

# MUSICA TERAPIA Y COMUNICACION

Revista  
de Musicoterapia

**26**

Año 2006



---

MUSICA, TERAPIA Y COMUNICACION  
Revista de musicoterapia

Nº26 - Año 2006

SUMARIO

* Editorial	7
* MÚSICA Y MUSICOTERAPIA Carles Pérez	9
* MÚSICA: INSTRUMENTOS ARCAICOS, INSTRUMENTOS NUEVOS Joel OLive	19
* MUSICOTERAPIA Y SÍNDROME DE RETT M <sup>a</sup> Jesús del Olmo	27
* MUSICOTERAPIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Patrcia Martí y Rosa Morell	35
* MUSICOTERAPIA EN EL CONTEXTO PEDIÁTRICO Patricia Martí y Melissa Mercadal	51
* MUSICOTERAPIA EN EL DOLOR CRÓNICO Rolando Benenzon	65
* MUSICOTERAPIA Y PARKINSON Cristina Rogel	81

---

# M usicoterapia en el D olor Crónico

## (Reflexiones a partir de una investigación)

(conferencia dictada en el «Congreso de Música y Neurociencia»: organizado por el centro Benenzon de Italia. Alba. 2006)

**Prof. D r. R olando B enenzon**

**L**a aplicación de la Musicoterapia en el dolor crónico abre un panorama de comprensión de los canales de comunicación emotivos, biológicos y espirituales que ella misma encierra.

Expondré sobre tres aspectos del tema:

- 1) Que significa dolor crónico?
- 2) Porque la musicoterapia en el dolor crónico?
- 3) Algunas reflexiones de las experiencias que estamos realizando en la aplicación de la musicoterapia en algunos pacientes que sufren de dolor crónico

### 1) ¿QUÉ SIGNIFICA DOLOR CRÓNICO?

En el diccionario de sinónimos se lee sobre el dolor: sufrimiento, molestia, calvario, suplicio, tortura, incomodidad, punzada, ramalazo, padecimiento, mal, angustia, congoja, pesar, pena, tristeza, aflicción

Antónimos: bien estar, placer, placidez, deleite, calma, satisfacción, alegría, euforia, felicidad, sosiego, tranquilidad, contento, gozo, gusto, deleite

La palabra dolor o pena, deriva del Inglés: pain.

También deriva de la palabra latina poena: punición, castigo., penitencia.

Esta variada significación del dolor nos permite inferir la dificultad de entenderlo como síntoma o como una manera de expresión.

Me llama la atención que en ningún momento se hable de tensión y

---

distensión ni de carga y descarga.

Cuando en realidad el placer se obtiene con la distensión o la descarga.

El dolor es una conducta, un sentimiento, un pensamiento y una experiencia.

Y la forma de afrontar el dolor es una expresión de la personalidad.

Definición:

El dolor es una experiencia corporal desagradable que hace sentir como si alguna parte del cuerpo estuviera siendo dañada o destruida y se percibe como una amenaza o interferencia con la propia funcionalidad y salud, estando asociado con emociones negativas como miedo, ansiedad, ira o depresión.

El dolor es una experiencia sensoria y emocional desagradable asociada con un daño real o potencial sufrido por un tejido o descrita en términos de dicho daño. (Asociación internacional para el estudio del dolor).

La palabra dolor hace referencia a la sensación física de incomodidad.

Dolor y sufrimiento

La palabra sufrimiento hace referencia a la experiencia de alteración emocional

El dolor puede ser obligatorio, el sufrimiento es opcional.

El dolor es una experiencia personal.

Nadie puede sentir el dolor del otro.

El dolor no está completamente en la mente ni en el cuerpo, esta contenido y experimentado en ambos lugares.

La tensión del dolor está en el cerebro, para domesticar el dolor debemos usar nuestro cerebro.

El dolor contiene un componente sensorio y otro emocional

Diferenciamos el dolor agudo del crónico

Dolor agudo

El dolor agudo cumple una función necesaria: nos impide que nos destruyamos a nosotros mismos

Dolor crónico

El dolor persistente ha dejado de servir a un propósito útil

Se considera crónico después de 3 a seis meses de duración.

Dolor crónico es aquel que no haya respondido a tratamientos apropia-

---

dos durante el periodo de tiempo en que cabe esperar que el dolor se alivia y el cuerpo se cure.

El dolor severo y persistente limita e invalida..

