



Universidad de Chile

**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Artes  
Escuela de Post Grado

Informe de Práctica para optar al Post Título de Terapias de Artes, mención  
Musicoterapia.

VIOLETA, LA MÚSICA EN LA SANGRE.

**La Intervención Musicoterapéutica  
en una Mujer con Cáncer.**

ALUMNO  
Rodrigo Figueroa Bruna

PROFESORA GUÍA  
Patricia Lallana

**Santiago, Chile 2008**

*A Carolina y Vicente por su infinita paciencia.  
A Violeta por su dulzura.  
A Patricia y Rosa Elena por su incomparable compañía.  
A Erú Ilúvatar.*

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	4
I.- INTRODUCCIÓN.....	5
II.- MARCO TEÓRICO.....	6
1. El cáncer. definición y descripción.....	6
1.1 Tipos de cáncer.....	8
1.2 Etiología del cáncer.....	8
2. Linfoma no Hodgkin.....	9
2.1 Principales factores de riesgo en adultos.....	11
2.2 Principales síntomas.....	12
2.3 Principales estadísticas del Linfoma no Hodgkin.....	12
2.4 Factores psicológicos asociados al Linfoma no Hodgkin.....	13
2.4.1 Factores de personalidad y Linfoma no Hodgkin del Manto.....	14
2.5 Tratamiento del linfoma no Hodgkin del Manto.....	16
2.6 Terapias complementarias y alternativas en el Linfoma no Hodgkin.....	19
3. Musicoterapia.....	22
3.1 Musicoterapia en el tratamiento del cáncer.....	25
III.-CONTEXTO DEL RECINTO HOSPITALARIO.....	27
1. Contexto físico.....	27
2. contexto humano.....	28
IV.- PERFIL DE VIOLETA.....	29
V.- INTERVENCION MUSICOTERAPEUTICA.....	30
1. Objetivos.....	30
2. Metodologías y estrategias.....	31
3. Organización de las sesiones.....	33
4. Setting Musicoterapeutico.....	34
5. Situaciones relevantes del proceso musicoterapeutico.....	35
5.1 Situaciones de la etapa de diagnóstico.....	35
5.2 Situaciones de la etapa de elaboración.....	38
5.3 Situaciones de la etapa de cierre.....	40
VI.- CONCLUSIONES.....	43
VII.- BIBLIOGRAFÍA.....	46
VIII.- ANEXOS.....	48
• N° 1: Simbología del Genograma.....	48
• N° 2: Protocolo sesión individual de Musicoterapia.....	49
• N° 3: Breve estudio cualitativo de la intervención musicoterapeutica en una paciente con cáncer, por la profesora Patricia Lallana.....	50
• N° 4: Tres Protocolos de sesiones.....	52

## RESUMEN

Esta monografía esta basada en la intervención musicoterapeutica en una mujer con el diagnóstico de cáncer, sometida a un régimen de quimioterapia y hospitalización, en el contexto de la práctica profesional del Postítulo de Terapias de Arte, mención Musicoterapia, de la Universidad de Chile, realizada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, sección de Hematología Oncológica.

Los objetivos planteados apuntan hacia favorecer el clima emocional de la paciente con el equipo tratante, favorecer la elaboración positiva de la enfermedad y evaluar la efectividad de la musicoterapia en el manejo de efectos colaterales que provoca un régimen de quimioterapia. Para lograr los anteriores objetivos se trabajó con técnicas de musicoterapia receptiva (imaginería sonoro-musical libre y guiada), musicoterapia activa (improvisación instrumental y vocal, libre y guiada), trabajo de canciones (selección, audición), ejercicios de sensopercepción y relajación corporal.

Todo esto se llevó a efecto en 13 sesiones individuales de aproximadamente una hora cada una y en un periodo de tres semanas. Las sesiones fueron planeadas en tres etapas. De dichas sesiones es que se extraen y presentan análisis y comentarios de las actividades de la paciente y del musicoterapeuta.

