario es el conjunto de fenómenos no verbales que se suceden en el transcurso del día y a través del tiempo y que caracterizan a un determinado grupo de individuos que interactúan en un determinado lugar por un principio común.

♪ ***ISO Transcultural*** Es la identidad sonora que caracteriza a un determinado grupo humano que se ha visto necesitado de emigrar, asimilarse, adaptarse a otro grupo humano.

♪ ***Objeto Intermediario*** A todo elemento que favorece el pasaje de las energías corpóreo – sonoro - musicales con intencionalidad de comunicación de un ser humano a otro. Dependiendo de la forma como se utiliza el instrumento corpóreo sonoro musical puede llamarse:

- Objeto Defensivo.
- Objeto Catártico.
- Objeto totémico.
- Objeto Experimental.
- Objeto Enquistado.
- Objeto Integrador.

El objeto intermediario es un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente mediante la relación, sin desencadenar estados de alarma intensos.

Los instrumentos musicales y el sonido, o los sonidos, que emiten pueden considerarse objetos intermediarios.

El instrumento musical tiene una emisión sonora que lo caracteriza, que le es propia y peculiar e independiente del musicoterapéuta.

El instrumento musical colocado entre paciente y musicoterapéuta, tiene una identidad propia y una situación vital. El instrumento, si es tocado por cualquiera de los dos, inmediatamente dará su identidad sonora, pero aun no tocándolo está en vibración o entrará fácilmente en ella frente a cualquier emisión sonora de ambos.

Esta mayor distancia que hay entre el objeto intermediario (instrumento musical) y el musicoterapéuta, permite su vinculación tan íntima con el ISO del paciente y del musicoterapéuta. Por ende, la correcta elección de un objeto intermediario en la relación terapéutica, dependerá de la habilidad del musicoterapéuta en descubrir la identidad sonora de su paciente o el ISO guestáltico. El objeto intermediario está ligado especialmente con el ISO guestáltico, y en menor grado con el ISO universal y complementario.

♪ ***Objeto Integrador*** Es aquel instrumento corpóreo-sonoro-musical que permite que dos o más personas puedan interrelacionarse entre sí. El hecho de favorecer la fluidificación simultánea de más de dos canales de comunicación, convierte a un objeto intermediario en un objeto integrador.

El objeto integrador es aquel instrumento musical que en un grupo musicoterapéutico, lidera sobre los demás instrumentos y absorbe, en si mismo, la dinámica de un vínculo entre los pacientes de un grupo y el musicoterapéuta.

Este objeto integrador está ligado íntimamente al ISO grupal y en segundo grado al ISO cultural.

♪ ***Espacio Vincular*** Es el espacio que se forma entre dos personas cuando interaccionan las energías de comunicación. Sin estas energías presentes, el espacio es solo virtual y forma un gran vacío.

Dice Benenzon: cuando las energías de comunicación que están formadas por la conjunción de los ISO de cada individuo, se mezclan para ser recibidas por uno y otro lado, nace el espacio vincular. Es ese momento el objeto intermediario e integrador tiene su máxima capacidad de acción para fluidificar esas energías. Todos los códigos no-verbales entran en funcionamiento desarrollando a plena función la comunicación analógica (Watzlawick), eclosionando la transferencia y la contratransferencia (Freud). Según Fiorini, aquí se establecen las características del proceso terciario, cuyas características serían:

a) las energías se descaran, se cargan y se recargan simultáneamente, realimentándose constantemente;
b) es poslógico, o sea, que coexisten el sistema prelógico del inconsciente y el sistema lógico del consciente;
c) la existencia del tiempo pasado, presente y futuro es concominante – lo que Fiorini llama transtemporalidad - ;
d) existe el principio de contradicción y también su correspondiente anulación.

Todas esas características hacen que el psiquismo sea creador, que lo sea el arte en sí mismo. Se trata del espacio vincular, que puede ser observado. Sólo en ese espacio podemos observar todos los fenómenos córporo-sonoro-musicales que se producen durante la comunicación.

El espacio vincular sólo se genera entre dos o más o más personas con intencionalidades determinadas.

♪ ***Distancia Óptima*** También pertenece al espacio vincular. Es la acción entre alejarse y acercarse del musicoterapéuta y del paciente, que permite la buena recepción de los mensajes de ambos.

Esta distancia depende de la territorialidad de los que componen el espacio vincular.

La distancia óptima se va flexibilizando a lo largo del proceso terapéutico. Dependerá del tiempo terapéutico, momento en el cual estos territorios se vuelven menos estrictos y se modifican; se acepta que el otro acerque.

♪ ***Tiempo Terapéutico*** Sólo se produce mientras dura el espacio vincular. Esto quiere decir que el tiempo terapéutico se produce como consecuencia de la comunicación entre el paciente y el musicoterapéuta. Cada uno de ellos expresa sus energías de comunicación con un tiempo que caracteriza a cada uno de los individuos. Este es el tiempo biológico, corporal propio del paciente o del musicoterapéuta.

Pero cuando estos tiempos se amalgaman y se armonizan para poder establecer establece un vínculo, es el momento de un tiempo determinado que los caracteriza a ambos en comunión: el tiempo terapéutico. Es ahí cuando aparece el verdadero momento de placer, es decir, la descarga energética que tiene un fin determinado, que es el *feedback* o retorno de la retroalimentación.

> *"En el tiempo terapéutico están en funciones los cuatro ISOS: gestáltico, universal, cultural y grupal".*[44]

♪ ***Tiempo de Latencia*** es el tiempo particular de cada ser humano que sucede entre la percepción de un cúmulo de estímulos de comunicación del otro, la elaboración de los mismos, el impacto en el núcleo de la memoria no - verbal, la re - elaboración de ese impacto y la re - creación de la respuesta y la expresión de la misma.

♪ ***Fenómeno Totémico*** es la puesta en marcha de rituales en situación de tratamiento musicopsicoterapéutico, a los efectos de modificar y contener positivamente descargas de tensión peligrosas para la integridad e integración del individuo en un determinado grupo. Decimos que el fenómeno totémico es la

[44] BENENZON, ROLANDO con VIOLETA DE GAINZA y GABRIELA WAGNER. (2008). "La nueva Musicoterapia", nueva edición, corregida y aumentada, Lumen, Bs. As., 2008, p. 70.

consecuencia y la visualización del ISO Grupal. Este fenómeno se extiende en toda relación grupal.

♪ ***Microfenómenos totémicos*** son las sucesiones de rituales que se producen a lo largo de una sesión y que permiten dosificar las descargas tensionales de los respectivos ISOS.

♪ ***El Silencio y las pausas como objeto de comunicación*** En el espacio vincular, y dentro del cúmulo de energías que forman los ISOS existe un objeto fundamental que estructura el conjunto que es el Silencio y las pausas.

♪ ***Acuafonos*** tambores de agua; clesidra con agua, burbujeos con bombillas.

♪ ***Pareja terapéutica*** Benenzon ha remarcado el beneficio implícito del trabajo co-terapéutico en aquellos pacientes que presentan cuadros complejos como son los pacientes paliativos.

Así sugiere[45]:

1. Evita el acting-out;
2. Permite la reflexión post sesión entre los terapeutas;
3. Se complementa la información en los protocolos;
4. Ofrece mayor contención y seguridad a los implicados;
5. La pareja es una pantalla proyectiva para aspectos transferenciales del paciente;
6. Disminuye el efecto de *burn-out* sobre los terapeutas;
7. Contribuye a sanar rápidamente las heridas narcisistas de uno y otro;

[45] M. BETES DE TORO (2000). “Fundamentos de la Musicoterapia”, Sexta parte: Orientaciones metodológica actuales; Capítulo 24: Modelo musicoterapéutico de Benenzon por R, Benenzon, Ed. Morata, España, 2000, p. 342.

♪ ***Asociación libre de ideas corporal-sonoro-musicales en Interacción***[46] es técnica esencial del modelo con su reminiscencia psicoanalítica.

En acertadas y claras palabras de Wagner:

> *"El modelo Benenzon de Musicoterapia es predominantemente improvisacional y está centrado en el sonido, la secuencia de sonidos musicales o no musicales, el reconocimiento de la identidad en un marco no verbal - anterior a la organización de la palabra hablada - o sea más profundo y menos ligado a la cultura, la búsqueda de canales de comunicación a nivel regresivo y el proceso terapéutico basado en los efectos de la interacción sonoro musical teniendo como punto de partida el reconocimiento del otro o de los otros".*

Elementos técnicos:

♪ ***La Naturaleza*** Trabajar en ella permite recrear un lugar totalmente diferente al común (gabinete, sala, habitación).

Las sonoridades propias de la naturaleza tienen una riqueza que participa del impacto del ISO universal y guestáltico. El viento, el trinar de los pájaros, el crujir de las hojas, la audición del silencio, todo esto y otras infinitas sonoridades convierten a la naturaleza en un encuadre de estímulos vivenciales importantes para el ser humano.

La naturaleza posibilita la creatividad de sonoridades y la fabricación de instrumentos con los propios materiales que se encuentran en ella. El encuadre, la naturaleza, permite trabajar desde lo imitativo a lo creativo, como también experimentar libremente el tiempo biológico propio y el del medio.

---

[46] WAGNER, GABRIELA. (2006). Material de Cátedra Musicoterapia II, ECROMT: Esquema conceptual, referencial y operativo musicoterapéutico, 2006. p.6.

♪ ***El instrumental***[47] Todo elemento capaz de producir un movimiento, un sonido, una vibración que pueda ser percibido como mensaje, o como medio de comunicación, será parte integrante de los elementos del setting de la Musicoterapia.

Movimiento-sonido-música es una ecuación inseparable.

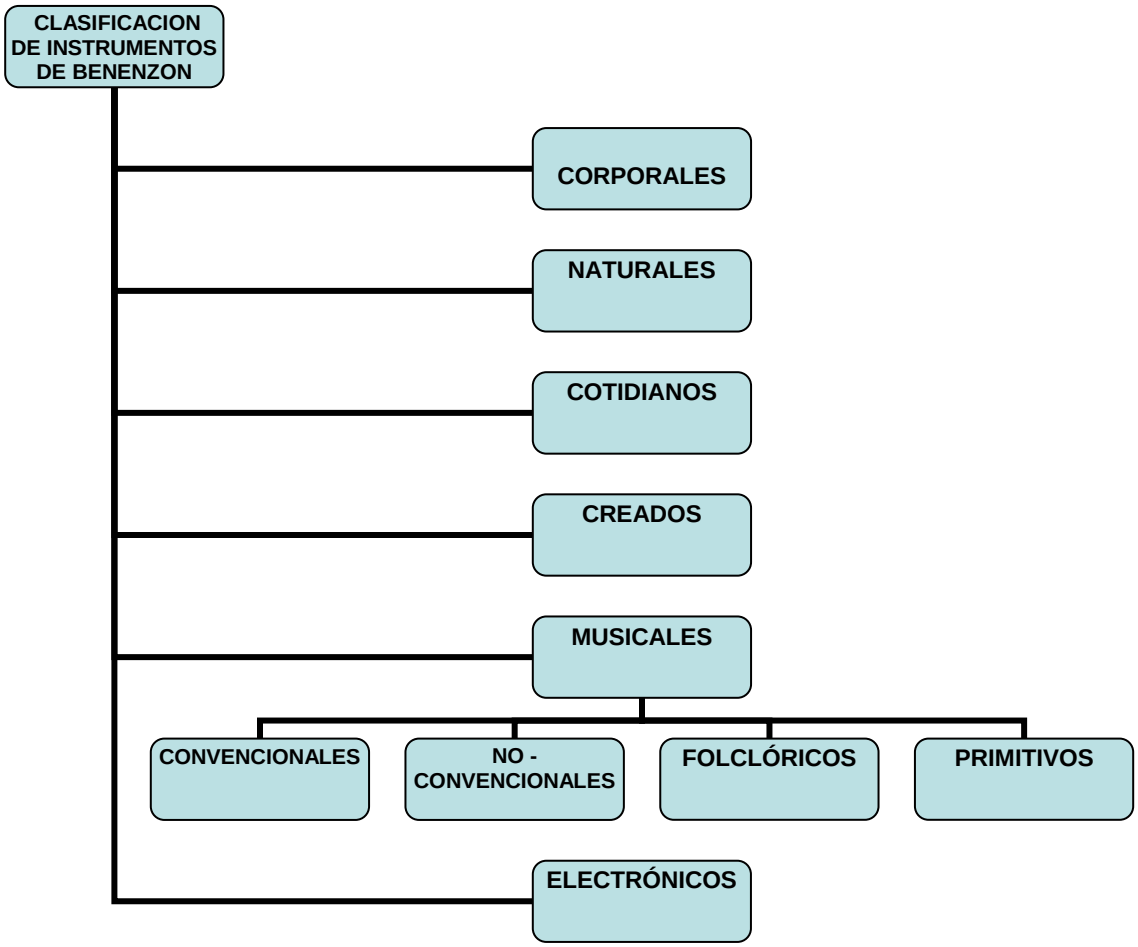
Deben reunir las siguientes características:

1- Construidos con materiales naturales.
2- De fácil manipulación.
3- Emisión de sonoridades diversas.
4- Oferta de libre desplazamiento.
5- Promover, favorecer la tendencia de establecer relaciones con otros instrumentos.

Clasificación de los instrumentos córporo-sonoro-musicales:

En Musicoterapia el instrumento es un todo, por lo tanto tendrá importancia su forma, su textura, su calidad, su temperatura, y su propia sonoridad. Cada una de estas características será un detonante simbólico para el sistema de comunicación entre los pacientes y el musicoterapéuta.

[47] Definido por Benenzon como el Grupo Operativo Instrumental (GOI)



Se sugiere que el instrumental no tenga elementos decorativos, salvo que estos elementos pertenezcan intrínsecamente a la historia evolutiva de dicho instrumento respecto a la región o al grupo étnico que lo creo o desarrollo. Es decir, que forme parte del acervo folclórico del propio instrumento.

Es importante que los instrumentos estén cuidados, ni deteriorados o rotos.

Instrumento Corporal El origen de todos los instrumentos musicales se encuentra en el propio cuerpo del hombre, y son como una prolongación de ese mismo cuerpo. El cuerpo humano es el instrumento musical más completo, y contiene en sí mismo las alternativas de ser un membranófonos, un idiófonos, un aerófono y un cordófono.

Los membranófonos son instrumentos cuyo sonido es producido por una membrana tendida sobre una abertura. Los idiófonos son instrumentos hechos de

materiales naturalmente sonoros, que no necesitan de tensión adicional como la requieren las cuerdas y los parches.

Son innumerables los fenómenos sonoros del cuerpo humano: palmear, golpear palma con muslos, sobre el tórax, patear, taconear, rozar, frotar, silbar, cantar, gritar, habar, canturrear murmurar, suspirar, exhalar, inspirar, chirriar, deglutir, el gargarismo, etc.

El cuerpo del musicoterapéuta es un excelente instrumento porque es adaptable a todos los requerimientos de la comunicación, y puede identificarse con cualquier resonancia del paciente; es un potente transmisor.

De todos los fenómenos sonoros del cuerpo humano, el más profundo de todos es el de las sonoridades que parten del interior del mismo cuerpo, como la voz y el canto, la inspiración y la espiración, las exhalaciones, etc. Son estímulos que retrotraen a épocas primitivas del ser humano y que despiertan ecos rápidamente. Tienen la virtud y la complejidad de estar muy ligados a los ISO, tanto del musicoterapéuta como del paciente, y suelen ser una pantalla proyectiva de los complejos no-verbales del paciente en su evolución e involución.

Siendo el *complejo no-verbal* el conjunto de elementos sonoros, musicales y de movimiento y a los fenómenos acústicos que producen principalmente efectos regresivos, limitando el término de sonidos regresivos-genéticos a aquellos en los que entre otras características predomina la de producir en los seres humanos efectos regresivos en mayor medida que otros sonidos y, en general, como un efecto universal, es decir, independientemente de la patología o de las características individúales.

Instrumentos Naturales Aquellos que se hallan familiarmente en la naturaleza y causan sonidos por sí mismos.

Instrumentos Cotidianos Aquellos objetos de uso cotidiano, capaces de provocar sonoridades por su uso propiamente dicho o por el hábito innato a su uso.

Instrumentos Creados Son aquellos que son creados o improvisados por los pacientes o por el musicoterapéuta, en función de la situación vincular, permite la proyección de quien los fabrique.

Estos instrumentos están fabricados con cuanto material se encuentre en la vida cotidiana del paciente; por eso generalmente son materiales polimorfos.

La importancia de estimular la creatividad de instrumento reside en que éste se liga íntimamente con el ISO de quien lo construye, y por ese motivo se convierte en un magnífico objeto intermediario. Un musicoterapéuta que conozca claramente su propio ISO podrá crear instrumentos acordes al ISO de su paciente, lo cual significa que habrá creado un objeto intermediario óptimo par la creación.

En palabras de Benenzon:

> *"Suelen confundirse los instrumentos cotidianos con instrumentos creados, sobre todo cuando se crea un instrumento con elementos de la cotidianidad. Un instrumento es creado cuando los elementos de la cotidianidad están combinados de tal manera que convierten a ese objeto en una identidad sonora definida"*[48].

Instrumentos Musicales:

a- Convencionales: Fabricados artesanalmente o industrialmente pertenecientes a la cultura con la que conviven el paciente y el musicoterapéuta.
"Al ser ejecutados producen el impacto en el ISO cultural de los pacientes, o sea, en la propia identidad sonora del medio social que los circunda".[49]

b- No convencionales: Fabricados artesanalmente o industrialmente que no pertenecen al ISO cultural del paciente. Es factible observar investigación, entusiasmo y exaltación por parte del paciente frente a estos.

---

[48] Ídem 6.

[49] BENENZON, ROLANDO con VIOLETA DE GAINZA y GABRIELA WAGNER. (2008). "La nueva Musicoterapia", nueva edición, corregida y aumentada, Lumen, Bs. As., 2008, p. 35, 36.

c- Folclóricos: Fabricados artesanalmente, con marcada reminiscencia étnica originaria, que revoluciona el ISO guestáltico del paciente.

d- Primitivos: fabricados artesanalmente. Su carga simbólica es mayor que en los folklóricos. Poseen características étnicas, origen arcaico y/o anónimo, no llegan a revolucionar la propia identidad del paciente.

Instrumentos Electrónicos Aquellos que requieren en algún momento de la energía eléctrica para su funcionamiento. Nos referimos no solo a los instrumentos musicales electrónicos propiamente dichos - como la guitarra eléctrica – sino también: computadoras, i-pod, grabadoras portátiles, etc.)

Benenzon hace algunas consideraciones sobre las estrategias directivas y no directivas:

> *"El Musicoterapéuta va guiando y apoyando al grupo o paciente a actividades definidas, hacia objetivos precisos. Si bien se siguen los mismos fundamentos metodológicos, o sea, la búsqueda del principio de ISO y del objeto intermediario, las propuestas de trabajo parten definitivamente del musicoterapéuta, y son controladas, dirigidas, a través de introducir ritmos y movimientos que parten de un plan previo. Si lo enfocamos desde un punto de vista dinámico, diría que lo directivo tiende a apoyar y fortalecer los elementos positivos de una estructura yoica, en cambio lo no directivo tiende a movilizar y abrir núcleos latentes para luego reestructurarlos."*[50]

[50] Ídem 4.

2.2.3. Ética en Musicoterapia

Este trabajo fue realizado en el contexto de un equipo interdisicplinario de salud. Los pacientes y/o familiares dieron su conformidad para su participación.

Adhiero a la Declaración de Principios éticos (Federación Mundial de Musicoterapia Comisión de ética e investigación, del año 1999, que serán tomados de referencia para dicha práctica).

D. “Responsabilidades hacia el paciente”

El bienestar del paciente es la responsabilidad y el máximo interés para el musicoterapéuta. En la musicoterapia, el ofrecimiento que se hace a los pacientes que se atienden, debería tener los siguientes principios:

1. El musicoterapéuta respeta los derechos y dignidad del paciente y en todo momento actúa en el mejor interés del paciente.
2. El musicoterapéuta no discrimina a los clientes sobre la base de la raza, sexo, credo, color, origen nacional, edad, orientación sexual o problema clínico.
3. El musicoterapéuta no explota al paciente por razones sexuales, financieras o emocionales, ni para su propio beneficio.
4. El musicoterapéuta realiza sus servicios sólo dentro de un marco de relación profesional y en situaciones que garantizan seguridad para el paciente. El musicoterapéuta se adhiere a las normas más elevadas de la práctica clínica.
5. El musicoterapéuta evalúa las energías y las debilidades del paciente y desarrolla metas apropiadas de tratamiento para encontrar lo que el cliente necesita, registrando, documentando. Evaluando y comunicando continuamente el progreso del tratamiento.
6. Cada recurso disponible se utiliza para efectuar las metas de tratamiento. Incluyendo el interés por mantener contacto con otros profesionales.
7. El terapeuta restringirá su tratamiento a aquellas áreas en las que está formado adecuadamente y no practicará fuera de su área de competencia. Los requisitos y los títulos del terapeuta deben ser verificables.

8. El musicoterapéuta terminará el tratamiento cuando el paciente no pueda beneficiarse más de sus servicios.
9. El musicoterapéuta protege la confidencialidad del paciente en todo momento, incluyendo la información verbal, escrita, sonora y plástica con respecto al paciente.
10. El musicoterapéuta mantiene su propia salud mental y física. Controla cualquier limitación personal que pueda interferir con la calidad de trabajo y toma las acciones necesarias para mejorar estas limitaciones.
11. El musicoterapéuta se compromete al estudio continuado para mantener y mejorar sus conocimientos y habilidades.

E. “Responsabilidades hacia los colegas”

1. El musicoterapéuta actúa con respeto y honradez hacia sus colegas musicoterapéutas y de otras disciplinas.
2. Cuando un musicoterapéuta realiza una evaluación inicial de un paciente. comprobará si está recibiendo otras terapias, y se esforzará en mantener comunicación con los otros terapeutas involucrados.
3. El musicoterapéuta no ofrece sus servicios profesionales a una persona que en ese momento está recibiendo musicoterapia de otro profesional. Excepto si hay un acuerdo entre ambos terapeutas o después de terminar el paciente su relación con ese terapeuta.
4. El musicoterapéuta no dañará el prestigio profesional de ningún otro terapeuta.

F. “Responsabilidades hacia la profesión”

1. El musicoterapéuta acepta la responsabilidad de contribuir al crecimiento de la profesión, la organización profesional y la mejora de su nivel en la comunidad.
2. El musicoterapéuta intenta aumentar el nivel de conocimientos, habilidades e investigación dentro de la profesión.

3. El musicoterapéuta representa en sus acciones a toda la comunidad de los musicoterapéutas. Sabe distinguir su punto de vista personal de los profesionales. Cuando actúa en nombre de la asociación. Representa a la profesión únicamente cuando está autorizado para hacerlo.
4. El musicoterapéuta respeta los derechos, las reglas y el prestigio de la asociación profesional.

G. "Responsabilidad hacia la comunidad/ ámbito público"

1. El musicoterapéuta intenta aumentar la conciencia pública de la musicoterapia y representa fielmente a la profesión.
2. El musicoterapéuta respeta las normas sociales, legales y morales de la comunidad en la que trabaja.
3. El musicoterapéuta ayuda al público a identificar a los musicoterapéutas titulados.

J. "Investigación"

1. El musicoterapéuta protege el bienestar de los participantes en la investigación de musicoterapia.
2. La autorización apropiada de los sujetos y la facilidad deberían obtenerse con anterioridad a emprender la investigación.
3. La participación de los sujetos voluntarios en la investigación debe ser posterior a una explicación a los sujetos (o a los tutores) de todos los riesgos potenciales y posibles beneficios de la participación en el estudio. El sujeto es libre para retirarse del estudio en cualquier momento.
4. La confidencialidad de los sujetos debería mantenerse en el informe de los resultados de la investigación.
5. En publicaciones o presentaciones profesionales, el musicoterapéuta asignará los méritos de todos los que han colaborado en el trabajo, en proporción a su contribución.

"Si tomamos al hombre simplemente como es, lo hacemos peor.
Si lo tomamos como debe ser, lo convertimos en lo que puede llegar a ser".
Goethe

ALGUNAS CUESTIONES A CONSIDERAR…

La Musicoterapia ha atravesado diversos períodos, pero es indiscutible, que la profesión está fortalecida y emergiendo hacia una autonomía auténtica.

Esta experiencia nos confronta con situaciones extremas y movilizantes que me llevaron a considerar y reflexionar sobre mi procedimiento ético y moral.

- Humildad y prudencia… que nos posiciona frente al otro con una actitud de servicio alejada de la soberbia, omnipotencia y reafirmación de sí mismo, que muchas veces se cree que el conocimiento confiere.

Adhiero al aforismo: "La humildad consiste en callar nuestras virtudes y permitirle a los demás descubrirlas. Nadie está más vacío, que aquel que esta lleno de "yo mismo".

- Sensibilidad… para percibir y comprender.

- Compromiso…incondicional para con la causa.

- Respeto…de los dogmas y valores personales, como así por la autonomía de su voluntad.

- Confidencialidad…ser discreto con la historia de vida del paciente. Intervenir en asuntos de gran intimidad sólo con el consentimiento del mismo.

- **Comprensión y paciencia**…humana y profesional.

- Capacitación…que incluye una constante e inacabada formación de nuestra profesión, así como, de aquellas disciplinas de las que podamos servirnos en el área que nos desempeñamos.

- Responsabilidad y constancia…frente a nuestras acciones sin alejarnos de cuestiones morales y éticas.

- Reconocimiento y aceptación… de nuestras limitaciones.

- Comunicación, intercambio y pertenencia…hacia el equipo interdisciplinario con el que trabajamos. Conservando siempre un diálogo respetuoso y constructivo.

- Reflexión...incesante en el proceso. Es ella la que nos restituye la profunda visión de la realidad. Nos permite profundizar, relacionar hechos, experiencias y conocimiento con la situación con la que se trabaja.

2.2.4. Binomio Musicoterapia-Medicina

Kenneth E. Bruscia (1997), en su libro Definiendo Musicoterapia[51] despliega su consideración acerca de la Musicoterapia detallando las áreas y niveles que la componen. Entre ellas, se refiere al área médica afirmando que la misma incluye las aplicaciones de la música y de la musicoterapia tendiendo como fin la prevención, el tratamiento y/o la recuperación de condicionantes médicos. Sostiene que en la práctica se incluyen música en la medicina y musicoterapia en la medicina, agregando:

"En la "música en la medicina" [entrecomillado original] la música se utiliza para influenciar los estados físico, mental o emocional, antes durante o después del tratamiento médico. El fin es preparar al paciente para una intervención médica a la vez que refuerza y facilita el proceso real del tratamiento o convalecencia. También están incluidos los efectos directos de la música sobre el cuerpo".[52]

"En "musicoterapia en la medicina" [entrecomillado original], el terapeuta utiliza las experiencias y las relaciones que se ellas se desarrollan como medio para ayudar a pacientes médicos a conseguir un mayor control sobre su enfermedad, tratamiento o convalecencia. Aquí los objetivos son médicos y/o psicoterapéuticos por naturaleza, y el centro de interés puede que esté en

---

[51] BRUSCIA, KENNETH. (1997). "Definiendo la Musicoterapia". Ed. Amaru, Salamanca, España, 1997.

[52] Ídem 15. p. 106.

influenciar la condición médica en sí misma o construir un estilo de vida que ayude al cliente a superar o manejar sus problemas de salud". [53]

Así sostiene que la distinción entre los "usos médicos de la música" y la "musicoterapia" es la relativa importancia de la relación que se establece entre el cliente y el terapeuta, ya que en la "Musicoterapia en la medicina" lo que juega un papel central dentro del proceso de intervención, es la relación cliente-terapeuta, mientras que la relación cliente-música tienen menor importancia. Sin embargo, lo que sucede en la "música en la medicina" es justamente lo contrario, debido a que la relación cliente- música toma el rol central.

Si bien sus diferencias son expresadas en las definiciones diseñadas por el autor, a continuación sumo algunas consideraciones sobre éstas:

MUSICA EN LA MEDICINA	***MUSICOTERAPIA EN MEDICINA***
…. Dar confort, atender síntomas y mejorar la calidad de vida. Música **como** terapia. El rol del musicoterapéuta definido por el encuadre y funciones atribuidas a la música.	*…Puede colaborar con un abordaje psicoterapéutico cuando comparte con la psicoterapia sus objetivos…* Música utilizada **en** Terapia. El rol del musicoterapéuta definido por las necesidades del paciente. El musicoterapéuta es a la música como la música al musicoterapéuta. La música es utilizada para

[53] Ídem 15. p. 107,108.

➢ El musicoterapéuta intensifica y facilita efectos directos de la experiencia sonora sobre el cliente. ➢ Proceso relativamente breve.	establecer o intensificar la relación cliente-musicoterapéuta. ➢ Proceso relativamente prolongado.