Se debe diferenciar el sentir dolor de la representación del dolor y la secuencias de las imágenes dolorosas.

Un paciente a quien se le ha extirpado el lóbulo frontal sigue sintiendo el dolor pero este ya no tiene ninguna implicancia para el .

Clasificación de algunos dolores crónicos:

Cefaleas, migrañas, en racimo, tensional, dolor facial, ATM témporo - mandibular, cuello, hombros, quemazón túnel carpiano, distrofia simpáticas refleja, neuralgias posciática, discopatías lumbares, osteoartritis , fibromialgias, zumbido de oídos, calambres, irritación intestinal.

El dolor crónico puede ser un amigo, cuando recuerda los límites

Los estados de animo y actitudes del paciente no crean el dolor, aunque los estados de animo y actitudes de quienes les rodean pueden influir mucho....

## 2) ¿POR QUÉ LA MUSICOTERAPIA EN EL DOLOR CRÓNICO?

Uno de los beneficios de usar la musicoterapia para controlar el dolor es que no hay riesgo de efectos secundarios.

No es un fármaco , no es un agente externo que se inyecta o se ingiere, es algo que se despierta y se estimula internamente y que conecta al sujeto con sus emociones con sus reconocimientos inconscientes.

Un objetivo es hacer tolerable el dolor.

Se trata de cambiar mentalmente un estado de incomodidad por otro de comodidad.

Por lo pronto la musicoterapia actúa en el componente emocional.

Y una de las claves para aliviar el dolor es desenredar lo emocional de lo sensorial.

La musicoterapia tiene como fundamento una teoría única del cuerpo - mente por lo tanto el dolor esta en todas partes igualmente.

La musicoterapia alivia el dolor alterando el estado cerebral de la persona, y el cerebro es el ordenador que controla el sistema nervioso y los

---

músculos.

La musicoterapia actúa sobre factores psicológicos

Influye en el pensamiento, actitudes, creencias, percepciones, emociones, conductas, hábitos, todos estos elementos regulan la forma de procesar el dolor que tiene el sistema nervioso central. Todo puede amplificar o amortiguar la sensación de dolor.

Se habla de aliviar, evitar, expresar el dolor, poco se dice de enfrentar el dolor, convivir con el dolor, compartir el dolor, acompañar el dolor.

Un concepto que nos ayudará a comprender el fenómeno del dolor es el : El síndrome de amplificación del dolor: Melzack, wal.

Ejemplo del dolor del miembro fantasma que yo asocio con la profecía auto cumplida.

El dolor continuado puede hacer que el cerebro y el sistema nervioso central se vuelvan hipersensibles a las señales de dolor y a otras señales procedentes de los receptores sensorios corporales.

El dolor persistente produce una especie de matriz neurológica o círculo vicioso, que mantiene activada la sensación del dolor de manera que la persona no puede salir de ese circuito cerrado

Es lo que les afecta a ciertas personas a las que se les ha amputado un miembro.

Se sienten dolores agudos en la zona donde solía estar el miembro amputado, aunque ya no haya terminaciones nerviosas o receptores que permitan sentir el dolor porque esa porción del miembro ha desaparecido

Si el miembro ha desaparecido ¿ como es posible sentir dolor?

Melzack dice que un circuito neurológico o matriz queda impreso en el sistema nervioso central.

El dolor es un recuerdo experimentado como algo muy presente y real. Quedan encerrados en una matriz de dolor neuro muscular que amplifica o intensifica tanto los estímulos dolorosos como los que habitualmente no lo son.

De modo que aliviar o domesticar el dolor crónico implica romper el círculo vicioso en el sistema nervioso central el cual produce el síndrome de amplificación del dolor

El síndrome de amplificación del dolor también se perpetúa en los músculos y tejidos blandos mediante la tensión y los espasmos musculares.

Por ejemplo, en los desórdenes que producen dolor crónico, como la

---

fibromialgia, el síndrome de dolor miofascial, las neurálgias y la distrofia simpática refleja los sistemas nerviosos y muscular quedan encerrados en una matriz de dolor neuro muscular que amplifica o intensifica tanto los estímulos dolorosos como los que habitualmente no lo son.

La profecía es que esa matriz se activa según conflictos familiares, una fibromialgia se re activa si vuelve a repetirse el conflicto con el hijo abandonado o etc.

Melzack cree que en el parte posterior de la columna vertebral hay una especie de puerta del dolor.