Los principales logros musicoterapeuticos dicen relación con el favorecimiento del buen clima emocional de la paciente, el reencuentro y resolución de, lo que la misma paciente llama, "las penas de antes", y el mejoramiento de su relación con el equipo clínico. Todo esto acercó un poco más a la paciente a darse espacios de autocuidado y favoreció su autoestima.

## I.- INTRODUCCION

Si bien la práctica profesional es un requisito indispensable para llevar a buen término cualquier proceso de formación profesional, no puedo decir que fue un tema del que me haya preocupado lo suficiente durante el año y medio de formación teórica del postítulo. Sin embargo, a la hora de entrar por primera vez al Hospital Clínico de la Universidad de Chile, todas las expectativas que no me había hecho antes se agolparon de improviso.

Si se considera que la musicoterapia es una disciplina relativamente nueva en Chile, resulta ser un enorme desafío integrarla al tratamiento de los pacientes afectados por algún cuadro oncológico, y sometidos a regímenes hospitalarios y de quimioterapia.

El desafío era (y aun lo es) grande, pues implica ser conocedor del tema, ser gestor de los tiempos y espacios con los que la dinámica de la MT se desarrollará y, por sobre todo, ser el mejor profesional que mi capacidad, talento y esfuerzo me permitan ser.

Fue así como, en conjunto con mi profesora guía y mi compañera de práctica, empezamos a elaborar estrategias de acción para insertar de algún modo la musicoterapia en el quehacer cotidiano del servicio de Hematología Oncológica.

El primer desafío concreto fue establecer los procedimientos a seguir para contactar al personal clave en el engranaje del sistema de atención del servicio de Hematología Oncológica y, posteriormente, lograr la venia del equipo y del director del servicio para así poder trabajar de manera regular y hacer oficial nuestro paso por el servicio de salud.

Una vez sorteado este objetivo, nuestro siguiente paso fue empezar a trabajar con los pacientes. Fue ahí donde empezó mi real aprendizaje, pues he de reconocer que no fue fácil encontrar pacientes con la suficiente empatía con la MT, condición esencial a la hora de realizar intervenciones de calidad para el paciente, pues una de mis premisas era “la buena semilla se siembra en tierras idóneas”.

Cuando encontré a mi primer paciente con afinidades con la musicoterapia, el proceso terapéutico no fue el ideal pues ya llevaba bastante tiempo hospitalizado y estaba muy pronto al alta. A pesar de esto las sesiones que hicimos fueron muy productivas, a juicio del paciente, ya que logró expresar mucho a través de la música. Al mes de ser dado de alta falleció abruptamente. Tenía 20 años.

La segunda paciente fue una niña de 16 años y, aunque tenía una afinidad con la música pues practicaba danza moderna, el tratamiento fue muy difícil. En parte debido a

la inexperiencia del musicoterapeuta y en parte a la dificultad que presentaba la paciente en lo referente a relaciones humanas. Las sesiones terminaron con el alta de la paciente y con mínimos resultados, pues sólo se pudo lograr un pobre nivel de comunicación musical. Como reflexión puedo decir que con otro tipo de terapia, como arteterapia o terapia ocupacional, la paciente posiblemente habría tenido mejores resultados, pues en todo momento estaba creando cosas con sus manos. Ante esto, el aprendizaje que pudo adquirir dice relación con la importancia de plantearse la posibilidad de que la afinidad con el sistema de terapia y con el terapeuta mismo puede ser crucial a la hora de evaluar el éxito de una intervención. La afinidad con la música no necesariamente implica una afinidad con la musicoterapia.

Mi tercera paciente, quien será el tema de la presente monografía, se presentó a fines de mi práctica profesional, lo que me impulsó a extender la duración de esta misma. A ella la llamaré Violeta, mujer de 52 años. Su actual diagnóstico es Linfoma no Hodgkin del Manto, desde ahora denominado con las siglas LNH. M.

