

Musicoterapia y una perspectiva histórica y sociológica sobre la muerte. Acerca de la obra de Philippe Ariès

de la Fuente, Pablo Sebastián

 Pablo Sebastián de la Fuente
delafuente_pablo@hotmail.com
Universidad de Buenos Aires, Argentina

ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines

Universidad Nacional de La Plata, Argentina
ISSN-e: 2718-6199
Periodicidad: Frecuencia continua
vol. 7, e029, 2022
revista.ecos@presi.unlp.edu.ar

Recepción: 21 Junio 2021
Aprobación: 01 Febrero 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/459/4593216009/>

DOI: <https://doi.org/10.24215/27186199e029>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Resumen: El presente artículo aborda el tema de la muerte en el campo de la musicoterapia, entendiendo este fenómeno no solamente como punto culminante y final de la vida de una persona, sino también como un proceso que sucede desde mucho tiempo antes (siglos anteriores) y que continúa también después de la muerte del paciente que se encuentra en un tratamiento musicoterapéutico. Se toman en cuenta a la propia persona que muere, a sus familiares y también a los actores que intervienen desde las distintas instituciones que inciden en las particularidades y toma de decisiones que dan forma, modifican y direccionan el proceso de morir del enfermo. Para lograr este abordaje se realizará una articulación entre nociones teóricas del historiador y sociólogo francés Philippe Ariès (1914-1984) con casos clínicos musicoterapéuticos de pacientes con enfermedad terminal, con el objetivo de observar de qué manera esta articulación posibilita ampliar y enriquecer el campo disciplinar propio de la musicoterapia. La mirada desde esta perspectiva posibilita comprender cómo fenómenos que se observan en la práctica clínica de la musicoterapia son resultado de procesos históricos y sociales que superan el tiempo de vida de una persona y de la propia disciplina musicoterapéutica. Así también como algunas intervenciones y técnicas musicoterapéuticas pueden entenderse y fundamentarse desde una mirada histórica y sociológica que trasciende su propio espacio y tiempo histórico y social.

Palabras clave: muerte, musicoterapia, enfermedad terminal, Philippe Ariès, sociología, historia.

Abstract: This article deals with the subject of death in the field of music therapy, understanding this phenomenon not only as the culminating and final point of a person's life, but also as a process that takes place long before (previous centuries) and that continues even after the death of the patient undergoing music therapy treatment. We take into account the dying person himself, his relatives and also the actors that intervene from the different institutions that influence the particularities and decision making that shape, modify and direct the dying process of the patient. To achieve this approach, an articulation will be made between theoretical notions of the French historian and sociologist Philippe Ariès (1914-1984) and clinical music therapy cases of terminally ill patients, with the aim of observing how this articulation makes it possible to broaden and enrich the disciplinary field of music therapy. This perspective makes it possible to understand how phenomena observed in the clinical practice of music therapy are the result of historical and social

processes that go beyond the lifetime of a person and of the music therapy discipline itself. Also, some music therapy interventions and techniques can be understood and based on a historical and sociological perspective that transcends its own historical and social space and time.

Keywords: death, music therapy, terminal illness, Philippe Ariès, sociology, history.

Resumo: Este artigo trata do tema da morte no campo da musicoterapia, entendendo este fenômeno não apenas como o ponto culminante e final da vida de uma pessoa, mas também como um processo que ocorre muito antes (séculos anteriores) e que continua mesmo após a morte do paciente que está se submetendo ao tratamento de musicoterapia. Ela leva em conta a pessoa que está morrendo, seus parentes e também os atores que intervêm das diferentes instituições que influenciam as particularidades e a tomada de decisões que moldam, modificam e dirigem o processo de morte do paciente. Para alcançar esta abordagem, será feita uma articulação entre noções teóricas do historiador e sociólogo francês Philippe Ariès (1914-1984) e casos clínicos de musicoterapia de pacientes terminais, com o objetivo de observar como esta articulação permite ampliar e enriquecer o campo disciplinar da musicoterapia. Esta perspectiva permite compreender como os fenômenos observados na prática clínica da musicoterapia são o resultado de processos históricos e sociais que vão além da vida de uma pessoa e da própria disciplina da musicoterapia. Além disso, algumas intervenções e técnicas de musicoterapia podem ser compreendidas e baseadas em uma perspectiva histórica e sociológica que transcende seu próprio espaço e tempo histórico e social.

Palavras-chave: morte, musicoterapia, doença terminal, Philippe Ariès, sociologia, história.

“¿Por qué el oído es la puerta de aquello que no es de este mundo? ¿Por qué el universo acústico consistió desde el origen en el acceso privilegiado al otro mundo? ¿Está el ser más ligado al tiempo que al espacio? ¿Está más ligado a la lengua, a la música, a la noche que a las cosas visibles y coloreadas que el sol ofrece a la vista cada día? ¿Es el tiempo el florecimiento propio del ser, y obedecerlo su flor oscura? ¿Es el tiempo el disparo del ser? ¿La música, el lenguaje, la noche y el silencio sus flechas? ¿La muerte su blanco?”

Pascal Quignard

1. INTRODUCCIÓN

La Musicoterapia, como disciplina de la salud, realiza su aporte en áreas donde el proceso de morir se hace presente. Resulta por esto importante buscar nociones teóricas que posibiliten un enriquecimiento del campo disciplinar que permita una mayor comprensión, justificación y fundamentación del quehacer de los profesionales musicoterapeutas que se encuentren trabajando en esos ámbitos.

La búsqueda de referencias teóricas que posibiliten este enriquecimiento obtuvo como resultado el encuentro con parte de la obra del sociólogo e historiador Philippe Ariès (1914-1984), quien realizó una exhaustiva investigación sobre las actitudes de las personas frente a la muerte en la cultura Occidental y sus

distintas modificaciones en el período histórico que abarca desde principios de la Edad Media (siglo V) hasta la actualidad.

Fruto de esta investigación resultaron dos libros que son tomados como bibliografía central para este trabajo: “Historia de la Muerte en Occidente, desde la Edad Media hasta nuestros días” (1975) y “El hombre ante la muerte” (1977). En ellos Philippe Ariès se interesa por la relación que hay entre la naturaleza y la cultura: sobre las maneras en que una determinada cultura concibe y experimenta un fenómeno como la muerte.

Michel Foucault (1984) refiere que P. Ariès fundó el principio de una estilística de la existencia: un estudio de las formas por las cuales el hombre se manifiesta, se inventa, se olvida o se niega en la fatalidad de ser viviente y mortal.

La visión que se adopta sobre el ser humano en el presente trabajo es la de que es un ser social, inmerso en vínculos, en relaciones. Y es esta la perspectiva que se tomará al abordar aspectos vinculados sobre las personas y su relación con la muerte durante este estudio.

Picabia y Antequera-Jurado (2013) señalan que, aunque morir es siempre un proceso individual, es también un acontecimiento que afecta al mismo tiempo a aquellos que, de alguna manera, se relacionan con quién ha muerto. La muerte, entonces, adquiere de esta forma una dimensión social. Como consecuencia de esto, las actitudes y comportamientos que cada persona adopta ante el hecho de la muerte, sea propia o sea ajena, son el resultado de las características y circunstancias individuales, por un lado, y por el otro, del concepto y sentido de la muerte que impera en la sociedad de ese momento y lugar.

El objetivo general del presente artículo es enriquecer el campo disciplinar de la Musicoterapia a través de los aportes teóricos de Philippe Ariès, a los efectos de otorgar un mayor entendimiento, comprensión y fundamentación al quehacer del musicoterapeuta que se desempeña asistiendo a las personas que están en el proceso de morir. Para ello se plantea utilizar el enfoque histórico para comprender los aspectos culturales y sociales ligados a la idea de muerte en la sociedad occidental, y por otro lado, utilizar las nociones conceptuales de Philippe Ariès para comprender y fundamentar el abordaje musicoterapéutico con las personas que están transitando el proceso hacia la muerte. El propósito de este trabajo se alcanzará mediante la articulación de los aportes bibliográficos de Philippe Ariès con casos clínicos de musicoterapia en donde el proceso de morir esté presente, con el fin de analizar los modos en que dicha articulación puede enriquecer y justificar el trabajo de los musicoterapeutas en estos ámbitos.

1.1 Introducción a la teoría de Philippe Ariès: de la muerte domesticada a la muerte vedada

En los libros “Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días” (1975) y “El hombre ante la muerte” (1977), Philippe Ariès da cuenta de su investigación realizada sobre las actitudes y manifestaciones de las personas frente a la muerte en las culturas occidentales desde el siglo V hasta la actualidad. Llevó a cabo esta investigación a través de datos obtenidos de ciertos corpus documentales: literarios, litúrgicos, testamentarios, epigráficos, iconográficos y arqueológicos. Su investigación le permitió establecer relaciones entre, por una parte, la actitud frente a la muerte en sus aspectos más generales y comunes y, por la otra, las variaciones de la conciencia de sí y del otro, del sentido del destino individual o del gran destino colectivo (Ariès, 1975). Ante los cambios que se han producido en estas actitudes Ariès dice realizar un enfoque intuitivo, subjetivo, tratando de descifrar la expresión inconsciente de una sensibilidad colectiva. Ariès (1975) propone que todo lo que parece surgir de una inspiración individualista, sólo puede hallar forma y estilo si es, a la vez, un poco cercano y un poco diferente del sentir general de su época.