Es la que controla la transmisión de impulsos nerviosos desde y hasta el cerebro a través de varias fibras nerviosas especializadas que recorren la columna de arriba hasta abajo.....

Fibras C abren la puerta del dolor permitiendo que las sensaciones asciendan, adoptan sensaciones de frío o calor o mecánicas pulsaciones estiramiento presión frotamiento mordisqueo, o químicas quemazón picor cosquillas son las lentas y se pueden bloquear.

Fibras A las rápidas para el dolor agudo.

Después de una lesión o daño de un tejido A: agudo o adaptativo .

El masaje o frotamiento de un área dolorosa suele aliviar temporalmente el dolor porque viaja rápidamente por las fibras A. Sería una forma de contra estimulación o distracción,

Recorrido también a la inversa desde el cerebro a la zona dolorosa son las que provocan los espasmos musculares persistentes.

La musicoterapia puede cerrar la puerta del dolor.

Voy a partir resumiendo una experiencia realizada por Joke Bradt, que él titula del coinvolver musical o la implicación musical.:

El procedimiento se inicia pidiendo al paciente que describa su dolor de la forma mas detallada posible. Descripción verbal.

El musicoterapeuta experimenta a través de la música y de los sonidos de crear una representación auditiva lo mas parecida al dolor descrito por el paciente.

El paciente le va dando nuevas indicaciones con el objetivo que la improvisación se acerque cada vez mas a la correspondiente a su dolor.

Como paso sucesivo le solicita al paciente cual podría ser la música o el sonido que podría aliviar el sufrimiento.

De nuevo el paciente junto al musicoterapeuta exploran los sonidos para crear una representación de la cura.

---

Cuando el paciente esta satisfecho de la música compuesta entonces comienza el verdadero tratamiento.

El Musicoterapeuta ejecuta la improvisación partiendo de la música representativa del dolor. Cuando se llega a la resonancia con el dolor lentamente se transforma en aquella de la cura y viene ejecutada hasta que el paciente lo decida o lo desee.

### DINÁMICA DE LA APLICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN EL DOLOR CRÓNICO SEGÚN EL MODELO BENENZON.

Partimos de la base que todo el mecanismo del dolor es una estructura muy compleja, y por lo tanto es también complejo la dinámica que se crea en el proceso de comunicación. (observación del esquema)

El paciente ha sufrido una lesión en un tejido corporal, lesión visible o no.

Esta lesión ha creado a través del tiempo una matriz dolorosa que se situa en el inconsciente y en el pre consciente (sabemos que en este esquema no se puede escindir lo corporal de lo psíquico y por lo tanto cuando hablo de inconsciente este representa tanto el inconsciente mente como el inconsciente cuerpo.)

Esto significa que aun modificándose la lesión del tejido la matriz puede continuar estimulando el cerebro y funcionando en forma de asociaciones en la dinámica de las energías del inconsciente y del pre consciente.

Cuando se establece la relación con el Musicoterapeuta, éste a través de consignas verbales le estimula la posibilidad de expresar el dolor a través del no - verbal: ¿cómo es su dolor?, ¿qué le dice el dolor a usted?, exprese como es su dolor, elija el instrumento que considere el mas adecuado para mostrar su dolor, ¿cómo es la relación con sus seres queridos: esposo, padre, hijo, etc.

Primera diferencia es que el propio paciente ya comienza a utilizar el no - verbal para expresarse dejando de lado su forma habitual de expresar su dolor.

Esta expresión corpórea - sonora - no - verbal comienza a ser cada vez mas cercana a la realidad .

El paciente intenta expresar tres aspectos del dolor.

Como transmitir su dolor físico: punzante, agudo, caliente ,grave,



---

martillante rítmico repetitivo y continuo, que inunda todo el cuerpo, fuerte volumen, etc

Como expresar lo emocional y como es o se ha ido conformando la historia de ese dolor.

A medida que el paciente se expresa el musicoterapeuta intenta accionar transitando los primeros canales de comunicación abiertos por el propio paciente.

Establece el eco y la imitación de lo expresado y lo va ayudando a comprender mejor o a expresar mas claramente lo que siente,

Al ser comprendido por el otro ese dolor se comparte.

Esta sería la parte del implicarse y esto coincidiría con el comprometerse con el dolor del paciente. Rapidamente el diálogo establecido entre ambas va creando una modificación de esas expresiones. El paciente logra expresar lo que estas mas allá del dolor, ya no es solo la descripción del dolor, sino que estamos re - creando todo aquello que se fue adhiriendo a ese dolor.