Cheryl Dileo profundiza en el tema planteando diferencias entre dos términos: Musicoterapia en Medicina y lo que se denomina Music Medicine (Música en medicina). Así, en el libro Music Therapy and Medicine[54] se definen dichas diferencias en un cuadro comparativo. A continuación se expresan las mismas:

[54] DILEO, C. (1999). "Introduction to Music Therapy and Medicine: Definitions, Theoretical Orientations and Levels of Practice". In Music Therapy an Medicine: Theoretical and Clinical Applications. Temple University: American Music Therapy Association, Inc (traducido por Nuria Marsimian, p. 4)

	MUSICOTERAPIA	***MUSIC MEDICINIE***
Música	SI	SI
Música elegida/ pre-seleccionada	Generalmente no	SI
Relación a través de la música	SI	NO
Musicoterapeuta	SI	NO
Proceso de Assessment	SI	Algunas veces
Evaluación	SI	Algunas veces
Objetivos	SI	Generalmente no
Proceso	SI	NO
Auto-ayuda	NO	Algunas veces
<u>Tipo de experiencias:</u> ♬ Receptivas ♬ Improvisación ♬ Recreativas ♬ Composición ♬ Actividades ♬ Artes combinadas	 SI SI SI SI SI SI	 SI NO NO NO NO NO

"*Music medicine es típicamente utilizada por personal médico (no terapeutas, como psiquiatras, enfermeras, dentistas, y otros profesionales de la salud) como un adjunto de varios tratamientos y situaciones médicas. Muchas veces representa una necesidad de proveer una intervención no farmacológica para el stress, la ansiedad y el dolor del paciente medico".*[55]

La Musicoterapia, en cambio, *"en su abordaje para pacientes médicos, siempre implica un proceso terapéutico, un Musicoterapéuta y una relación que se desarrolla en la música y en le proceso (Dileo, 1997a, 1997b, 1997c, 1997d, 1997e, 1998, Dileo-Maranto, 1991, 1992, 1993a, 1993b, 1994, 1995, 1996ª, 1996b, 1996c, Wigram&Dileo)".*[56]*]*

2.2.5 Musicoterapia en Cuidados Paliativos

Bruscia ha plasmado en su Libro *Definiendo la Musicoterapia*…

"En la Musicoterapia en atención paliativa, el terapeuta y el cliente trabajan juntos durante un período de tiempo, utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a partir de ellas como un medio para examinar y trabajar las cuestiones que emergen durante los estados terminales del proceso de muerte."[57]

2.2.6. Musicoterapia paliativa

Cuando tuve acercamiento a los conceptos con anterioridad mencionados -personal y profesionalmente- , tuve la necesidad de ahondar sobre ellos (a fin de esclarecer aún más), cuestiones que hacen al ECROMT PALIATIVO.

---

[55] Ídem. p, 2.

[56] Ídem. p, 3.

[57] BRUSCIA, KENNETH. (1997). "Definiendo la Musicoterapia". Amaru, Salamanca, 1997.

La Organización Mundial de la Salud define los Cuidados Paliativos como:
"*Un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales".*[58]

Considero que la necesidad de conocer el universo de la persona enferma requiere de un abordaje multicéntrico[59], dicho concepto es el polo estructurante de la Musicoterapia Paliativa.

Meeroff dice:
"*Debemos eliminar la pretensión de algunos de poner límites a la investigación preestableciendo que hay terrenos vedados o conceptos que ya no pueden ser motivos de discusión. La ciencia reclama la libertad de pensar, expresar la libertad de pensamiento, estudiar, crear*". [60]

Lo que he dado en llamar **Musicoterapia Paliativa (MP):** Comprende el *abordaje multidimensional e integral del paciente*, en donde se ponderan *intervenciones efectivas – afectivas* que tiendan al alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en las personas que sobrellevan *enfermedades crónicas, avanzadas, progresivas, incurables y potencialmente mortales a corto o mediano plazo*, *mejorando la calidad de vida del paciente* y sus familiares por medio de la

---

[58] Organización Mundial de la Salud, Programas nacionales de control del cáncer. Políticas y pautas para la gestión, traducción de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2004

[59] Las diversas perspectivas de conocimientos en las que se centran los diversos profesionales que conforman el equipo de tratamiento deben centrarse en el paciente. Dicho término guarda relación con lo holístico.

[60] MEEROFF, MARCOS. (1992). "Medicina Antropológica". Asociación Médica Argentina, Bs. As, 1992, p. 14.

utilización de la música y/o deusus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapéuta entrenado.

Esta filosofía (MP) alcanza a niños, adolescentes, adultos y ancianos; y se brinda *desde* la etapa inicial del curso de determinado malestar progresivo, avanzado e incurable.

A continuación profundizo sobre párrafos que hacen a la definición esbozada:

♬ ***Abordaje multidimensional e integral de la persona:***

Efectuar una escucha adecuada de las necesidades físicas, psicológicas, cognitivas, sociales y espirituales que presenta el enfermo. No sometemos al paciente a su entidad biológica.

Se deben diseñar intervenciones que tiendan a la integración de diversos objetivos planteados.

Si bien se trabaja con las repercusiones actuales (focalizada) que la enfermedad tiene sobre el paciente, será necesario, obtener información autobiográfica: sus creencias y valores deben ser respetados.

El abordaje multidimensional integral incluye dentro del proceso una unidad de tratamiento (UT) conformada por:

1- Paciente.
2- Familia.
3- Entorno afectivo significativo.

♬ ***Intervenciones efectivas-afectivas:***

Una intervención efectiva está siempre a disposición de los objetivos específicos que se hayan fijado y ligada al compromiso humano del terapeuta.

La MP se presenta como una forma innovadora en el área de la salud que enfrenta los fundamentos sobre las cuales las prácticas médicas hasta ahora se afirmaban.

El tratamiento abraza relaciones significativas, expresivas, amorosas: fraterno-afectivas-sensibles. Nos referimos a cuestiones que exceden lo transferencial y de difícil (sino imposible) definición. Dichas intervenciones efectivas-afectivas sólo se aprehenden al ser vividas en el contexto terapéutico.

Las personas, que padecen una enfermedad terminal, presentan ciertas características que deben tenerse en cuenta para establecer adecuadamente el plan de tratamiento. Las características que no podemos pasar por alto son:

- Existencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en pacientes, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.

♬ ***Mejorando la calidad de vida*:**

La calidad de vida es definida en relación a los parámetros del paciente y puede ser redefinida las veces que sean necesarias: es un concepto dinámico.

La OMS define la Calidad de Vida como "*la percepción del individuo de su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones".*

El foco central de la MP es asegurar la mejor calidad de vida[61] posible para el paciente, familia y entorno.

Área asistencial de la Musicoterapia Paliativa (ASMP):

[61] Esta noción apunta al bienestar total.

- Enfermedades oncológicas,
- Enfermedades neurológicas evolutivas o degenerativas.
- Enfermedades renales crónicos.
- SIDA.
- Enfermedades metabólicas.
- Enfermedades genéticas.
- EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
- Otras.

Se puede emplear en diversos contextos e instituciones:

- Domicilio de persona.
- Hospicio.
- Geriátrico.
- Unidad específica hospitalaria y/o clínica.
- Consultorio privado.

Dichas situaciones obligan al “enfoque interdisciplinario”, centrado en el paciente, con el desarrollo de objetivos comunes.

El equipo interdisciplinario sustenta el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Paliativos.

La interdisciplina es definida por ser un abordaje en donde cada profesional favorece la comprensión de la problemática del paciente desde el marco teórico que ejerce en forma individual. Así, sinérgicamente con los otros profesionales se proveen máximos de puntos de vista desde los cuales el paciente pueda ser abordado.

“Imaginemos una banda de rock. Ella dispone de instrumentos cuyos sonidos tienen firme identidad individual, pero en concierto su producto musical es algo totalmente distinto y superador de lo que cada instrumento logra en forma individual. La música es lo que es en cuanto síntesis

superadora. Los instrumentos son los saberes particulares. La pieza musical final es la transdisciplina".[62]

En la interdisciplina los marcos teóricos deben interrelacionarse, evitar la confrontación sin caer en el desdibujamiento disciplinar propio de cada participante del equipo; cuidando la alianza al momento de diseñar la direccionalidad de trabajo, en Pro de hallar beneficios en la mejora de calidad de los pacientes.

El equipo apoya a la incorporación de distintas perspectivas.

Ninguna de las disciplinas por sí sola podría comprender y atender al complejo ser humano que habita cualquier enfermedad. No existe una forma única y absoluta de ocuparse del dolor y sufrimiento del paciente: nosotros proponemos una, no la última.

Profesionales de la Salud que conforman el equipo:

- Médicos.
- Enfermeros.
- Farmacéuticos.
- Terapistas Ocupacionales.
- Psicólogos.
- Psiquiatras.
- Fisioterapeutas.
- Musicoterapeutas.
- Trabajadora social.
- Voluntariado.
- Asesores espirituales.
- Otros.

Objetivos Generales de la MP:

[62] http://www.elsantafesino.com/opinion/2004/11/17/3067

- Brindar sostén a la UT otorgando bienestar y calidad de vida.
- Optimizar la comunicación y procurar apoyo emocional.
- Detección y valoración integradora de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.
- Reafirmar el valor de la vida, aún en etapa final.
- Aportar alivio del dolor y demás síntomas.
- Promover al paciente como miembro activo creativo dentro del proceso.
- Respetar la dignidad y autonomía del paciente.
- Apreciar constantemente el alcance las intervenciones, revalorizando los objetivos enunciados al comienzo del tratamiento.
- Reflexionar éticamente sobre nuestro desempeño.
- Permanecer sintonizado con el equipo interdisciplinario**.**
- Contribuir a la elaboración del duelo.

2.2.6.1 Concepto de hombre

Adhiero a lo postulados básicos sobre el hombre planteado por la psicología humanística existencial, a saber:

1. El hombre es más que la suma de sus partes.
2. Lleva a cabo su existencia en un contexto humano.
3. Es consciente.
4. Tiene capacidad de elección.
5. Es intencional en sus propósitos, sus experiencias valorativas, su creatividad y la comprensión de significados.

Además, comparto:

1. El afán por *centrarse en la persona*, su experiencia interior, *el significado* que la persona da a sus experiencias y en la auto presencia que esto supone.

2. *Enfatización* de las *características distintivas y específicamente humanas*: decisión, creatividad, autorrealización, etc.
3. *Mantenimiento del criterio de significación intrínseca* en la selección de problemas a investigar, en contra de un valor inspirado únicamente en el valor de la objetividad.
4. *Compromiso con el valor de la dignidad humana e interés en el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona*; es central la persona tal como se descubre a sí misma y en relación con las restantes personas y grupos sociales.

De sus renombrados representantes adhiero a….

Ludwig Bingswanger

Discípulo de *Husserl* y muy influido por *Heidegger*. Utilizó las categorías heideggerianas en la terapia, tratando de abarcar con ello al hombre en su totalidad, y no sólo a algunas de sus dimensiones.

La comprensión y descripción del mundo del paciente son sus objetivos principales: para ello propondrá un encuentro interpersonal libre de prejuicios entre el terapeuta y el paciente[63].

Para Bingswanger el punto de partida para comprender la personalidad es la **tendencia humana a percibir significados** en los sucesos y, por ello, ser capaz de trascender las situaciones concretas. De Heidegger tomó el concepto de ser-en-el-mundo (Dasein) y lo utilizó en la terapia, llamada **daseinanalyse o análisis del ser-en-el-mundo**, que se basaba en los siguientes puntos:

- Los *trastornos* psicopatológicos representan una *alteración del ser-en-el-mundo*.

[63]http://www.etorredebabel.com/UnedParla/Asignaturas/IntroduccionPsicologia/ResumenManual-Capitulo9.htm

- *El ser-en-el-mundo* tiene estructura y por lo tanto *puede ser estudiado, descrito y rectificado*.
- *La psicoterapia pretende entender el proyecto existencial* de la persona.
- *Busca ayudar a asumir la propia experiencia en toda su plenitud*, descubriendo las formas y áreas de alienación, para recobrar la auto posesión y la autodeterminación.

Estas ideas han influido en la terapia existencial de nuestros días, y en el afán por desarrollar con rigor una teoría de la personalidad que ayudase tanto a la terapia como a la investigación. Se parte de la consideración de **que el auténtico significado es el que las personas construyen por sí mismas**, y se propone que las personas **construyen ese significado mediante un proceso de toma de decisiones**. Los dos *modos básicos de toma de decisiones* son la elección del futuro o la elección del pasado. Para las posibilidades de desarrollo es la **elección del futuro** la más adecuada pues facilita el crecimiento y la autorrealización. La elección del pasado impide el crecimiento, al limitar al sujeto a aquello que ya es experiencialmente conocido.

En cuanto al análisis de las **diferencias individuales,** se entiende que estas van *desde el ser auténtico* (verse capaz de influir en la propia vida a través de las decisiones y elegir el futuro en pensamiento y acción) *al conformismo* (considerarse indefenso ante las fuerzas externas, ser pasivo, elegir el pasado cuando deciden algo,...)

Rollo May:

Un concepto central en la psicología de May: **el dilema del hombre**. *Se origina en la capacidad de éste para sentirse como sujeto y como objeto al mismo tiempo*. Ambos modos de experimentase a sí mismo son necesarios para la

ciencia de la psicología, para la psicoterapia y para alcanzar una vida gratificante. El psicoterapeuta alterna y complementa la visión del paciente como objeto, cuando piensa en pautas y principios generales de la conducta, y como sujeto, cuando siente empatía hacia su sufrimiento y ve el mundo a través de sus ojos. Rechaza las dos alternativas de la consideración del ser humano como "puramente libre" o "puramente determinado" argumentando que ambas suponen negarse a aceptar el dilema del hombre. Introdujo como fundamentales en el contexto de la terapia las experiencias existenciales de la ansiedad, el amor y el poder.

Algunas ***características*** que propone para la ***terapia existencial***:

1. **Objetivo** de la terapia existencial: *aumentar la conciencia del paciente* respecto de su propia existencia y, así, ayudar a que experimente su existencia como real.
2. **La técnica debe estar subordinada y seguir al conocer**. Debe ser flexible y ajustarse a las necesidades de cada cliente.
3. **El terapeuta y el cliente son dos personas en una auténtica relación**. El terapeuta no interpreta los hechos sino que los pone de manifiesto en su relación con el cliente.
4. **Los dinamismos psicológicos no son considerados comunes a la especie humana**; se pone el énfasis en la *significación particular de las dinámicas del cliente* que se derivan del contexto de su vida. El terapeuta no siempre sabe qué es o qué motiva al paciente, y su actitud, más que aplicar una teoría, consiste en escucharle con atención y respeto.
5. **El terapeuta procura analizar todas las formas de comportamiento**, tanto de él mismo como del paciente, **que impiden el encuentro** real entre ambos.
6. **Da mucha importancia al compromiso**, que es el verdadero modo de estar vivo.

Abraham Maslow:

Propone un sistema holístico abierto a la variedad de la experiencia humana y, por tanto, el rechazo del uso de un método único para el estudio de esta diversidad.

El concepto central en la psicología de Maslow es el de autorrealización, entendida como *culminación de la tendencia al crecimiento* que Maslow define como la *obtención de la satisfacción de necesidades progresivamente superiores* y, junto a esto, la *satisfacción de la necesidad de estructurar el mundo* a partir de sus propios análisis y valores.

Maslow establece su jerarquía de necesidades, la más conocida de sus aportaciones. Rechazó las teorías de la motivación que partían de determinantes únicos de la conducta, proponiendo una *teoría de determinantes múltiples jerárquicamente organizados*.

***Niveles*:**

1. **Necesidades fisiológicas** (comida, agua, sueño,...), necesidades que aún perteneciendo a este nivel tan básico tienen un componente de individualidad.
2. Si estas necesidades fisiológicas son razonablemente satisfechas aparece el segundo nivel: las **Necesidades de seguridad**.
3. **Necesidades de pertenencia y amor**. La frustración en este nivel es la principal causa de los problemas humanos de ajuste.
4. **Necesidades de estima**, que incluiría la necesidad de sentirse competente, de ser reconocido por los propios logros y de sentirse adecuado.
5. Finalmente, el hombre se abre a las necesidades de desarrollo, de **autorrealización**.

El proceso que lleva a la autorrealización culmina en lo que Maslow llama "**experiencia cumbre**", que se siente cuando se alcanza una cota como ser humano, un estar aquí y ahora "perdido en el presente", con la conciencia de que lo que debería ser, es. Estas experiencias son perfectamente naturales e

investigables y nos enseñan sobre el funcionamiento humano maduro, evolucionado y sano. Maslow identifica la sanidad, la autorrealización y la creatividad.

Cuando el proceso hacia la autorrealización se corta, aparenten reacciones desanimadoras, compensatorias o neuróticas y la conducta se focaliza hacia la evitación impidiendo el desarrollo autónomo. Maslow propone una concepción de la patología, relacionando la privación de los Valores del ser (o Valores-B, de "being"= ser), con la aparición de determinadas alteraciones, que él llama metapatologías y que entiende como disminuciones de lo humano.

Carl Rogers:

Su método terapéutico, la **terapia centrada en el cliente**, o **terapia no directiva**, parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. El terapeuta debe proporcionar un clima de actitudes psicológicas favorables para que el paciente pueda explotar dichos medios. Dos rasgos principales de la terapia centrada en el paciente:

- La confianza radical en la persona del paciente.
- El rechazo al papel directivo del terapeuta.

Para Rogers el ser humano nace con una tendencia realizadora que, si la infancia no la estropea, puede dar como resultado una persona plena: abierta a nuevas experiencias, reflexiva, espontánea y que valora a otros y a sí mismo. La persona inadaptada tendría rasgos opuestos: cerrada, rígida y despreciativa de sí mismo y de los demás.

Rogers insiste en la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta para el buen resultado de la terapia: las tres principales son la **empatía**, la **autenticidad** y la **congruencia**.

Rogers quiso comprender y describir el ***cambio que sufre el paciente*** cuando se siente comprendido y aceptado por el terapeuta:

- Se produce una **relajación de los sentimientos**: de considerarlos como algo remoto se reconocen como propios y, finamente como un flujo siempre cambiante.
- Cambio en el **modo de experimentar**: de la lejanía con que primero experimenta su vivencia se pasa a aceptarla como algo que tiene un significado, y al terminar el proceso el paciente se siente libre y guiado por sus vivencias.
- Se pasa **de la incoherencia a la coherencia**: desde la ignorancia de sus contradicciones hasta la comprensión de las mismas y su evitación.
- Se produce también un **cambio en su relación con los problemas**: desde su negación hasta la conciencia de ser él mismo su responsable, pasando por su aceptación.
- Cambia igualmente su **modo de relacionarse con los demás**: desde la evitación a la búsqueda de relaciones íntimas y de una disposición abierta.

2.3. ENCUADRE

EL ENCUADRE DEL NO ENCUADRE:

UNA ELECCIÓN DEL PACIENTE

A continuación detallo las condiciones constantes que he establecido, dentro de las cuales se ha desarrollado el proceso musicoterapéutico.

Entendiendo por constante: aquello que se mantiene en forma invariante.

El proceso ha de desplegarse dentro de determinados límites efectivos y, para que éste se valore como tal, ha de exponerse a un trasfondo constante.

El proceso es contenido sonoro: vivido en espacio – tiempo.

El encuadre es armado en función de las necesidades del paciente.

El objetivo primero será atender a dichas necesidades.

Los límites del encuadre son aquellos que el paciente y el terapeuta estipulan; aquellos bajo los cuales ambos (terapeuta-paciente) podamos hacernos responsables del tratamiento.

Lo que define el encuadre es la forma que adquiere cada tratamiento; que no acepta otros límites que los que establecen los tratantes y el musicoterapéuta.

Tres son las constantes que introduzco en el proceso:

1. Espacio de intimidad;
2. Frecuencia y Tiempo;
3. Setting Instrumental;

1. Espacio de intimidad:

El mismo estará circunscripto a la condición - decisión del paciente.

El espacio físico en el que se desarrollan las sesiones son: (adjuntar fotos)

- Habitación de paciente.
- Sala de Musicoterapia (sala de reuniones cedida por la Unidad).
- Otro: Parque, galería del pabellón, etc.

2. Frecuencia y Tiempo:

Como Musicoterapeuta concurría a la Unidad los días miércoles y jueves.

Los miércoles comenzaba asistiendo a la reunión del pase médico y cuando esta concluía (13:30 hs. aproximadamente) comenzaba la rotación con los pacientes. Permaneciendo en la Unidad hasta las 16:30.

Los días jueves de 9 a 13:30 participaba de la reunión del equipo de Psicología. Al finalizar la misma, y si se pactaba previamente (miércoles), alguna sesión con alguno de los implicados se desarrollaba una sesión extraordinaria.

En cuanto a la duración de las sesiones, dentro de la Institución podemos distinguir que el desarrollo de ellas - inicio y final - no obedece a períodos institucionalizados, dicha noción de tiempo responde en primer lugar al interés y estado del paciente y en segundo lugar a factores que se relacionan con procedimientos del musicoterapéuta.

La finalización de la sesión no tuvo tiempo pautado. Se constituyó como la gran incógnita dentro del encuadre. Sólo puedo decir que su aspecto inespecífico se debió en gran parte a que la Musicoterapia en tanto tratamiento, no es un hecho "puntual": es un proceso.

El encuadre no fue entendido como un conjunto de elementos estables en donde la única variable es el paciente. Es decir que dichas cuestiones se fueron edificando en el caso por caso, fue consecuencia y no condición del tratamiento.

3. Setting Instrumental:

El setting compuesto por instrumentos melódicos, armónicos y percusión.

- Guitarra.
- Teclado.
- Metalofón.
- Xilofón.
- *Didgeriddoo*.
- Bongo.
- Instrumentos de pequeña percusión con distintos timbre:

1 guiros.

3 Triángulos de diversas alturas.

1 juego de claves.

1 juego de maracas.

1 juego de cascabeles.

1 juego de Egg Shakers.

1 pandereta.

1 pandero.

♬ Flauta melódica.

♬ 2 juegos de Armónica.

♬ Palo de lluvia.

♬ Baquetas de diferentes tamaños y materiales.

♬ Equipo de música con reproductor de CD.

♬ Grabador Digital.

♬ PC portátil.

♬ Archivos de Música Editada: CD´s creados específicamente con las canciones de intérprete que surgieron dentro de las sesiones, como también, canciones seleccionadas por la musicoterapéuta para posibles intervenciones.

2.3.1. Generalidades de las sesiones

Los objetivos se determinaron sobre la base de la situación del paciente, sus necesidades subjetivas, como así, aquellos aspectos iluminados por los miembros del equipo.

Las intervenciones fueron individualizadas, diseñadas para satisfacer dichos objetivos. Una sesión puede ser acompañada de intervenciones múltiples, o bien, unificadas.

Aquellos miembros[64] de la familia dispuestos a participar de las sesiones junto al paciente son bien recibidos. Al mismo tiempo se ofrece la posibilidad de un abordaje personalizado para cada uno ellos.

Como plantea Liliana Rodriguez[65] al pensar en una estrategia de cuidados, debe tomarse en cuenta la valoración del paciente. Los aspectos más importantes que se deben valorar son:

1- ***Tipo de enfermedad y repercusión para la persona en las diferentes esferas de su vida*.**
2- ***Vivencia de la incapacidad por parte del paciente y de su familia.*** En este aspecto han de valorarse la existencia de ansiedad, sentimientos de

[64] No sólo familiares directos. Se incluyen a los cuidadores, amigos, etc.

[65] Carta Paliativa N°1. Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos. 2004

desvalorización, de estigmatización, hostilidad, temor a la enfermedad y a sus consecuencias.

3- ***Creencias y valores personales y familiares.*** La capacidad de adaptación a la situación de irreversibilidad y la intención de hacerle frente de una manera activa y positiva, están en parte determinada por las propias creencias y conceptos acerca de lo que es importante y lo que es accesorio (concepto de salud y bienestar, belleza, creencia en una vida posterior que compensa los sufrimientos actuales, etc.)

4- ***Limitaciones existentes para afrontar la incapacidad.*** Falsas creencias, falta de apoyo, aislamiento social voluntario o involuntario, falta de conocimientos, situación de precariedad económica, situación geográfica de asilamiento o lejanía de los centros asistenciales.

5- ***Sistemas de apoyo de que dispone la persona y la familia.*** Deben valorarse os recursos de apoyos naturales y organizados que pueden ayudar a los enfermos.

Tipos de sistema de apoyo:

- Naturales:

Familia.

Compañeros de trabajo.

Compañeros de estudio.

Compañeros de culto y creencias.

Amigos, vecinos, etc.

- Sistemas de apoyo organizados:

Servicios sociales institucionales.

Asociaciones de autoayuda.

Organizaciones no gubernamentales y voluntarios.

Ayuda profesional: médicos, enfermeras, asistentes sociales.

En el trabajo de supervisión de Benenzon: “Reflexiones sobre la aplicación de la musicoterapia en enfermos oncológicos terminales”[66], plantea que el enfermo oncológico terminal padece y provoca síntomas psicológicos de aislamiento, regresivos, melancólicos y paranoicos, y a su vez, en el equipo de salud y en la familia provoca reacciones como ansiedad, angustia, marginación, aislamiento y movilización de los núcleos melancólicos y paranoicos.36

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

1. Acompañar al paciente en forma digna y gratificante.

2. Paliar crisis depresivas y los efectos del dolor.

3. Abrir nuevos canales de comunicación y activar los que se han cerrado.

4. Trabajar conteniendo al grupo familiar durante y después de la terapia.

5. Crear red de comunicación y ética entre profesionales, institución, paciente,

grupo familiar y comunidad.

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

Con relación a los instrumentos (setting) propone los de manipulación sencilla, salvo los ya conocidos por el paciente. También recomienda que en algunos casos durante la ausencia del musicoterapéuta, se deje un instrumento al

[66] BENENZON, R. (2002). “De la Teoría a la Práctica”. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.2002. p.225.

paciente, el que se constituye en una prolongación del cuerpo del terapeuta. Por último la voz y el cuerpo son entendidos como objetos intermediarios, debido a que su valoración por parte del paciente y musicoterapéuta es vivida como una sensación vivificante. La grabadora y reproductor serán de utilidad como recolector de las sesiones y para reforzar el vínculo en la ausencia del musicoterapéuta.

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

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

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

Finalmente sugiere detalles técnicos como: llevar instrumentos portátiles en el bolsillo y privilegiar el trabajo con el lado sano del paciente para compensar las

zonas afectadas.

Marly Chagas[67], plantea que la musicoterapia puede ser un gran aporte para los enfermos oncológicos, debido a que la música contribuye a una comunicación significativa, puede traer confort y relajación y ayudar a resolver problemáticas emocionales. Señala además, que los pacientes experimentan depresión, pena, ansiedad, aflicción, relacionada a aspectos objetivos y subjetivos de la enfermedad y hospitalización, así como miedo al dolor y a la muerte, aislamiento, soledad, entre otros. Ella afirma que la musicoterapia ofrece la posibilidad de que estas emociones no sean comunicadas verbalmente y se transformen en una forma expresiva. Renovando las dinámicas internas y externas del paciente y enriqueciéndolas para la vida.

Marly Chagas usa técnicas activas como: improvisación instrumental, vocal, la danza y el canto, con repertorio que identifique al paciente.

Dentro del uso instrumental, usa primero grandes tambores de papel, que son destruidos por el paciente, para canalizar las emociones de dolor y rabia de manera positiva, sin que este sienta culpa por dicha experiencia.

Finalmente, cree que el trabajo del terapeuta debe involucrar a la familia, en especial a las madres de niños o adolescentes con cáncer, para compartir experiencias comunes, favorecer la comunicación de sentimientos, fortalecer la relación amorosa con sus hijos e intercambiar experiencias enriquecedoras.

2.3.2. Metodologías y Técnicas

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

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

Patricia Sabbatella[68] propone las siguientes definiciones:

a) *Modelo:* esquema teórico de un sistema de técnicas o actividades que se utilizan bajo determinados principios filosóficos. Los modelos utilizan diferentes técnicas y se aplican en diferentes áreas de trabajo. El modelo de trabajo determina la orientación y el enfoque del tratamiento. Las palabra se foque y orientación son sinónimos de modelo.

b) *Metodología:* conjunto de supuestos teóricos y principios que justifican la sets raterías, métodos o técnicas basados en modelos filosóficos. En musicoterapia se aplica a la manera de realizar el trabajo en la practica clínica.

c) *Método:* proceso u orden a seguir para conseguir una finalizada. En musicoterapia se ultima como sinónimo de metodología o de técnicas de trabajo. Los métodos utilizan unas técnicas especificas de trabajo bajo un determinado modelo teórico.

d) *Técnica:* conjunto de procedimientos y recursos que se utiliza para alcanzar un objetivo. En musicoterapia se utilizan como sinónimos de método o metodología..

e) *Procedimiento:* método para hacer determinada cosa. En musicoterapia se utiliza como sinónimo de actividades.

---

[68] Sabbatella, P. (1999). “Metodología General y Técnicas de Trabajo en Musicoterapia”. Libro: *Música y Salud: Introducción a la Musicoterapia II*. Mª Jesús Chichón Pascual y col. Servicio de Publicaciones Universidad Nacional de Educación a Distancia.

2.3.2.1. Metodología utilizada

a) *Encuentro con el paciente:* Lo que define el encuadre es la forma que adquiere cada tratamiento; que no acepta otros límites que los que establecen los tratantes y el musicoterapéuta:

b) Las intervenciones se organizaron en tres momentos:

Inicial o diagnóstico.

Intermedio o desarrollo.

Final o cierre.

c) Las sesiones toman como referencia los pasos secuenciales propuestos por Benenzon[69]:

"Cada sesión significa abrir un espacio y una relación en el no verbal. En forma inmediata, coloca a paciente y Mt. En un estado regresivo; es decir, revivir, recomponer, reestructurar los momentos de la infancia, de la etapa uterina y de las etapas arcaicas por las que cada uno de ellos ha pasado.
Es repetir y repetir, de una u otra manera, la historia de ese individuo entremezclada con la del Mt.
Y este fenómeno se realiza con todo el cuerpo, con todas las formas expresivas que en aquel momento se pongan en funcionamiento.

[69] BENENZON, R. (1998). "La Nueva Musicoterapia". Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 1998, p.77.

Pero lo mas importante del encuadre musicoterapéutico es que la regresión es un fenómeno bipersonal… Se produce al compartir la comunicación analógica de una sesión de musicoterapia, al acompañar al paciente y servirle de punto de referencia prospectivo".[70]

"… La conceptualización formulada por el Dr. Benenzon para la descripción y la comprensión de las manifestaciones del "si mismo" desde lo córporo-sonoro-musical nos propone una teoría de la personalidad que incluye como variable constitutiva la idea de nuestra corporeidad y de nuestra sonoridad. Entonces, el concepto de ISO nos permite simbolizar un fenómeno observable de la interacción humana, que a su vez reformula la complejidad de los procesos internos del hombre".[71]

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

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

3) *Aislamiento reflexivo-activo:* Finalmente el musicoterapéuta deja de actuar y disocia su atención entre su acontecer interno y externo. También se realizó la variación de acompañar con un pulso, con ritmos simples y constantes y centrar la atención en el paciente y en las propias sensaciones. Después de la improvisación activa se habilita el espacio verbal si ésta es fuera una necesidad del paciente.