Para realizar este recorrido histórico Ariès distingue distintos modelos sucesivos para denotar las relaciones y actitudes de las personas en la cultura occidental frente a la muerte. Estos modelos son: la muerte domada

o domesticada, la muerte propia, la muerte lejana y próxima, la muerte del otro o ajena y la muerte invertida o vedada.

La “**muerte domada o domesticada**” era la actitud ante la muerte que tomó como punto de partida la primera Edad Media (a partir del siglo V) y que tenía las características de ser una muerte advertida, ritualizada, familiarizada, pública y sin excesivo impacto emocional. La muerte tenía un sentido colectivo del destino, “todos hemos de morir”, no era por tanto un drama personal, sino comunitario. Estaba regulada por un ritual consuetudinario y su carácter esencial era que dejaba tiempo para el aviso, no se moría uno sin haber tenido tiempo de saber que iba a morir. O, en caso contrario, se trataba de una muerte terrible, como la peste o la muerte súbita, y era necesario presentarla como algo excepcional, no hablar de ella. Normalmente, el hombre recibía una advertencia. Esta advertencia venía dada por signos naturales o, con mayor frecuencia aún, por una convicción íntima, más que por una premonición sobrenatural o mágica (Ariès, 1975).

Ante el saber de la muerte próxima, el moribundo tomaba sus disposiciones: se esperaba la muerte echado, yacente. Dispuesto de este modo, podía cumplir los últimos actos del ceremonial tradicional, rituales que se desarrollaban con sencillez: el primer acto era el lamento por la vida, una evocación triste, mas muy discreta, de los seres y las cosas amadas; luego, tras el lamento de añoranza de la vida venía el perdón de los compañeros, de los asistentes que rodean el lecho del moribundo; después, era tiempo de olvidar el mundo y pensar en Dios. Luego de estos pasos se daba el único acto religioso: la absolución dada por un sacerdote. Así, se tienen tres conclusiones generales: la primera, se esperaba la muerte en la casa, en la cama del moribundo; la segunda, la muerte constituye una ceremonia pública (la habitación del moribundo se convertía en lugar público) y organizada (organizada por el moribundo mismo, que la preside y conoce su protocolo); y la tercera, la simplicidad con la que los ritos de la muerte eran aceptados y celebrados, de manera ceremonial, ciertamente, pero sin carácter dramático, sin excesivo impacto emocional (Ariès, 1975).

A partir de los siglos XI-XII y hasta el siglo XV se produjeron modificaciones sutiles que, poco a poco, dieron un sentido dramático y personal a la familiaridad tradicional del hombre y la muerte. A este período P. Ariès (1977) lo denomina “*la muerte propia*”, y está caracterizado por un desplazamiento del sentido colectivo del destino hacia el individuo. Ariès realiza una mirada dentro de la escatología para describir este período; así, señala que las ideas que los cristianos se han hecho de la muerte y de la inmortalidad han variado en el curso de los tiempos. El sentido de reconocer estas variaciones es porque en ellas se reconocerán los signos visibles de los cambios, tanto más profundos cuanto menos perceptibles, de la idea que el hombre, y no necesariamente el cristiano, se ha hecho de su destino (Ariès 1977). Así, los hombres de la primer Edad Media esperaban el retorno de Cristo sin temer al Juicio Final, ya que no había juicio ni condena. Los muertos que pertenecían a la Iglesia descansarían hasta despertar en el Paraíso. En el siglo XII, el panorama se modifica, aparece una nueva iconografía: la resurrección de los muertos, la separación de los justos y los condenados, el Juicio, el pesaje de las almas por el arcángel San Miguel. En el siglo XIII la inspiración apocalíptica y la evocación del gran retorno prácticamente han desaparecido. La idea del juicio ha triunfado, y ahora es un tribunal de justicia lo que aparece representado (Ariès 1975). Se juzga ahora a cada hombre según el balance de su vida: las buenas y las malas acciones son separadas escrupulosamente en los dos platillos de la balanza.

Desde el punto de vista de Ariès la idea del Juicio Final está ligada a la de la biografía individual, pero esta biografía se acaba sólo con el fin de los tiempos y no aún en la hora de la muerte. En los siglos XV y XVI una nueva iconografía muestra un nuevo fenómeno: la supresión del tiempo escatológico entre la muerte y el fin de los tiempos, y en no situar ya el Juicio en el éter del Gran Día, sino en la habitación, en torno al lecho del moribundo, en el momento mismo de la muerte (Ariès, 1975).

Así entonces, estas iconografías muestran la persistencia del rito colectivo, la muerte esperaba a todas las personas, pero el Juicio era particular e individual, la propia muerte. Ariès observa en este período una cada vez más estrecha relación entre la muerte y la biografía de cada vida particular.

A partir del siglo XVI los cementerios abandonan los centros de las ciudades, la muerte es a la vez “*lejana y próxima*”, ruptura y continuidad. Entre el siglo XVI y el siglo XVIII sucedió un importante fenómeno que

no se dio en el mundo de los hechos reales, sino en la fantasía, en lo imaginario: se carga de un sentido erótico a los temas de la muerte. Como el acto sexual, la muerte es considerada cada vez más como una transgresión que saca al hombre de su vida cotidiana, de su sociedad razonable, de su trabajo monótono, para someterlo a un paroxismo y arrojarlo a un mundo irracional, violento y cruel. A partir de ahora, la muerte supone una ruptura. Esa noción de ruptura nació y se desarrolló en el mundo de las fantasías eróticas y pasará al mundo de los hechos reales y actuales (sublimada y reducida a la Belleza), el muerto será admirable por su belleza: la muerte romántica. En la nueva literatura y el arte se muestra una asociación de la muerte con el amor, Tánatos y Eros, que dan fe de una complacencia extrema en los espectáculos de la muerte, del sufrimiento y los suplicios.

A partir del siglo XVIII el hombre de las sociedades occidentales se ocupa ya menos de su propia muerte, ahora el primer lugar lo ocupa *“la muerte del otro”*, es el tiempo de la muerte romántica, retórica. El hombre exalta la muerte, la dramatiza. Es la añoranza y el recuerdo del otro lo que inspira el nuevo culto a las tumbas y a los cementerios.

Ya en el siglo XIX la solemnidad de los ritos es adueñada por una pasión nueva en los asistentes: se agitan, lloran, rezan, gesticulan. Esta expresión de dolor se debe a una intolerancia nueva a la separación, pero esta no se produce solo en la cabecera del moribundo o al recordarlos: la sola idea de la muerte conmueve. La actitud de los asistentes es lo que cambia, ya el luto no es respetado (en sus tiempos y formas), se exagera (duelos histéricos); esta exageración del luto en el siglo XIX quiere decir, según Ariès, que a los supervivientes les cuesta más que en otro tiempo aceptar la muerte ajena, la muerte temida no es entonces la muerte de uno mismo, sino la muerte del otro.

Ariès (1975) destaca que durante el período recorrido desde la Edad Media hasta la mitad del siglo XIX la actitud frente a la muerte cambió muy lentamente, mientras que desde mediados del siglo XIX se observa una rápida revolución de las ideas y de los sentimientos tradicionales: la muerte, en otro tiempo tan presente por resultar familiar, va a difuminarse y a desaparecer, se vuelve vergonzante y objeto de tabú: *“la muerte vedada”*.

Ariès señala que el origen de este fenómeno se halla en un sentimiento particular: el entorno del moribundo tiene tendencia a protegerlo y a esconderle la gravedad de su estado. Existe también otro fenómeno material que propicia la aceleración de esta tendencia: el desplazamiento del lugar de la muerte. Ya no se muere en casa, entre los allegados, ahora se muere en el hospital y solo. El hospital ya no supone una ceremonia ritual que el moribundo preside, la muerte es ahora un fenómeno técnico conseguido por el cese de los cuidados en donde el médico y su equipo son los que tienen el poder de las decisiones.

1.1.1 Tres variables históricas y conceptuales de Ariès

Del aporte teórico de Philippe Ariès se tomarán principalmente tres variables para abordar el presente trabajo, las cuales tendrán aspectos históricos y conceptuales particulares, y son las siguientes:

- Relación entre la propia muerte y la toma de conciencia de la propia individualidad. Autobiografía.
- Relación entre la muerte, el enfermo, la familia y el médico.
- Muerte invertida y vedada del mundo contemporáneo. Muerte tabú, temida, expulsada y confinada al hospital.