Es allí en ese momento donde se esta interviniendo en la matriz del dolor y además se esta interfiriendo con las emociones agregadas y modificando la historia de ese dolor.

De esta manera la diferencia con el trabajo del coinvolver es que aquí ambos están creando una nueva matriz .

Al mismo tiempo el musicoterapeuta esta reconociendo el Iso del paciente.

Cada dolor tiene que ver con la identidad corpóreo - sonoro - no - verbal por lo tanto el Musicoterapeuta accede aún mas a entrar en sintonía con la totalidad de la personalidad del paciente y no solo con su dolor.

El paciente se reconoce, no es solo el dolor lo que esta en juicio sino su propia personalidad y su propia historia que tiene que ver con el dolor pero que lo trasciende como problemática del paciente.

Los mediadores instrumentales y el propio cuerpo del paciente que se mueve o que canta o que grita activan aun mas esta alternativa.

Por eso es el momento de activar otras consignas que tienen que ver con los mediadores: grite su dolor O ¿cómo es el grito de su dolor? O¿ su dolor es un soplo o un golpe en un tambor o es una vibración aguda o grave en una cuerda? O ¿ tiene que ver con el agua de ese fuenton? .

Si somos conscientes que estamos trabajando con un total de percepciones, trabajaremos con la sensación del agua, la textura de una cuerda o del cuero del tambor o la piel del bombo.

---

No es solo el sonido del tambor, sino también lo que está sintiendo mi mano cuando golpeo el tambor, por eso es preferible utilizar los instrumentos como verdaderas prolongaciones del cuerpo del paciente y hacerle sentir la transmisión de ese mediador que lo es como lo es su cuerpo.

Y por lo tanto cuando se percute el tambor con las manos, el cuerpo se mueve a cada ritmo a cada golpe, entonces se está poniendo en movimiento las energías.

En este sentido se encuentra la fuerza del canto, que actúa en forma directa sobre las sensaciones cenestésicas internas.

El ejemplo más elocuente es la madre que logra cantar durante las contracciones del parto.

La posibilidad de conectarse con las contracciones siguiendo el ritmo y la extensión de los intervalos, la secuencia de una frase melódica que puede ser reconocida, todo esto le permite al cuerpo obtener una mayor oxigenación, una mejor armonía de las contracciones, una disminución notable del dolor de las mismas.

Es una manera de ayudar al paciente a que se conecte con su propio cuerpo.

El cuerpo parece estar alejado, negado, odiado, agredido, cuando en realidad debe recuperar su lugar de sanador, de lugar querido, de potencial equilibrio homeostático.

En este sentido es que aparece a nivel de grupo la consigna de crear un instrumento totémico o un mediador totémico que represente el dolor del grupo, pero que al mismo tiempo es la prolongación corporal del grupo, es la figura antropomórfica que lo representa. A través del común crear del objeto totémico cada uno puede poner la parte antropomórfica de ese dolor, recrear la identificación con el dolor del otro y poner afuera ese dolor que hasta ahora solo era interno es como recrear esa matriz fuera del cuerpo y por lo tanto la posibilidad de instrumentarlo desde afuera.

### 3) ALGUNAS REFLEXIONES DE LAS EXPERIENCIAS QUE ESTAMOS REALIZANDO EN LA APLICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN ALGUNOS PACIENTES QUE SUFREN DE DOLOR CRÓNICO.

Vamos a discutir los problemas que la práctica de la aplicación pone en

---

juego uno de los problemas mas complejos es:

La evaluación de los resultados.

¿Qué evaluamos?, ¿cómo lo evaluamos?, y para qué evaluamos?

¿Cómo evaluamos lo no objetivable?

Evaluamos el dolor en si mismo o todo aquello que acompaña el dolor, : las incapacidades o discapacidades que produce el dolor; la frecuencia del dolor , cuantas veces al día o a la semana; como es el dolor con todos lo adjetivos .

Como diferencia un dolor crónico, por causas que tienen que ver con la primitiva lesión de un tejido o aquel que solo es psicógeno.

Existe el dolor psicógenos o en nuestra concepción del dolor este existe independiente de la causa que lo originó. Acaso se puede diferenciar los psicógeno de lo no psicógeno , .

Este complejo problema tiene que ver también con la filosofía y la ideología del modelo de aplicación.