---

[70] BENENZON, R.(2000). "Aplicaciones clínicas de la Musicoterapia". Lumen, Bs. As., 2000.

[71] WAGNER GABRIELA.(1998)." La musicoterapia y los musicoterapéutas". Aportes para la construcción de un marco teórico referencial musicoterapéutico. Actas de I Simposio Argentino de Musicoterapia. Buenos Aires, Asam, Mayo de 1998.

2.3.2.2. Técnicas utilizadas

Pasivo-Receptivo Vs. Activo-Creativo

A grandes rasgos, la denominación de activo o pasivo responde al hecho de implicar una acción externa o interna por parte del paciente, por ejemplo, la acción "externa", visible, de tocar un instrumento, de bailar, de cantar... o la acción "interna" de escuchar, de imaginar, de sentir...

Cuando la experiencia es activa, la terapia tiene lugar dentro y a través de los esfuerzos del paciente para actuar, improvisar o crear música, bien sea solo o con otros. Aquí, la experiencia activa, bien provee directamente beneficios terapéuticos como estímulo principal de cambio, o lleva un proceso de respuesta, o desencadena un pro- ceso terapéutico de cambio.

Cuando la experiencia es receptiva, la terapia tiene lugar como resultado de la escucha del paciente, entrando en ella, o recibiendo la música misma. Las experiencias receptivas pueden influir la escucha de música en vivo o música grabada, que puede ser improvisada o pre compuesta por el paciente, terapeuta y otros. 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. El proceso de cambio terapéutico puede tener lugar durante o después de la experiencia de la escucha, y puede implicar respuestas musicales o no musicales.

En la terminalidad, la llamada musicoterapia activa estaría dirigida a aquellos pacientes que aún tienen posibilidades de movilidad, de participación en la actividad musical.

La musicoterapia pasiva o receptiva estaría indicada para aquellos pacientes que, no pudiendo participar de la actividad musical en forma activa puedan tener beneficios a partir de la recepción musical.

Es también posible encontrar pacientes a los que ofreceremos la combinación tanto de la musicoterapia activa, como de la pasiva.

Para ambas será esencial tener en consideración tanto la recopilación de datos sobre el paciente como la ficha musicoterapéutica, la cual se podrá completar por la información que el paciente nos aporte, o en la imposibilidad de que el paciente nos pueda comunicar estos datos, el informador podrá ser algún miembro de la familia o cuidador.

INCLUYEN PARTICIPACION…

- Paciente.
- Paciente -Terapeuta.
- Paciente - Familia/ entorno significativo.
- Paciente - Familia/ entorno significativo - Terapeuta.
- Otra variante posible.

Activas- Creativas:

♬ Improvisaciones referenciales y no referenciales: Se consideró siempre el estado en que se encontraba el paciente al iniciar la sesión, y a partir de éste, se formularon consignas verbales directivas y semi directivas como:

- Presentación.

- Sonorizar una emoción.

- Evocación de lo acontecido durante la semana.. o a modo de cierre, lo vivido y sentido durante la sesión.

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

Identificando un tema[72]: A través de la verbalización del paciente de una sensación o acontecimiento ocurrido durante la semana, se detectó un tema o sensación de importancia y se improvisó sobre él, profundizándolo durante la sesión. En otras ocasiones el tema se extendió a más de una sesión.

Debatiendo la improvisación[73]: Al terminar la improvisación se debatían las sensaciones inmediatas e impresiones, a modo de invitación, solo si el paciente estaba de acuerdo en hacerlo.

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

Sujeción[74]: Acompañando y apoyando musicalmente al paciente, para que experimentara una emoción intensa.

Para fortalecer el Yo:

Explorando relaciones[75]: El paciente improvisa individualmente representado a través de los instrumentos a su madre, hermana y padre y la relación entre los mismos.

---

[72] Bruscia, Kenneth. (1999).“Modelos de improvisación en musicoterapia”. Agruparte. España. 1999. p. 124.

[73] Op.cit. 128.

[74] Op.cit. 131.

[75] Op.cit. 137

Afirmación y celebración[76]: Se invita al paciente a que imagine o recuerde momentos de alegría o paz e improvise sobre un estado de plenitud.

Comunicación no verbal[77]: Paciente y terapeuta improvisan libremente, sin consignas o título y sin comentarios al final.

Del modelo Benenzon:

Imitación e imitación parcial: El musicoterapéuta reproduce los ritmos del paciente a modo de eco o acompaña imitando algunos aspectos de la producción sonora del paciente.

Preguntas y respuestas**:** El paciente expresa musicalmente y el musicoterapéuta responde con otras producciones sonoras.

Asociaciones corporo-sonoro-musicales: Producciones sonoras del musicoterapéuta que están vinculadas al impacto que la comunicación con el paciente le provoca.

♪ Trabajo con canciones:

Even Ruud sostiene que las canciones siempre tuvieron un lugar destacado dentro de la caja de herramientas de un musicoterapéuta.

Las canciones suelen acompañar las diferentes etapas de la vida de una persona.

La canción permite la expresión propia del paciente, su manifestación. posibilita el abordaje de sentimientos, emociones, conflictos o situaciones a veces extremas, como resulta el padecer una enfermedad terminal.

El musicoterapéuta ofrece , en el contexto terapéutico, junto a el, un recurso propio que le permite auto expresarse: la canción.

---

[76] Ibíd.

[77] Op.cit. 138.

Creación de canciones: Paciente y terapeuta generan un espacio para la creación de canciones basadas en los temas o sensaciones que surgen del paciente.

Improvisación de canciones: El paciente improvisa una canción, creando una línea melódica a un texto o los dos elementos simultáneamente.

Grabación de canciones creadas: se realizaba después de cada proceso creativo para registrar la producción sonora.

Inducción evocativa consciente: Acerca de la modalidad de inducción evocativa escribió la colega Cora Diaz de Chumaceiro en el libro de K. Bruscia "The Dynamics of Music Psycotherapy".

Sintéticamente, se le pide al paciente que busque, en el archivo de su memoria, una o varias canciones, relativas al tema que se está trabajando en la sesión. Esta tarea puede realizarla de manera individual, con la ayuda del musicoterapéuta. Se suele utilizar este recurso para ilustrar una situación, para dedicarle la canción simbólicamente a alguien implicado en la situación o el tema que se está tratando en la sesión.

Canto con música editada: Consiste en la audición conjunta de música editada en la que el paciente, y en ocasiones también el musicoterapéuta acompañan vocalmente una canción teniendo diferentes objetivos. Cantar sobre música editada genera un clima de confianza que posibilita desde la previsibilidad brindar al usuario seguridad para permitirse expresar vocalmente, disminuyendo la ansiedad y el miedo a la exposición. Habitualmente las personas sienten vergüenza de cantar frente a otra persona, y el acudir a canciones que forman parte de su repertorio cotidiano constituye la forma más sólida de soporte para la expresión vocal.

Legado sonoro: A menudo encontramos que los pacientes no encuentran las palabras precisas, suficientes para expresar sentimientos, emociones, silencios.

No sólo eso. Una vez que se encuentran no se halla el momento adecuado para trasmitirlas. De mano de la tecnología acercamos al paciente una solución a dicha situación.

Life review: Es una técnica que permite que los pacientes puedan reflejar los logros y pesares de la etapa terminal, ya que con la cercanía de la muerte necesitan hacerlo y así llegar a comprender el sentido de sus vidas.
La técnica consiste en que el paciente recuerde canciones y músicas de su historia, y las puedan volver a escuchar, cantar, y acompañar con instrumentos, junto al musicoterapéuta.

Hogan expresa que debido a la gravedad que presentan algunos pacientes, se les dificulta recordar sus vidas completas, y el líder review les permite hacer memoria sobre periodos específicos de su historia, dándoles valor y logrando que no queden en el olvido.

El conjunto de los recuerdos de eventos, personas o lugares que la música les hace recordar a los pacientes muchas veces se manifiesta a través de los sentidos kinestésicos, visuales y auditivos.

Hogan afirma que a través de la discusión de la importancia y relevancia de los recuerdos de los pacientes asociados a la música, ellos pueden ver mas claramente el valor de sus vidas, y esto les permite valorarse a si mismos y darle un significado y propósito a sufrimiento.

Según Luiz Milleco[78], la aparición de una canción se debe a dos formas de recordar:

- *Recuerdo exterior:* desencadenado por un estímulo musical externo (audición reciente de esa melodía o intervalo musical).
- *Recuerdo interior:* surge de la libre asociación, a partir del propio flujo de pensamientos, del musicante, significante musical “que se introduce en la cadena

[78] MILLECO, LUIS. Es preciso cantar. Pag. 3

de significantes como una grieta aparentemente casual que señala un camino, explica al pensamiento algo acerca del sentimiento relacionado con una idea, frase, imagen o situación vivenciada momentáneamente

Pasivas-Receptivas:

♪Baño sonoro: Dependiendo de las necesidades o dificultades del paciente para poder trabajar de forma activa, se concibe la posibilidad de hacer masajes o baños sonoros a través de determinados elementos musicales con alto poder terapéutico. Esta técnica es muy útil con pacientes con movilidad casi nula.

Se trabajará con cuencos cantores, didgeridoo y otros elementos melódicos o percutivos sutiles.

♪Relajación progresiva o diferencial con música editada o en vivo: Consiste básicamente en enseñar al paciente a relajarse por medio de ejercicios en los que tense y relaje de forma alternativa sus distintos grupos musculares. Se busca que el sujeto aprenda a percibir las sensaciones de tensión y distensión que provienen de sus músculos y como éstas se modifican al realizar los ejercicios correspondientes. Como objetivo: conseguir que el paciente aprenda a identificar las señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión y una vez identificadas pueda poner en marcha las habilidades adquiridas para reducirlas.

Dicha relajación ha sido adaptada de su original planteada por Jacobson. La particularidad reside en acompañar la misma con música grabada o en vivo.

El paciente cuenta con una herramienta para ser implementada en momentos de ansiedad, insomnio, dolor, etc.

♪Audición de música editada: Es una técnica receptiva durante el transcurso de prácticamente todos los procesos musicoterapéuticos.

Existen dos tipos de audiciones[79]:

1- Audición que acompaña un momento o un intercambio verbal entre paciente y musicoterapéuta. Esta modalidad suele utilizarse al principio de los procesos en donde las personas, a partir de elegir música editada para escuchar utilizan ese momento para relatar situaciones de su vida cotidiana, hace referencias sobre los intérpretes o instrumentos, sobre el género musical y otras consideraciones, permitiendo que disminuya la ansiedad y la resistencia en los procesos.

2- Audición que posibilita la escucha. La escucha conjunta de música editada suele ser utilizada como una actividad en la que musicoterapéuta y usuario comparten receptivamente, en un clima de intimidad la escucha de una secuencia grabada, que da cuenta o está relacionada con la problemática que se está desarrollando en ese momento. La música editada podrá ser propuesta por el musicoterapéuta o el usuario, pudiendo desarrollarse en cualquier momento de la sesión."

En síntesis, las técnicas utilizadas pueden agruparse en 3 grupos:

1) Experiencia receptiva.
2) Experiencia activa.
3) Experiencias combinadas: las anteriores se combinan durante una misma sesión; o bien, a lo largo del proceso musicoterapéutico.
4) Experiencias combinadas con modalidades artísticas: tales como la danza, la poesía, la plástica.

Algunas de las actividades posibles en este tipo de experiencia puede ser el recitado de un poema y su posterior musicalización; acompañar con el movimiento la escucha de una canción; la creación de instrumentos, entre otras.

[79] SCHAPIRA, D. FERRARI, K. SANCHEZ, V. HUGO, M. (2007)." Musicoterapia Abordaje Plurimodal", Buenos Aires, ADIM Ediciones, 2007

.

CAPÍTULO III

3. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:

Definida como un ***estudio de tipo exploratorio*** debido a que su objetivo es la indagación de un tema escasamente estudiado, un fenómeno relativamente desconocido: la Musicoterapia en Cuidados Paliativos es un campo emergente para la Musicoterapia en nuestro país. Y más aún, la inclusión de la misma dentro de una Unidad de Cuidados Paliativos.

Las investigaciones exploratorias son útiles por cuanto sirve para familiarizar al investigador con un objeto que hasta el momento le era totalmente desconocido, aumenta el conocimiento respecto al problema, aclara conceptos,

recopila información acerca de un problema que luego se dedica a un estudio especializado y particular. sirve como base para la posterior realización de una investigación descriptiva, establece prioridades para futuras investigaciones y puede ayudar a precisar un problema o a concluir con la formulación de una hipótesis

Su ***diseño es cuasiexperimental*** ya que los participantes no fueron asignados al azar ni emparejados, son considerados un grupo intacto lo cual significa que tampoco existió un grupo control.

El ***abordaje metodológico es de tipo cualicuantitativo***, el mismo fue diseñado específicamente para esta investigación.

Esta metodología incluyo la ***observación*** y ***análisis*** de lo acontecido en las sesiones por medio de los protocolos diseñados, obteniendo una aproximación sobre la eficacia de la inclusión de la Musicoterapia en dicha Unidad en aquellos pacientes que recibieron asistencia musicoterapéutica.

Hacia la finalización de la rotación se realizó una ***encuesta dirigida a los miembros del equipo de la Unidad*** con el fin de obtener valoraciones acerca de la Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos – Fundación Femeba del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

Se indagó sobre el ***estado de arte de la Musicoterapia en Cuidados Paliativos*** en diferentes bases de datos y se incluyeron - en la encuesta - los indicadores asociados a diversos estudios que incluían la Musicoterapia en tratamientos de enfermedades terminales.

La encuesta a los profesionales incluye la consulta de aquellos indicadores que podrían usarse con fines musicoterapéuticos para determinar la pertinencia de la musicoterapia frente a las necesidades de los pacientes en cuestión.

3.1. HIPÓTESIS

3.1.2. Historia de la Hipótesis

Aunque en un comienzo la idea de Investigación era muy amplia, sabía claramente que el foco de interés para el desarrollo de la investigación debía estar centrado en una unidad de cuidados paliativos.

Así me dispuse a recolectar información sobre la existencia de dicho servicio a nivel nacional; y específicamente, aquellos que se desarrollaban en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Pasado un tiempo - final del mes de febrero del año 2007 – me encuentro con la Lic. En Musicoterapia Gabriela Wagner, en una mesa se examen. Charlando, expuse mi deseo de investigar en dicha área. Ella, me alienta y me sugiere que sería provechoso trabajar co- terapéuticamente.

Amablemente, se ofrece a contactarse con algunos miembros de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Agudos Dr. Enrique Tornú - Fundación FEMEBA, que cita en la calle Combatientes de Malvinas 3002, en el barrio de la Paternal, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) Argentina.

Mientras tanto me pongo a la búsqueda de otro musicoterapéuta con entusiasmo de investigar en el área mencionada. Así, encuentro una compañera de ruta: María Vigil.

Para comienzos de Marzo ya habíamos redactado una carta de presentación del Proyecto y se la enviamos a Gabriela para que disponga de ella.

A finales de Marzo Gabriela ya se había puesto en contacto vía e-mail con Noemí Díaz (Psicóloga de la Unidad).

En la primera semana de Abril se coordino una reunión en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Agudos Dr. Enrique Tornú – Fundación Femeba para ultimar detalles sobre la investigación y el modo en que ésta se llevaría a cabo.

A la semana siguiente nos encontrábamos rotando en la Unidad y con la hipótesis que a continuación se enuncia.

3.1.3. Hipótesis de Partida

"La Musicoterapia en Cuidados Paliativos es un campo emergente en nuestro país. Y más aún, la inclusión de la misma dentro de una Unidad de Cuidados Paliativos."

3.1.4. Hipótesis Derivadas

- ✔ "La Musicoterapia contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - Fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) - Argentina".
- ✔ "La Musicoterapia alivia los síntomas de los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - Fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) - Argentina".
- ✔ "La Musicoterapia alivia el sufrimiento de los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - Fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) - Argentina".
- ✔ "Es eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - Fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) - Argentina".

3.2. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

"La Musicoterapia en Cuidados Paliativos es un campo emergente en nuestro país. Y más aún, la inclusión de la misma dentro de una Unidad de Cuidados Paliativos."

3.2.1. Musicoterapia

Actualmente es definida por el Dr. Rolando Benenzon como:

"Una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento, los instrumentos corpóreo-sonoro-musicales y otros códigos no-verbales, acompañando el desarrollo, la elaboración y la reflexión de un vínculo o una relación entre el mupsicoteraéeuta y otro, o un grupo de otros, con el objetivo de mejorar la calidad vida de ellos y favorecer la integración para la sociedad".[80]

Uno de los objetivos de la Musicoterapia es el de establecer una relación, un vínculo entre los implicados.

No sólo se utiliza la música, sino también otros fenómenos sonoros y el movimiento, o sea, todo lo que significa la comunicación no-verbal.

Los instrumentos córporo-sonoro-musicales son las herramientas fundamentales del quehacer musicoterapéutico

Por lo tanto, para establecer una relación, la Musicoterapia utiliza un intermediario no-verbal (comunicación analógica).

3.2.2. Cuidados Paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial».

Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

---

[80] BENENZON, ROLANDO con VIOLETA DE GAINZA y GABRIELA WAGNER. (2008). "La nueva Musicoterapia", nueva edición, corregida y aumentada, Lumen, Bs. As., 2008.p. 7.

Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos: «Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales».

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

• Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.

• Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.

• No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.

• Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.

• Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.

• Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.

• Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.

• Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Bruscia ha plasmado en su Libro *Definiendo la Musicoterapia*…

"En la Musicoterapia en atención paliativa, el terapeuta y el cliente trabajan juntos durante un período de tiempo, utilizando experiencias musicales y las

relaciones que se desarrollan a partir de ellas como un medio para examinar y trabajar las cuestiones que emergen durante los estados terminales del proceso de muerte."[81].

3.2.2.1. Cuidados Paliativos en Argentina

En Argentina, las primeras iniciativas individuales y aisladas vinculadas a los cuidados paliativos surgen a mediados de la década del 80. El primer Programa de Cuidados paliativos, siguiendo los lineamientos de la OMS, comenzó en Buenos Aires en 1985 con el trabajo de la Fundación Prager-Bild.

En septiembre de 1986 se realizó en la Academia Nacional de Medicina en Buenos Aires la Primera Conferencia Internacional sobre Hospice y Cuidados Paliativos.

Durante la misma época, en Marzo de 1985, en la ciudad de San Nicolás, el Dr. Roberto Wenk trabajando con otros profesionales, y especialmente con voluntarios, creó el denominado Programa Argentino de Medicina Paliativa. La base fundamental de ese Programa fue la docencia y especialmente el cuidado paliativo domiciliario, siguiendo las normas de la OMS. Simultáneamente nacen otras iniciativas pioneras en diferentes ciudades: Buenos Aires, Rosario, Córdoba y Mar del Plata, conformándose un conjunto de pioneros en cuidados paliativos de pacientes adultos y pediátricos (Dres. De Simone, Fornells, Germ, Manzini, Pruvost, Saurí, Lic Enf Marta Junin, Lic Psic Noemí Fisman y otros), respaldados y apoyados desde el inicio por líderes internacionales (Robert Twcyross y Mary Baines (UK), Vittorio Ventafrida (Italia), Xavier Gómez Batiste y Marcos Gómez Sancho (España). Se crean servicios de cuidados paliativos en los hospitales dependientes de la Universidad de Buenos Aires, a partir de profesionales pioneros (Instituto Angel Roffo: Dr. A. Saurí, Hospital de Clínicas: Dra. R. Mertnoff,

[81] BRUSCIA, KENNETH. (2007). "Definiendo la Musicoterapia", Amaru, Salamanca, 1997.

Instituto Alfredo Lanari: Dra. V. Tripodoro) así como en diferentes hospitales de la ciudad de Buenos Aires y del interior del país.

En Julio de 1990, en San Nicolás, se realizó el Primer Curso Internacional de Control de Dolor y Medicina Paliativa, contando con la presencia del Dr. Charles Cleeland de EE.UU., del Dr. Eduardo Bruera, líder argentino emigrado a Canadá y representantes de diferentes equipos argentinos que ya estaban trabajando en Cuidados Paliativos.

En 1992 comienza la actividad educativa sistemática con certificación universitaria, a través del programa liderado por el Dr. De Simone en vínculo académico con la Universidad de La Plata y con el Prof. Robert Twycross (universidad de Oxford)

En enero de 1994, después de que aquel grupo de pioneros fundara informalmente la Asociación, se obtuvo la figura legal de sociedad científica sin fines de lucro con personería jurídica. A partir de aquí fueron surgiendo otros equipos en las principales ciudades del país, con sólida formación de sus integrantes (ej.: Rosario, Neuquén, localidades del Gran Buenos Aires, etc.).

La comunicación entre los diferentes equipos fue creciendo, y la Asociación Argentina se transformó en una entidad de encuentro e intercambio de experiencias para todos. A partir del año 2000 y después de largas gestiones se llega a la firma de un convenio de colaboración recíproca entre el Ministerio de Salud y la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP), con el objetivo de impulsar el desarrollo de múltiples actividades. Referentes delegados de los equipos líderes, participan en la redacción de las Normas de Organización y Funcionamiento de los Cuidados Paliativos, aprobadas por Resolución 934/2001 del Ministerio de Salud de la Nación, incorporándose la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica e iniciando el proceso de categorización de servicios.

Se inicia, además, en el terreno académico, el proceso de certificación de la actividad, estableciéndose el vínculo necesario con las instituciones pertinentes. En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires se crea en 2006 el Programa de Residencia interdisciplinaria de cuidados paliativos para la formación de expertos.

3.2.3 Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú – fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) – Argentina

Definición del área asistencial[82]:

La Organización Mundial de la Salud, en su reporte técnico serie 804, Ginebra, 1990 define: "El Cuidado Paliativo como la asistencia activa y total, de los pacientes y de sus familias por un equipo interdisciplinario, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo." Idealmente sus conceptos son aplicables desde etapas tempranas en de la evolución de la enfermedad.

[82] BERTOLINO, MARIELA, WENK, ROBERTO, Concurrencia Post básica en Cuidados Paliativos, Hospital E. Tornú. http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/ciupalconcu.pdf, sin fecha de publicación.

El área asistencial de los Cuidados Paliativos (CP) incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicos, SIDA, enfermedades metabólicas, genéticas, etc., potencialmente letales a corto o mediano plazo, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa.

Comprende el conjunto de acciones médicas, de enfermería, farmacéutico, psicológico, social, espiritual, entre otros, que mejoran la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica, avanzada, progresiva (a pesar de los tratamientos instituidos), incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.

Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas, y entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes, sus familias y su entorno afectivo, a los que llamaremos de aquí en adelante Unidad de Tratamiento (UT).

Un adecuado abordaje de estas situaciones implica un enfoque interdisciplinario, en el cual además del las disciplinas mencionadas anteriormente, son importantes también terapeutas ocupacionales, kinesiólogos y otros agentes de salud.

Este concepto asistencial es aplicable a enfermos niños, adolescentes, adultos y ancianos.

Marco referencial:

La ley Básica de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires incluye entre los derechos de los pacientes, en el caso de enfermedades terminales, la atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento. (N153, /1999).

El Ministerio de Salud de la Nación crea las Normas de Organización y Funcionamiento de Cuidados Paliativos., a través de la RESOLUCIÓN Nº 934/01, expediente 1-2002- 12939-99-1, del 22 de agosto de 2001.

El Ministerio de Salud de la Nación incluye los Cuidados Paliativos en el Programa Medico Obligatorio en el año 2001 y en el PMO de Emergencia en el año 2002.

Resolución 45-SSPMA-86 (B.M. 17763), que regula la Concurrencia.

Recomendaciones de la Organización Mundial De La Salud:

Desde 1982 la OMS organizó e implementó un proyecto de alivio de dolor por cáncer y Cuidados Paliativos que demostró su eficacia para la mayoría de los pacientes con cáncer en muchos países con diferentes sistemas de asistencia sanitaria.

En 1990 en su informe 804, destaca como objetivos de los Cuidados Paliativos:

- Reafirmar la importancia de la vida, aún en su etapa final.
- Establecer un cuidado que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga artificialmente.
- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiantes.
- Integrar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Facilitar que el enfermo lleve una vida tan activa como sea posible.
- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el duelo.

Para el logro de estos objetivos propugna, en 1996, una estrategia cuyos componentes básicos son:

-Políticas nacionales o estatales favorables mediante apoyo oficial a las actividades de educación y disponibilidad de fármacos.

-Programas educativos dirigidos al público, al personal de salud, a las autoridades de reglamentación, etc.;

- Políticas de gobierno: normas nacionales o estatales que destaquen la necesidad de aliviar el dolor crónico en el cáncer y promover e implementar los Cuidados Paliativos.

Las medidas para llevarlo a cabo deben incluir:

- La implementación de recursos específicos.
- La mejora de la atención en los recursos ya existentes (Atención Primaria, Hospitales generales y Centros de larga estancia):La formación de profesionales, la educación de la sociedad y su participación a través del voluntariado

Objetivos generales de los Cuidados Paliativos:

a- Detección y evaluación de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales de las personas con enfermedad avanzada, progresiva a pesar de los tratamientos instituidos, incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo.

b- Promoción e implementación de estrategias interdisciplinarias de cuidado del paciente y su familia destinados a proporcionar bienestar y calidad de vida hasta el final de la vida.

c- Establecimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos destinados a brindar alivio del dolor y/o cualquier otro síntoma que produzca sufrimiento al paciente.

d- Implementación de planes para el adecuado acompañamiento y apoyo emocional del paciente y su familia, durante el curso de la etapa paliativa de la enfermedad. Disponibilidad de ámbitos o sistemas de soporte para brindar seguimiento de duelo a la familia y/o entorno significativo que lo requiera luego de la muerte del paciente.

e- Promoción de sistemas de detección y prevención de secuelas en la familia y/o en el entorno significativo.

f- Organización y ejecución de medidas de prevención de síntomas de agotamiento en los cuidadores profesionales o no profesionales.

g- Promoción de conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y familia.

h- Organización de estrategias de tratamiento para los equipos asistenciales ante la presencia de síntomas de agotamiento en sus miembros.

i- Optimización en la dispensación de estupefacientes y su seguridad tanto en farmacias oficinales como institucionales.

j- Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento.

Funciones comunes a las distintas áreas del equipo de CP:

- Evaluar grado de sufrimiento físico, psíquico, social y espiritual.
- Identificar necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y familia o entorno significativo.
- Implementar medidas o estrategias de tratamiento en las distintas áreas destinadas a aliviar el sufrimiento.
- Registrar las evaluaciones realizadas y las estrategias instituidas
- Capacitar a la unidad de tratamiento para optimizar su capacidad de cuidado.
- Prevenir la claudicación familiar.
- Valorar resultados de los tratamientos instituidos.
- Detectar indicadores de riesgo de duelo patológico.
- Coordinar los cuidados entre el equipo interdisciplinario.
- Brindar asesoramiento y educación a la comunidad sobre aspectos generales de la repercusión de la enfermedad, la muerte y el duelo.
- Elaborar y/o utilizar material de capacitación (escrito u audiovisual) para la Unidad de Tratamiento.
- Implementar estrategias para resolver las urgencias y emergencias.
-Trabajar en forma interdisciplinaria en la toma de decisiones de situaciones clínicas dilemáticas.
- Realizar reuniones familiares y/o multifamiliares de esclarecimiento y apoyo emocional.
- Realizar seguimiento de evaluación telefónico.
- Realizar actividades preventivas de síndrome de desgaste profesional.
- Realizar evaluación de resultados y de costos.
- Realizar evaluación de calidad de atención.

- Brindar servicios de interconsulta a otros niveles de C.P. y/u otras especialidades.
- Analizar la problemática de la atención desde la ética aplicada.
- Responder consultas, capacitar y promover recomendaciones sobre aspectos éticos en Cuidados Paliativos y el final de la vida.
- Brindar asesoramiento en Cuidados Paliativos a organizaciones socio-sanitarias gubernamentales y no gubernamentales.
- Realizar acciones de capacitación y docencia incidental y sistematizada, interna y externa en Cuidados Paliativos.
- Desarrollar protocolos de investigación científica en las distintas áreas.
- Realizar evaluación de calidad de atención.

Funciones del área médica en CP:

a- Establecer estrategias de intercambio de información con el paciente y la familia que favorezcan la comunicación fluida, abierta, veraz y dosificada, en temas relacionados al diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas.

b- Indicar el tratamiento adecuado a cada síntoma según las mejores evidencias médicas.

c- Aliviar el dolor de acuerdo con el método de la escalera analgésica de la OMS y otras recomendaciones nacionales e internacionales reconocidas (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, Asociación Europea de Cuidados Paliativos, Asociación Americana de Hospicios, etc.)

d- Proveer control de otros síntomas: Ej., respiratorios, digestivos, trastornos cognitivos, etc.

e- Evaluar, en forma permanente, la eficacia de los tratamientos indicados.

f- Prescribir tratamientos farmacológicos de segunda o tercera línea (uso de fármacos con diferente mecanismo de acción o asociaciones de fármacos)

ante la falla de los anteriores para realizar control del dolor y otros síntomas.

g- Utilizar de dispositivos de infusión en los casos en que la administración de medicamentos no pueda realizarse de una forma más simple (ej. por vía oral, rectal o subcutáneas intermitente).

h- Indicar las interconsultas con los profesionales de las distintas áreas de apoyo (radioterapeuta, oncólogo, cirujano, etc.)

i- Indicar las interconsultas para realizar tratamientos invasivos cuando éstos estén justificados (Ej.: gastrostomías, bloqueos antiálgicos, colocación de catéteres raquídeos, stents o endoprótesis, etc.

j- Realizar monitoreo de opioide o drogas utilizadas en dispositivos de infusión en síntomas de difícil control.