1.1.2 *Relación entre la propia muerte y la toma de conciencia de la propia individualidad.* Ariès (1975) describe algunos fenómenos que sucedieron a partir de los siglos XI-XII que introdujeron en ese momento, dentro de la antigua idea del destino colectivo de la especie, la preocupación por la singularidad de cada individuo.

Estos fenómenos están relacionados con la escatología del cristianismo. En donde la representación del Juicio Final se desplaza desde el fin de los tiempos al momento de la propia muerte. La representación del

Juicio Final trae consigo el recuento de las buenas y malas acciones de los individuos durante su vida. Surge aquí la concepción, dice Ariès, de una responsabilidad individual que antes no existía, donde se juzga a cada individuo según el balance de su vida y esto sucede en el momento de la propia muerte. En este período el rito continuaba siendo colectivo, la muerte aguardaba a todos los individuos, pero, por el contrario, el Juicio era particular e individual. Es por esto que, desde el punto de vista de Ariès, la idea del Juicio Final a la hora de la muerte está ligada a la de la biografía individual. Donde se observa que se ha establecido una relación cada vez más estrecha entre la muerte y la biografía de cada vida particular.

Otra característica que menciona Ariès de este período es la aparición en las *artes moriendi* del cadáver, la descomposición; lo que en el arte y la literatura se llamaba el *transi*, el cadáver descompuesto. Pero este horror ante la descomposición que aparece en las artes de fines de la Edad Media no está reservado a la descomposición *post mortem*; está, dice Ariès, *intra vitam*, en la enfermedad, en la vejez, en el decurso de la vida. Por esto concluye que el hombre de fines de la Edad Media tenía una conciencia muy aguda de que estaba muerto aplazadamente, que el plazo era corto, y que la muerte, siempre presente en el interior de sí mismo, quebraba sus ambiciones y corrompía sus placeres y que, quizás por esto, ese hombre tenía una pasión por la vida, los otros, las cosas y los animales. Ariès (1975) señala que durante la segunda mitad de la Edad Media, del siglo XII al XV, se produjo un acercamiento entre tres categorías de representaciones mentales: la de la muerte, la del conocimiento de cada uno sobre su propia biografía y la del apego apasionado a las cosas y seres poseídos en vida. La muerte, se convirtió entonces en el lugar donde el hombre tomó, mejor que en ningún otro, conciencia de sí mismo.

Otro fenómeno que surge en este período es la individualización de las sepulturas, algo que había desaparecido en el siglo V; como así también aparecen las inscripciones funerarias en las tumbas (el nombre, la fecha de muerte, su cargo) y el retrato del difunto. En sus testamentos, los moribundos comienzan a prever servicios religiosos perpetuos para la salvación de sus almas. Estos fenómenos, concluye Ariès, traducen la voluntad de individualizar el lugar de sepultura y de perpetuar en dicho lugar el recuerdo del difunto, de la importancia del recuerdo de su identidad. Este estudio de las tumbas confirma que a partir del siglo XII se estableció una relación, antes desconocida, entre la muerte de cada cual y la conciencia que tomaba de sí mismo y de su individualidad.

1.1.3 Relación entre la muerte, el enfermo, la familia y el médico

Ariès (1975) explica que durante la primera Edad Media, en lo que él llamó el período de la *muerte domada o domesticada*, la actitud ante la muerte tenía las características de ser ritualizada, pública y advertida. Que el moribundo presidía estos rituales y disponía sobre la toma de decisiones, era el que tenía el saber sobre su muerte: el que tenía el poder. Se moría en su casa, en una ceremonia pública y organizada, organizada por él mismo, que la dirigía y conocía su protocolo.

Ariès (1975) destaca que entre los años 1930 y 1950 sucede un fenómeno material importante: el desplazamiento del lugar de la muerte, por el cual ya no se muere en casa, con la familia; ahora se muere en el hospital y solo. El hospital se ha convertido en un lugar donde se obtienen los cuidados que no pueden procurarse en casa. La muerte en el hospital ya no supone la ocasión de una ceremonia ritual que el moribundo preside, la muerte ahora es un fenómeno técnico conseguido por el cese de los cuidados, por una decisión del médico y su equipo.

Previamente, a partir de finales siglo XVIII, sucedió un fenómeno donde el moribundo traspasó a su familia la iniciativa sobre todo lo relacionado con su propia muerte. Ariès (1977) explica que el moribundo comenzó en ese momento a ponerse en manos de sus allegados, dejando a su familia la dirección del fin de su vida y de su muerte.

Ariès concluye que el gran acontecimiento en la actualidad es el relevo de la familia por parte del médico, la toma de poder por parte de éste. Antiguamente el médico era, junto con el sacerdote y la familia, el asistente

del moribundo. En la actualidad la muerte se ha desplazado desde la habitación del enfermo (donde no se convoca al médico), hasta el hospital; y en el hospital el médico es un hombre de ciencia y poder, con un poder que ejerce él solo.

Otro aspecto resulta relevante: hasta mediados del siglo XIX no existía la obsesión por el diagnóstico médico, se mostraba una indiferencia hacia él. Según Ariès (1975), esto sucedía no ya por miedo al resultado, sino por un desinterés hacia la particularidad de la enfermedad, a su carácter científico. A partir de mediados del siglo XIX comienza a tener importancia el diagnóstico médico, y comienza a influir en las actitudes de las personas ante la muerte. Ariès (1975) describe que el nuevo fenómeno es que al enfermo grave se lo arranca de su angustia existencial y se lo pone bajo los condicionantes de la enfermedad y la medicina, de modo que se acostumbra a no volver a pensar claramente como un individuo amenazado. Ante el avance de la enfermedad surge otra característica de la actitud frente a la enfermedad grave o la muerte: la ruptura de la comunicación con el entorno, el aislamiento en el que el enfermo empieza a ubicarse.

Ariès (1977) señala que la muerte médica de la actualidad ha reconstruido el margen de tiempo de la muerte, pero ganándolo sobre el más acá y no sobre el más allá. El tiempo de la muerte se ha alargado y subdividido a la vez debido al progreso de las técnicas médicas: la muerte cerebral, la muerte biológica, la muerte celular. El tiempo de la muerte se ha alargado a gusto del médico, que no puede suprimir la muerte, pero puede regular su duración. Concluye Ariès (1977) que en la actualidad esta duración de la muerte depende de un acuerdo entre la familia, el hospital y la justicia incluso, o de una decisión soberana del médico: el moribundo, que ya se había acostumbrado a ponerse en manos de sus allegados, abdicó poco a poco, dejando a su familia la dirección del fin de su vida y de su muerte. A su vez la familia ha descargado esta responsabilidad sobre el médico, que sabe mejor que nadie lo que hay que hacer y al que, por consiguiente, corresponde elegir con total poder y soberanía.

1.1.4 Muerte invertida y vedada del mundo contemporáneo. Muerte tabú, temida, expulsada y confinada al hospital.

Ariès (1975) señala que a principios del siglo XX surge un nuevo fenómeno histórico y conceptual: la muerte, en otro tiempo tan presente por resultar familiar, va a difuminarse y a desaparecer. Se vuelve vergonzante y objeto de tabú. Ariès no duda en señalar que en el origen de este fenómeno se halla un sentimiento ya expresado en la segunda mitad del siglo XIX: la primera motivación de la mentira, de ocultar la verdad al enfermo, fue el deseo de protegerlo, de hacerse cargo de su agonía. En el origen de este sentimiento está el temor de hacerle mal al moribundo y de desesperarlo, por lo que se procuraba preservarlo, dejándolo en la ignorancia de su próximo fin.

Se admite, sin embargo, que la disimulación no puede durar demasiado tiempo, el moribundo debe un día saber, pero los parientes no disponen ya del coraje ni de la crueldad de decir ellos mismos la verdad: la verdad empieza a plantear un problema.

Y si no se puede llevar a cabo la tarea de advertir al moribundo, que otro se encargue de hacerlo. Ariès (1977) explica que el sacerdote estaba completamente dispuesto a hacer esta tarea, porque la advertencia se confundía con la preparación espiritual en la última hora. Por eso, la llegada del sacerdote a la habitación pasaba por la señal misma del fin, sin que fuera necesario decir más. Por su parte, el enfermo podía no tener necesidad de ser advertido. Ya sabe. Pero su confesión pública destruiría la ilusión que deseaba prolongar algún tiempo todavía, sin lo cual sería tratado entonces como moribundo y obligado a comportarse como tal. Todos y cada uno son por tanto cómplices de una mentira que comienza entonces y que, ampliándose luego, va a empujar a la muerte a la clandestinidad. Ariès (1975) señala que es la segunda etapa de un proceso en el que la familia se hace cargo del moribundo, un proceso que comenzó a finales del siglo XVII, cuando el moribundo renunció a imponer, mediante un acto de derecho, sus últimas voluntades y las confió

directamente a sus herederos, es decir, confió en ellos. Se había establecido una relación nueva, que acercaba sentimentalmente al enfermo y a su entorno, pero la iniciativa, si no el poder, seguía estando en manos del moribundo. Actualmente subsiste la relación, pero está invertida, y el moribundo se ha puesto bajo la dependencia del entorno.