En el dolor se teje entre el Musicoterapeuta y el paciente una suerte de relación particular donde ambos comparten desde lugares diferentes el sufrimiento y que hay en ellos un monitoreo de la mejoría de la calidad de vida.

El paciente sabe si esta mejor y el musicoterapeuta desde su percepción sabe también si esta mejor o peor.

Esto no necesita ser evaluado.

El problema aparece en este caso , yo que en este momento estoy trasmitiendo resultados o la posibilidad de enseñar y extrapolar las experiencias.

Las energías deben estar dispuestas para ayudar al paciente y no tanto para evaluarlo, cuando se evalúa se ponen en juegos otros tipos de deseos que tienen que ver con el furor curandis, con la omnipotencia, con la toma de distancia de la relación propiamente dicha , con el narcisismo , todos fenómenos que interfieren en los resultados reales.

Por otra parte cada escala de evaluación va a depender de una serie de causas que no tienen que ver específicamente con la aplicación o no de la musicoterapia, pero que si contribuye a su resultado.

Por eso en vez de hablar del VAS o del Quid o del test de lateralidad de la mano, prefiero reflexionar sobre los acontecimientos que hacen a la evaluación en si misma.

1) la fe , el creer. tanto del Musicoterapeuta como del paciente, como del

---

médico que deriva, como de la institución y el grupo operante que rodea al paciente, sea el equipo médico, de rehabilitación, familiar o de amigos.

Es parte de lo que Jodorowsky llamó la trampa sagrada.

2) La disminución de las terapias invasoras sean estas fármacos o de otra naturaleza.

3) Mejoramiento de la calidad de vida. Disminución de la invalidez. Aumento del sistema desiderante o deseoso, deseo de hacer y de re-crear.

4) El monitoreo propio del paciente

5) El monitoreo propio del musicoterapeuta.

6) La modificación de la conducta de integración de los familiares o aquellos seres que forman parte de la convivencia.

7) Puesta en marcha del sistema creador

8) Evitar el fenómeno del Tsunami

Cuando navegamos por un océano tan complejo como es el dolor, corremos el riesgo de ser invadidos e inundados por infinitos fenómenos que hacen a la investigación que terminamos siendo sumergidos perdiendo toda posibilidad de coherencia y sentido común.

¿Qué hacemos con tantos elementos evaluados?

Yo mismo elaborando esta conferencia me he visto amenazado muchas veces por la ola gigantesca que me arrastraría a una frontera sin fin.

Es por eso que a veces insisto en que es más importante la formación de un musicoterapeuta y su capacitación para determinados cuadros patológicos.

El Musicoterapeuta especializado para trabajar con pacientes en coma, que no es lo mismo que aquel que trabaja con deficientes mentales.

Cambios de comportamientos corpóreo - sonoros - no - verbales del paciente. Menos necesidad de hablar de poner en palabras su dolor, para dar paso a una mayor y más rica asociación corpóreo - sonora - no - verbales. Ha liberado la re-creación. Se mueve más y mejor, se expresa más y mejor, baila, canta, huele, siente, percibe,

A medida que logra desarrollar nuevas vías de percepción y de expresión anula las vías viejas del dolor.

Pero por otra parte podríamos crear una escala de evaluación sonora propia de la musicoterapia.

Donde se pueda medir cuantitativamente y cualitativamente el dolor.

Parámetro de intensidad. El uso de los intervalos. Los ritmos.

---

La extensión de las cadencias.

Dificultades por parte del Musicoterapeuta- Verbal versus no - verbal El paciente tiende a expresarse fuertemente en el verbal , utiliza la palabra no sólo para relatar el dolor sino para contar su sufrimiento histórico , familiar y social.

El dolor va convirtiéndose en un paisaje de una historia que está teñido por esa circunstancia o por aquella otra idealizada cuando no existía el dolor.

La musicoterapeuta no es una psicoterapia verbal, la formación del musicoterapeuta no lo capacita para interpretar el contenido latente que existe en lo manifiesto de la palabra, sino para interrelacionarse con el contenido latente que es directamente la expresión no - verbal. Vía regia del inconsciente como son los sueños.

En el no - verbal el paciente expresa su memoria no - verbal.

Entonces debemos preguntarnos el dolor como se encuentra en el memoria verbal y como se encuentra en la memoria no - verbal.

Hay un registro de la historia del dolor que se va consolidando.