Categorización por niveles según riesgo del paciente:

Las Normas Organización y Funcionamiento de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud de la Nación establecen que el nivel de riesgo del paciente está basado en el grado de sufrimiento o de deterioro de la calidad de vida en relación a la patología padecida y no a la probabilidad de morir. Se considera la muerte como un evento natural de la vida y esperable dada la evolución de la enfermedad.

Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Tornú:

El movimiento de constitución de la unidad se fue realizando por etapas. En el origen, hace aprox. 10 años, el interés vocacional y profesional de la Dra. Mariela Bertolino la llevó a emprender el proyecto de instaurar los CP en el Hospital, para lo cual comenzó a trabajar en las áreas de consultorios externos, interconsulta y hospital de día. Luego se incorporaron algunos profesionales, a

partir de los cual se incluyó la atención a domicilio – dispositivo que se sostuvo por el lapso de 8 años - , y tiempo después se obtuvo una dotación de camas de internación propias

La Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) es una estructura única dentro de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Representa los resultados de la colaboración ininterrumpida del Hospital Tornú y la Fundación FEMEBA desde el año 1996 a la fecha, siendo la primer Unidad del país en tener un área de internación específica para CP.

Su complejidad corresponde al Nivel 3 de Categorización según Normas Nacionales de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud de la Nación.

La Dra. Mariela Bertolino, referente en Cuidados Paliativos, coordinadora del dispositivo existente en dicho hospital, define los CP como: "Una atención interdisciplinaria dirigida a disminuir el sufrimiento de pacientes con enfermedades avanzadas y potencialmente mortales. La unidad de atención está conformada por el paciente y su núcleo afectivo. El enfoque debe incluir una buena evaluación, basada en una estrategia multidimensional, de los aspectos físicos, emocionales, espirituales y prácticos concernientes a las problemáticas que se presentan en dicha unidad de tratamiento. Este trabajo debe enmarcarse en un análisis de ética aplicada que permite guiar, cuestionar y fundamentar las decisiones".[83]

Funcionamiento General:

El servicio desarrolla sus actividades siguiendo los lineamientos la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de la Dirección del Hospital E. Tornú con sus departamentos de Medicina, de Enfermería, de Farmacia, del Comité de Docencia e Investigación y de la Fundación FEMEBA.

Se recurre al comité de Bioética para presentar proyectos de investigación y solicitar el análisis de los casos dilemáticos.

[83] Defensoría del Pueblo de la Nación, Propuestas para mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales. Bs. As., 2007, pp. 84, 85.

Se desarrollan actividades asistenciales de los pacientes y su entorno afectivo, docencia en el pre y post grado de enfermería y de medicina; investigación clínica y epidemiológica, así como actividades con Asociaciones Científicas.

Recursos Humanos de la Unidad de CP:

El equipo está compuesto por profesionales que trabajan exclusivamente en la UCP y otros que pertenecen a otros servicios del Hospital, además de la UCP.

La UCP está integrada por 29 profesionales, cuya modalidad de inserción incluye personal de planta con dedicación exclusiva y con dedicación parcial.

Hablamos de 5 médicos, 8 enfermeros, 2 psicólogas, 1 secretaria, 12 voluntarios, 1 consultora en Bioética, residentes de 1ero. Y 2 do. Año de la Residencia Post-básica de la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, concurrentes, talleristas y rotantes ad- honorem, 1 trabajadora social, farmacéuticos, 1 kinesióloga, 1 psiquiatra, terapistas ocupacionales, 2 sacerdotes.

Planta física:

Tiene una superficie de 255 m^2, con las siguientes áreas:

- Atención ambulatoria y hospital de día.
- Internación específica con capacidad para 4 pacientes.
- Enfermería.
- Sala de estar y cocina para pacientes y familias.
- Voluntariado.
- Docente.
- Administrativa.

Las instalaciones están acondicionadas con una ambientación cálida que la hace similar a un hogar manteniendo la provisión de todos los elementos necesarios para la asistencia profesional de los pacientes.

Posee dos consultorios propios, una sala dispuesta para las reuniones y permanencia de los familiares de los pacientes internados y otras instalaciones destinadas al desarrollo de las actividades de la unidad.

Se proyecta la ampliación del espacio físico con el objetivo de aumentar la cantidad de camas de internación.

Actividad Asistencial:

- Consultorios externos.
- Hospital de día.
- Internación específica de CP.
- Interconsulta en salas de internación y de guardia.
- Cuidados domiciliarios.

Funcionamiento del Área de Internación Específica en CP:

Corresponde a las únicas camas de internación permanente en CP de los Hospitales de la Secretaría de Salud de Buenos Aires.

Criterios de Internación:

Pacientes con enfermedades progresivas con alto nivel de sufrimiento y potencialmente mortales, como cáncer, SIDA, enfermedades neurológicas, respiratorias, reumatológicas:

- Con dolor o síntomas físicos o psicológicos severos, no controlables con las medidas instauradas en cuidados domicilio o ambulatorio.
- Para prevención o tratamiento de crisis de claudicación familiar.

Permanencia de Familiares:

No hay restricciones de horario de visita. Los familiares pueden permanecer durante todo el día acompañando a los pacientes.

Se autoriza la visita de niños en el servicio, salvo contraindicación profesional por motivos que deben especificarse.

Se entrega un material escrito a pacientes y familiares con las explicaciones del funcionamiento de la UCP.

Reuniones Regulares de equipo:

- Ateneos Bibliográficos diarios.
- Pase diario Interdisciplinario.
- Reunión de organización.
- Ateneo Interdisciplinario.
- Reunión de la Coordinación con el Equipo de departamento de Farmacia.
- Comité de tumores.
- Grupo de Reflexión Mensual con Psicóloga externa al equipo.
- Ateneos Mensuales Interhospitalarios de la Asociación Argentina de Medicina y CP.

Docencia y Capacitación:

La Unidad desde su creación es centro de rotaciones de residentes y profesionales de distintas disciplinas del equipo de Salud.

Es campo de práctica de Escuelas de Enfermería Cecilia Grierson y Padre Luis Tessa y de los Cursos de Actualización de Postgrado en Cuidados Paliativos UBA, de Extensión Universitaria de Enfermería en Cuidados Paliativos del Centro Rojas, UBA.

Estadística:

En los distintos años se han seguido entre 300 y 400 pacientes por año con 150 a 200 nuevos pacientes anuales.

La Dra. Bertolino informa que la Unidad atiende alrededor de 65 pacientes a la semana. Estima que el 98% de los mismos padecen enfermedades oncológicas, mientras que el porcentaje restante presenta patologías neurológicas, respiratorias o VIH-SIDA.

El acceso de los pacientes a las distintas instancias de asistencia se realiza bajo la forma de demanda espontánea o por derivación de otros profesionales.

Impacto epidemiológico y barreras a los CP en Argentina:

En Argentina, como en el resto del mundo, existe un aumento en la incidencia y prevalencia de problemas en el área de salud que requieren atención de CP:

- Cáncer.
- SIDA.
- Envejecimiento de la población (determinando mayor prevalencia de patologías crónicas no curables invalidantes: neurológicas, cardíacas, respiratorias, etc.).

La OMS estima un incremento del 50 % en la incidencia de cáncer en los próximos años. Las predicciones para el año 2015 son de 15 millones de nuevos casos por año donde 2/3 ocurrirán en países en desarrollo.

Se calcula que el 50 % de los casos fallecerá de la enfermedad.

Numerosos trabajos publicados a nivel nacional e internacional muestran que no se implementan tratamientos costo/efectivos en estas poblaciones, a pesar de las evidencias científicas disponibles. Esto da como resultado:

- Inapropiado control de síntomas para los pacientes y sus familias.
- Gasto en salud alto en tratamientos fútiles (continuación de quimioterapias en etapas avanzadas, internaciones en UTI no razonables, internaciones en áreas de excesiva complejidad para las necesidades de los pacientes)

Algunas razones que explican esta situación son:

- Insuficiente formación de profesionales en los distintos aspectos de la atención paliativa (control de síntomas, comunicación y contención eficaz, etc.).
- Inapropiada adjudicación de recursos específicos (no costo/efectiva), por desconocimiento de faltas de alternativas al tratamiento curativo (ej. uso de quimioterapia en etapa terminal).
- Insuficiente conocimiento de los usuarios de las distintas opciones de atención.
- Falta de desarrollo de un sistema internación de camas de uso sub-agudo o crónico en relación a las disponibles para agudo.
- Insuficiente número de camas de internación específicas de CP en el país (inferior a 20 y exclusivamente en el sistema público o en ONGs).
- Falta de trabajo en red entre los distintos sub-sistemas (agudos, crónicos, médico de cabecera y cuidados domiciliarios).
- Problemas en la accesibilidad a los opioides, principales medicamentos del tratamiento del dolor por cáncer.

En Argentina los indicadores de calidad de atención en CP no son apropiados: bajo número de profesionales con capacitación específica, bajo

consumo anual del opioides per cápita, insuficiente número de camas asignadas a CP en el área privada y pública.

3.2.4. Emergente

***Emergere*.** Este es el verbo latino del que procede el término emergente con el que viene a definirse a aquello que emerge, es decir, a todo lo que brota o bien que sale a la superficie.

Como expresa la Mt. María Gabriela Siccardi[84]**:** ***"****El devenir de la disciplina sigue proyectando diferentes campos y ámbitos de acción e investigación".*

Los aspectos hasta aquí analizados permiten reconocer a la Musicoterapia en Cuidados Paliativos como un campo emergente para la Musicoterapia en nuestro país.

A pesar del desarrollo de las diversas líneas de investigación previamente descritas en el Capítulo I, en donde se mencionan una apreciable cantidad de recopilaciones orientadas hacia el uso de la musicoterapia en cuidados paliativos se advierte la ausencia notoria de practicas e investigaciones en dicho campo en el Territorio Argentino.

"Aceptar la idea de que la musicoterapia es híbrido de muchas disciplinas, es interdisciplina por naturaleza y que es resultado de una combinación de muchas disciplinas alrededor de dos temas principales, la música y la terapia, permite comprender su esencia,…como cuerpo de conocimiento es interdisciplinaria, es una combinación de varias disciplinas que interactúan juntas para dar paso a esta nueva disciplina que integra el arte, la ciencia y un proceso

---

[84] http://musicoterapiacomunitaria.blogspot.com.ar/2008/05/recorridos-y-perspectivas-de-la.html

interpersonal, que como modalidad de tratamiento es diversa, teniendo una identidad doble como disciplina y profesión en desarrollo"[85]

A su vez, a *transdisciplinaridad* es una situación cada vez más frecuente en las ciencias: cuestión que no escapa a la musicoterapia.

Entendiendo por transdisciplinaridad: "*Aquellos procesos de formación de campos del saber que se constituyen por el entrecruzamiento de varias disciplinas (o fragmentos de ellas), creando en los intersticios de los saberes convencionales "zonas de nadie" que rápidamente reclaman para sí un estatuto epistemológico propio y original, obligando a reconfigurar campos ya existentes y/o a generar meta campos cognitivos que engloben perspectivas disciplinarias diversas, e incluso en más de un sentido inconmensurables entre sí"*[86].

Esta situación arroja luz a como se configuran algunos de los campos de la musicoterapia como saberes emergentes y cómo podría irse articulando la inclusión de Musicoterapia en Cuidados Paliativos.

3.2.5.Eficacia

Del latín efficacia, la eficacia es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.

La Musicoterapia ofrece un abordaje del paciente integrativo, no farmacológico y no amenazante promoviendo así una mejor calidad de vida.

Eficaz para ofrecer a la comunidad en cuestión todos los medios disciplinarios que puedan contribuir - en términos generales - al mejoramiento de su calidad de vida: eficaz la inclusión de Musicoterapia en el área en la que se pretende implementar para amplificar los beneficios de la medicina, beneficiando a pacientes y familiares; mejorando la percepción de dolor y ansiedad, la

[85] BRUSCIA, KENNETH.(2007). "Definiendo la Musicoterapia". Ed. Amaru, Salamanca, España, 1997.

[86] http://www.oei.es/salactsi/ramfis.htm

adaptación a la nueva situación, facilitando la distracción, relajación, confort, comunicación, expresión emocional y la emergencia de necesidades espirituales y de apoyo en aspectos relacionados con la persona, la enfermedad y el duelo.

3.2.6. Inclusión

En el libro "Musicoterapia y Educación", capítulo "La Musicoterapia en el deficiente mental" Rolando Benenzon expresa:

"*Es necesario volver a repetir que el musicoterapéuta debe integrarse al equipo científico de trabajo, pues debe conocer ampliamente los objetivos que se propone conseguir el médico, el fisioterapeuta, el terapista ocupacional, el psicoterapeuta, como también deber aportar sus importantes observaciones emanadas de las sesiones que abrirán nuevas posibilidades a los antes mencionados*"[87].

"El todo es más que la suma de las partes"

Retomo la célebre frase abrazada por la Gestalt, que al igual que otras terapias humanísticas –dentro de la que se "incluye" a la Musicoterapia-, se caracteriza por su enfoque holístico de la experiencia humana, asume la tendencia innata a la salud, la integridad y la plena realización de las potencialidades latentes, promueve la propia responsabilidad de los procesos en curso y conciencia sobre las propias necesidades y su satisfacción.

Si hablamos de inclusión, deberíamos empezar por definir la acción de incluir. La misma supone contener o englobar a algo (Musicoterapia) o alguien dentro de otra cosa, espacio (UCPT) o circunstancia específica.

[87]BENENZON, ROLANDO.(1971). **"**Musicoterapia y Educación". Ed. Paidós ,Bs. As, 1971

Incluir para ofrecer a la comunidad en cuestión todos los medios disciplinarios que puedan contribuir - en términos generales - al mejoramiento de su calidad de vida.

Por este motivo el desarrollo de programas eficaces e inclusivos deben ser promovidos por el Ministerio de Salud. Entendiendo a lo inclusivo como participación e integración.

Inclusión que nos permite comprender mejor la naturaleza del paciente terminal.

Desde hace varios años se ha utilizado la música como herramienta terapéutica y preventiva en medicina. La musicoterapia no es un sustituto o alternativa a un fármaco, pero se puede unir como un complemento a un tratamiento específico.

Esta investigación pretende difundir y promover la inclusión formal de la Musicoterapia en el área de la medicina paliativa, promoviendo así, nuevos espacios de inserción laboral para la Musicoterapia.

3.3.UNIVERSO Y MUESTRA

3.3.1. Selección de la muestra:

Para la realización de esta tesis fue necesario seleccionar un grupo de personas denominado ***"muestra",*** dentro de la totalidad de individuo que se pretende estudiar, a cual se denomina ***"universo".***

En primer lugar ***Muestra sujetos – tipo:*** *"El objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización"*[88]

Pacientes – mujeres y hombres sin límites de edad - asistidos con Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú durante la rotación en la misma.

[88] Ídem 2, p.227

Por las dificultades encontradas en la sistematización del proceso para su posterior evaluación la muestra de interés definitiva se conformó por los integrantes del equipo interdisciplinario de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú – fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) – Argentina.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

En el caso de la primer muestra mencionada se utilizaron:

3.4.1. Registro

Es una urgencia de todo Musicoterapéuta el registro de lo ocurrido durante la sesión. Es una forma de sistematizar nuestro trabajo, los datos que el mismo arroja. Nos posibilita la evaluación y la intervención.

El registro es *una huella científica*, entre otros beneficios, nos permitirá realizar estudios longitudinales de diversos casos.

Ayuda a "pensar – escuchar". Nos obliga a formular preguntas, como así también, nos proporciona respuestas.

Significo al registro como una fuente de **información de tipo consultivo y de comunicación**.

Todas las formas de registro son de valorada importancia. A continuación las presento en dos categorías: Los *tradicionales* (aquellos cuya confección inmediata permite la difusión entre los profesionales tratantes del paciente a modo de información sobre lo que acontece en la sesión diaria, semanal o como fuere) y los *Tecnológicos* (que además de dirigirse a los profesionales tratantes, permiten la extensión, "transmisión abierta" de lo que acontece en un tratamiento musicoterapéutico).

- Tradicionales:

1) Crónica: historia en que se observa los sucesos en el tiempo. Debe ser lo más detallada posible.
2) Informe: es la observación. Detalla lo ocurrido impersonalmente.
3) Análisis: examen de los componentes del discurso musical. Es subjetivo y se correlaciona con la adhesión teórica de cada musicoterapéuta.
4) Protocolos: monitorización organizada y sistematizada que por lo general reúne entre sus jerarquías a los mencionados anteriormente, con sus respectivos agregados.

Suelen tener un carácter más focal. Son de gran utilidad en investigaciones, estudios de campo, etc.

Desde el momento de la confección permite al musicoterapéuta desarrollar mayoritariamente aquellas jerarquías que tiene por objetivo investigar.

- Tecnológicos:

1) Video: Apropiado para el análisis vincular:
- Paciente – Música.
- Terapeuta – Música.
- Terapeuta – Paciente.
- Paciente – Música – Terapeuta.

Puede ser un gran aporte para la “autosupervisión”: asepsia, del musicoterapéuta.

Como así también la manifestación gestual- postural del paciente frente a aquellas verbalizaciones, asociaciones extramusicales que el paciente realiza acerca de sus producciones.

2) Grabación audio: permite analizar particularmente la “gramática musical” de la producción del paciente. En ella encontramos los aspectos estructurales del discurso.
Sería la descripción fenomenológica objetiva por excelencia.
3) Slide y fotos: de utilidad para presentar en seminarios, conferencias, congresos y eventos afines.

Será importante pedir un consentimiento del paciente en lo que respecta a la utilización de cualquier de los registros utilizados; sin embargo, mención aparte merece la utilización de registro tecnológico dentro de las sesiones.

Se debe explicar al paciente que se mantendrá absoluta privacidad y confidencialidad sobre los mismos.

3.4.1.2.Cuestionario musicoterapéutico

El cuestionario diseñado es un instrumento de indagación cualitativa, que nos permitirá optimizar las intervenciones en el proceso Musicoterapéutico con técnicas, estrategias y metodologías apropiadas a las capacidades y necesidades de los pacientes.

El cuestionario será completado por el paciente. De no ser posible (por ejemplo: estado comatoso del paciente), el mismo será respondido por familiar directo o cuidador. Hemos elaborado 2 cuestionarios que se adecuan a cada una de las situaciones mencionadas.

En ambos casos el objetivo del cuestionario es el mismo: se constituye como fuente de acercamiento al paciente, a su *arqueología sonora*. Las preguntas que conforman al mismo intiman sobre aspectos de su singularidad sonora.

Las preguntas fueron formuladas en segunda persona del singular en un lenguaje popular: claro, accesible.

El cuestionario es dinámico: fluido. Sus preguntas son cortas y diagramadas de forma tal que no generan desconcierto en los entrevistados.

Se le da autonomía al entrevistado para responder con sus propias palabras, expresarse libremente.

Las respuestas serán reflejo de su mundo sonoro y de gran utilidad para futuras intervenciones Musicoterapéuticas.

Dicho cuestionario no busca cuantificar ninguno de los datos obtenidos. Es un cuestionario cualitativo, sería imposible agrupar, tabular y analizar las respuestas.

Dicho cuestionario será adjuntado a aquella información que haga referencia a los datos clínicos (fecha de ingreso, diagnóstico, pronóstico, otras asistencias terapéuticas que el paciente reciba, etc.).

CUESTIONARIO MUSICOTERAPÉUTICO:

(Para ser completado por el paciente)

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellido: *……...……*

Edad: *……...……..*

Fecha de nacimiento: *…….....*

Lugar de nacimiento: *…….....*

Residencia actual: *……...……....*

Estado civil: *(marcar con una cruz la respuesta)*

Soltero ( ) *Casado ( )*

Hijos: *NO ( )*

SI ( ) ¿Cuantos? ……

Situación laboral/ profesional:

……...……

……...……

…….....

1- Adjudique 3 adjetivos a la música:

1)……..

2)……..

3)……..

2- ¿En qué momentos escucha música?

……...……

……...……

…….....

3- ¿Escucha radio?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?……

……...……

…….....

4- ¿Qué estilo de música le gusta?

……...……

……...……

…….....

5- ¿Qué estilo de música le disgusta?

……...……

……...……

…….....

6- ¿Le gusta cantar?

No ( )

Si ( )

¿Qué?…….....

.....…

.....

7- ¿Toca algún instrumento?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?.....

.....

.....

8- ¿Qué instrumento le gustaría tocar? ¿Por qué?

……...……

……...……

……..……...

9- ¿Ha participado en alguna de las siguientes formaciones?

Banda: ***No ( )*** ***Si ( )***

Coro: ***No ( )*** ***Si ( )***

Ensamble: ***No ( )*** ***Si ( )***

Otro:……...…

……...……..

……..

10- ¿Tiene canciones preferidas?

No ( )

Si ( )

¿Cuáles[89]?.....

.....

.....

11- ***Mencione una canción[90] que lo defina (si recuerda un fragmento añadirlo).***

[89] Indicar título, autor, disco: lo más preciso posible.

[90] Indicar título, autor, disco: lo más preciso posible.

……...……

……...……

…….....

12- ¿Tiene cantantes preferidos?

No ( )

Si ( )

¿Cuáles?.....

.....

.....

13- ¿Tiene grupos musicales preferidos?

No ( )

Si ( )

¿Cuáles?.....

.....

.....

14- ¿Desearía agregar algo más?

……...……

……...……

…….....

CUESTIONARIO MUSICOTERAPÉUTICO:

Responde: quién-especificar en calidad de: familiar, cuidador, etc.

…….....

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Nombre y apellido: *……...……....*

Edad: *……...……....*

Fecha de nacimiento: *…….....*

Lugar de nacimiento: *…….....*

Residencia actual: *……...……....*

Estado civil: *(marcar con una cruz la respuesta)*

Soltero ( ) *Casado ( )*

Hijos: *NO ( )*

SI ( ) ¿Cuantos? ……...

Situación laboral/ profesional:

……...……

……...……

…….....

1- ¿Sabe qué estilo de música le gusta?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?*……*

……...……

…….....

2- ¿Sabe qué estilo de música le disgusta?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?……

……...……

…….....

3- ¿Sabe si toca algún instrumento?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?.....

.....…

.....…….....

4- ***¿Sabe si ha participado en alguna de las siguientes formaciones?***

Banda: ***No ( )*** ***Si ( )***

Coro: ***No ( )*** ***Si ( )***

Ensamble: ***No ( )*** ***Si ( )***

Otro:……...…

……...……

……..

5- ¿Sabe si tiene canciones preferidas?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es[91]?.....

.....…

.....…….....

6- Mencione una canción que lo defina: en lo posible indicar título, autor, disco (si recuerda un fragmento añadirlo).

……...……

……...……

…….....

[91] Indicar título, autor, disco: lo más preciso posible.

7- ¿Sabe si tiene cantantes preferidos?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?.....

.....

.....

8- ¿Sabe si tiene grupos musicales preferidos?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?.....

.....

.....

9- ¿Desearía agregar algo más?

……

……

……

El cuestionario presentado ha sido sometido a una sub-muestra pequeña de 50 personas (25 sexo femenino - 25 sexo masculino) entre los 40 y 65 años, como objeto de análisis, a fin de corroborar el diseño del mismo.

El cuestionario subordinado a prueba incluía, a modo de apartado, 2 preguntas:

- ¿Considera que la formulación de las preguntas es clara[92] y correcta[93]?

Si ( ) NO ( )

- ¿Le ha sido placentero responder dicho cuestionario?

SI ( ) NO ( )

La experiencia acredita la utilización del mismo: los entrevistados, en su totalidad, consideran que las preguntas que conforman el cuestionario están

[92] (Del lat. *clarus*). Adj.:Inteligible, fácil de comprender.

[93] (Del lat. *correctus*).Adj.: Libre de errores o defectos, conforme a las reglas.

redactadas en forma clara y correcta; y como dato no menor, reportaron placer en la experiencia en si.

CUESTIONARIO MUSICOTERAPÉUTICO SOMETIDO A MUESTRA

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellido: *……...….....*

Edad: *……...…….....*

Fecha de nacimiento: *…….....*

Lugar de nacimiento: *…….....*

Residencia actual: *……...….....*

Estado civil: *(marcar con una cruz la respuesta)*

Soltero ( ) *Casado ( )*

Hijos: *NO ( )*

SI ( ) ¿Cuantos? ……..

Situación laboral/ profesional:

……...……

……...……

…….....

1- Adjudique 3 adjetivos a la música:

1)……....

2)……....

3)……....

2- ¿En qué momentos escucha música?

……...……

……...……

……....

3- ¿Escucha radio?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?……

……...……

…….....

4- ¿Qué estilo de música le gusta?

……...……

……...……

……...

5- ¿Qué estilo de música le disgusta?

……...……

……...……

…….....

6- ¿Le gusta cantar?

No ( )

Si ( )

¿Qué?…….....

.....……

.....

7- ¿Toca algún instrumento?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?.....

.....……

.....……..

8- ¿Qué instrumento le gustaría tocar? ¿Por qué?

……..……

……..……

…….....

9- ¿Ha participado en alguna de las siguientes formaciones?

Banda: ***No ( )*** ***Si ( )***

Coro: ***No ( )*** ***Si ( )***

Ensamble: ***No ( )*** ***Si ( )***

Otro:……..…

……..……..

……..

10- ¿Tiene canciones preferidas?

No ( )

Si ( )

¿Cuáles[94]?.....

.....

11- ***Mencione una canción[95] que lo defina (si recuerda un fragmento añadirlo).***

……..……

……..……

…….....

12- ¿Tiene cantantes preferidos?

[94] Indicar título, autor, disco: lo más preciso posible.

[95] Indicar título, autor, disco: lo más preciso posible.

No ( )

Si ( )

¿Cuáles?.....

.....

.....

13- ¿Tiene grupos musicales preferidos?

No ( )

Si ( )

¿Cuáles?.....

.....

.....

14- ¿Desearía agregar algo más?

……...……

……...……

…….....

- ¿Considera que la formulación de las preguntas es clara y correcta?

Si ( ) NO ( )

- ¿Le ha sido placentero responder dicho cuestionario?

SI ( ) NO ( )

3.4.1.3. Protocolos de sistematización en Musicoterapia Paliativa

El protocolo es una técnica[96] de monitorización sistematizada.

Es fundamental evaluar el trabajo en forma permanente.

Junto con los modos de registro, constituyen una documentación de lo que acontece en la sesiones.

He diseñado tres protocolos focales para emplear en la investigación.

PROTOCOLO I: *Sobre el Musicoterapéuta*

Debe ser completado por el musicoterapéuta antes de del comienzo de la sesión. Es un modo de autoexploración, auto-observación. El mismo dirige la atención a "uno mismo en relación al paciente".

PROTOCOLO II: *Sobre la sesión*

Debe ser completado por el musicoterapéuta al finalizar la sesión

En él se adjuntaran todos los datos relevantes. Dicho protocolo, hacia los finales de la misma, consta de dos ítems que ha nuestro entender se complementan[97]: un informe y un análisis.

El primero de ellos lo hemos definido como la observación en sí misma: detalla lo ocurrido lo más minuciosamente posible y se realiza en tono impersonal.

El análisis es subjetivo y se correlaciona con la adhesión teórica de cada musicoterapéuta. Es el momento en que el Mt. examina los componentes del discurso musical; se cuestiona lo sucedido con los objetivos fijados; cuál ha sido la relación del paciente con los instrumentos; cómo se manifestó corporal y espacialmente; reflexiona sobre la intervención en cuestión y establece estrategias para el próximo encuentro; etc.

[96] Conjunto de procedimientos y recursos de los que nos servimos.

[97] Circunstancia que se añade a otra para hacerla íntegra o perfecta

Los protocolos mencionados tienen la particularidad de ser completados individualmente por los musicoterapéutas partícipes de la sesión. Posteriormente se realiza una puesta en común de los mismos.

Dicha "puesta en común" culmina en la elaboración de un tercer protocolo[98] que reduce los anteriores a un formato más comprimido.

Lo comúnmente acordado se introduce en el mismo concluyendo así en la interpretación de lo acontecido en la sesión.

Convenimos en que dicha particularidad en el empleo del mismo nos permite objetivar más aún lo acontecido en la sesión.

PROTOCOLO I: *Sobre el Musicoterapéuta.*

[98] PROTOCOLO III: *Sobre la interpretación*.

Apellido y nombre del paciente:…….....

Sesión Nº……...**Fecha**……**Hora**:……...

1. **¿Cómo estoy de ánimo?**

……..……

……..……

…..……

2. ¿He leído los protocolos que corresponden a la última sesión del paciente?

No ( ) Si ( )

3. ¿He fijado objetivo/s para dicha sesión?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?

……...……..

……

..……..

4. ¿He fijado consigna/s para trabajar dichos objetivos?

No ( )

Si ( )

¿Cuál/es?

……...……

……...……

…….....

PROTOCOLO II: *Sobre la sesión*.

Hora de inicio de la sesión:……

Hora de finalización de la sesión:…….

1. *Lugar de la sesión:* (marcar con una x la respuesta)

Sala de Musicoterapia ( )

Habitación ( ) ¿Número?.....

Otra ( ) ¿Cuál?.....

2. *Características particulares del escenario*:

Luz: .....

Olor: .....

Temperatura: .....

Sonidos: .....

Otras: (utilización de cámara fotográfica, filmación, etc.).

……..

3. Sobre los instrumentos:

Cantidad de instrumentos:……

Los mismos son*:*

- …….. - …….
- …….. - …….
- …….. - …….
-…….. - …….
- …….. - …….

Disposición espacial:

(Incluye posicionamiento del Mt. y del paciente)

4. Sobre la utilización de audición sonora – musical:

Audición Nº 1[99]:

Organizadores Externos:

Género y estilo: …….

Textura: ……..

Forma: …….

Carácter[100]:……

Organizadores internos:

Intensidad: ……..

Altura:……...

Duración:……..