Ariès (1977) destaca otro fenómeno de la muerte invertida de la actualidad, y es el traslado de la muerte desde la habitación del moribundo en la primera Edad Media a la muerte oculta en el hospital en la actualidad. La habitación del moribundo ha pasado de la casa, al hospital.

1.2 La Muerte como misterio y problema, un aporte de Vladimir Jankélévitch

En sus libros P. Ariès cita el trabajo de Vladimir Jankélévitch (1903 -1985), filósofo y musicólogo francés que ha abordado y reflexionado en su obra sobre la experiencia de la muerte de alguien cercano, de la muerte del otro en general, y acerca de la incertidumbre metafísica que cada uno siente frente a lo irrevocable de la propia muerte.

En el libro “Pensar la muerte” (2004) V. Jankélévitch desarrolla sus reflexiones sobre la muerte en general y el instante mortal en particular. Algunos aportes teóricos de este libro resultan pertinentes para tomarlos como referencia en el marco teórico del presente trabajo.

Jankélévitch (2004) destaca que se tiene una *conciencia del morir* que implica saber que nuestros tejidos se descompondrán y que algún día moriremos, y se pregunta ¿qué es esta conciencia por la cual pensamos la muerte?, Jankélévitch se responde que pensamos la muerte tratando de dominarla, lo que no nos impide morir pero, en la medida en que la pensamos, estamos por fuera de ella; así, estamos dentro de la muerte en tanto mortales, pero al pensar nuestra muerte, la ubicamos por fuera. Para entender esto Jankélévitch (2004) plantea que lo que le debemos a la conciencia no es una certeza palpable de un más allá, sino la constatación de un misterio, ya que después de la muerte, no sabemos qué será de nosotros. El misterio, para Jankélévitch (2004) es algo que existe para un hombre racional y razonable, que está a la vez en la muerte y es exterior a la muerte, en la medida que él emerge fuera de ella, cuando la piensa. Al pensarla, la muerte se vuelve entonces un problema como cualquier otro, ya no misterioso, y que pertenece tanto a un demógrafo como a un biólogo, ya que cuando se le habla de la muerte a un biólogo, se trata de un fenómeno que él puede explicar, así como un médico puede hacerlo desde sus criterios o un demógrafo puede explicarlo desde fenómenos estadísticos. Así, el hombre puede pensar la muerte. Pero al mismo tiempo, está adentro. Afuera y dentro a la vez.

Jankélévitch (2004) toma entonces los conceptos de problema y misterio y señala que el misterio es la parte sumergida, la parte nocturna. El problema, en cambio, “está ante mí, fuera de mí, como un objeto, transparente, en plena luz de la evidencia y del día, mientras que en el misterio, estoy adentro”. Ahora bien, la muerte es a la vez problema y misterio, lógica y misteriosa.

1. Concluye Jankélévitch (2004): “en la medida que emerjo de la muerte, tengo la cabeza afuera como un hombre que está debajo de las olas. Vive todavía, puede aún nadar, se dice a sí mismo: tengo todavía que recorrer cincuenta metros; si los recorro, estaré salvado. Por lo tanto, es más fuerte que su destino” (p. 54).

1.3 Musicoterapia y el Proceso de Morir

La musicoterapeuta Joanne V. Loewy en su libro “Musicoterapia en el final de la vida” (2005) da cuenta de cómo la reflexión sobre el proceso de morir está presente en el campo de la musicoterapia. Donde los musicoterapeutas trabajan desarrollando técnicas específicas en un abordaje que ha probado ser pertinente en el acompañamiento de las personas en los momentos finales de su vida.

Loewy (2005) menciona que debido a que no hay seguridad sobre lo que viene después de la muerte las personas a menudo actúan como si un final no sucediese, o tratan esa situación con la rapidez que puede ser

tolerada. Y que esto resulta evidente en la forma en que muchos profesionales dentro de las instituciones hablan de morir como “expiración” ó como, a veces, un final se cubre o se describe como un "evento" categórico general, como si esto fuese para enmascarar la magnitud aparente de la tristeza o el miedo que se puede sentir ante el momento de la muerte.

La autora reflexiona sobre lo que sería planear el fin de la vida de manera más consciente y deliberada, con más dignidad, intención y enfoque. Qué significado podría tener considerar todo lo que ocurrió en la vida de alguien al acercarse el final, el momento de la muerte. Pensando este final como el último elemento, muchas veces culminante, de una secuencia.

Señala que la planificación implicaría en gran medida y activamente los deseos del moribundo. Sería justificada la utilización de una revisión o repaso de la vida (life-review), donde se debería tener en cuenta quiénes eran las personas de importancia en la vida de la persona, cuáles fueron los eventos más importantes y significativos que ocurrieron. También debería considerarse cómo han sido afectadas las personas por aquél que está muriendo, y cómo sería recurrir a estos recuerdos al morir.

Resulta relevante para Loewy (2005) examinar qué maneras creativas pueden ser posibles para que los deseos del moribundo puedan ser transmitidos luego de su muerte. Y cuál sería la mayor fuente de confort en su momento final.

La musicoterapeuta destaca las posibilidades que otorga la música para trabajar con el pasado, presente y futuro. La música nos puede proporcionar a cada uno un espacio de espera, que contenga un momento, o revivir un momento pasado; un ámbito que pueda reunir anticipación o temor a lo desconocido o provocar la afirmación de lo que imaginamos que ocurrirá en nuestro momento de muerte. Resulta importante tener en cuenta que la capacidad de ayudar a los demás en el momento del fin de la vida depende de la propia idea que tengamos en relación a nuestra muerte (Loewy, 2005).

Loewy destaca que un aspecto importante de la música es la estructura abierta que puede prestar a los momentos de fragilidad. Nuestra relación con los demás suele estar sutilmente arraigada en el contexto de la música, seamos o no conscientes de ello. Los musicoterapeutas han realizado intervenciones con una conciencia aguda de los parámetros de la mente, el cuerpo y el espíritu, así como con el entrelazamiento cultural y societal en términos de cómo se concibe y se implementa la música. Sin embargo, en cierto sentido, cada espíritu humano tiene una conciencia musical en evolución. Independientemente de si la música ha tomado o no un papel activo en la vida de una persona, los sonidos son una parte innata de la humanidad tanto en contextos internos como externos. Además, mientras que la música es representativa de acontecimientos históricos comunes a muchos, hay infinitamente más situaciones personales que conectan nuestra existencia y su significado a piezas de música específicas (Loewy, 2005).

El contexto de una asociación musical y el lugar al que puede llevar a una persona pueden evocar recuerdos y sentimientos clave poderosos que merecen examen, celebración o recapitulación. Estas asociaciones pueden ser especialmente conmovedoras al final de la vida.

Como musicoterapeutas, a menudo se nos da el privilegio de participar en, sin duda, el acontecimiento más importante de la vida conocido por la humanidad: la muerte (Loewy, 2005). Somos conscientes de que estos momentos son efímeros y preciosos, y sólo se producen cuando el paciente lo permite. La evaluación que nos llevará a saber cómo se podría usar la música es simple, pero llena de posibilidades.

2 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS

Se utilizarán como fuentes para la construcción de los datos dos casos clínicos que tienen en común el hecho de que los pacientes se encuentran atravesando una enfermedad terminal. Se presentarán y utilizarán estos casos no con el objetivo de analizar la metodología del trabajo de las musicoterapeutas; tampoco se hará foco en el analizar la efectividad clínica o en la construcción de evidencia clínica. La utilización de estos casos tendrá como objetivo la ejemplificación de las nociones teóricas de Philippe Ariès, a fin de intentar explicar

de qué manera puede enriquecerse el campo disciplinar de la musicoterapia al tomar en cuenta las ideas de este autor. Se tendrá entonces, en el análisis de datos, una mirada más abarcativa, más comprensiva, pensando en procesos más largos que la vida de una persona.

Utilizando nociones teóricas que resultan ser diacrónicas, más extensas en el tiempo que un caso clínico en particular, se entenderán los procesos clínicos no en el análisis de los casos, sino en el desarrollo histórico mismo de la musicoterapia como disciplina. Se espera poder entender el trabajo con pacientes terminales en musicoterapia desde una perspectiva distinta, al ser enriquecida con el aporte de un autor de una disciplina diferente.