Hay un prejuicio en creer que el paciente que sufre de dolor inevitablemente habla de su dolor , que tiene una necesidad urgente de hablar de su dolor.

Pero no debemos olvidar que es un paciente que ya viene con una historia médica muy larga, que ha condicionado las entrevistas, señora cuénteme como es su dolor, donde le duele, cuando le duele, etc.

Lo que creo que muchas veces confunde el Musicoterapeuta es lo de no - verbal que tiene el verbal.

La experiencia indica que aquello que trae el paciente a la musicoterapia jamás lo ha expresado en la consulta médica.

Trae poesías, recuerdos, escritos, fantasías, que nunca antes se había atrevido a expresar en alguna consulta.

Podríamos decir que eso pertenece al verbal o ya es una puerta que se abre al no - verbal o al menos a la zona creadora del paciente?

En las primeras entrevistas el Musicoterapeuta tiene que percibir el cuerpo del paciente, sus ojos, que a veces enrojecen o a veces palidecen , o el pie que se contrae o se distiende, una mueca que hace en determinados momentos, una arruga que aparece y desaparece, etc.

Desde las primeras reuniones del equipo de trabajo e investigación nos dimos cuenta que nosotros constituimos un sistema de monitoreo propio formado por el conjunto de todos nosotros que dábamos una particular visión

---

de los acontecimientos y que nos representaba y que seguramente debería ser distintos a otros equipos de trabajo.

Comenzamos por el Dr. Levy que es el médico que deriva a los pacientes para la experiencia.

Es un especialista que tiene un fuerte ascendiente sobre los pacientes y estos responden a su convocatoria con una fuerte fe en todo lo que el sugiere y recomienda.

La trampa sagrada cumplida.

La prueba es que de los diez pacientes convocados nueve concurren y la única que faltó fue por motivos reales de enfermedad.

Aquí aparece un primer elemento a observar:

La consigna de la derivación.

Esta consigna imprime en el paciente una especie de profecía auto cumplida.

El Dr. Levy les recomendaba la experiencia diciéndoles solamente que les iba a ser bien y les aclaraba que no tenía nada que ver con una sesión de relajación, porque esta es una fantasía frecuente en algunos pacientes.

La musicoterapia como un masaje o baño musical que los va a relajar o los va a transportar a un mundo encantado de nirvana.

Tanto los pacientes como el mundo médico tienen la fantasía de que la musicoterapia es una simple técnica de para la re creación, es un momento donde el paciente la pasa bien y hasta en esa circunstancia desaparece el dolor pero allí se termina todo.

Esto se debe a la total desinformación médica sobre el tema y por otro lado la dificultad del Musicoterapeuta que se siente desvalorizado. Entonces en el primer encuentro con el paciente comienza a trabajar con la historia o con las consignas y se olvida que nadie le ha informado en realidad de que se trata la musicoterapia.

Hay que explicarle al paciente que es la musicoterapia, cuales son sus objetivos y que se pretende con ella, hay que saber vender el producto, y sobre todo creer en él.

El paciente con dolor crónico compra ilusiones hay que saber y creer en lo que se le ofrece, con total fuerza y fe.

Yo propongo una palabra en la consigna que me ha llamado la atención su ausencia permanente, : Comunicación no - verbal.

Esas dos palabras resumen claramente el objetivo de la musicoterapia al menos como yo la entiendo.

---

Es la apertura de canales de comunicación en el no - verbal.

De esa manera el paciente ya viene con el preconceito sobre dos aspectos que facilitan la relación con el musicoterapeuta, va a comunicar y lo va hacer se una manera diferente como lo viene haciendo hasta ahora, no va a usar las palabras sino otros medios que tiene que ver con su cuerpo.

Selección de los grupos. Consideramos que el grupo y los pacientes son heterogeneos donde lo importante es el síntoma de una dolor crónico de larga data , real y fantaseado

El paciente derivado es entrevistado por el Psicólogo.

Pero previamente la secretaria que les daba la hora. les entregaba un cuestionario que debían llenar antes de ir a la entrevista.

¿Cuestionario?

Sería muy útil que la secretaria consignara los comentarios que hacen los pacientes, o alguna observación espontánea de ella misma..

Es importante hacer sentir participe de la experiencia a aquellas personas que casualmente intervienen y en eso hay que tener en cuenta la institución donde se esta desarrollando la investigación.