El Marco Teórico se nos presenta desde este contexto y tratará de los aspectos clínicos y musicoterapéuticos. Con relación a lo primero revisaré las definiciones y tipos de cáncer para situarnos en una base teórica, con el objeto de comprender, posteriormente, los aspectos específicos del Linfoma no Hodgkin del Manto, poniendo énfasis en los trastornos asociados, tanto física como psicológicamente.

En el segundo punto del Marco Teórico se presentará una definición de la Musicoterapia y sus incursiones conocidas en el área del tratamiento oncológico.

Posteriormente se realizará una descripción del contexto físico y humano del recinto hospitalario con el fin de considerar la variable del entorno en el tratamiento de la paciente.

Luego se realizará un perfil de Violeta en donde se considerará su historia personal, su genograma, sus vivencias y características a tomar en cuenta en el tratamiento.

Después se presentará la intervención musicoterapéutica propiamente tal y se describirá el proceso en relación a los objetivos planteados, los resultados terapéuticos obtenidos con Violeta.

Para finalizar, se expondrán las conclusiones y la reflexión a propósito del aprendizaje obtenido de todo el proceso de práctica profesional.

## II. MARCO TEORICO

### 1.- EL CANCER. DEFINICION Y DESCRIPCIÓN:

Si bien el cáncer es una enfermedad que engloba un sinnúmero de diagnósticos mucho más específicos, podemos definirlo brevemente como un cuadro degenerativo factorial, en el que algunas células del cuerpo se multiplican descontroladamente generando problemas en el lugar de origen y/o en otros órganos.

El crecimiento de las células es un continuo durante toda nuestra vida y es el organismo, de propio, quien controla este crecimiento. Una de las utilidades de esto se puede ver en la capacidad regenerativa de algunos tejidos al ser heridos. Las células se multiplican para sanar la herida y, una vez finalizada la reparación, es el mismo cuerpo quien da orden de que esta proliferación celular se detenga.

A pesar de tal antecedente, por algún motivo que todavía no se logra dilucidar completamente, las células cancerosas parecieran ser incapaces de seguir la orden de detener la proliferación de sí mismas.

Lo que ocurre con las células cancerosas es que:

- Crecen y proliferan donde y cuando no deben.
- Invaden tejidos sanos, ya que son capaces de cruzar los tejidos donde han sido originadas y terminan invadiendo las áreas que rodean al “tumor inicial” o “primario”.
- Utilizan la corriente sanguínea y/o el sistema linfático para viajar a lugares distantes desde donde ha sido creadas, proliferando en estos nuevos lugares.
- En estos nuevos y distantes lugares pueden generar nuevos tumores, llamados tumores secundarios o “metástasis”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> BAÑADOS, B. y TAMBLAY, A. Psicooncología del cáncer de mama. Memoria (para optar al título de Psicólogo). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, 2004. 234 h.

## 1.1 TIPOS DE CANCER.

El cáncer es una enfermedad que no tiene diagnóstico único, si no que más bien se refiere a un conjunto de enfermedades con localización, aspectos clínicos y evolución diferente, aunque con fundamentos biológicos comunes, tales como: crecimiento y rápida proliferación, relativamente ilimitadas, de células; pérdida de la diferenciación; capacidad para difundirse e invadir los órganos y tejidos del cuerpo creando metástasis incluso en zonas alejadas del lugar de origen.