Velocidad:……

Timbre:…….

Densidad cronométrica:……

Densidad polifónica:……..

Audición Nº 2:

[99] (Indicar título, autor, disco, año de grabación. Adjuntar lírica del tema)

[100] Nostálgica, sedante, romántica, etc.

Organizadores Externos:

Género y estilo: …….

Textura: ……..

Forma: …….

Carácter[101]:……

Organizadores internos:

Intensidad: ……..

Altura:……...

Duración:……..

Velocidad:……

Timbre:…….

Densidad cronométrica:……

Densidad polifónica:……..

5. Descripción de la sesión:

Informe:

……...……

……...……

…….....

……...……

……...……

…….....

……...……

……...……

…….....

Análisis:

[101] Nostálgica, sedante, romántica, etc.

……..……

……..……

…….....

……..……

……..……

…….....

……..……

……..……

…….....

<u>PROTOCOLO III</u>: *Sobre la interpretación*

……..……
……..……
…….....
……..……
……..……
…….....
……..……
……..……
…….....
……..……
……..……
…….....
……..……
……..……
…….....
……..……
……..……
…….....
……..……
……..……
…….....
……..……
……..……
…….....
……..……
……..……
…….....
……..……
……..……
…….....
……..……
……..……
…….....

3.5. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La encuesta es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador.

Para ello, a diferencia de la entrevista, se utiliza un listado de preguntas - cuestionario - escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito.

3.5.1. Escalamiento tipo Likert

Para medir las actitudes

Nos referimos a la escala de tipo Likert como una escala psicométrica frecuentemente empleada en cuestionarios y de gran uso en investigaciones.

"*Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos*."[102]

Cuando se responde a un elemento de un cuestionario confeccionado con la técnica de Likert, se hace especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración.

"Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que se hacen referencia".[103]

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez[104] definió la actitud como:

"Una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que

---

[102] HERNANDEZ SAMPIERI, R., FERNANDEZ COLLADO, C. y BAPTISTA LUCIO, P.(2000) Metodología de la Investigación, McGraw Hill, México, 2000, p.256.

[103] Idem 1, p.255.

[104] RODRIGUEZ, A.(1991).Psicología Social. México, Trillas, 1991, p.75.

predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables".

La autora distingue tres componentes de las actitudes[105]:

- *Componente* ***cognoscitivo****:* para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

- *Componente* ***afectivo:*** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo -.

- *Componente* ***conductual****:* es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

3.5.2. Diseño de encuesta

[105] Idem 1, p.78.

El formato utilizado en la encuesta diseñada incluye 5 niveles de respuesta de actitudes. Cada uno de estos niveles tiene asignado un valor numérico.

"( ) Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final de obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se esta midiendo y debe expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras".[106]

Las afirmaciones se califican de la siguiente manera:

(5) Definitivamente sí.
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso.
(2) Probablemente no.
(1) Definitivamente no.

A continuación expongo un diseño de la encuesta diseñada:

Bs. As 14 de noviembre de 2007

[106] Idem 1, p.256.

Se solicita responder la encuesta que a continuación se presenta realizada para la tesis de grado de la carrera Licenciatura En Musicoterapia – Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, acerca de la valoración de la Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos – Fundación Femeba del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

Sus respuestas, confidenciales y anónimas, tienen por objeto recoger su importante opinión sobre la Musicoterapia en Cuidados Paliativos, con el fin de evaluar y optimizar el desarrollo de la misma.

Se agradece su colaboración y tiempo.

Marque con una cruz la respuesta:

1. ¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?

( ) Definitivamente sí.

( ) Probablemente sí

( ) Indeciso.

( ) Probablemente no.

( ) Definitivamente no.

2. ¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?

( ) Definitivamente sí.

( ) Probablemente sí

( ) Indeciso.

( ) Probablemente no.

( ) Definitivamente no.

3. ¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?

( ) Definitivamente sí.

( ) Probablemente sí

( ) Indeciso.

( ) Probablemente no.

( ) Definitivamente no.

4. ¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?

( ) Definitivamente sí.

( ) Probablemente sí

( ) Indeciso.

( ) Probablemente no.

( ) Definitivamente no.

5. ¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?

( ) Definitivamente sí.

( ) Probablemente sí

( ) Indeciso.

( ) Probablemente no.

( ) Definitivamente no.

6. ¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?

( ) Definitivamente sí.

( ) Probablemente sí

( ) Indeciso.

( ) Probablemente no.

( ) Definitivamente no.

3.5.3. Forma de las puntuaciones

La puntuación de la escala se obtiene sumando los valores obtenidos respecto a cada pregunta. Por ello se denomina escala aditiva.

En la escala diseñada la puntuación mínima que se puede obtener es de 6 (1+1+1+1+1+1) y la máxima es de 30 (5+5+5+5+5+5), ya que presento seis preguntas.

|_____|_____|_____|_____|

6 12 18 24 30

ACTITUD MUY DESFAVORABLE ***ACTITUD MUY FAVORABLE***

3.5.4. Aplicación de la escala

Se le entrego la encuesta a cada uno de los miembros del equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos – Fundación Femeba del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú dentro de un sobre de papel madera A4. Así, de manera autoadmistrada, cada uno de ellos eligió la categoría que mejor describiera su actitud frente a la pregunta.

CAPÍTULO IV

4.EVALUACIÓN DE LA MUESTRA RECOGIDA[107]:

De un total de 29 encuestados se obtuvo el 100% de respuestas.

[107] VER ANEXO 2.

4.1. TABULACIÓN DE LA ENCUESTA

ENCUESTA N° 1	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIVAMENTE NO
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?		X			
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?		X			
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	X				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	X				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	X				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 2	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE NO
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	X				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	X				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	X				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	X				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 3	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE NO
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	X				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	X				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	X				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	X				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 4	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE NO
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	X				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	X				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	X				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	X				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 5	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?		×			
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 6	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	X				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	X				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	X				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	X				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 7	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 8	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?		×			
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 9	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 10	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?		×			
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 11	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?		X			
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?		X			
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?		X			
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?		X			
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?		X			
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?		X			

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 12	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	X				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	X				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	X				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	X				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	X				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 13	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?		×			
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?		×			
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?		×			

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 14	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 15	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 16	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?		×			
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 17	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 18	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 19	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 20	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 21	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 22	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 23	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 24	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 25	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 26	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 27	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí

(4) Probablemente sí

(3) Indeciso

(2) Probablemente no

(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 28	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?	×				
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

ENCUESTA N° 29	***AFIRMACIONES***				
	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	INDECISO	PROBABLEMENTE NO	DEFINITIIVAMENTE SI
¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?		×			
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?	×				
¿Considera beneficiosa la inclusión de la Musicoterapia en tratamientos invasivos?	×				
¿Considera eficaz la inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?	×				

VALORES DE LAS AFIRMACIONES:

(5) Definitivamente sí
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso
(2) Probablemente no
(1) Definitivamente no

CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS DE LOS DATOS:

5.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LAS ENCUESTAS

5.1.2. Puntuación de las encuestas

Puntuación encuesta nº 1:

|_____|_____|_____|_____|_____|

6 12 18 24 **28** 30

ACTITUD MUY DESFAVORABLE

ACTITUD MUY FAVORABLE

Puntuación encuesta nº 2:

|_____|_____|_____|_____|

6 12 18 24 **30**

ACTITUD MUY DESFAVORABLE

ACTITUD MUY FAVORABLE

Puntuación encuesta nº 3:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 4:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 5:

|_____|_____|_____|_____|_____|

6 12 18 24 **28** 30

ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 6:

|_____|_____|_____|_____|

6 12 18 24 **30**

ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 7:

|_____|_____|_____|_____|__|

6 12 18 24 **29** 30

ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 8:

|_____|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **26** 30
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 9:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 10:

|_____|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **26** 30
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 11:

|_____|_____|_____|__|_____|

6 12 18 24 **25** 30

ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 12:

|_____|_____|_____|_____|

6 12 18 24 **30**

ACTITUD MUY DESFAVORABLE ACTITUD MUY FAVORABLE

Puntuación encuesta nº 13:

|_____|_____|_____|_____|

6 12 18 **24** 30

ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 14:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 15:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 16:

|_____|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **28** 30
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 17:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 18:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 19:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 20:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 21:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 22:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 23:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 24:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 25:

|_____|_____|_____|_____|
6 12 18 24 **30**
ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 26:

|_____|_____|_____|_____|_____|

6 12 18 24 **27** 30

ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 27:

|_____|_____|_____|_____|

6 12 18 24 **30**

ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 28:

|_____|_____|_____|_____|

6 12 18 24 **30**

ACTITUD MUY DESFAVORABLE **ACTITUD MUY FAVORABLE**

Puntuación encuesta nº 29:

AFIRMACIÓN-ACTITUD	ABSOLUTO	%
DEFINITIVAMENTE SI	23	79
PROBABLEMENTE SI	6	21
INDECISO	0	0
PROBABLEMENTE NO	0	0
DEFINITIVAMENTE NO	0	0
TOTAL	29	100

|_____|_____|_____|_____|_____|

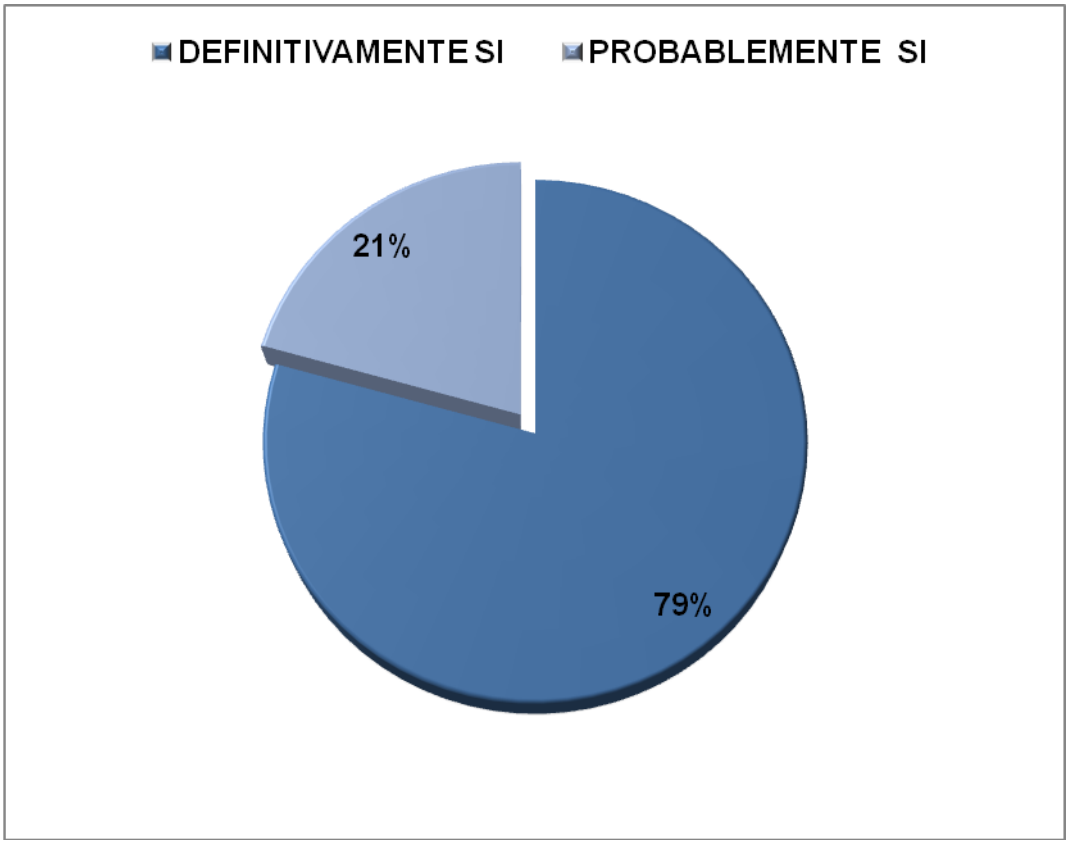
6 12 18 24 **27** 30

ACTITUD MUY DESFAVORABLE

ACTITUD MUY FAVORABLE

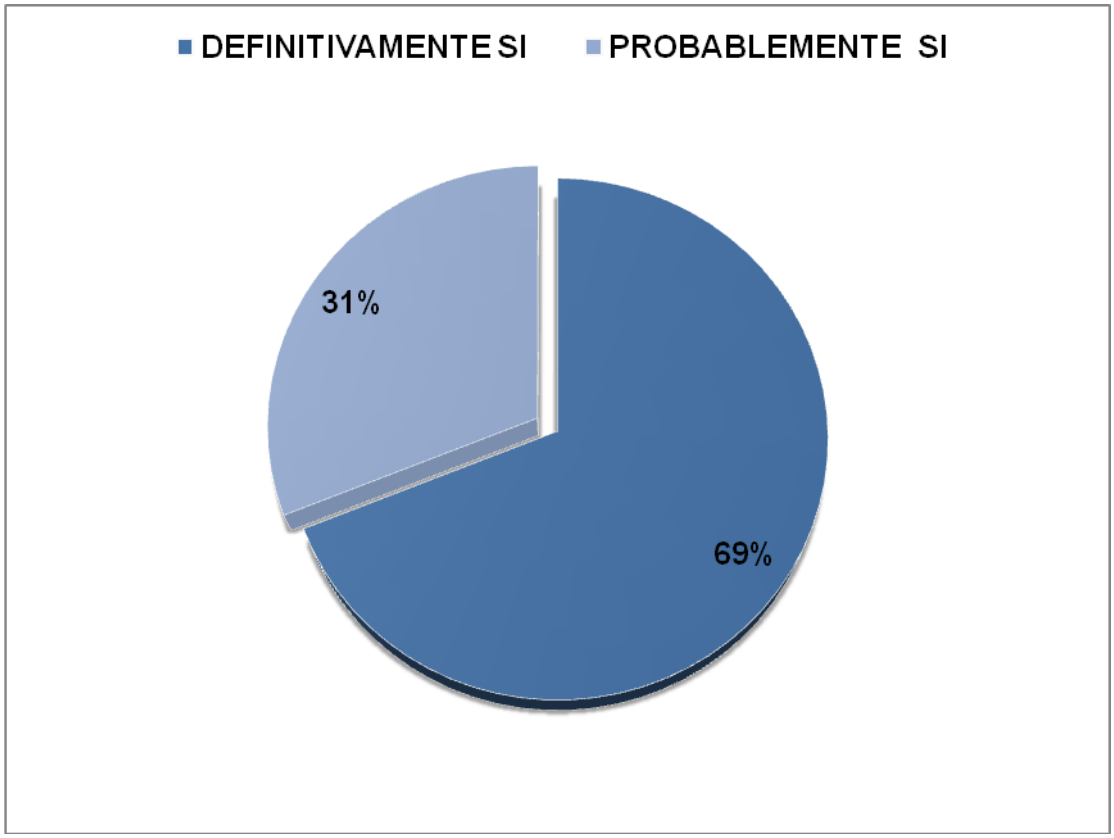
5.1.2. Gráficos estadísticos de las encuestas

¿Considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit?



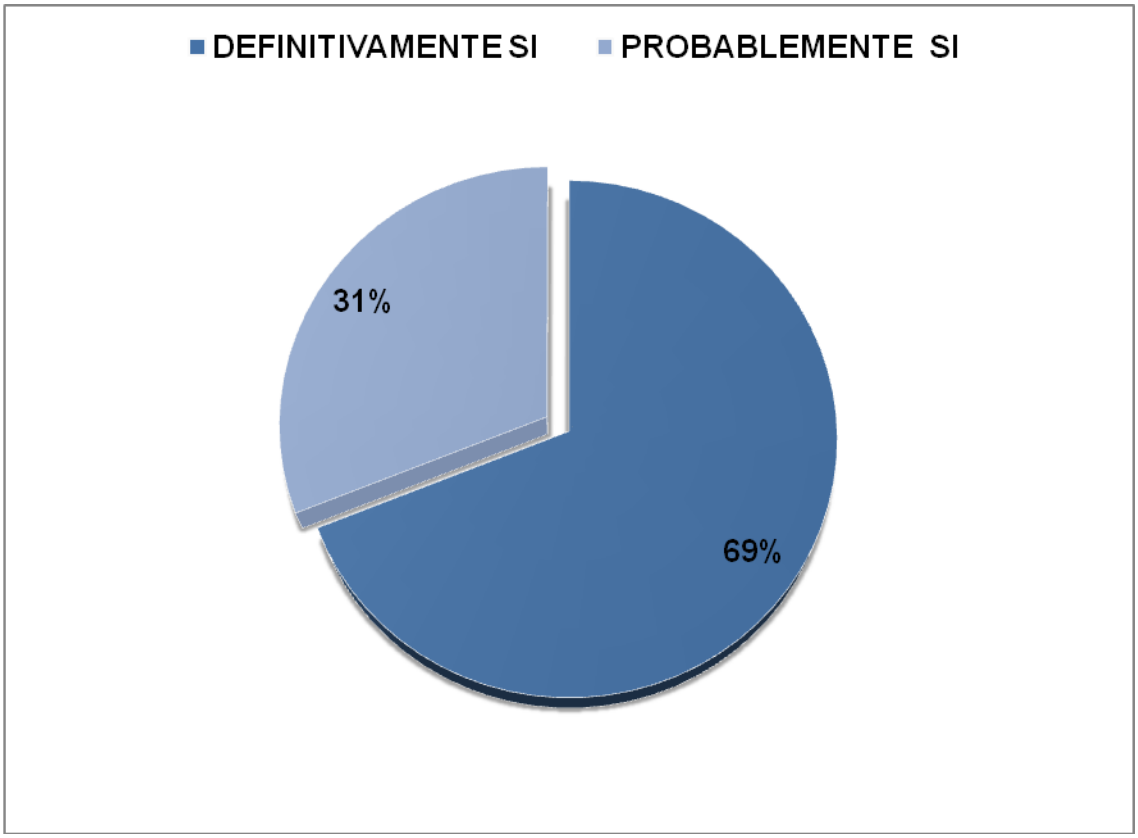
¿Considera que la Musicoterapia alivia los síntomas del paciente?

AFIRMACIÓN-ACTITUD	ABSOLUTO	%
DEFINITIVAMENTE SI	20	69
PROBABLEMENTE SI	9	31
INDECISO	0	0
PROBABLEMENTE NO	0	0
DEFINITIVAMENTE NO	0	0
TOTAL	29	100



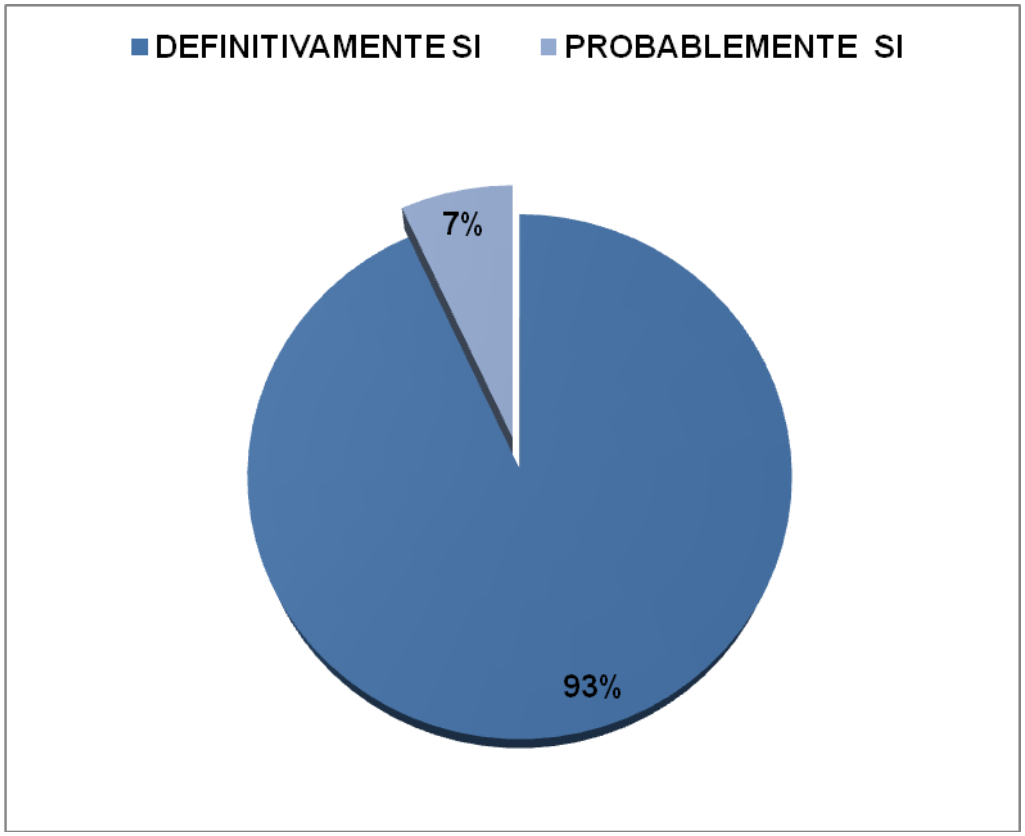
¿Considera que la Musicoterapia alivia el sufrimiento del paciente?

AFIRMACIÓN-ACTITUD	ABSOLUTO	%
DEFINITIVAMENTE SI	20	69
PROBABLEMENTE SI	9	31
INDECISO	0	0
PROBABLEMENTE NO	0	0
DEFINITIVAMENTE NO	0	0
TOTAL	29	100



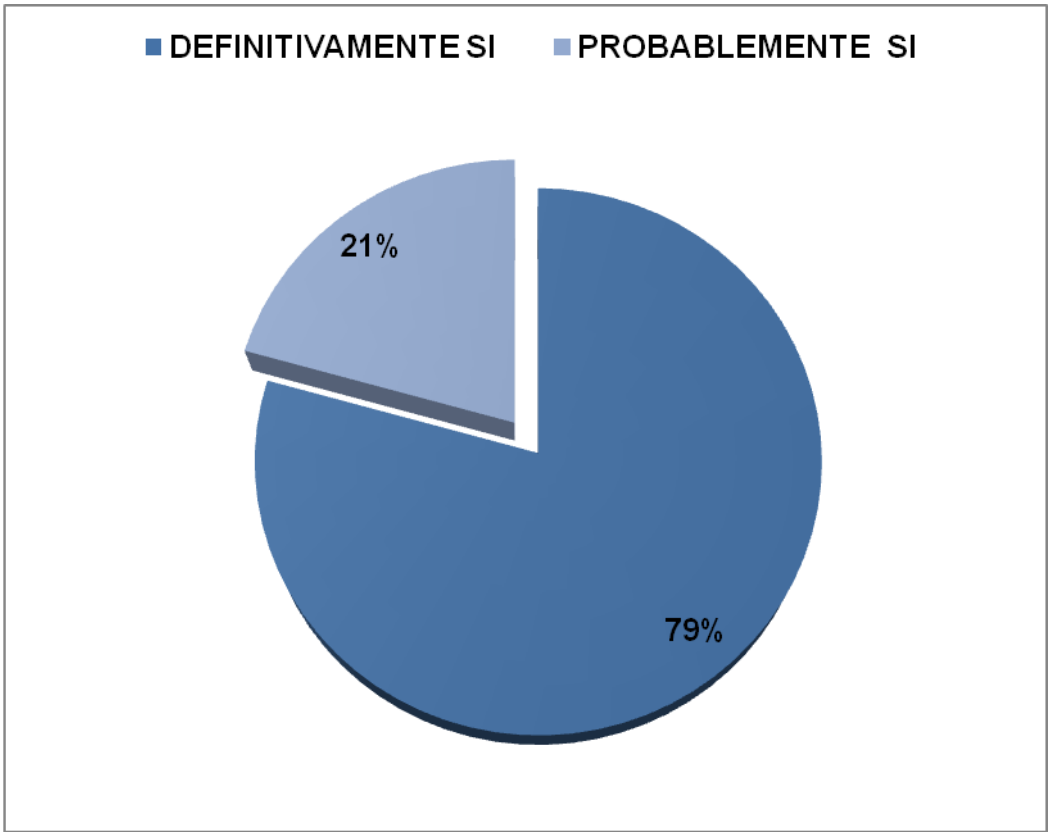
¿Considera que la Musicoterapia mejora la calidad de vida del paciente?

AFIRMACIÓN-ACTUTUD	ABSOLUTO	%
DEFINITIVAMENTE SI	27	93
PROBABLEMENTE SI	2	7
INDECISO	0	0
PROBABLEMENTE NO	0	0
DEFINITIVAMENTE NO	0	0
TOTAL	29	100



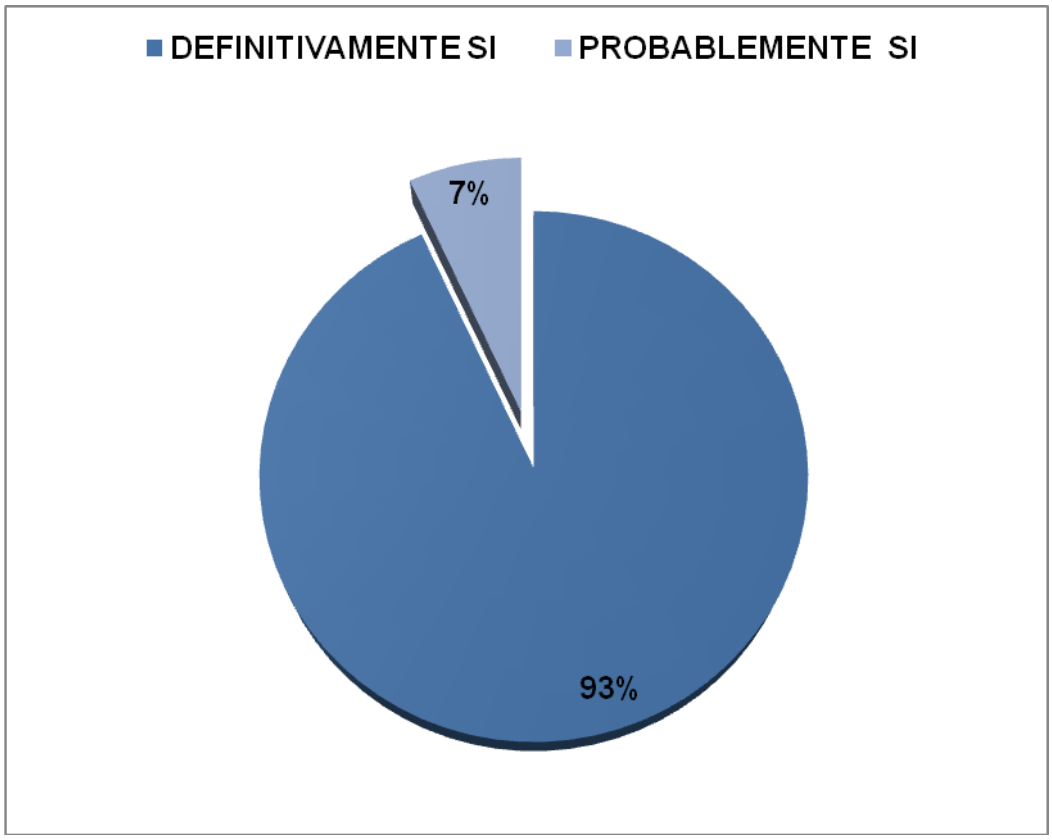
¿Considera beneficiosa la inclusión de Musicoterapia en tratamientos invasivos?

AFIRMACIÓN-ACTITUD	ABSOLUTO	%
DEFINITIVAMENTE SI	23	79
PROBABLEMENTE SI	6	21
INDECISO	0	0
PROBABLEMENTE NO	0	0
DEFINITIVAMENTE NO	0	0
TOTAL	29	100



¿Considera eficaz la Inclusión de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos?

AFIRMACIÓN-ACTITUD	ABSOLUTO	%
DEFINITIVAMENTE SI	27	93
PROBABLEMENTE SI	2	7
INDECISO	0	0
PROBABLEMENTE NO	0	0
DEFINITIVAMENTE NO	0	0
TOTAL	29	100


DEFINITIVAMENTE SI
PROBABLEMENTE SI
7%
93%

5.2. ANÁLISIS DEL ESTADO DEL ARTE DE MUSICOTERAPIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

En el capítulo I se presentan y detallan investigaciones, bibliografía y trabajos de campo realizados en dicha área.

Se incluyen antecedentes encontrados a medida que realizaba la revisión bibliográfica, como así, algunos artículos que se han localizado en bases de datos como: Medline, PsychInfo, First Search, Journal of Music Therapy y American Journal of Hospice and Palliative Care. Bibliote- ca Cochrane, PubMed, CINHAL, EMBASE, CUIDEN, TESEO, American Journal of Hospice and Palliative Care, Voices (revista internacional en línea de musicoterapia), Music Therapy Perspectives, y Google Académico.

De esa búsqueda y descripción he confeccionado un cuadro comparativo cronológico con distintas entradas en donde se sistematiza la información de lo recopilado.

Se introdujeron 8 entradas en el cuadro:

1) Autor/es: Apellido y Nombre. Año de la investigación.
2) Intervención: Activa y/o pasiva o el tipo que refiera la investigación.
3) Variables: Objeto de estudio en función de la aplicación de Musicoterapia.
4) Grupo Control: Existencia de grupo control (si/no). Género y cantidad de participantes.
5) Lugar: Donde se realiza la investigación e intervenciones.
6) Duración: Cantidad de sesiones, tiempo de las mismas y/o del estudio.
7) Medición: Como fueron evaluadas las variables investigadas.
8) Resultado: Conclusiones sobre la investigación en función de las variables investigadas.