Se tomará en primer lugar el estudio de caso de la musicoterapeuta Chava Sekeles, en el que se analiza el caso de Nathaniel, un paciente de 45 años con cáncer terminal. Por otra parte, se considerará el caso de la musicoterapeuta Bridgit Hogan, quien realiza un estudio de caso de un paciente de 50 años, con tumor cerebral terminal. En el análisis de ambos casos se irán presentando los datos e inmediatamente después se realizará el enlace con los aportes de la teoría de Philippe Ariès.

2.1 Caso 1 “El coraje de morir: Nathaniel, un paciente con cáncer terminal”

Musicoterapeuta: Chava Sekeles-

Cuando Nathaniel es diagnosticado con cáncer de pulmón tiene 45 años. El diagnóstico aparece en los exámenes médicos que le realizan luego de que comenzara a tener episodios de tos muy fuerte, dificultades para respirar y bronquitis. Nathaniel cuenta que cuando recibió el diagnóstico quedó shockeado, sin poder reaccionar, sin poder hablar de ello ni con su mujer ni con sus hijos. Tenía pesadillas y fantasías durante el día en las que las células cancerígenas salían de sus pulmones e invadían su cuerpo, luego una gran aspiradora entraba en sus vasos sanguíneos y succionaba las células malignas y sus órganos internos, hasta quedar vacío, limpio, y muerto.

Nathaniel cuenta estos sueños y fantasías a la musicoterapeuta cuando son presentados por su oncóloga, que realiza la propuesta considerando el hecho de que él amaba la música desde la infancia, tocaba el corno francés en sus tiempos libres y había participado en una orquesta amateur. Nathaniel terminó sus estudios secundarios, estuvo en el ejército y realizó sus estudios universitarios titulándose en ciencias naturales. Hasta su enfermedad, era una persona emocional y físicamente saludable, aunque había fumado fuertemente desde sus 17 años. Luego de escuchar las noticias que le dio la oncóloga y de aislarse unos días en su habitación, Nathaniel pudo recuperarse y colaborar con la especialista y su familia, la cual estaba compuesta por su esposa y cuatro hijos de 10, 14, 16 y 20 años. El equipo médico del hospital (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, y psicólogos/as) fueron de gran ayuda, y la familia, apoyada por Nathaniel mismo, encontraron el coraje y los medios para enfrentar la situación.

La musicoterapeuta comenta que el equipo médico fue de gran apoyo y acercamiento; menciona esto como importante en comparación con doctores que utilizan comúnmente técnicas y tácticas de distanciamiento standards para hacer frente a la carga emocional de tratar a los enfermos terminales. Nathaniel fue afortunado de tener una oncóloga empática que sabía cómo hablar con él de una manera directa, ya que le informó de su enfermedad, aunque en aquellos años los médicos preferían ocultar la verdad a sus pacientes.

Esto que menciona la musicoterapeuta Chava Sekeles puede relacionarse con algunas nociones teóricas de Ariès desarrolladas en los puntos anteriores del presente trabajo. Por un lado la musicoterapeuta menciona que, a diferencia del equipo médico de Nathaniel, el cual fue empático con él, existen otros médicos que utilizan estrategias para tomar distancia ante la carga emocional que implica el tratamiento de enfermos terminales. Esta comparación puede leerse y enlazarse con un concepto y momento histórico que Ariès denominó “la muerte del otro” y que comenzó a suceder en el siglo XIX, donde la sola idea de la muerte conmovía, a diferencia de la muerte sin excesivo impacto emocional del siglo V. Esto Ariès lo relaciona con la expresión de afecto por parte de los supervivientes, a los que les cuesta más aceptar la muerte del otro. La

exageración del luto, la exaltación y dramatización de la muerte en la sociedad de esa época son signos que Ariès toma como producto de esta actitud ante la muerte de comienzos del siglo XIX.

Otra lectura posible desde los aportes de Ariès en el caso se encuentra en la decisión de la oncóloga de Nathaniel de informarle sobre su enfermedad, a diferencia de los médicos de aquellos años que preferían “ocultar la verdad” a sus pacientes. Este “ocultamiento de la verdad” que la musicoterapeuta señala que existe en los médicos de esos años puede pensarse desde el concepto de *muerte invertida* de la actualidad. Uno de los orígenes de esta muerte invertida que Ariès menciona está en el hecho de ocultar al enfermo la verdad, con la motivación de protegerlo, de no hacerle mal.

Una tercera relación conceptual desde Ariès puede hacerse en este punto, y tiene que ver con los roles de poder que el enfermo, la familia y el médico ocupan y que Ariès desarrolla en su investigación. En el caso Nathaniel es el médico el que dispone, el que sabe y toma disposiciones en relación a qué hacer con el saber sobre la enfermedad y la muerte. Según Ariès este lugar de poder no siempre estuvo en manos del médico, era el enfermo en la primera Edad Media el que ocupaba este lugar, luego fue la familia y al fin es el médico el que en la actualidad ocupa ese lugar de poder y soberanía.

La familia pide que Nathaniel sea enviado a su casa y así pase sus últimas semanas/meses en un ambiente de amor y de apoyo. La musicoterapeuta Chava Sekeles cita en su caso a los autores Backer, Hannon y Gregg (1994) los cuales mencionan que muchos pacientes solicitan retornar a su hogar y morir allí. Esto último tiene algunas dificultades para llevarse a cabo, como la exhaustiva energía física y psíquica que la familia debe poner en juego, problemas económicos, etc. En el caso de Nathaniel, él fue enviado a su casa con su familia. Esta situación que la musicoterapeuta señala en el caso puede relacionarse con la muerte confinada al hospital que Ariès menciona como característica de la muerte invertida actual. A principios de la Edad Media el enfermo moría en su casa, en su habitación, junto a su familia, en una ceremonia pública. La muerte solitaria confinada al hospital es algo que Ariès menciona como un fenómeno propio del siglo XX, y que continúa hoy en la actualidad.

Otro aspecto a tener en cuenta es el rol de la familia de Nathaniel al solicitar que sea trasladado a su hogar. Esto puede relacionarse con el lugar de poder de decisión que la familia tuvo en esta situación. Según Ariès, la iniciativa relacionada con la muerte del enfermo en manos de la familia es un fenómeno que comenzó a suceder a partir de finales del siglo XVII y no antes.

Nathaniel planeó de antemano la música que se reprodujo en el cementerio durante la ceremonia del día 30 (ceremonia de la comunidad judía del día 30 después del entierro), y la musicoterapeuta le prometió que iba a cumplir su pedido. Esta solicitud de Nathaniel que la musicoterapeuta describe es posible de ser vinculada con el concepto de perpetuar el recuerdo, de conservar la identidad después de la muerte que Ariès ubica históricamente en el siglo XII, relacionándola con el comienzo de las individuaciones de las sepulturas, junto con las inscripciones funerarias que detallaban nombre, fecha, cargo e imágenes del difunto, a diferencia de las tumbas anónimas de los siglos anteriores. Estas costumbres y fenómenos que sucedieron en ese momento se vinculaban con la relación de la conciencia de sí mismo y de la individualidad que el hombre comenzó a tomar al momento de su propia muerte en ese período histórico. El testamento fue el resultado fenomenológico de conservar aspectos identitarios del moribundo luego de su muerte; Ariès señala que en el testamento escrito se consignaba la atribución de fortuna (algo que se mantiene en la actualidad), pero que aquellas atribuciones que inspiraban sensibilidad, afecto a los allegados, a la familia, al cónyuge o a los hijos eran comunicadas oralmente, separadas del testamento escrito.

La musicoterapeuta cita en su caso clínico a Bruscia (1998), quien señala que la experiencia y las necesidades del paciente deben ser el centro de la terapia, no las acciones del terapeuta, y que todas las decisiones metodológicas deben estar basadas en lo que el cliente necesita experimentar a través de la música. Aquí, la musicoterapeuta reconoce que muchas cuestiones pasaron a través de su cabeza luego del primer encuentro con Nathaniel, cuestiones que tenían que ver con sus propios sentimientos y creencias. Citando a Bright (2000) refiere que es recomendable un examen de los propios sentimientos y actitudes mientras trabajamos

con pacientes terminales. Y que, entre estos importantes puntos, menciona las posibles diferencias culturales o religiosas entre el paciente y el terapeuta. La musicoterapeuta señala en su caso clínico que, si el terapeuta es religioso y el paciente es agnóstico, o viceversa, esto podría causar dificultades cuando se trata de etapas sensibles de la vida. En relación con esto que la musicoterapeuta desarrolla en el caso pueden realizarse dos observaciones: por un lado, el señalamiento de privilegiar las necesidades del paciente terminal por sobre las del musicoterapeuta puede relacionarse con lo que Ariès refiere en torno la circulación de poder que sucede entre la familia, el médico y el enfermo. En la actualidad el poder y la toma de decisiones están colocados en la figura del médico y el enfermo es alguien pasivo en manos del poder del médico y sus técnicas. La segunda observación tiene que ver con cómo la musicoterapeuta tiene en cuenta los aspectos culturales, sociales e históricos en su caso clínico; aspectos que atraviesan tanto a ella misma como a su paciente, siendo ambos producto de la influencia de una cultura y rasgos sociales de una época contemporánea a ellos, o incluso anterior.