Lo macro influye tanto como lo micro en los resultado, y cada modificación de cualquier lado de la investigación tiene repercusión en otro lado.

El psicólogo comienza con la pregunta:

si sabía porque está allí?

Las fantasías tienen que ver con: relajación , de movimiento, esta ausente la posibilidad de establecer una relación , comunicación-

El problema del psicólogo es como limitar la necesidad del paciente de hablar de su dolor, para que la entrevista cumpla el objetivo de llenar los protocolos correspondientes.

Se finaliza la entrevista con dos preguntas:

Si el dolor hablara Ud. que le diría?

Y luego que le diría el dolor a Usted?

Consideramos importante estas respuestas comparadas con la misma respuesta que hará luego el paciente pero en forma no - verbal.

Toda esta primera parte de nuestro trabajo merece nuestra discusión.

Recordemos que el paciente es derivado a Musicoterapia, por lo tanto desde un comienzo tiene que vivir esta diferencia con respecto a cualquier otra derivación de tipo psicológico.

A mi criterio la encuesta que le entrega la secretaria tiene que ser la ficha

---

musicoterapéutica. De esa forma el paciente cuando la completa esta pensando en su mundo no - verbal y en su historia no - verbal aunque la respuesta sea por escrito usando un lenguaje de palabras.

En esta encuesta , al paciente se le ayuda a pensar en su canción preferida , en su instrumento a elegir , pero ya se introduce el inicio de la historia del dolor.

Que canción asociaría con el dolor?. Relación del dolor con fenómenos no - verbales.

Estos primeros comienzos de investigación notaron como el equipo esta mas preocupado por el dolor en si mismo que por la historia no - verbal del paciente y las expresiones no - verbales de su personalidad, objetivo verdadero de la musicoterapia.

Recordemos que en mi modelo el paciente está manifestando su historia no verbal desde el inicio de la relación.

Hay que aprender a escucharla y a percibirla, en sus gestos , en su mímicas , en sus movimientos, en su timbre de voz , en sus pausas, en sus silencios, en sus ritmos, en su intensidad, en su densidad, etc.

Nosotros no monitoreamos el dolor, sino tratamos de relacionarnos con un ser humano que tiene su historia y que dentro de su historia aparece el dolor.

Ese dolor ha teñido su modo de expresarse.

Cuando aparece ese dolor en esa historia?

Hubo antes de ese dolor un otro dolor?

Una observación que nos pareció interesante fue el hecho que uno de nuestros observadores sufre de dolor crónico.

Esto nos permitió comprobar un monitoreo diferente.

En general las personas que no sufren de dolor tienen la sensación que el paciente inunda con su dolor, produce una carga de angustia , de enojos, de rabia de nerviosismo, el dolor quedo sobre los hombros del terapeuta.

En cambio aquel que sufre el dolor vivió al paciente como una mejoría una liberación., como una sensación de alivio.

Cuando hay dolor no se puede pensar ni sentir otra cosa, el dolor anula lo atrapa al sujeto, y deja al terapeuta a merced de una red de sensaciones: frustración, angustia, impotencia.

Aquí volvemos al esquema de la necesidad de interferir en esos núcleo que se volvieron rígidos, en esas matriz de comportamiento que actúa automáticamente sin ser dominada por el paciente ni por aquellos que trabajan en torno al paciente.



---

Vamos a terminar esta disertación reflexionando algunos aspectos de las dos primeras sesiones de grupo con pacientes con dolor crónicos en el sanatorio del banco provincia.

Como en toda institución el Musicoterapeuta se siente obligado a adaptarse al setting que le proporciona la misma.

Adaptación al setting

Sala de reuniones del personal ejecutivo. Gran mesa central no movible y correspondientes sillones.

Pacientes sentados, los instrumentos sobre la mesa.

Musicoterapeuta, coterapeuta y observadores

Este setting que no tiene nada que ver con el setting que representa mi modelo, parte ya con tremendas dificultades, pero por otro lado cuestiona las problemáticas de enfrentamiento con el paciente.

El Musicoterapeuta no puede percibir que existe un cuerpo por encima de la mesa, y otro cuerpo por debajo de la mesa.

Hay un cuerpo que le pertenece al paciente con dolor.

Primer consigna: presentarse con la elección de un instrumento.

(la primera impresión que sintieron las Musicoterapeuta y Coterapeuta es que las presentaciones fueron cortas).