5.2.1. Análisis de los Antecedentes de Musicoterapia y Cuidados Paliativos Internacionales - Cuadro comparativo- Cronológico

AUTOR	INTERVENCIÓN	VARIABLE	GRUPO CONTROL	LUGAR	DURACIÓN	MEDICIÓN	RESULTADO
Curtis (1986)	Pasivas. A) no intervención, los sujetos no recibieron musicoterapia; (B)sonido de fondo, los sujetos se relajaban mientras escuchaban una cinta con sonidos típicos de hospital de 15 minutos de duración; (C) música, los sujetos se relajaban mientras escuchaban una cinta de 15 minutos de duración con música tranquila instrumental que se ajustaba a sus preferencias.	Alivio del Dolor. Confort físico. Satisfacción. Relajación.	Si. 5 mujeres 4 hombres. Enfermos terminales	Hospital	2 veces por día durante 10 días.	Los sujetos otorgaron puntuaciones para las 4 variables dependientes utilizando una escala de puntuación grafica modificada.	No mostro diferencias significativas en las variables dependientes bajo las diferentes condiciones de tratamiento, El análisis grafico de las respuestas individuales indico que la música había sido efectiva. El investigador propuso replicar el estudio con un numero mayor de sujetos y una duración mas prolongada.

Beck (1988)	Pasiva. El efecto de escuchar música como complemento a los analgésicos programados.	Dolor.	Pacientes con cáncer.	¿?	¿?	¿?	El efecto varió significativamente para cada individuo. Las intervenciones de música seleccionadas por un Mtp. deben basarse en evaluación y de acuerdo a las necesidades individuales, fortalezas y preferencias para que tengan un mayor potencial terapéutico.
Deforia Lane (1991)	¿?	Respuestas fisiológicas. Inmunoglobulina Salival A –IgA	Si. Pacientes con cáncer.	¿?	¿?	Aplicación de escala antes y después de recibir una sesión de MT.	Cambiaba significativamente. También mejoraban en este marcador estudiantes universitarios sanos durante interacciones de musicoterapia en vivo .

Whittall (1991)	Pasivas. Técnicas de imaginación dirigida, respiración profunda y ejercicios de relajación muscular.	Ansiedad. Frecuencia cardiaca y respiratoria. Temperatura de las extremidades.	No. 8 pacientes adultos con Enfermedad terminal.	Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital.	10 minutos antes del comienzo de la música, cada 10 minuto durante los 30 minutos de la sesión de MT. y 10 minutos después de la sesión.	Se utilizaron instrumentos no invasivos de retroalim.	La frecuencia cardíaca media disminuyo de 85,8 latidos/minutos antes de la musicoterapia a 77,1 latidos/minutos tras la sesión, y la frecuencia respiratoria disminuyo de 19,5 a 15,4 respiraciones por minuto después de la sesión de musicoterapia. La temperatura de las extremidades se incremento de 29,3º C a 31,1.

Calovini (1993)	Pasiva- Activa. 3 formas diferentes: 1) Escuchar música y cantar. 2) Aprender a tocar un instrumento. 3) Utilizar técnicas de relajación con música.	Ansiedad	Si. 11 adultos con enfermedad terminal. 8 de ellos ya se encontraban recibiendo tratamiento con MT.	Residencia para enfermos terminales.	4 meses.	Cuestionario autoad. antes y después de la sesión de MT. Adaptado del inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger (STAI); y medidas fisiológicas (presión sanguínea, pulso y temperatura de los dedos).	No hubo diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones antes y después de las sesiones en la presión sanguínea sistólica y distólica, pulso, temperatura de los dedos. Diferencia significativa en el cuestionario de ansiedad. La autora recomienda realizar mas estudios en lo que se diseñaran instrumentos de medida específicamente para los enfermos terminales.

Longfield (1995)	Pasiva. Audición música pregrabada.	Animo. Dolor.	Si. 8 adultos con cáncer.	Residencia para enfermos terminales.	Una sesión diaria de MT. mediante una grabación escuchada por auriculares de 45 minutos de duración durante 5 días.	Cuestionario breve de dolor de Mc Gill (SFMPQ) y la escala lineal analógica de autoev.(LASA) Se comparó puntuaciones antes y después de las sesiones.	Se observo una disminución significativa del dolor (P^0.001) medido por el SFMPQ, y las puntuaciones de LASA mostraron un incremento positivo en el ánimo para los parámetros de fatiga, ansiedad y energía. La autora concluyó que era necesario realizar mas ensayos con un mayor numero de pacientes.
Abbott (1995)	Pasiva-Activa. Escuchar música. Relajación con música. Tocar Instrumento. Actividades de revisión de la vida. Composición de canciones.	Calidad de vida.	28 sujetos adultos con enfermedad terminal. Divididos en grupo de intervención musical y grupo de no intervención.	Residencia para enfermos terminales.	5 horas.	Cuestionario POMS, con un total de 6 factores. Se analizaron de forma emparejada mediante pruebas t.	No hubo diferencias significativas entre el grupo que recibió intervención musical y el que no la recibió. El autor sugirió ,la utilización de medidas que midieran cambios fisiológicos.

Walker (1999)	Activa. Entrenamiento con visualización de las defensas del sistema inmunitario destruyendo las células cancerígenas antes de la quimioterapia.	Estado de ánimo. Calidad de vida.	Si. 96 mujeres con cáncer de mama (T1,T3,T4)	Hospital.	6 ciclos de quimioterapia.	Global Self-assessment and Rotterdam Sympton Checklist, para calidad de vida, y escalas para el humor y el control emocional. Test (HADS)	El resultado psicológico se tradujo en un aumento de las percepción de la calidad de vida y una reducción de la ansiedad.
Gallagher (2001)	¿?	Animo. Dolor. Ansiedad. Respiración.	Si. 150 pacientes.	Ámbito de los cuidados paliativos.	1 año.	Escalas analógicas visuales para el animo, dolor, ansiedad y respiración. Test de Rangos de Wilcoxon.	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de dolor, animo y ansiedad tras la musicoterapia. sus datos indican que la musicoterapia es beneficiosa para aquellas personas que sufren dolor, alteraciones de ánimo y ansiedad dentro del ámbito de los cuidados paliativos.

Burns, Harbuz, Hicklebridge y Bunt (2001)	Activa – Pasiva. Compararon el efecto de escuchar música estando relajado vs. una improvisación activa (tocar instrumentos de percusión) en grupo.	Emociones positivas . Influencia en el sistema inmunológico.	29 pacientes con cáncer, entre 21-68 años.	¿?	¿?	Aplicación cuestionario pre-post sesión.	Aumento de bienestar y relajación, y menos tensión durante la audición; Aumento de bienestar y energía y menos tensión durante la improvisación. En ambos casos aumentan los niveles de IgA y se reducen los niveles de cortisol. A nivel psicológico, aumenta el bienestar, la relajación y los niveles alterados de energía en ambos casos. Aumento de IgA en la audición y reducción del cortisol en ambos casos después de dos días. Se encuentra una evidencia preliminar de un vínculo entre emociones positivas y sistema inmunológico.

Evans (2002)	Pasiva.	Ansiedad. Humor. Confort. Dolor.	Si. 19 pacientes con enfermedad terminal.	Hospital.	¿?	¿?	Efectividad significativa de la musicoterapia en variables de ansiedad, humor y confort, así como la reducción del dolor en algunos procedimientos.
Nguyen (2003)	¿? Atención estándar sin MT. Atención estándar con MT.	Niveles de malestar.	Si. 10 pacientes con enfermedad terminal.	Hospicio.		Escala analógica visual post intervención.	Atención estándar sin MT (n = 10; M= 52,1; DE = 41,82). Atención estándar con MT (n = 10; M= 11,1; DE = 14,34).
Hilliard (2003)	Atención estándar sin MT. Atención estándar con MT.	Duración promedio de días.	Pacientes con enfermedad terminal.	Hospital.	¿?	¿?	La duración promedio de vida (en días) para los participantes de la musicoterapia fue de 69,5 días (DE = 60,5) y de 57,8 días (DE = 45,5) en el grupo control.

Batzner (2003)	Activa. Improvisación vocal. Condiciones: música/no música. Cada una de las condiciones utilizo la secuencia ABA. donde A: ausencia de intervención.(5') El terapeuta se limito a visitar a los participantes. B: intervención .(10') Aquí el Mt. improvisa vocalmente con una guitarra.	Niveles de malestar.	Si. 15 pacientes con enfermedad terminal.	Residencia para enfermos terminales.	10 '	¿?	Las sesiones fueron grabadas en video, para poder anotar las conductas que reflejaban malestar. El análisis grafico posterior indico una disminución de dichas conductas para aquellos pacientes que recibieron musicoterapia.
Sahler, Hunter y Liesveld (2003)	Pasiva. Imaginación guiada con relajación.	Frecuencia e intensidad del dolor y la náusea.	19 pacientes con TMO (Trasplante de Médula Ósea)	¿?	2 sesiones semanales durante 15 días	El dolor mediante EVA y la náusea en el pre-post en el grupo experimental.	La percepción de dolor se redujo y también se constató que se alargaba el intervalo entre vómitos..

Trallero (2004)	Activa. ¿?	Ansiedad.	No. 6 muejeres con cáncer.	Hospital	13 sesiones.	Se evaluó la ansiedad mediante STAI al inicio y final de la investigación.	Gran reducción de la ansiedad (estado y rasgo) por parte de las participantes y las valoraciones fueron muy positivas.
Hilliard (2004)	Condiciones siguientes: 1) control (cuidados habituales de las residencias para enfermos terminales); 2) tratamiento experimental (cuidados habituales mas musicoterapia).	Calidad de vida. Duración de la vida. Tiempo transcurrido hasta el fallecimiento en relación a la ultima visita.	Si. 80 adultos con edad superior a los 65 años con cáncer terminal.	Domicilio.	¿?	Cuestionario. 90 preguntas autoad. post sesión en ambas condiciones (Hospice Quality-of-life index-Revised, HQOLI) para calidad de vida.	No hubo diferencias significativas en las variables indagadas. Diferencia significativa en la calidad de vida de los que recibieron MT. incluso aunque su salud física hubiera empeorado. En aquellos que no recibieron MT.la calidad de vida disminuyo de forma paralela al estado físico.

Clements-Cortes, A (2004)	Activas. Composición de canción. Selección de canción. Canto. Análisis y discusión de letras de canciones. Improvisación. Tocar instrumentos.	La función que la música desempeña en el acceso a la emoción.	3 pacientes.	Centro de atención geriátrico - Baycrest	¿?	¿?	Los pacientes alcanzaron sus metas individuales y se lograron cumplir los objetivos propuestos por la investigación: la musicoterapia facilita la expresión emocional y la exploración de la pérdida y de duelo en los temas de los enfermos terminales, aumenta y mejora la comunicación y la libre expresión, estimulando revisión de la vida y reminiscencia, y aumentando la relajación.
Burns, Sledge, Fuller, Daggy y Monahan (2005)	Cuestionario.	Sobre preferencias e interés en la musicoterapia.	65 pacientes adultos con cáncer terminal.	¿?	¿?	Cuestionario preferencias e interés en la musicoterapia, STAI. PANAS. FACIT-F . COPE.	La audición musical la intervención que más interesaba a los pacientes. Interés asociado a mejoras en niveles de ansiedad, efectos negativos, así como beneficios percibidos, entre otros.

González-Álvarez-Alonso (2005)	Han tratado las células tumorales con medicamentos contra el cáncer en la presencia y en la ausencia de música. Teniendo en cuenta estos resultados preclínicos , el siguiente paso fue aplicar el tratamiento de la terapia de la música la clínica.	Evaluación de la eficacia de la terapia combinada.	Un grupo de niños y niñas con cáncer.	Hospital.	¿?	Las células se cultivaron en medio Eagle modificado de Dulbecco a 37 ° C bajo 90 % de humedad y 5 % CO2.1,2. El efecto del tratamiento de sonido fueron examinados por la determinación colorimétrica de viabilidad celular :MTT 0.3. Este método es útil para evaluar la proliferación celular.	La música tiene efecto beneficioso a nivel emoción y a nivel orgánico, ya que determinado tipos de estímulos musicales son capaz de aumentar la activ.del tratamiento de quimioterapia. Se observó que aumenta la calidad de vida y la autoestima de estos pacientes.

Wlodarcz (2006)	Se utilizo un diseño ABAB: donde la sesión A consistió en una sesión de musicoterapia cognitivo-conductual (30 minutos) y la sesión B consistió en una visita sin música (30 minutos). Se utilizo un diseño	El efecto de la musicoterapia sobre la espiritualidad.	10 adultos con enfermedad terminal.	Residencia para enfermos terminales.	Sesiones de 30 minutos.	Escala Spiritual Well-Being (SWBS) de 18 ítems.	Incremento significativo de las puntuaciones de dicha escala aquellos días en lo que se había dado MT. Apoya el uso de la musicoterapia para incrementar el bienestar espiritual de los pacientes con una enfermedad terminal.

5.2.1.2. Otros estudios con contribuciones científicas

AUTOR	CONTRIBUCIÓN
Munro (1984)	Escribió libros y artículos científicos que demostraron la eficacia de la Musicoterapia en el área.
Aldridge (1993)	Analiza y discute la investigación en musicoterapia en el ámbito médico, enfatizando la importancia de la metodología cualitativa, la integración de diversas estrategias y teorías, y la integración de nuevos descubrimientos y avances en psiconeuroinmunología.
Maranto (1991)	Enumera varias maneras en que la música y la relación con el paciente pueden ser utilizadas con el tratamiento médico: 1. Modo primario de intervención médica, donde se utiliza directamente para afectar a la salud (por ejemplo, escuchar música para reducir el dolor). 2. A un mismo nivel que un tratamiento médico (ejemplo, uso de canciones con la medicación para personas con dificultades respiratorias). 3. Como apoyo, facilitación o intensificación del tratamiento médico tradicional. (ejemplo, escuchar música durante un tratamiento en diálisis).
Maranto (1992-1993)	a) Diagnóstico: podemos obtener información nueva, por medio de vías no verbales o imaginarias, para comprender más de cerca la condición de la salud (bio-psico-social) de la persona. b) Tratamiento. Los objetivos pueden ser diversos, específicos… pero entre ellos: reducir la ansiedad, la percepción de dolor, mejorar la adaptación a la enfermedad, distraer, etc. c) Comunicación. A través de lo no verbal, podemos observar una evolución, una pequeña respuesta o señal de cambio, aunque sea inconsciente por parte del paciente. d) Prevención. La persona es parte activa del

	proceso de salud, potenciando su respuesta inmune a través de la música.
Maranto (1993)	Se sirve del modelo médico bio-psico-social para clasificar los objetivos de intervención en tres áreas: - Reducir la ansiedad a la condición y tratamiento médico - Reducir el dolor asociado al dolor o al tratamiento - Mejorar el funcionamiento en lo que se refiere a la enfermedad y el tratamiento.
American Music Therapy Association (AMTA – 2002)	*… "En conjunción con su régimen de tratamiento regular , los pacientes con cáncer a menudo utilizan terapias complementarias y alternativas en un esfuerzo para reducir el estrés , prevenir o reducir los efectos secundarios y síntomas , o controlar la enfermedad . Los estudios empíricos y observaciones clínicas indican que la musicoterapia es un tratamiento complementario beneficioso para las personas con un diagnóstico de cáncer.* *La terapia musical puede atender numerosas necesidades , tales como :* *(a)La reducción de la ansiedad y la angustia.* *(b)Proporcionar a la dirección no farmacológico del dolor y el malestar.* *(c)La facilitación de los cambios positivos en el estado de ánimo y los estados emocionales.* *(d)Proporcionar una salida para recuperar el control y confianza en sí mismo.* *(e)La enseñanza de habilidades de afrontamiento y el apoyo emocional.* *(f)La reorientación de la atención durante los procesos de tratamiento.* *(g)Influir positivamente en las respuestas biológicas tales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, o el aumento de la función inmune.* *(h)Proporcionar mayor comunicación entre los pacientes y los cuidadores."*

Davis (2004)	Postula la importancia de contemplar el nivel de energía que percibimos en un paciente su temperatura; el movimiento corporal; los gestos y la expresión de manos, ojos, rostro y extremidades (puede denotar mucha agitación); la rapidez del habla (quizá indica miedo, cansancio, nervio); el ritmo con que se mueve la caja torácica (rítmica, arrítmica, muy rápida en casos de miedo, lentísima/parada en casos de apnea...), etcétera. La comunicación humana va más allá del lenguaje verbal, es predominantemente no verbal (casi un 80%).
Hirsch y Meckes (2000)	La musicoterapia enfatiza el contacto personal y valora los pacientes como seres humanos creativos y productivos. Puede facilitar pacientes de oncología del hospital experiencias poderosamente psicológicas positivas , fomentar la participación activa en el tratamiento , y puede prevenir la ansiedad y la depresión asociada a los procedimientos y hospitalizaciones. Las personas diagnosticadas con cáncer se enfrentan a una tremenda pérdida de control. La musicoterapia puede ofrecer opciones, que provocan un propio control interno.
Lucanne Magill (2005)	Escribe sobre el desempeño de la musicoterapia en CP. Entre las habilidades necesarias que el musiocterapéuta debe desarrollar se incluyen: empatía, aceptación y escuchar reflexivamente, conciencia focalizada, estrategias en el cuidado propio. Dado a la vulnerabilidad y la frágil naturaleza de trabajar con aquellos enfrentados con pérdidas y potenciales pérdidas de vida, los musicoterapéutas necesitan poner a un costado sus propios asuntos y valores para poder

	mantener el centro y estar completamente presentes. Es natural en este trabajo, para los profesionales en tratados curativos, reflexionar en sus propias vidas y sus propios significados de existencia y espiritualidad. A través del mantenimiento de la atención en la vida de uno, es posible abrir por completo el corazón y la mente y llegar a un estado mas afinado a la vida de uno como a la vida de sus seres queridos y la de otros. Postula el desarrollo de taller en donde los musicoterapéutas van a aprender estrategias de conciencia focalizada y habilidades clínicas necesarias para este tipo de trabajos. Brindando oportunidad de discutir y compartir problemas clínicos relacionados con la tarea del musicoterapéuta con el cáncer y el tratado paliativo.
Gallicchio, M. *(*2006)	Afirma que la musicoterapia con niños hospitalizados ocurre en presencia y contacto con los Cuidadores, sean estos: familiares, equipos de salud o de mantenimiento. Considera Cuidadores, a los familiares, profesionales de salud y de otras áreas, como los encargados de mantenimiento y limpieza y todos aquellos envueltos en el proceso de cuidados con el otro sujeto durante la hospitalización. Vincula el placer y alegría a la pulsión de vida, independientemente de la edad, condición social o gravedad de la enfermedad. De las técnicas establecen como prioritarias, para los cuidadores y pacientes las técnicas de acceso al inconsciente y al imaginario.

Nataloni. G (2006)	Describe un laboratorio de música y arte en servicio de Psico -oncología del Departamento de Oncología de Perugia (Italia) para la psicoterapia con pacientes de cáncer. Se ofrece terapia individual y de grupo verbal y lenguajes no verbales (música, dibujo, artes plásticas , la danza , la poesía). Todas integradas se integran , en consonancia con los deseos del paciente y la historia de vida. El laboratorio (una di a la semana de 2 horas de duración) está liderado por dos musicoterapéutas, un psiquiatra, terapeuta de arte y un psicólogo . Las intervenciones contemplan diversos objetivos: 1) Mejorar la calidad de vida, incluso reducción de comorbilidad psiquiátrica , que a menudo está presente en los pacientes oncológicos . 2) Influir en el entorno de cuidadores propiciando la comprensión y la elaboración de la vida del paciente y la historia neoplásica. Revalorizan la figura del co-musicoterapéuta, así como, el lenguaje no verbal puede ir de lado a lado con la expresión verbal en psicoterapia con pacientes de cáncer. En la experiencia se ha facilitado la expresión de temas tan difíciles de verbalizar , como la muerte. Estos se han explorado con mayor comodidad a través de la música.

5.2.2. Tabulación Cronológica del Estado del Arte de Musicoterapia y Cuidados Paliativos Internacionales

A continuación se presenta un cuadro comparativo en donde se desglosan las entradas contempladas en análisis.

INTERVENCIÓN	
ACTIVA	Walker (1999) Batzner (2003) Trallero (2004) Clements-Cortes, A (2004)
PASIVA	Beck (1988) Whittall (1991) Longfield (1995) Evans (2002) Sahler, Hunter y Liesveld (2003)
COMBINADA	Curtis (1986) Calovini (1993) Abbott (1995) Burns,Harbuz,Hicklebridge y Bunt (2001)
OTRA	
Atención estándar sin musicoterapia	Nguyen (2003) Hilliard (2003) Hilliard (2004) González-Álvarez-Alonso (2005) Wlodarcz (2006)
Atención estándar con musicoterapia	Nguyen (2003) Hilliard (2003) Hilliard (2004) González-Álvarez-Alonso (2005) Wlodarcz (2006)
Cuestionario	Burns, Sledge, Fuller, y Monahan (2005)
NO ESPECIFÍCA	Deforia Lane (1991) Gallagher(2001)

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	
ACTIVA	
Cantar	Calovini (1993) Clements-Cortes, A (2004)
Tocar instrumento	Calovini (1993) Abbott (1995) Burns, Harbuz, Hicklebridge y Bunt(2001) Clements-Cortes, A (2004)
Composición de canciones	Abbott (1995) Clements-Cortes, A (2004)
Selección de canción	Clements-Cortes, A (2004)
Análisis y discusión de letra	Clements-Cortes, A (2004)
Life Review	Abbott (1995)
Improvisación vocal	Batzner (2003)
Canto con acompañamiento de guitarra	Batzner (2003)
Improvisación	Clements-Cortes, A (2004)
PASIVA	
Escuchar sonidos típicos de hospital	Curtis (1986)
Escuchar música instrumental de preferencia	Curtis (1986)
Escuchar música	Beck (1988) Calovini (1993) Longfield (1995) Abbott (1995) Burns, Harbuz, Hicklebridge y Bunt(2001) Burns, Sledge, Fuller, y Monahan (2005) González-Álvarez-Alonso (2005)
G.I.M.	Whittall (1991) Walker (1999) Sahler, Hunter y Liesveld (2003)
Respiración profunda	Whittall (1991)
Ejercicios de relajación muscular	Whittall (1991) Sahler, Hunter y Liesveld (2003)
Relajación con música	Calovini (1993) Abbott (1995)
NO ESPECIFÍCA	Gallagher(2001) Evans (2002) Nguyen (2003) Hilliard (2003) Trallero (2004) Hilliard (2004) Wlodarcz (2006)

VARIABLE ESTUDIADA	
DOLOR	Curtis (1986) Beck (1988) Longfield (1995) Gallagher(2001) Evans (2002 Sahler, Hunter y Liesveld (2003)
CONFORT FÍSICO	Curtis (1986) Evans (2002)
NAÚSEAS	Sahler, Hunter y Liesveld (2003)
SATISFACCIÓN	Curtis (1986)
RELAJACIÓN	Curtis (1986)
ANSIEDAD	Whittall (1991) Calovini (1993) Gallagher(2001) Evans (2002) Trallero (2004)
ÁNIMO	Longfield (1995) Walker (1999) Gallagher(2001)
EMOCIONES	Burns,Harbuz,Hicklebridge y Bunt (2001) Clements-Cortes, A (2004)
ESPIRITUALIDAD	Wlodarcz (2006)
SISTEMA INMUNOLÓGICO	Burns,Harbuz,Hicklebridge y Bunt (2001)
HUMOR	Evans (2002)
DURACIÓN PROMEDIO DE DIAS	Hilliard (2003)
TIEMPO DE VIDA TRANSCURRIDO EN RELACIÓN A ULTIMA VISITA DE MUSICOTERAPIA	Hilliard (2004)
MALESTAR	Batzner (2003) Nguyen (2003)
CALIDAD DE VIDA	Walker (1999) Abbott (1995) Hilliard (2004)
PREFERENCIAS E INTERES EN LA MUSICOTERAPIA	Burns, Sledge, Fuller, y Monahan (2005)
TERAPIA COMBINADA	González-Álvarez-Alonso (2005)
RESPUESTAS FISIOLOGICAS	
Inmunoglobulina Salival A –IgA	Deforia Lane (1991)
Temperatura de extremidades	Whittall (1991)
Respiración	Whittall (1991) Gallagher(2001)
Frecuencia cardíaca	Whittall (1991)

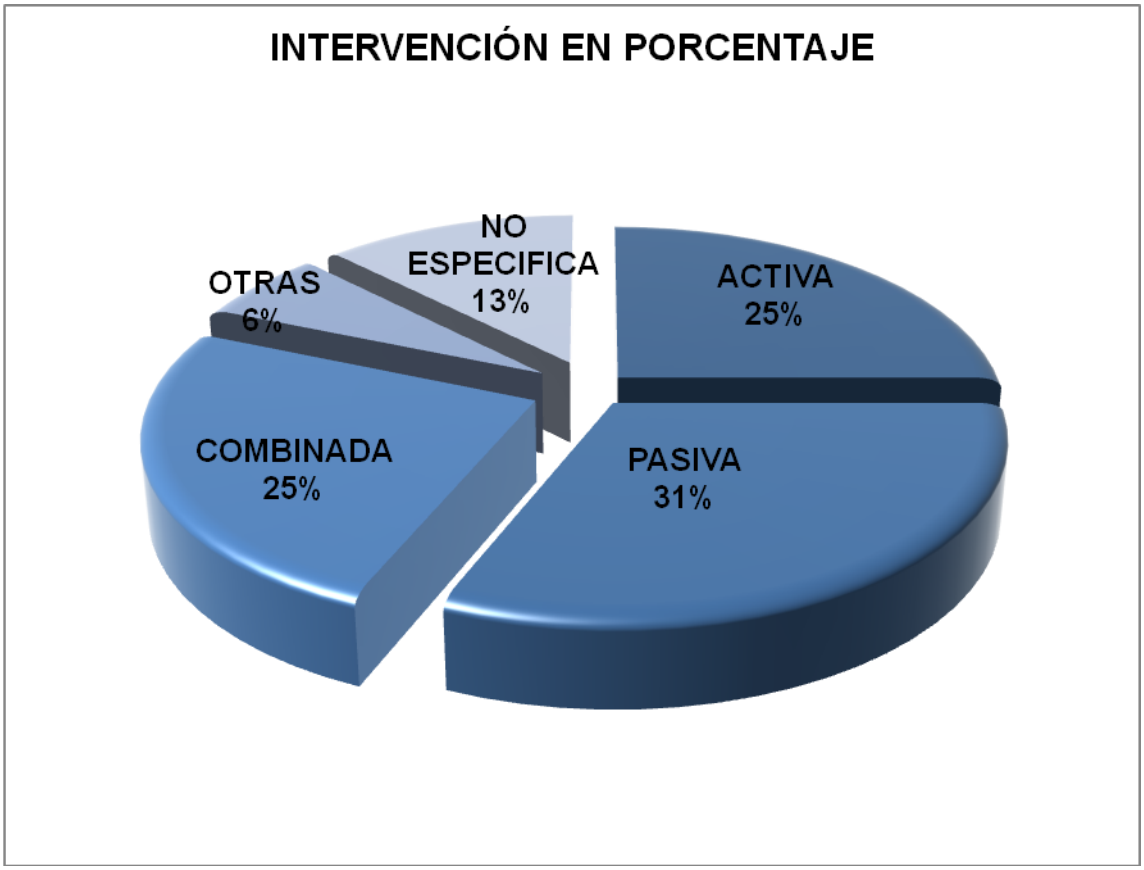
GRUPO CONTROL	
SI	
Hombres	
Mujeres	Walker (1999) Trallero (2004)
Ambos	Curtis (1986) Beck (1988) Deforia Lane (1991) Calovini (1993) Longfield (1995) Abbott (1995) Gallagher (2001) Burns,Harbuz,Hicklebridge y Bunt (2001) Evans (2002) Nguyen (2003) Hilliard (2003) Batzner (2003) Sahler, Hunter y Liesveld (2003) Hilliard (2004) Clements-Cortes, A (2004) Burns, Sledge, Fuller, y Monahan (2005) Wlodarcz (2006)
Niños	González-Álvarez-Alonso (2005)
NO	Whittall (1991)

LUGAR	
HOSPITAL	Curtis (1986) Walker (1999) Evans (2002) Hilliard (2003) Trallero (2004) González-Álvarez-Alonso (2005)
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	Whittall (1991) Gallagher (2001)
DOMICILIO	Hilliard (2004)
RESIDENCIA PARA ENFERMOS TERMINALES	Calovini (1993) Longfield (1995) Abbott (1995) Batzner (2003) Wlodarcz (2006)
HOSPICIO	Nguyen (2003)
GERIÁTRICO	Clements-Cortes, A (2004)
NO ESPECIFÍCA	Beck (1988) Deforia Lane (1991) Burns,Harbuz,Hicklebridge y Bunt (2001) Burns, Sledge, Fuller, y Monahan (2005)