La musicoterapeuta señala que ella se permitió tener una perspectiva de largo plazo en el tratamiento, aunque la oncóloga de Nathaniel dijo que sus días estaban contados. La influencia del diagnóstico médico es algo que puede enlazarse teórica y conceptualmente con un fenómeno que Ariès describe y que comenzó a mediados del siglo XIX. Se trata de la importancia del diagnóstico médico, algo propio de ese momento histórico y que no sucedía antes. Esta nueva importancia coloca al enfermo bajo los condicionantes de la enfermedad, y lo aparta de su angustia existencial: el enfermo sale del ciclo vital y familiar y entra en el ciclo médico.

La musicoterapeuta refiere que al comenzar la terapia con un nuevo paciente su tendencia es a repasar los informes médicos y psicológicos, así como revisar material sobre la enfermedad que lo aqueja (cáncer de pulmón), los enfoques psicológicos sobre el tratamiento con enfermos terminales y la posible contribución de la musicoterapia. Del mismo modo tiene en cuenta su propia experiencia trabajando con pacientes oncológicos. La musicoterapeuta explica que mientras hacía esa revisión, se le ocurrió que el conocimiento, el saber, es un modo de mecanismo de afrontamiento que sirve para tener una sensación de dominio, un dominio que está muy dañado cuando se enfrenta a la muerte. Y refiere que esto seguramente fue de la misma manera para Nathaniel, cuya enfermedad, dolor y miedo le presentaban un sentimiento de frustración y pérdida de dominio. Señala entonces que esto reforzó la necesidad de Nathaniel de ser habilitado de poder elegir su propio material musical y modelo de musicoterapia y, con ello, lograr un cierto dominio de la situación.

Esto que describe la musicoterapeuta en relación con su propia sensación de dominio y la de Nathaniel al enfrentar la muerte puede relacionarse con el recorrido histórico y conceptual que Ariès realiza en relación con la toma de iniciativa y poder que tenía el enfermo ante su propia muerte en la primera Edad Media, y que luego, a finales del siglo XVII, cedió a la familia para luego, en la actualidad, recaer sobre la figura del médico.

La misma relación con la toma de iniciativa y poder del enfermo que Ariès observa en su investigación puede hacerse con el caso clínico cuando la musicoterapeuta comenta cómo Nathaniel decide, luego de una sesión, pensar en su propia colección de música para una “escucha mutua”. La musicoterapeuta señala que este fue un ejemplo positivo de cómo satisfacer las necesidades terapéuticas de Nathaniel y del camino que él empezó a formarse, “era bueno que volviera a hacer sus propias elecciones a través de las cuales obtuvo cierto grado de dominio y que pudo hablar de sus sentimientos”. Pasó un mes, durante el cual Nathaniel eligió su propia música para escuchar mutuamente. Cuando la música se detenía, Nathaniel hablaba de sus sentimientos o discutía la música. Este último punto también puede vincularse con el aporte teórico de Ariès relacionado con la toma de conciencia de sí mismo, de la autobiografía, al momento de la propia muerte.

La musicoterapeuta señala en relación con los niños de la familia que estos están poco preocupados por los detalles de la enfermedad; en cambio, se preocupan más por el futuro del padre enfermo, por el éxito del tratamiento y por su propio futuro. Muchas veces los niños reflejan las preocupaciones de los padres y se sienten frustrados cuando son tratados de una manera infantil y se les oculta la verdad. La

musicoterapeuta cita a Ratenaude (2000): “Cuando sienten que están siendo dejados fuera de las discusiones familiares importantes, incluso los niños pequeños experimentan tensión y desconfianza, esto no significa que toda la información y los miedos sobre el diagnóstico o la enfermedad del cáncer deben ser compartidos inmediatamente con el niño”. (p. 38).

En efecto, la musicoterapeuta señala que la imaginación a veces puede ser muy atemorizante en comparación con la verdad que se le dice al niño de una manera adecuada para su etapa de desarrollo según su edad y madurez emocional.

Tanto los aportes de P. Ariès como de V. Jankélévitch pueden tomarse como enlace a esto último. Desde los conceptos de Ariès surge la posible relación con el ocultamiento de la verdad en la época actual, la *muerte invertida*. Este ocultamiento de la verdad sobre la muerte inminente y cercana que el autor sitúa conceptual e históricamente hacia principios del siglo XX tiene como propósito el ocultar la verdad al moribundo, con el fin de protegerlo y no desesperarlo. A diferencia de lo que ocurría en los comienzos de la primera Edad Media (siglo V) donde la muerte era advertida, ritualizada, familiarizada y pública, la muerte invertida de la actualidad oculta la verdad; así la muerte pasa a estar oculta y se convierte en objeto de tabú. Ariès señala que, en la actualidad, algunas circunstancias de la muerte conviene ser evitadas, tanto en el hospital como en cualquier otro sitio, y una de ellas es la demostración por parte de los supervivientes de una emoción demasiado fuerte. Ariès describe el concepto actual del “estilo aceptable de enfrentar la muerte”, esto es una muerte que pueda ser aceptada y tolerada por los vivos, a diferencia de un “estilo incómodo o vergonzoso”, que es preferible no mostrar. Ariès (1977) concluye que hoy en día sólo se tiene el derecho de conmovirse en privado, es decir, a escondidas.

Desde los aportes de V. Jankélévitch es posible pensar lo que la musicoterapeuta señala en cuanto a que, ante el hecho de ocultarles la verdad, la imaginación en los niños puede ser muy atemorizante en comparación con la verdad que se les dice de una manera adecuada a su edad, etapa de desarrollo y madurez emocional. El autor propone la idea del dominio sobre la muerte al poder problematizarla, objetivarla, poder colocarla por fuera, sacarla del lugar del misterio, todo ello como posibilidad de un estado de dominio. Se trata de la verdad como una posible objetivación ante la incertidumbre del misterio.

2.2 CASO 2. Musicoterapia en el fin de la vida. “Buscando el rito de iniciación”

Musicoterapeuta Bridgit Hogan

La musicoterapeuta B. Hogan comienza su caso clínico describiendo las características del Hospital Bethlehem, el cual recibe pacientes que se encuentran llegando a las etapas finales de una enfermedad potencialmente mortal como el cáncer o el HIV. Los pacientes pueden ser ingresados en un centro de cuidados paliativos o en el programa de cuidados paliativos domiciliarios. Los pacientes ingresados en el centro tienen una expectativa de vida de no más de tres meses y en promedio están quince días en el hospital.

La musicoterapeuta señala que los pacientes terminales pueden experimentar síntomas físicos como dolor, náusea, vómitos, dificultades para dormir o respirar. Pero que es, sin embargo, el complejo de necesidades psicosociales y espirituales lo que resulta más angustiante de experimentar para los pacientes y más difícil de observar para los familiares y amigos. Estos síntomas pueden incluir el miedo al dolor, la ansiedad, la depresión, el aislamiento emocional, la desesperación frente a una enfermedad que avanza, como así también la necesidad de buscar una resolución y armonía existencial para que las vidas del paciente y sus experiencias de sufrimiento puedan tener algún propósito y significado.

En el hospital Bethlehem, el objetivo final de la musicoterapia es asistir a pacientes enfermos terminales en la búsqueda de su rito de pasaje, tocando o ejecutando música. El musicoterapeuta, señala Hogan, puede variar y adaptar los elementos musicales para conectar con las necesidades físicas, emocionales o espirituales del paciente que se encuentran en mayor necesidad de alivio. Una vez aliviada la angustia, la actividad musicoterapéutica puede llegar a conocer otras dimensiones del sufrimiento del paciente.

La musicoterapeuta enumera las distintas técnicas musicoterapéuticas que utiliza: elección de canción, escuchar música y revisión o repaso de vida (life review). De las técnicas mencionadas, la técnica “revisión o repaso de vida” (life review) se tendrá en cuenta para relacionarla con los aportes teóricos del trabajo investigativo de P. Ariès.

La musicoterapeuta destaca que la “revisión o repaso de vida” (life review) es una de las técnicas que incorpora frecuentemente en su práctica clínica. Plantea que, a medida que se acerca la muerte, ya sea de forma consciente o inconsciente, los pacientes a menudo necesitan explorar sus dimensiones espirituales. Esto se puede lograr revisando sus vidas y reflexionando sobre sus logros, fracasos y arrepentimientos, así como sobre su futuro, para poder experimentar una mayor comprensión de los significados de la vida. Durante las sesiones la musicoterapeuta anima a los pacientes a recordar su pasado, cantando, escuchando y tocando música juntos y luego, si fuese necesario, discutiendo las asociaciones y recuerdos provocados por la música.