El problema de la pausa y el silencio que sobreviene casi de inmediato y no saber que hacer con esos objetos.

Cuando aparece la pausa el Musicoterapeuta se siente impulsado a preguntar: ¿cómo están hoy?.

Que sentido tiene esta pregunta y que defensa asume, ante que cosa? Por eso la respuesta de la primera paciente que responde es obvia, ¿en cuanto al dolor?

Y la sensación que le sigue a la Musicoterapeuta, de estar encadenada a una serie de acontecimientos que se suceden sin desearlo.

Como por ejemplo tener que preguntar a cada uno lo mismo.

Como frenar eso y tratar que cada uno pudiera contar sonoramente o en el no - verbal, eso mismo.

Allí queda claro la dificultad.

Como frenar el verbal una vez roto el dique de contención.

Respuesta a las observaciones:

La Musicoterapeuta sintió la producción sonora muy parecida a la producción verbal.

---

O sea ambas parecían que fueron utilizadas como una defensa por parte del paciente y no como una verdadera descarga de tensión.

Entonces como conclusión podemos decir que ambos la pareja terapéutica y los pacientes tejen una densa red de defensa para no transmitir directamente lo que pasa con ellos mismos con aquello que no pueden soportar y que sienten que el afuera no admite.

El salón estaba muy cerca de la sala de internación, como consecuencia no se puede gritar, no se puede aullar, no se puede cantar con toda la voz, no se puede percutir un tambor con toda la fuerza o hay que hablar susurrando.

Con una mesa de por medio no podemos usar el cuerpo, todo el cuerpo, no del ombligo para arriba sino del ombligo para abajo.

Segunda sesión: otra vez la musicoterapia se siente exigida a preguntar: ¿cómo estaban? La pregunta cliché, el estereotipo del Musicoterapeuta.

Entonces aparece la pregunta insistente el musicoterapeuta en supervisión: ¿cómo intervenimos?.....

La respuesta es como logramos comunicarnos con un ser humano que si bien tiene ese dolor, este constituye la luz roja que suena y re suena, cada vez que no es posible elaborar un duelo, una pérdida, una desilusión, el no ser querido, aceptado, esperado, re - conocido.

Como el Musicoterapeuta pudo responderse a sí mismo con sus propios dolores a sus propios duelos.

Si aprendemos a re - conocer, soportar, y convivir con nuestros dolores, entonces aprenderemos a convivir y compartir con los dolores del otro.



---

## \* LIBROS - VIDEOS - REVISTAS \*

### LA MUSICA COMO MEDIO CURATIVO DE LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

Dr. Candela ARDID - Ed. MI-CIM - 10€

Texto integral de la edición publicada en 1920 por el Dr. Candela Ardid incluyendo un Index de autores y un breve resumen histórico que nos puede dar una visión de conjunto de la obra en su época.



### INHIBICION, TARTAMUDEZ Y MT., de lo no verbal a lo verbal. Roland VALLÉE - Ed. MI-CIM - 9€

"Es esencialmente la vivencia, el sufrimiento de los niños o adolescentes con dificultades en su expresión verbal lo que nos ha conducido a la MT. Principalmente estos casos, los más dolorosos, con una sintomatología de bloqueo, de tensión, de inhibición verbal, y de empobrecimiento de las relaciones personales". Roland Vallée, expone de forma clara y sencilla, su experiencia en estos casos.

\* VIDEO MUSICOTERAPIA (VHS) Las bases teóricas de la Musicoterapia y su metodología expuesto por los autores pioneros de la disciplina, Dr. Rolando Benenzon, G. Ducourneau, etc..  
1H. - 11€



\*DVD MUSICOTERAPIA DIDÁCTICA, Modelo Benenzon Jornadas y seminarios realizados en el CIM. Dr. Rolando Benenzon  
3 H. - 30€

### REVISTA "MUSICA, TERAPIA Y COMUNICACION"

□ nº 13 y 14 : 5€/u.

□ nº 15 al 19: 6€/u.

□ nº 22, 24 y 25: 9€/u

□ CD Rom - PDF - nº 1 al 20: 40€

□ CD Rom - PDF - por número: 6€



---

PUEDE REALIZAR SU PEDIDO POR:



94 435 25 25



musicoterapia@itg-rpg.org



a: MI-CIM



CENTRO DE INVESTIGACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA

Asociación inscrita en el registro del G.V. nº B/75/86

BILBAO

Miembro de THE WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY