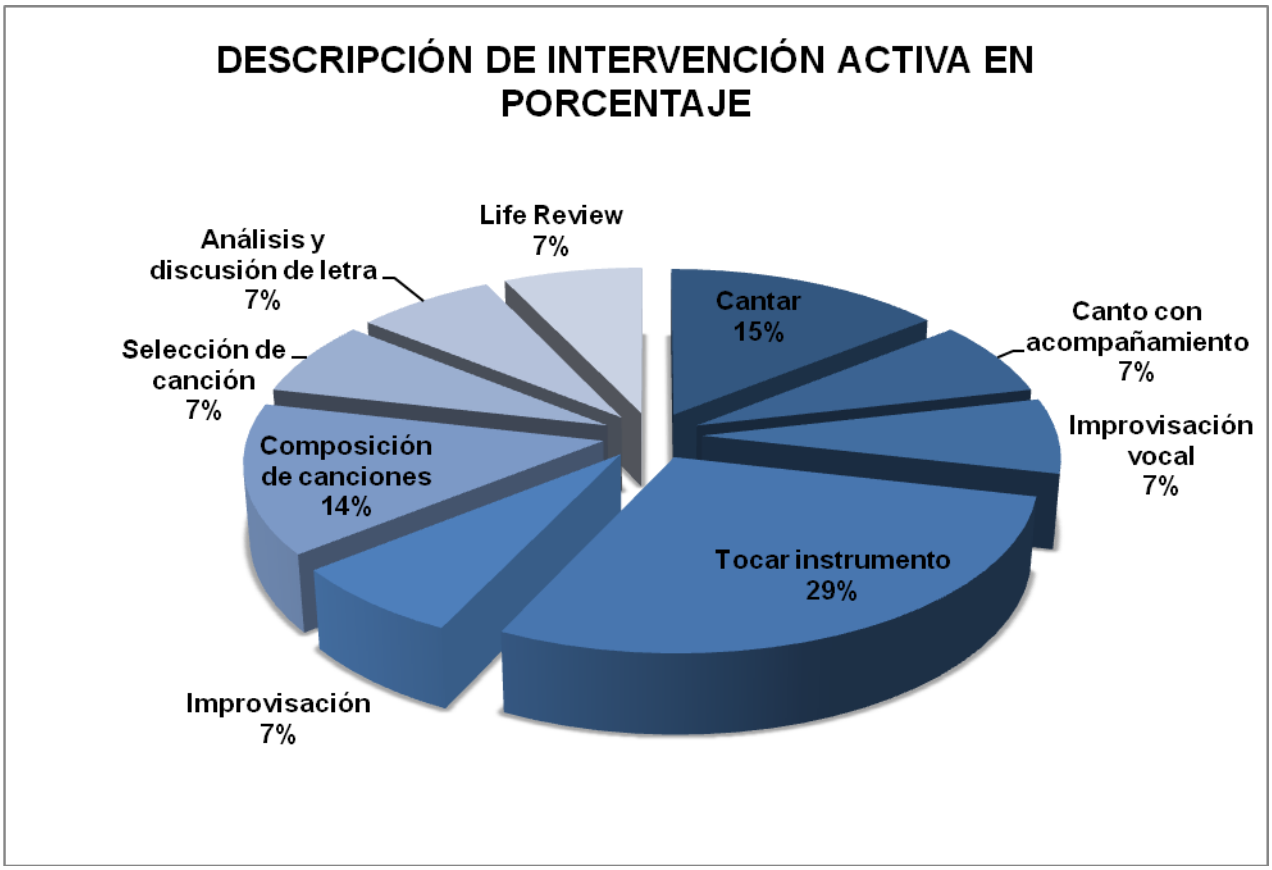
MEDICIÓN	
ESCALA GRÁFICA	Curtis (1986) Deforia Lane (1991)
CUESTIONARIO	Calovini (1993) Burns,Harbuz,Hicklebridge y Bunt (2001)
OTRO	
Medidas fisiológicas	Calovini (1993) Gallagher (2001)
Determinación colorimétrica	González-Álvarez-Alonso (2005)
Wilcoson	Gallagher (2001)
EAGLE	González-Álvarez-Alonso (2005)
SFMPQ	Longfield (1995)
LASA	Longfield (1995) Walker (1999)
POMS	Abbott (1995)
STAI	Calovini (1993) Burns, Sledge, Fuller, y Monahan (2005)
HADS	Walker (1999)
RSCL	Walker (1999)
EVA	Gallagher(2001) Nguyen (2003) Sahler, Hunter y Liesveld (2003)
HQOLI	Hilliard (2004)
PANAS	Burns, Sledge, Fuller, y Monahan (2005)
FACIT-F	Burns, Sledge, Fuller, y Monahan (2005)
COPE	Burns, Sledge, Fuller, y Monahan (2005)
SWBS	Wlodarcz (2006)
NO ESPECIFÍCA	Beck (1988) Whittall (1991) Evans (2002) Hilliard (2003) Batzner (2003) Clements-Cortes, A (2004)
MOMENTO DE APLICACIÓN DEL TEST	
ANTES DE LA SESIÓN	
POST SESIÓN	
AMBAS	Deforia Lane (1991) Whittall (1991) Calovini (1993) Longfield (1995) Abbott (1995) Burns,Harbuz,Hicklebridge y Bunt (2001) Trallero (2004)
NO ESPECIFÍCA	Curtis (1986) Beck (1988) Walker (1999) Evans (2002) Hilliard (2003) Batzner (2003) Clements-Cortes, A (2004)

5.2.3. Gráficos estadísticos del Estado del Arte de Musicoterapia y Cuidados Paliativos Internacionales

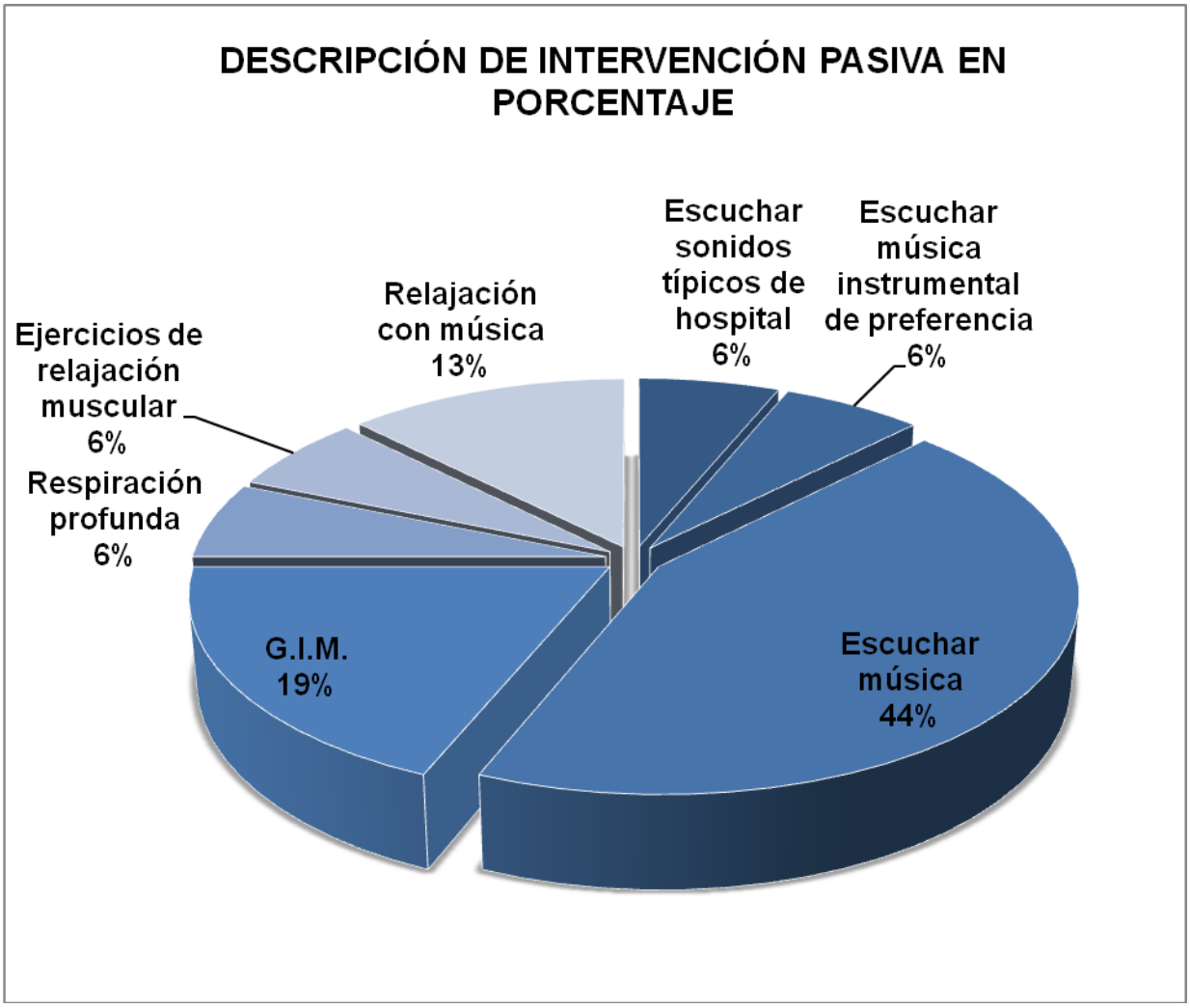
INTERVENCIÓN	ABSOLUTO	%
ACTIVA	4	25
PASIVA	5	31
COMBINADA	4	25
OTRAS	6	6
NO ESPECIFÍCA	2	13
TOTAL	21	100



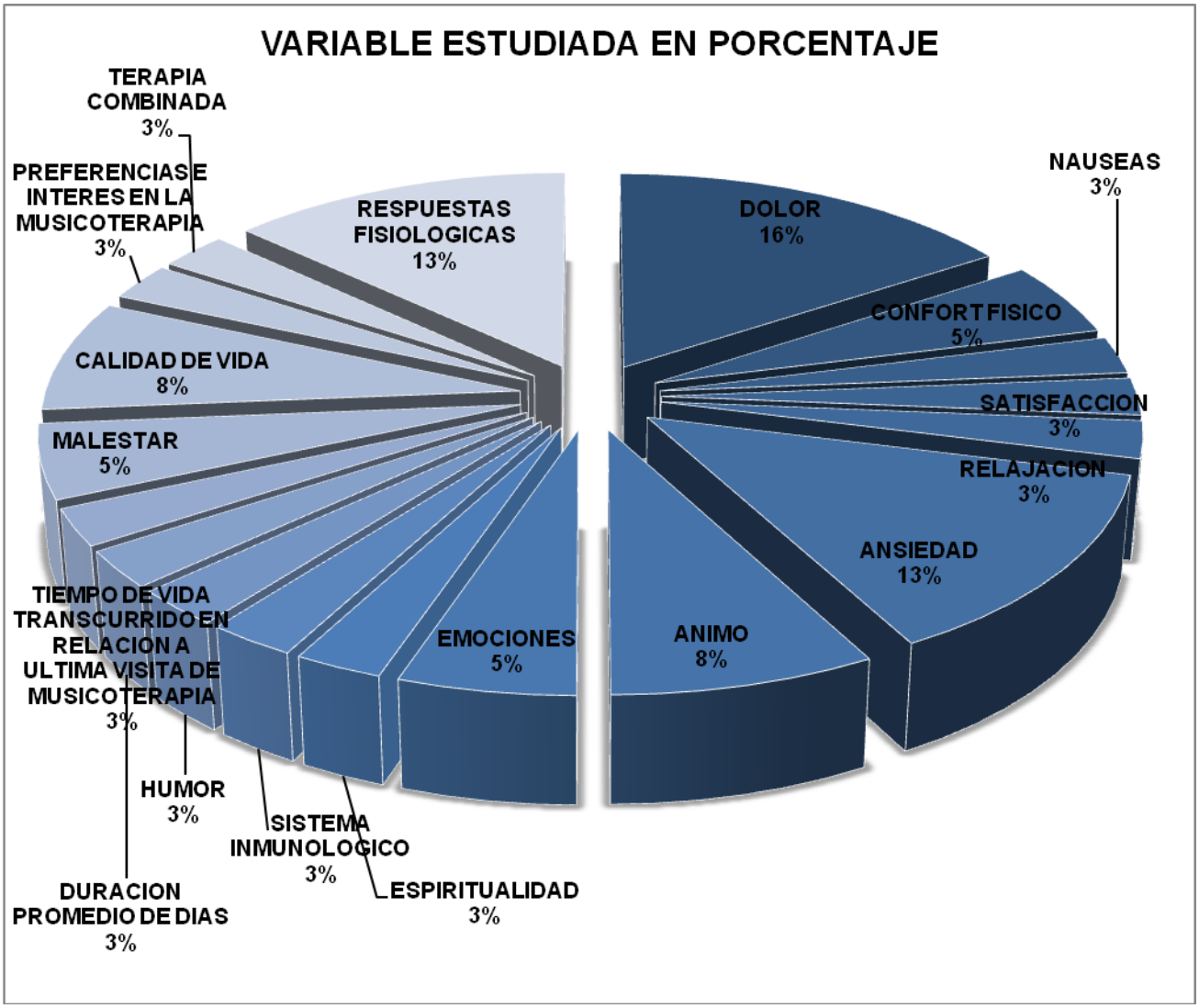
DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN ACTIVA	ABSOLUTO	%
Cantar	2	15
Canto con acompañamiento de guitarra	1	7
Improvisación vocal	1	7
Tocar instrumento	4	29
Improvisación	1	7
Composición de canciones	2	14
Selección de canción	1	7
Análisis y discusión de letra	1	7
Life Review	1	7
TOTAL	14	100



DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN PASIVA	ABSOLUTO	%
Escuchar sonidos típicos de hospital	1	6
Escuchar música instrumental de preferencia	1	6
Escuchar música	7	44
G.I.M.	3	19
Respiración profunda	1	6
Ejercicios de relajación muscular	1	6
Relajación con música	2	13
TOTAL	16	100

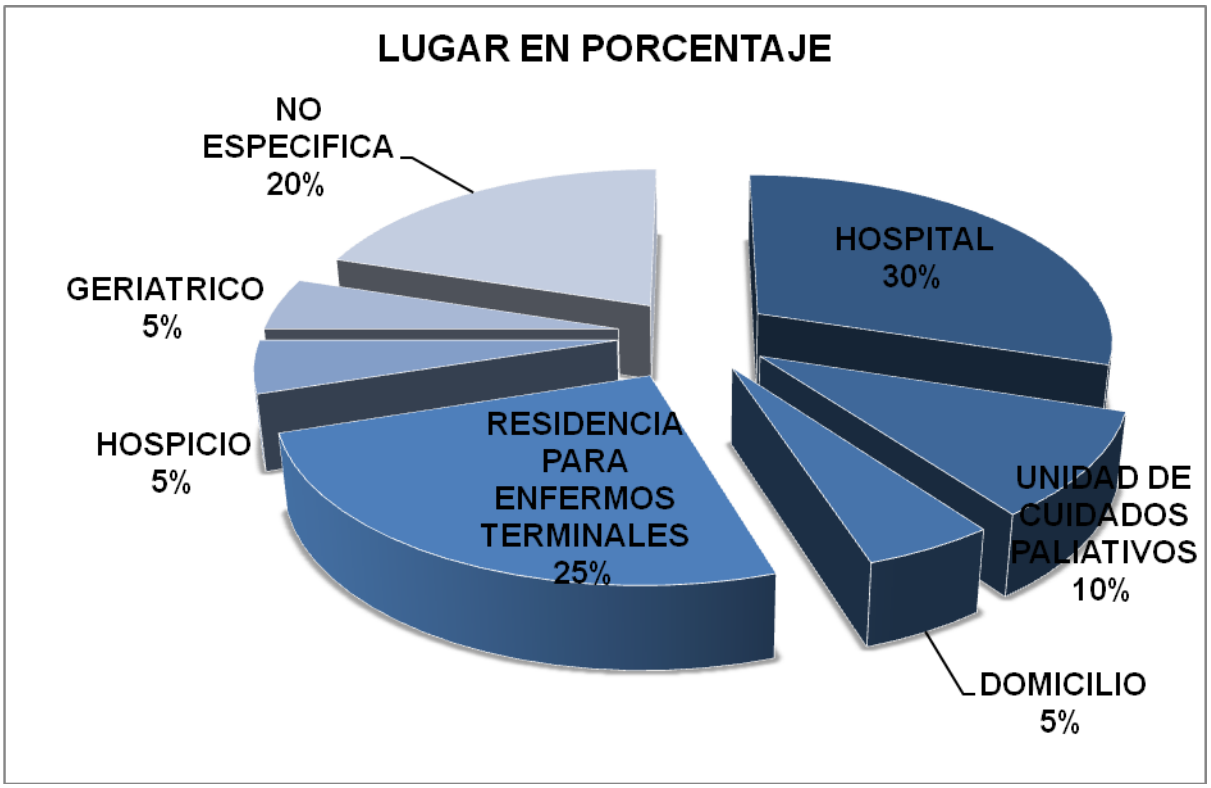


VARIABLE ESTUDIADA	ABSOLUTO	%
DOLOR	6	16
CONFORT FÍSICO	2	5
NAÚSEAS	1	3
SATISFACCIÓN	1	3
RELAJACIÓN	1	3
ANSIEDAD	5	13
ÁNIMO	3	8
EMOCIONES	2	5
ESPIRITUALIDAD	1	3
SISTEMA INMUNOLÓGICO	1	3
HUMOR	1	3
DURACIÓN PROMEDIO DE DIAS	1	3
TIEMPO DE VIDA TRANSCURRIDO EN RELACIÓN A LA ÚLTIMA VISITA DE MUSICOTERAPIA	1	3
MALESTAR	2	5
CALIDAD DE VIDA	3	8
PREFERENCIAS E INTERÉS EN LA MUSICOTERAPIA	1	3
TERAPIA COMBINADA	1	3
RESPUESTAS FISIOLÓGICAS	5	13
TOTAL	38	100

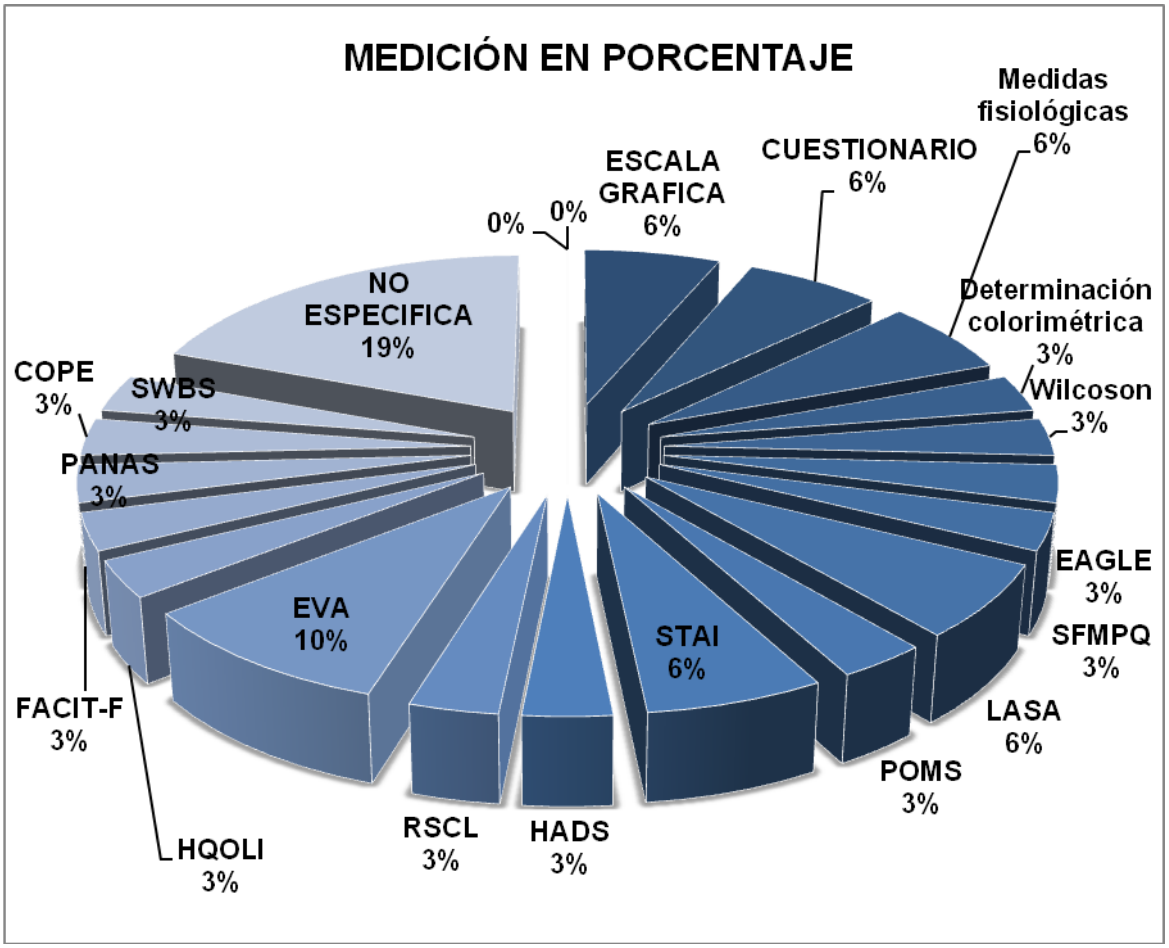

VARIABLE ESTUDIADA EN PORCENTAJE
TERAPIA COMBINADA 3%
PREFERENCIAS E INTERES EN LA MUSICOTERAPIA 3%
RESPUESTAS FISIOLOGICAS 13%
DOLOR 16%
NAUSEAS 3%
CONFORT FISICO 5%
CALIDAD DE VIDA 8%
SATISFACCION 3%
MALESTAR 5%
RELAJACION 3%
ANSIEDAD 13%
TIEMPO DE VIDA TRANSCURRIDO EN RELACION A ULTIMA VISITA DE MUSICOTERAPIA 3%
EMOCIONES 5%
ANIMO 8%
HUMOR 3%
SISTEMA INMUNOLOGICO 3%
ESPIRITUALIDAD 3%
DURACION PROMEDIO DE DIAS 3%

GRUPO CONTROL	ABSOLUTO	%
Hombres	0	0
Mujeres	2	10
Ambos	17	85
Niños	1	5
TOTAL	20	100

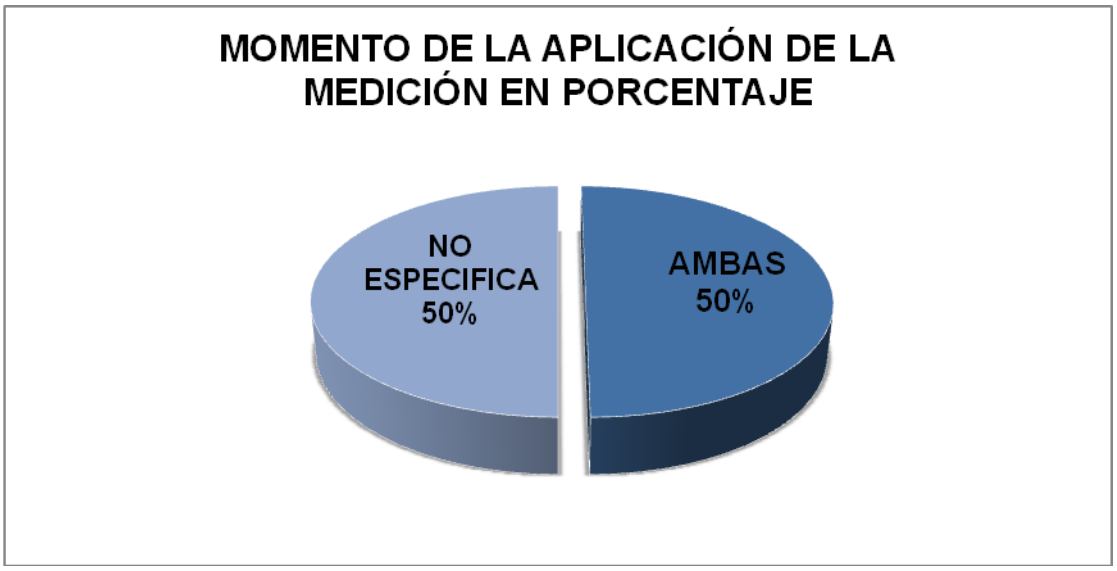
LUGAR	ABSOLUTO	%
HOSPITAL	6	30
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	2	10
DOMICILIO	1	5
RESIDENCIA PARA ENFERMOS TERMINALES	5	25
HOSPICIO	1	5
GERIÁTRICO	1	5
NO ESPECIFÍCA	4	20
TOTAL	20	100



MEDICIÓN	ABSOLUTO	%
ESCALA GRÁFICA	2	6
CUESTIONARIO	2	6
OTRO		
Medidas fisiológicas	2	6
Determinación colorimétrica	1	3
Wilcoson	1	3
EAGLE	1	3
SFMPQ	1	3
LASA	2	6
POMS	1	3
STAI	2	6
HADS	1	3
RSCL	1	3
EVA	3	10
HQOLI	1	3
PANAS	1	3
FACIT-F	1	3
COPE	1	3
SWBS	1	3
NO ESPECIFÍCA	6	19
TOTAL	31	100


MEDICIÓN EN PORCENTAJE
Medidas fisiológicas 6%
CUESTIONARIO 6%
ESCALA GRAFICA 6%
0%
0%
NO ESPECIFICA 19%
Determinación colorimétrica 3%
Wilcoson 3%
COPE 3%
SWBS 3%
PANAS 3%
EAGLE 3%
EVA 10%
STAI 6%
SFMPQ 3%
FACIT-F 3%
LASA 6%
POMS 3%
RSCL 3%
HADS 3%
HQOLI 3%

MOMENTO DE APLICACIÓN DE LA MEDICIÓN	ABSOLUTO	%
ANTES DE LA SESIÓN	0	0
POST SESIÓN	0	0
AMBAS	7	50
NO ESPECIFÍCA	7	50
TOTAL	14	100



CAPÍTULO VI

6.CONCLUSIONES:

6.1.CONCLUSIONES SOBRE EL ESTADO DEL ARTE DE LA MUSICOTERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

En cuanto a la ***Intervención*** la técnica mas utilizada con un 31% es la pasiva. A su vez, se obtuvo ***la descripción de las técnicas pasivas mas utilizadas:*** con un 44% la escucha de música, un 19% para el Método G.I.M., 13% para la relajación con música y 6 % respectivamente para escuchar música instrumental preferida, respiración profunda, ejercicios de relajación muscular o bien escuchar sonidos típicos del hospital.

La precede las técnicas activas con un 25%. A si mismo, se obtuvo la descripción de la técnicas activas mas utilizadas: con un 29% tocar un instrumento, un 14% para la composición de canciones, un 15% para cantar, y 7% para: canto con acompañamiento de guitarra, improvisación, improvisación vocal, selección de canción, análisis y discusión de letra y life review.

Un 13% para aquellas investigaciones que no especifican sobre este aspecto. Un 25 % utiliza ambas técnicas.

Un 6% corresponde a otras intervenciones que no clasifican por si mismas dentro de estas: dentro de ellas mención especial para la investigación realizada Burns, Sledge, Fuller, Daggy y Monahan (2005) en donde se utiliza un cuestionario para indagar sobre las preferencias e interés de la musicoterapia desde la perspectiva del paciente.

Se registraron 38 ***variables*** estudiadas: Con un 16% para el dolor. Un 13 % para ansiedad y respuestas fisiológicas respectivamente; 8% para el ánimo y calidad de vida respectivamente; 5% para el confort físico, emociones y malestar respectivamente; y por último con un 3% respectivamente para cada una de ellas en relación a satisfacción, relajación, espiritualidad, sistema inmunológico, humor, duración de vida promedio de días, tiempo de vida transcurrido en relación a la última visita de musicoterapia, preferencias e

intereses en la musicoterapia desde la perspectiva del paciente y terapia combinada.

En referencia al ***grupo control*** utilizado en las investigaciones un 85% corresponde a población adulta de ambos sexos. Un 10% para población únicamente femenina. Y un 5% población infantil. Ninguna investigación utilizo como muestra únicamente población masculina.

En relación al ***lugar*** donde se realizo la investigación: 30% en Hospital, 25% residencia para enfermos terminales, 20% no especifica, 5% respectivamente en: domicilio, hospicio y geriátrico.

La ***medición de las variables*** estudiadas reporta que en un 19% de las investigaciones no se especifica el tipo de medición utilizada.

Un 10% utilizó La **Escala Visual Analógica (EVA)** que permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente.

En un 6 % se evaluaron las medidas fisiológicas sin determinar el nombre del instrumento y/o escala; también con este porcentaje: LASA (escala lineal analógica de autoevaluación), STAI (cuestionario de ansiedad estado-rasgo).

Un 3% EAGLE (evaluación cardíaca), SFMPQ (cuestionario breve de dolor), POMS (perfil de estados de ánimo), HADS (escala para evaluar el humor y el control emocional), RSCL (cuestionario que evalúa la calidad de vida), HQOLI (escala para evaluar la calidad de vida), PANAS (cuestionario de emociones positivas y negativas), COPE (cuestionario de afrontamiento del estrés, SWBS (escala Spiritual Well-Being), FACIT-F (cuestionario de evaluación de la fatiga), respectivamente.

En cuanto al ***momento de la aplicación de la medición***: Un 50% aplica medición pre y post sesión. Un 50 % no especifica en que momento la aplica.

Los resultados obtenidos de las investigaciones contempladas fueron los siguientes: Las intervenciones de música seleccionadas por un musicoterapéuta deben basarse en evaluación y de acuerdo a las necesidades

individuales, fortalezas y preferencias para que tengan un mayor potencial terapéutico.

Un gran número de autores postula la necesidad de realizar investigaciones con un mayor número de pacientes.

Se apuntan efectos beneficiosos con la musicoterapia en ansiedad, dolor (inclusive en la aplicación de musicoterapia durante algunos procedimientos) estado de animo, autoestima, ansiedad, humor y confort, calidad de vida.

La música tiene efecto beneficioso a nivel emoción y a nivel orgánico, ya que determinado tipos de estímulos musicales son capaz de aumentar la actividad del tratamiento de quimioterapia.

La musicoterapia facilita la expresión emocional y la exploración de la pérdida y de duelo en los temas de los enfermos terminales, aumenta y mejora la comunicación y la libre expresión, estimulando revisión de la vida y reminiscencia, y aumentando la relajación.

3 estudios de gran relevancia científica:

Nguyen (2003) evaluó los niveles de malestar ante dos situaciones: Pacientes con atención médica estándar sin musicoterapia y pacientes con atención médica estándar y musicoterapia. Los resultados son llamativos: Atención estándar sin musicoterapia (n=10; M= 52,1; DE: 41,82); Atención estándar con Musicoterapia (n=10; M=11,1; DE=14,14).

HIlliard (2003) evaluó la duración promedio de vida (en días) ante dos situaciones: pacientes con atención médica estándar sin musicoterapia y pacientes con atención médica estándar y musicoterapia. Con resultados a considerar: atención estándar y musicoterapia fue de 69,5 días (DE = 60,5) y de 57,8 días (DE = 45,5) en aquellos pacientes con atención estándar sin musicoterapia.