A muchos pacientes la música les hará recordar eventos, personas y lugares importantes que hayan vivido. La oportunidad de discutir la relevancia e importancia de los recuerdos y asociaciones provocados por la música, ayuda a los pacientes a aclarar los valores de la vida. Esto permite a los pacientes experimentar un sentido de autoestima, al tiempo que le da significado y propósito a su sufrimiento. Ya sea a través de la elección de canciones, escuchando música o reseñas de la vida, la música es capaz de conectarse con los pacientes a un nivel profundo, cambiando y equilibrando las dimensiones de sus composiciones humanas para aliviar creativamente el malestar y lograr una mayor conciencia de sí mismos. La música, concluye la musicoterapeuta, guía al enfermo terminal a través de su viaje en búsqueda de la resolución, la armonía y la paz y prepara un camino para la transición y transformación existencial: su rito de pasaje.

La utilización de la técnica revisión o repaso de vida (life review) que la musicoterapeuta Hogan explica en su caso clínico puede enlazarse con lo que Philippe Ariès refiere que sucedió a partir de la baja Edad Media (siglos XI-XII), esto es, el acercamiento entre el momento de la muerte y la toma de conciencia de sí mismo, de la individualidad, de la biografía de la propia vida al momento de la muerte. Lo que produjo la aparición de una serie de fenómenos nuevos que introdujeron, dentro de la idea del destino colectivo de la especie, la preocupación por la singularidad del individuo.

Estos fenómenos llevaron a que hacia finales de la segunda mitad de la Edad Media (del siglo XII al XV) se produzca, según Ariès, un acercamiento entre tres categorías de representaciones mentales: la de la muerte, la del conocimiento de cada uno sobre su propia biografía y la del apego apasionado a las cosas y a los seres poseídos en vida, llevando esto a que la propia muerte se convierta en el lugar donde el hombre tomó, mejor que en ningún otro, conciencia de sí mismo y de su individualidad. Ariès (1977) señala que la relación tradicional entre uno mismo y los otros se invierte por primera vez y el sentido de la identidad prevalece sobre la sumisión al destino colectivo. Todos y cada uno se separaban de la comunidad y de la especie en la conciencia que se tomaba de uno mismo. El hombre se obstinó en reunir las moléculas de su biografía, pero solo la chispa de la muerte le permitió soldarlas en un bloque. Una vida unificada de esta forma adquiriría una autonomía que la ponía aparte; sus relaciones con los demás y con la sociedad se encontraron modificadas. Sin duda, concluye Ariès, el balance de la biografía debía detenerse en la obra formidable de la muerte.

Estudio de caso: paciente “K”. La musicoterapeuta B. Hogan presenta el estudio de caso de un paciente con una enfermedad terminal al que nombra como “K”. Al momento del tratamiento K tiene 50 años, es un hombre con una enfermedad terminal diagnosticada hacía dos años (astrocitoma de alto grado). Su familia está compuesta por su mujer, “L”, y 3 hijas de 23, 19 y 17 años. La musicoterapeuta cuenta que eran una familia muy cercana y dedicada al cuidado de K, ayudándose mutuamente.

Dos años antes de morir, los doctores le dijeron a K que tenía un pronóstico de menos de 6 meses de vida, el cual K obviamente excedió. La musicoterapeuta señala que este falso marco de tiempo causó a K, su familia y amigos una enorme frustración y ansiedad. Durante los dos años que K batalló con el cáncer, su condición cambió constantemente. La naturaleza impredecible de la enfermedad de K, sus síntomas siempre

cambiantes, que eventualmente incluyeron un cambio de personalidad, lo confundieron a él y a su familia ya que experimentaron emociones conflictivas como la pérdida y la esperanza.

Estos señalamientos en relación con el diagnóstico que la musicoterapeuta destaca pueden enlazarse con los conceptos de P. Ariès sobre la preocupación por el diagnóstico médico, que histórica y conceptualmente ubica hacia el año 1880. Cincuenta años antes, hacia 1830, existía una indiferencia en cuanto al diagnóstico médico, la enfermedad y la salud todavía no estaban vinculadas necesariamente con la acción y el poder del médico. Es a partir del año 1880 que comienza lo que Ariès (1977) denomina “el inicio de la medicalización”, momento en el que el enfermo se coloca bajo los condicionamientos de la enfermedad y la medicina y se lo aparta de su angustia existencial. El enfermo entonces comenzó a acostumbrarse a no volver a pensar como un individuo amenazado, se salió del ciclo vital y familiar -fuente de resignación, o de ilusión, o de ansiedad-, que había sido desde siempre el ciclo de los enfermos graves, asimilados normalmente a los moribundos, para entrar en el ciclo médico. Ariès (1977) señala que, al entrar en el ciclo médico, la inquietud o satisfacción del enfermo dependen entonces de dos variables: el conocimiento del mal y la eficacia de los cuidados.

La musicoterapeuta describe en su caso clínico una situación donde K mejora en su salud y puede vivir mejores momentos familiares, pero esto resulta estresante para su mujer “L”, ya que “mientras estaba agradecida de compartir momentos felices con K, ella sentía que estaba sentada al borde del desastre sabiendo que K en algún momento podría morir”, L dice: “No pienses que quiero que K se muera, sólo deseo que algo ocurra una vez o la otra. No puedo soportar toda esta incertidumbre”.

Esto que la musicoterapeuta señala que le sucede a L puede enlazarse con el concepto teórico de “la muerte del otro” que Ariès ubica fenomenológica e históricamente a comienzos del siglo XVIII. La muerte solemne de otros tiempos, esperable y ritualizada ahora se exalta, se dramatiza, se exagera. A partir del siglo XVIII la muerte adquiere un sentido nuevo: a los supervivientes les cuesta más que en otro tiempo aceptar la muerte del otro. La expresión del dolor de los supervivientes se debe, concluye Ariès, a una intolerancia nueva a la separación, en donde la sola idea de la muerte conmueve.

La musicoterapeuta comenta sobre la posibilidad de K de expresarse a través de las canciones, toda vez que su enfermedad le impedía hacerlo de otra forma (verbal). Como así también la inclusión de la familia en el armado de un compilado con mensajes de él hacia ella en sus letras, y cómo este compilado ayudaba a K en sus momentos de soledad con su enfermedad, donde estando afligido era confortado con su escucha. Éste último también sonó en la mañana que K falleció como así también en su funeral. L y las hijas de K conservan una copia y aún hoy la escuchan (al momento de la publicación del caso). L le dice a la musicoterapeuta que esto también la ayudó en su etapa de duelo. Esto puede enlazarse con lo que Ariès denomina “culto al recuerdo” que comenzó a suceder en el siglo XVIII, donde la identidad del difunto era lo que importaba conservar. El culto al recuerdo se extendió enseguida del individuo a la sociedad, tras un desplazamiento de la sensibilidad. En la sociedad de ese momento el recuerdo de los muertos comenzó a ser tan significativo y necesario como el de los vivos.

3. CONCLUSIONES

A través del análisis de los casos clínicos y lo investigado en el marco teórico se lograron establecer enlaces entre nociones conceptuales e históricas de la teoría de Philippe Ariès con aspectos de la práctica clínica de la musicoterapia en el tratamiento con pacientes terminales.

Estos enlaces permiten analizar desde una perspectiva sociológica e histórica aspectos clínicos de la práctica musicoterapéutica en el tratamiento de personas con enfermedad terminal o en el proceso de morir. Este análisis posibilita comprender cómo algunos de los fenómenos que suceden en la práctica clínica de la musicoterapia tienen relación y son resultado de procesos sociales que trascienden y superan el tiempo histórico propio de la musicoterapia como disciplina y el tiempo de vida de los usuarios y de los profesionales musicoterapeutas.

El conocimiento de estos procesos permite ampliar la comprensión y analizar desde una perspectiva distinta (distinta porque ha sido enriquecida por una nueva perspectiva teórica) la muerte de los usuarios / pacientes de musicoterapia en el trabajo clínico. Posibilita no sólo pensar también cómo la muerte y sus características influyen en el rol del musicoterapeuta, sino también cómo afecta a las distintas personas involucradas en el campo de trabajo con personas que están transitando el proceso de morir. En otras palabras, permite ampliar los saberes y el conocimiento en relación con las distintas instituciones involucradas en el tratamiento de personas que transitan sus últimos momentos de vida.

El musicoterapeuta posicionado y enriquecido desde los aportes teóricos de P. Ariès tendrá la posibilidad una mayor comprensión, entendimiento y justificación del abordaje musicoterapéutico donde la muerte esté presente, pudiendo tener una mirada más abarcativa, más holística, justificando y fundamentando su práctica clínica.