Wlodarcz (2006) evaluó el efecto de la musicoterapia sobre la espiritualidad del paciente. Obteniendo un incremento significativo de las puntuaciones en la escala SWBS. Demostrando que la musicoterapia posibilita incrementar el bienestar espiritual de los pacientes con una enfermedad terminal.

6.1.2. Consideraciones y recomendaciones sobre el Estado del Arte de Musicoterapia y Cuidados Paliativos

Del análisis estadístico del material recopilado he establecido relaciones, inferencias y predicciones que también pueden ser útiles para ofrecer elementos de abordaje de musicoterapia en cuidados paliativos.

Consideraciones en relación a las intervenciones y técnicas:

Es una meta del musicoterapéuta la adaptación de técnicas y procedimientos a las propias condiciones cambiantes del paciente. Fundamentado en el amplio rango de intervención con la persona a lo largo de todo su proceso de enfermedad (momento de tratamiento con quimioterapia o radioterapia, operaciones quirúrgicas, etc.…)

Son escasos los estudios que hasta hoy utilizan un modelo de musicoterapia predominantemente activo. La tendencia ha sido el uso de la musicoterapia pasiva-receptiva por la dela activa-creativa.

Las técnicas han sido adaptadas e incluso relacionadas con fases determinadas del proceso.

Debemos tener cuidado con la selección de las técnicas a utilizar. Las mismas deben estar en función del despliegue del emergente del paciente. Utilizando técnicas activas-creativas con aquellos pacientes que aún tienen posibilidades de movilidad, de participación en la actividad musical. O bien, que optaban por una expresión de esa índole. Las pasivas o receptivas con aquellos pacientes que, no pudiendo participar de la actividad musical en forma activa pudieron obtener beneficios a partir de la recepción musical. Con otros las técnicas han sido combinadas.

La efectividad de la intervención siempre debe ser valorada por los cambios y evolución en los objetivos determinados por el terapeuta a

lo largo de la terapia o en distintas etapas. Debemos identificar las características de los pacientes que potencialmente puedan sacar mayor provecho a la intervención y técnica puesta en juego.

Otro aspecto importante sería la inclusión de la percepción y/o opinión que el propio paciente tiene del tratamiento o intervención que recibe.

La musicoterapia ofrece un diálogo que no está limitado por las palabras, pero de alguna manera permite al paciente expresar - SER auténticamente, explorar sus sentimientos, pensamientos… Esa es la técnica más poderosa: el no-verbal.

Consideraciones en relación a las variables estudiadas en función de la musicoterapia:

No se refieren estudios sobre imagen y esquema corporal.

Un solo estudio contempla como variable de investigación la espiritualidad.

Es difícil encontrar investigaciones donde la única variable sea la calidad de vida. En la mayoría viene asociada a otras (dolor, bienestar, relajación, ansiedad…). Alguna de estas variables (p.ej. dolor) se encuentra como ítem en sub escalas de calidad de vida.

La misma definición de musicoterapia, ofrecida por la WFMT (1996) nos menciona la calidad de vida como uno de los objetivos a alcanzar, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento.

Consideraciones acerca del grupo de control:

Proseguir en la investigación con mayor número de muestra y aleatorización

Consideraciones en relación a la medición:

Un número muy alto de investigadores no afirmó haber utilizado algún el instrumento para la medición de la variable investigada. Otro grupo importante que evaluó las medidas fisiológicas no determina el

nombre del instrumento y/o escala utilizado.

Se debe seguir analizando, discutiendo y trabajando en la creación de protocolos y/o utilización de instrumentos de medición específicos de la musicoterapia y su aplicación en el ámbito médico-clínico. Tanto cuantitativos como cualitativos.

Consideraciones con respecto al *momento de la aplicación de la medición*:

Un 50% aplica medición pre y post sesión. Un 50 % no especifica en que momento la aplica.

En relación a ello considero que los musicoterapéutas todavía debemos tomar mayor conciencia de la importante e inminente necesidad de la aplicación - de test, cuestionario, escala o instrumento que fuere- pre y post sesión.

Dicha aplicación permite la comparación y análisis de la información obtenida y elaboración de resultados y conclusiones científicas.

También ofrecen la posibilidad de realizar un análisis retrospectivo de los casos estudiados, permitiendo al musicoterapéuta la focalización en las estrategias que se despliegan, fijar nuevos objetivos, como así, la tendencia y evolución del paciente.

Es mi deseo que estos postulados contribuyan como aporte al conocimiento en direcciones futuras de la aplicación de la musicoterapia en Cuidados paliativos.

6.2. CONCLUSIONES SOBRE LA MIRADA DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS - FUNDACIÓN FEMEBA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ PARA CON LA MUSICOTERAPIA

Hacia la finalización de la rotación se realizó una ***encuesta dirigida a los miembros del equipo de la Unidad*** con el fin de obtener valoraciones acerca de la Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos – Fundación Femeba del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

Con anterioridad se indago sobre el ***estado de arte de la Musicoterapia en Cuidados Paliativos*** en diferentes bases de datos y se incluyeron - en la encuesta – las variables asociadas a diversos estudios que incluían la Musicoterapia en tratamientos de enfermedades terminales.

La encuesta a los profesionales incluye la consulta de aquellas variables que podrían usarse con fines musicoterapéuticos para determinar la pertinencia de la musicoterapia frente a las necesidades de los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos – Fundación Femeba del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

El formato utilizado en la encuesta diseñada incluyó 5 niveles de respuesta de actitudes. Cada uno de estos niveles tuvo asignado un valor numérico.

Las afirmaciones se calificaron de la siguiente manera:

(5) Definitivamente sí.
(4) Probablemente sí
(3) Indeciso.
(2) Probablemente no.
(1) Definitivamente no.

La puntuación de la encuesta ha ido muy favorable.

De un total de 29 encuestados se obtuvo el 100 % de respuestas.

Ninguno de los participantes respondió: indeciso, probablemente no, definitivamente no (que otorgaban la menor puntuación en cuanto a la actitud del profesional frente a la pregunta).

El 79% de los profesionales considera que la Musicoterapia retira al paciente de la zona del déficit definitivamente. Un 21% considera que probablemente así sea.

Un 69% considera que la musicoterapia alivia los síntomas y el sufrimiento del paciente definitivamente. Un 31% respondió que probablemente así sea.

Un 93% considera que la musicoterapia mejora la calidad de vida y que sería eficaz la inclusión de la musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos. Un 7% considera que probablemente así sea.

Un 70% considera beneficiosa la inclusión de musicoterapia en tratamiento invasivos. Un 21% cree que probablemente así sea.

6.2.1. Consideraciones y recomendaciones sobre la mirada de los profesionales del equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos - Fundación FEMEBA del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú para con la Musicoterapia

Durante la investigación he integrado recursos a fin de alcanzar una retroalimentación constante y una comunicación activa con los miembros del equipo: reuniones con el equipo de psicología y participación en los partes médicos semanales, correo electrónico, reuniones de capacitación, asistencia y participación en ateneos clínicos intra hopitalarios y externos al mismo, etc.

En lo que respecta a la relación humana y profesional forjada con el equipo interdisciplinario cabe decir que, con ella y en ella, ha existido

reflexión, colaboración y amplia aceptación de nuestra disciplina. Lo cual invita a seguir trabajando junto a ellos.

Las puertas de la Unidad han quedado abiertas para continuar con el servicio de Musicoterapia, con la futura posibilidad de la creación de una concurrencia específica en Cuidados Paliativos y un cargo.

La experiencia indica que el potencial que ofrece la musicoterapia es esencialmente apropiado si se adapta y despliega en función a las necesidades que estos pacientes manifiestan.

Es mi deseo que esta investigación contribuya y estimule la continuidad de la actividad musicoterapéutica en Cuidados Paliativos, tanto en el área clínica como de investigación. Consolidando así, el trabajo interdisciplinario.

6.3. Conclusiones sobre el abordaje musicoterapéutico en la Unidad de Cuidados Paliativos Paliativos – Fundación Femeba del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú

En cuanto a la atención clínica, brindada a los pacientes, de la Unidad de Cuidados Paliativos Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú debemos señalar que no se ha incluido el seguimiento sistemático de los procesos musicoterapéuticos.

Sin embargo, a continuación se esbozan reflexiones sobre los aspectos que hicieron a la experiencia y abordaje musicoterapéutico en relación a las experiencias con pacientes dentro de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Como se ha desarrollado en páginas anteriores el marco teórico que sustento esta investigación, se fundamenta directamente en los conceptos teóricos y prácticos sistematizados por el Dr. Rolando O. Benenzon, en el *Modelo Benenzon de Musicoterapia (MBMT) – ISO*. El mismo expresa su dimensión humanística de la persona asentada en un estudio profundo del contexto no verbal córporo-sonoro-musical.

Hay muchos aspectos no musicales del entorno que deben tenerse en cuenta y que forman parte del aquí y ahora de la situación.

Algunos de estos elementos son externos: los ruidos de la sala, el sonido de las alarmas a un ritmo no siempre regular y sincronizado con otras, puertas que se abren y cierran, monitores que indican tempos biológicos (ritmo cardíaco, saturación de oxígeno...), personas en movimiento continuo con/sin las sondas que las acompañan...

En cuanto a la duración de las sesiones, dentro de la Institución podemos distinguir que el desarrollo de ellas - inicio y final - no obedece a períodos institucionalizados, dicha noción de tiempo responde en primer lugar al interés y estado del paciente y en segundo lugar a factores que se relacionan con procedimientos del musicoterapéuta.

La finalización de la sesión no tuvo tiempo pautado. Se constituyó como la gran incógnita dentro del encuadre. Sólo puedo decir que su aspecto inespecífico se debió en gran parte a que la Musicoterapia en tanto tratamiento, no es un hecho “puntual”: es un proceso.

La duración dependió de la tolerancia y la capacidad de implicación del paciente en la actividad musical. La interacción sonora y musical –o verbal- da pistas de su personalidad, capacidad de diálogo, problemas, necesidades, recursos, potenciales, capacidad proyectiva (si se acerca a la música desde lo sensorial, desde la parte motriz, afectiva o mental, estableciendo un orden previo o no…).

La fase del tratamiento, como así de la enfermedad terminal, influye en la frecuencia, duración, técnicas a utilizar, etc.

El encuadre no fue entendido como un conjunto de elementos estables en donde la única variable es el paciente. Es decir que dichas cuestiones se fueron edificando en el caso por caso, fue consecuencia y no condición del tratamiento.

El setting Instrumental estuvo compuesto por instrumentos melódicos, armónicos y de percusión, equipo de música con reproductor de CD, grabador Digital, PC portátil, archivos de Música Editada: CD´s creados específicamente con las canciones de intérprete que surgieron dentro de las sesiones, como también, canciones seleccionadas por la musicoterapéuta para posibles intervenciones.

Las intervenciones se organizaron en tres momentos: Inicial o diagnóstico, Intermedio o desarrollo, Final o cierre. Ofreciendo *participación:*

- Paciente.
- Paciente -Terapeuta.
- Paciente - Familia/ entorno significativo.
- Paciente - Familia/ entorno significativo - Terapeuta.
- Otra variante posible.

Las sesiones tomaron como referencia 3 pasos secuenciales: observación, asociaciones corporo-sonoro-musicales y aislamiento reflexivo-activo.

Las intervenciones fueron individualizadas. Se constituyeron protocolos de sistematización específicos para dicha investigación.

Una sesión pudo ser acompañada de intervenciones múltiples, o bien, unificadas.

Aquellos miembros [108] de la familia dispuestos a participar de las sesiones junto al paciente fueron bien recibidos. Al mismo tiempo se ofreció la posibilidad de un abordaje personalizado para cada uno ellos sin respuesta positiva en ninguna de los casos.

Las técnicas han sido adaptadas e incluso relacionadas con fases determinadas del proceso.

[108] No sólo familiares directos. Se incluyen a los cuidadores, amigos, etc.

Se utilizaron técnicas activas-creativas con aquellos pacientes que aún tienen posibilidades de movilidad, de participación en la actividad musical. O bien, que optaban por una expresión de esa índole. Las pasivas o receptivas con aquellos pacientes que, no pudiendo participar de la actividad musical en forma activa pudieron obtener beneficios a partir de la recepción musical. Con otros las técnicas han sido combinadas.

La metodología y la técnica exigen un constante enfrentamiento de variables, que exponen al cambio de encuadre, de espacio y de tiempo. Debido a procedimientos médicos, visitas, exámenes, entre otros. Esto demanda flexibilidad y creatividad por parte del terapeuta.

En síntesis, las técnicas utilizadas pueden agruparse en: Experiencia receptiva; Experiencia recreativa; Experiencia improvisatoria; Experiencia compositiva; Experiencia activa y Experiencias combinadas: las cinco anteriores se combinaron con modalidades artísticas tales como la danza, la poesía. Algunas de las actividades posibles en este tipo de experiencia puede ser el recitado de un poema y su posterior musicalización; otra posibilidad es la de acompañar con el movimiento la escucha de una canción.

Los objetivos se determinaron sobre la base de la situación del paciente, sus necesidades subjetivas, como así, aquellos aspectos iluminados por los miembros del equipo. Los objetivos se determinan de más general a específico, en función de las necesidades de la persona/paciente.

Iimplicaron revisión de literatura, derivación de la persona, planteamiento de objetivos, planificación de la intervención (tipo de sesión, entorno, horario y duración, materiales), intervención y evaluación (inicial y final).

Involucran al terapeuta, paciente, y también a otras personas significativas o un grupo.

La efectividad de la intervención siempre ha sido valorada por los cambios y evolución en los objetivos determinados por el musicoterapéuta a lo largo del proceso en distintas etapas.

Se ha observado que el paciente a medida que se incrementan las sesiones se involucra y compromete más con lo sonoro. El paciente se permite ser en lo sonoro.

Evitando generalizaciones podemos expresar que el paciente evoluciona de la preferencia de las técnicas pasivas-receptivas a un hacer activo-creativo en donde permite construirse, re-conocerse, re-construirse como ser sonoro.

Otro aspecto a valorar es la elección de instrumento. Se constato que el paciente selecciona para su expresión instrumentos de fácil manipulación como lo son los percusivos. Recurren a los melódicos en menos ocasiones.

A su vez, en intervenciones activas-creativas, los instrumentos melódicos desde la perspectiva de acción del musicoterapéuta han actuado como elemento facilitador y conductor de la sesión, mientras que el paciente se acoge más a los instrumentos percusivos.

Las técnicas activas, como cantar y tocar/improvisar, han predominado en el uso y preferencias del paciente.

La facilitación de la canalización y expresión de emociones se ha manifiestado especialmente a través de la historia musical, improvisación y composición de canciones.

6.4. REFLEXIONES FINALES

La musicoterapia aplicada en Cuidados Paliativos está en vías de desarrollo en lo que respecta al Territorio Argentino. Entre las consideraciones que cobran mayor importancia está la formación específica de la valoración general del paciente terminal.

Motivo por el cual he realizado un Posgrado Interdisciplinario En Cuidados Paliativos dictado por FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales sede Argentina). La propuesta promueve una formación que integre las perspectivas ética, clínica, institucional y comunitaria de la problemática de Cuidados Paliativos.

La interdisciplinariedad de las ciencias permite la complementación y el enriquecimiento de la Musicoterapia para el abordaje de los cuidados paliativos.

En este sentido facilita la gestión de proyectos, permite identificar procesos y recursos existentes; y líneas de investigación en Musicoterapia.

Concluyendo que la Musicoterapia en Cuidados paliativos es un campo emergente.

Podemos afirmar que la musicoterapia contribuye significativamente a pacientes y familiares; mejorando la percepción de dolor y ansiedad, la adaptación a la nueva situación, facilitando la distracción, relajación, confort, comunicación, expresión emocional y la emergencia de necesidades espirituales y de apoyo en aspectos relacionados con la persona, la enfermedad y el duelo: en un trabajo que se enfoca desde lo sonoro, corporal y musical.

Quizás ello explique como la música puede ser una notable ayuda en el último viaje hacia un lugar donde la conciencia propia desaparece.

Debemos ser sumamente respetuosos para con el significado que cada uno de los pacientes atribuye al sonido, a sus cualidades, a la música y al proceso propiamente musicoterapéutico.

Es primordial concentrarse en la particularidad del caso, la valoración, la aplicación de la musicoterapia, la relación con ésta y la posterior evaluación.

Debemos analizar la figura del musicoterapéuta dentro de dicho ámbito.

No resulta tarea sencilla fundamentar, organizar y sistematizar una metodología de trabajo, pero cabe destacar que la labor en conjunto entre investigadores y musicoterapéutas promueve el desarrollo de la disciplina en este contexto.

Durante la investigación he integrado recursos a fin de alcanzar una retroalimentación constante y una comunicación activa con los miembros del equipo: reuniones con el equipo de psicología y participación en los partes médicos semanales, correo electrónico, reuniones de capacitación, asistencia y participación en ateneos clínicos intrahopitalarios y externos al mismo, etc.

Me atrevo a definir el estudio de campo como un espacio de gran gratificación y aprendizaje de relaciones sociales. La Musicoterapia Paliativa, tal como la presento debe ser entendida y desplegada en su contexto originario.

En lo que respecta a la relación humana y profesional forjada con el equipo interdisciplinario cabe decir que, con ella y en ella, ha existido reflexión, colaboración y amplia aceptación de nuestra disciplina. Lo cual invita a seguir trabajando junto a ellos.

Las puertas de la Unidad han quedado abiertas para continuar con el servicio de Musicoterapia, con la futura posibilidad de la creación de una concurrencia específica en Cuidados Paliativos.

Espero que este instrumento de profundo compromiso musicoterapéutico favorezca a la población mencionada inscribiendo humildes lineamientos que sostengan y promulguen la implementación de la Musicoterapia en Unidades de Cuidados Paliativos; sirviendo a su vez de

aporte a la disciplina que nos compete, y valiendo a ésta, para próximas investigaciones.

La experiencia indica que el potencial que ofrece la musicoterapia es esencialmente apropiado si se adapta y despliega en función a las necesidades que estos pacientes manifiestan.

6.4.1. Hipótesis Post-facto

"La Musicoterapia en Cuidados Paliativos es una especialidad de la disciplina que necesita una formación específica".

Dicha hipótesis se fundamenta en el trabajo presentado.

Lo propio de las enfermedades con alto riego de mortalidad nos obliga como profesionales de la salud a reflexionar sobre los aspectos que hacen a un tratamiento musicoterapéutico de tal magnitud.

Esta investigación demuestra la necesidad de la creación de una especialización en dicha temática y la posterior formación de los musicoterapéutas que decidan desplegarse en el área de Cuidados Paliativos. Sin duda, así lograremos desarrollarnos y progresar como comunidad científica.

CAPITULO VII

7. RECOPILACIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DE FUENTES DOCUMENTALES

7.1.BIBLIOGRAFÍA

📖ABBOTT. E. The effects of music therapy on the perceived quality of life of patients with terminal illness in a hospice setting. Master's thesis, Western Michigan University 1995.

📖ALDRIDGE, D. (1993). Music therapy research and practice in medicine. London: Jessica Kingsley.

📖ANDER-EGG, EZEQUIEL, Técnicas de Investigación Social, Humanitas, Bs.As., 1990.

📖BATZNER K.W. (2003). “The effects of therapist vocal improvisation on discomfort of behaviors of in- patien hospice clients”. University of Kansas, Lawrence, KS: Unpublished master’s thesis.

📖 BECK, S.C.L. (1988). “The effect of the therapeutic use of music on cancer related pain”. Doctoral Dissertation. Unpublished doctoral dissertation, The University of Utah, Salt Lake.

📖BENENZON, ROLANDO, Musicoterapia y Educación, Ed. Paidós ,Bs. As, 1971.

📖BENENZON, ROLANDO. Musicoterapia, de la teoría a la práctica, Paidós; Bs. As., 2000.

📖BENENZON, ROLANDO. Aplicaciones Clínicas De La Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina.2000.

📖BENENZON, ROLANDO con VIOLETA DE GAINZA y GABRIELA WAGNER. La nueva Musicoterapia, Lumen, Bs. As., 2008.

📖BRUSCIA, KENNETH, Definiendo la Musicoterapia, Ed. Amaru, Salamanca, España, 1997.

📖BRUSCIA, KENNETH. Modelos de improvisación en musicoterapia. Agruparte. España. 1999.

📖BURNS, D.S., SLEDGE, R.B., FULLER, L.A., DAGGY, J.K, MONAHAN, P.O.(2001). A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. Alternative therapies in health and medicine

📖BURNS, D.S., SLEDGE, R.B., FULLER, L.A., DAGGY, J.K, MONAHAN, P.O.(2005). Cáncer patient's interest and preferences for music therapy. Journal of music therapy,

📖CHAGAS MARLY. Artículo presentado como conclusión de la especialización realizada en la Sociedade Brasileira de Psico-oncología. Revista Brasileira de Musicoterapia, año IX, número 7 – 2004.

📖CALOVINI BS.(1993) "The effect of participation in one music therapy ession on state anxiety in hospice patients". Case Western Reserve University, Cleveland, Master's thesis.

📖CLEMENTS-Cortes, A. (2004). The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill. American Journal of Hospice and Palliative Medicine.

📖CURTIS SL. (1986) "The effect of music on pain relief and relaxation of terminally ill", J. Musica Ther.

📖DAVIS, F. (2004). La comunicación no verbal. Madrid: Alianza editorial.

📖DILEO, C. (1997). El proceso musical en pacientes médicos. En P. Del Campo (Coord.) La música como proceso humano (pp. 245-260). Salamanca: Amarú Ediciones.

📖DILEO, C. (1999) Introduction to Music Therapy and Medicine: Definitions, Theoretical Orientations and Levels of Practice. En Music Therapy an Medicine: Theoretical and Clinical Applications. Temple University: American Music Therapy Association, Inc (traducido por Nuria Marsimian).

📖EVANS, D. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. Journal of advanced nursing.

📖GALLICHIO, M. (2006). "Musicoterapia en el cuidado de los cuidadores – Uso de las técnicas". WFMT.

📖GOLDFARB, A. Y HUGO M. (2000)."Musicoterapia en Oncología Pediátrica". Tesis de Grado de la carrera de Musicoterapia. U.S.A.L. Fac. de Medicina.

📖GONZALEZ-ÁLVREZ-ALONSO (2006). "Contribution of the music to the therapy." WFMT.

📖HERNANDEZ SAMPIERI, R., FERNANDEZ COLLADO, C. y BAPTISTA LUCIO, P., Metodología de la Investigación, McGraw Hill, México, 2000.

📖HILLIARD. RE. The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. Doctoral Dissertation, Florida State University, USA 2002.

📖HILLIARD RE. (2003)"The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer" . J. Music Therapy.

📖HIRSH, M; MECKES, D. (2000). "Incorporating emergent perspectives in collaborative medicine, empowerment, and music therapy" Journal of Psychosocial Oncology.

📖LANE, D. (1991). The effect of a single music therapy session on hospitalized children as measured by salivary Immunoglobulin A, speech pause time, and a patient opinion Likert scale. Pediatric ResearchUniversity Hospitals of Cleveland.

📖LE SHAN, L. Luchar con el Cáncer. Editorial Errepar. Buenos Aires. Argentina. 1989-1994.

📖LONGFIELD V. (1995) .“The effects of music therapy on pain and mood in hospice patients”. Saint Louis University. (pp38). St. Louis, MO: Unpublished master`s thesis.

📖MAGILL, L. (2005) The Gifts of Presence: The Heart of our Role in Cancer and Palliative Care. WFMT.

📖M. BETES DE TORO, Fundamentos de la Musicoterapia, Sexta parte: Orientaciones metodológica actuales; Capítulo 24: Modelo musicoterapéutico de Benenzon por R, Benenzon, Ed. Morata, España, 2000, p. 342.

📖MEEROFF, MARCOS. Medicina Antropológica, Asociación Médica Argentina, Bs. As, 1992, p. 14.

📖 NATALONI, G. (2006). “Music Therapy with oncological patients”. WFMT.

📖NGUYEN JT. “The effect of music therapy on end-of-life patients” quality of life, emotional state, and family satisfaction as measured by self-report. Master's Thesis, Florida State University. Florida, 2003.

📖O’CALLAGHN, C. (2001). Bringing music to life: a study of music therapy and palliative care experiences in a cancer hospital. Journal of palliative care.

📖PORCHET-MUNRO S. (1984). “Musioc Therapy in Palliative Care”. Magna Music. Baton Inc. Saint Louis, Usa.

📖Sabbatella, P. (1999). “Metodología General y Técnicas de Trabajo en Musicoterapia”. Libro: *Música y Salud: Introducción a la Musicoterapia II*. Mª Jesús Chichón Pascual y col. Servicio de Publicaciones Universidad Nacional de Educación a Distancia.

📖SAHLER, O.J., HUNTER, B.C, LIESVELD, J.L. (2003). The effect of using music therapy with relaxation imagery in the management of patients undergoing bone marrow transplantation: a pilot feasibility study. Alternative therapies in health and medicine.

📖TRALLERO C. (2004). Musicoterapia creativa en pacientes con cáncer: un método para disminuir la ansiedad y el estrés. Revista Virtual Pisquiatria.com.

📖WAGNER GABRIELA.(1998).La musicoterapia y los musicoterapéutas. Aportes para la construcción de un marco teórico referencial musicoterapéutico. Actas de I Simposio Argentino de Musicoterapia. Buenos Aires, Asam, Mayo de 1998.

📖WAGNER, GABRIELA., Material de cátedra Musicoterapia II de la Universidad del Salvador: Orígenes del concepto ECROMT, 2006.

📖WAGNER, GABRIELA. Extraído del artículo “Musicoterapias psicodinámicas y neurociencias: un diálogo posible”.

📖WALKER, L.G. (1999) The psychological, clinical and pathological effect of relaxation training and imagery during primary chemotrherapy. British journal of cáncer.

📖WHITALL J, (1991). “Songs in palliative care: A spouse´s last gift”. In: Bruscia K (editor). Case Studies in Music Therapy. (pp.603-10). Phoenixville, PA; Barcelona Publishers”

📖WLODARCZYK N. (2007). “The effect of music therapy on the spirituality of persons in a inpatient hospice unit as measured by self-report”. Florida Sate Unicersity.

7.1.2. Búsqueda y material electrónico

- http://www.aamycp.org.ar
- http://www.americantherapyassociation.org
- http://asamdifusion.wix.com/musicoterapia
- http://www.cancer.gov
- http://www.escuela.med.puc.cl
- http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/ciupalconcu.pdfSin fecha de publicación.
- http://www.etorredebabel.com/UnedParla/Asignaturas/IntroduccionPsicologia/ResumenManual-Capitulo9.htm
- http://www.fundacionpaliar.org.ar/elemento.php?id=5
- http://www.musicoterapia.org.ar
- http://www.musicoterapianorte.com.ar
- http://www.musictherapy.org/research/pubs
- http://musicoterapiacomunitaria.blogspot.com.ar/2008/05/recorridos-y-perspectivas-de-la.html
- http://www.msal.gov.ar
- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced
- https://www.nlm.nih.gov/bsd/pmresources.html
- http://www.oei.es/salactsi/ramfis.htm
- http://www.psicooncología.org
- http://www.secpal.com
- https://voices.no/index.php/voices
- http://www.wfmt.info/WFMT/Home.html

ANEXOS

ANEXO I

Bs. As. 20 de Marzo de 2007

Mariela Bertolino
Médica Coordinadora
UCP Tornú-Fundación FEMEBA

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. A fin de hacerle entrega de la propuesta de Musicoterapia en Cuidados Paliativos a ser realizada en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) - Argentina.

En la actualidad estamos terminando de cursar nuestra licenciatura en Musicoterapia en la Universidad del Salvador, interesadas en realizar nuestra tesis de grado en dicha temática.

Sería de nuestro agrado poder realizar la experiencia antes mencionada en su prestigiosa Unidad junto a los excelentes profesionales que la conforman; no sólo para poder llevar a cabo el estudio de grado, sino para brindar un espacio musicoterapéutico que beneficie a los pacientes de la misma.

Es nuestro anhelo formar parte del Equipo de Cuidados Paliativos, colaborar en el complejo proceso de toma de conciencia - tanto a nivel comunidad como en los profesionales de la salud - de la importancia de la calidad de vida en enfermos terminales.

Saludamos cordialmente felicitándolos por su tarea humanística y a la espera de una respuesta favorable

……	……
González, Mariana Paula	Vigil, María
29.192.963	*30.220.589*

Propuesta de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - Fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) - Argentina:

Fundamentación de la propuesta:

Actualmente has varias publicaciones que exponen la justificada participación de la musicoterapia en la medicina.

La Musicoterapia en Cuidados Paliativos en el Territorio Argentino se encuentra en vías de desarrollo. Proyectamos así, describir y documentar un proceso musicoterapéutico, aportando al abordaje holístico de la persona que requiere cuidados paliativos mediante la creación de dispositivos asistenciales propios de la disciplina.

Detectando y describiendo las interacciones musicoterapéuticas mas indicadas para los enfermos terminales.

Esta investigación pretende difundir y promover la inclusión formal de la Musicoterapia en el área de la medicina paliativa, abriendo así, nuevos espacios de inserción laboral para la Musicoterapia.

Modalidad de trabajo:

Sesiones de musicoterapia con pacientes internados.

Población beneficiaria:

Pacientes terminales asistidos en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - fundación FEMEBA, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital federal) – Argentina.

Desarrollo y duración del proyecto: A determinar.

Responsables del proyecto:

- González, Mariana Paula: 29.192.963
- Vigil, María: 30.220.589

Musicoterapéutas en Prevención de la Salud. Actualmente cursando la Licenciatura En Musicoterapia en la Universidad del Salvador.

Supervisión: La supervisión de esta propuesta será llevada a cabo por la Lic. En Musicoterapia Gabriela Wagner.

ANEXO II:

Respuestas de los encuestados

Ver **Capítulo IV: EVALUACIÓN DE LA MUESTRA RECOGIDA,** apartado **4.1. TABULACIÓN DE LA ENCUESTA.**

En copia impresa entregada se encuentran copia de las encuestas originales.