3.1 Aportes de la musicoterapia

Se pudo observar en el análisis de los datos obtenidos a partir de la presentación de los casos clínicos cómo la incertidumbre ante lo desconocido y lo misterioso de lo que sucede después de la muerte, del “más allá”, influye en el proceso hacia la muerte. Los aspectos subjetivos y emocionales, las ansiedades, los miedos y la pérdida de dominio, fueron observados por las musicoterapeutas en ambos casos. Es V. Jankélévitch quien señala que, ante la conciencia y saber de la muerte inevitable, la pensamos, y que al pensarla (ya que somos seres pensantes), ponemos la muerte por fuera, la objetivamos, la problematizamos sacándola del lugar del misterio con el fin de dominarla. Se pudo observar en los casos clínicos cómo las musicoterapeutas, ante la aparición de los aspectos subjetivos ante lo misterioso de la muerte en sus pacientes, llevaron a cabo distintas intervenciones musicoterapéuticas con el fin de afrontarlas y abordarlas. Desde la perspectiva de Jankélévitch podría pensarse una analogía entre este “pensar la muerte” para problematizarla, sacarla de la incertidumbre del misterio, y las intervenciones musicoterapéuticas que las profesionales realizaron ante los síntomas de sus pacientes frente a esta incertidumbre. La diferencia está en que Jankélévitch, desde su disciplina como filósofo, propone el pensamiento como posibilidad de objetivación, de “problematización” de la muerte para sacarla del lugar de la angustia de la incertidumbre. Las musicoterapeutas, en cambio, intervienen desde recursos musicoterapéuticos propios de su disciplina. Puede pensarse que las musicoterapeutas, al abordar la angustia existencial de sus pacientes ante el misterio que presenta muerte, la problematizan, la objetivan, ponen “la muerte por fuera”, y lo hacen poniendo en juego los recursos propios de la musicoterapia como disciplina. La mirada y perspectiva desde la propuesta de Jankélévitch permite entonces una mayor comprensión y fundamentación de la práctica clínica musicoterapéutica (desde su propia especificación disciplinar) ante el trabajo y abordaje en situaciones donde la muerte y sus características esté presente. Quedan como interrogantes para futuras investigaciones la pregunta por cuáles podrían ser los recursos y aportes de la musicoterapia que mayor especificidad y resultado tendrían para “problematizar” y “objetivar” los aspectos subjetivos relacionados con la muerte y sus características y, por otro lado, cómo podrían “medirse” o cuantificarse estos datos en pos de una cada vez mayor científicidad de la musicoterapia como disciplina.

3.2 El enfermo terminal

Se pudo observar cómo a través del paso de los siglos en el mundo occidental el moribundo o enfermo terminal tuvo diferentes roles al momento de su muerte, roles donde se ponen en juego aspectos relacionados a su soberanía, derechos, participación en la toma de decisiones, mayor o menor conocimiento y acceso al saber sobre su estado, sus deseos y miedos. Todos ellos elementos que inciden y tienen relación directa con su

subjetividad, con su bienestar psíquico y físico. El conocimiento desde esta perspectiva histórica y sociológica favorece al campo disciplinar de la musicoterapia al tener una mirada más abarcativa y comprensiva sobre las variables y posibles lugares, roles y posibilidades o limitaciones físicas y subjetivas que el enfermo terminal tiene y experimenta ante su situación de muerte cercana, en distintos ámbitos y circunstancias. El conocimiento de estos saberes posibilita al musicoterapeuta y su disciplina un mayor abanico de posibilidades y maneras de pensar y planificar un tratamiento y sus intervenciones con pacientes terminales o en proceso hacia la muerte.

3.3 Rol del musicoterapeuta

A través del análisis de la perspectiva teórica de P. Ariès se pudo observar como aspectos sociales e históricos influyen en las actitudes ante la muerte en las sociedades occidentales, y cómo estas actitudes, costumbres y mentalidades fueron variando a través de los siglos. Se pudo observar en el análisis de los casos clínicos cómo estas variables influyen y se tornan observables en el campo clínico de la musicoterapia, posibilitando una mirada más amplia a la hora de realizar intervenciones, posibilitando una mayor comprensión de fenómenos relacionados con el trabajo con la muerte y una mayor fundamentación y justificación de técnicas utilizadas. Esto último se ha observado particularmente en el caso de la musicoterapeuta B. Hogan y la utilización de la revisión de vida (life review) con su paciente K.

Como se observó en el análisis de casos y teniendo en cuenta los aportes teóricos de Ariès, la musicoterapeutas reflexionan y empatizan con sentimientos y aspectos subjetivos, como así también con aspectos sociales y culturales en relación con sus pacientes. Esto las lleva a reflexionar sobre su posicionamiento y sus intervenciones (caso 1) y sobre qué particularidades deben tenerse en cuenta en el trabajo con pacientes terminales en relación con sus necesidades, angustias, padecimientos y deseos. Los musicoterapeutas, como seres sociales inmersos en la cultura, también somos producto de ella y estamos influidos por construcciones sociales en relación con las actitudes ante la muerte que fueron variando a través de los siglos, al igual que ocurre con los usuarios / pacientes. Esto deja, como mínimo, dos conclusiones: la primera, que el profesional musicoterapeuta tiene un posicionamiento ante la muerte, que este posicionamiento es producto de factores sociales y culturales y que debe hacerlo explícito en pos de que no interfiera de manera iatrogénica en el vínculo terapéutico. La segunda conclusión tiene dos aspectos: por un lado, la necesidad de continuar ampliando y enriqueciendo el campo disciplinar de la musicoterapia, desde distintos enfoques, perspectivas, teorías y prácticas que posibiliten una cada vez mayor fundamentación de su ejercicio profesional como disciplina científica. Y por otro lado, de la necesidad en los musicoterapeutas de la propia terapia y supervisión profesional al momento de ejercer la profesión, lo que posibilitaría no sólo poder tener conciencia y “darse cuenta” de aspectos personales que podrían repercutir negativamente en la práctica clínica, sino también de potenciar aspectos que son beneficiosos en el quehacer profesional.

3.4 Rol de la familia

Es posible comprender y entender desde el aporte socio-histórico de P. Ariès distintos roles que la familia del moribundo o enfermo terminal tuvo a lo largo de los siglos hasta la actualidad, y cómo el cambio de actitud ante la muerte de las sociedades incide también en el vínculo de las familias para con la muerte y en el vínculo con su familiar transitando una enfermedad terminal. Los aportes de Ariès permiten comprender desde una nueva perspectiva que las familias de los enfermos terminales también son influidas desde aspectos históricos y sociológicos ante la muerte de un integrante de la familia de manera única y particular. Todos estos saberes aportan datos para pensar y planificar el trabajo musicoterapéutico al favorecer una ampliación de la mirada sobre lo que sucede a los enfermos terminales y su familia.

Se pudo observar cómo las actitudes ante la muerte de las personas en el mundo occidental que Ariès desarrolla en su investigación son influidas y a la vez son producto de fenómenos históricos y sociales. Dichas actitudes condicionan los comportamientos y las representaciones mentales de las sociedades y de los individuos de distinta manera a través de los siglos. Algunas prevalecen en la actualidad, y son identificables y observables a través de los casos en el trabajo clínico de la musicoterapia. Estos observables muestran las posibilidades de abordaje e intervención desde la musicoterapia como disciplina de las ciencias de la salud, y su pertinencia en el trabajo clínico. Los aportes de Philippe Ariès enriquecen las posibilidades de lectura e interpretación de los fenómenos en la práctica clínica musicoterapéutica, tanto en la planificación de los tratamientos como en las intervenciones.

AGRADECIMIENTOS

A Virginia Tosto por su colaboración, sostén y compromiso para con este trabajo, sin lo cual todo esto no hubiese sido posible.

Al equipo de la revista ECOS por su invitación y el trabajo que realiza en pos del crecimiento, intercambio y divulgación del conocimiento científico.

5. REFERENCIAS

- Aldridge, D. (1999). *Music Therapy in Palliative Care New Voices*. Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Ariès, P. (1975). *Historia de la muerte en Occidente Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Acantilado.
- Ariès, P. (1977). *El hombre ante la muerte*. Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara.
- Dileo, Ch. & Loewy, J. (2005). *Music Therapy at the End of Life*. Jeffrey Books.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., Baptista Lucio, P (1991). *Metodología de la investigación* (4ta edición). Editorial Mc Graw Hill.
- Jankélévitch, V. (2004). *Pensar la muerte*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica
- Quignard, P. (2012). *El odio a la música*. El cuenco de plata.
- Salvarezza, L. (2013). *La Vejez, una mirada gerontológica actual*. Paidós SAIFC.
- Sekeles, Ch. (2007). *Music Therapy: Death and Grief*, Barcelona publishers.