Es así como se diferencian, entonces, varios tipos de cáncer:

- **Epiteliomas o Carcinomas.** Son los más frecuentes y afectan a la piel, mucosas, labios, cuello del útero, glándulas mamarias e hígado.
- **Sarcomas** que son cánceres a los tejidos conjuntivos.
- Los **Hematosarcomas**, afectan al bazo, médula ósea, ganglios linfáticos y originan leucemias.
- El **Melanoma Maligno (MM)**, son tumores del tejido pigmentario.
- Los cánceres al sistema nervioso central sólo tienen extensión local y no originan metástasis.<sup>2</sup>

## 1.2 ETIOLOGIA DEL CANCER.

Según la Asociación Chilena de Psicooncología, se reconocen cinco dimensiones que influyen en la aparición del cáncer (ACP, s.f.):

- Predisposición genética.
- Causalidad medio ambiental (exposición a carcinógenos)
- Causalidad conductual (tabaquismo, sobre-exposición solar, etc.).
- Causalidad social (mala alimentación, falta de educación, etc.).
- Causalidad Psiconeuroinmunológica (“Inmunosupresión Psicobiológica”, estrés excesivo, depresión, inhibición emocional, etc.).<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> BAÑADOS, B. y TAMBLAY, A. Op.Cit. p14 y 15.

<sup>3</sup> ASOCIACION CHILENA DE PSICOONCOLOGIA. Cáncer. ¿Qué es el cáncer? [En línea]. <<http://www.psicooncologia.cl/cancer.htm>> [consulta: 29 de Mayo de 2007].



La manera del como y el porque algunas células adquieren este comportamiento es una pregunta que tan sólo recientemente ha empezado a tener respuesta. Se ha descubierto que los protooncogenes (carga genética, en células normales, que se encarga de codificar el crecimiento y la diferenciación celular) se transforman, en algunas personas, en oncogenes y empiezan a actuar de forma anómala y anacrónica. Todas estas transformaciones ocurren, probablemente, tras la exposición a carcinógenos (sustancias físicas, químicas, virus, etc.) que inducen a mutaciones puntiformes, ampliaciones, traslocaciones, transducciones e inserciones de información en el ADN. El cáncer puede, también, originarse al alterarse los antioncogenes (genes que suprimen tumores)

A las dos alteraciones genéticas por herencia antes mencionadas (sobre todo los antioncogenes) se debe añadir la susceptibilidad de exposición a una mayor o menor cantidad de carcinógenos.

A lo anterior se suma el hecho que las células tumorales son capaces de superar las defensas inmunológicas del huésped, a través de varios mecanismos: generación de células T supresoras, presentación inadecuada de antígenos, liberación de sustancias inmunosupresoras, etc.

Existe un sinnúmero de autores que defienden una nueva dimensión:

- Inducción psicológica del cáncer.

Es posible encontrar una amplia literatura que se encarga de investigar, respaldar y difundir la importancia y el nivel de incidencia de los factores psicológicos en la génesis del cáncer; aproximaciones que van desde lo psicodinámico hasta lo psicobiológico, psicofisiológico, aproximaciones psicosociales, o simplemente registros estadísticos de un enorme espectro de variantes biopsicosociales asociadas al desarrollo del cáncer.

Esta dimensión es de suma importancia para las áreas de intervención que cumplen la función de crear los espacios propicios para que las redes de apoyo se encarguen de contener, crear instancias de liberación de emociones, mejorar la calidad de vida y facilitar la reinserción social de los pacientes e, incluso, de sus familiares. Entre estas áreas se encuentra la Musicoterapia.

## **2. LINFOMA NO HODGKIN.**

El Linfoma de no Hodgkin es un tipo de cáncer que se inicia en el tejido linfóide el cual es parte constituyente del sistema linfático. Algunas veces el LNH es simplemente llamado linfoma.

El principal tejido del sistema linfático es el ganglio linfático. Estos son los encargados de producir y almacenar linfocitos, conocidos comúnmente como glóbulos blancos, a cargo de la inmunidad y la defensa contra infecciones u otros invasores extraños al sistema. Estos ganglios se interconectan por todo el cuerpo a través de conductos muy delgados, similares a los vasos sanguíneos, llamados vasos linfáticos. Estos transportan un líquido transparente y acuoso, llamado líquido linfático, con una carga de linfocitos. El líquido transportado por los vasos linfáticos llega hasta un vaso sanguíneo que se ubica en la parte superior izquierda del tórax. (fig.1)

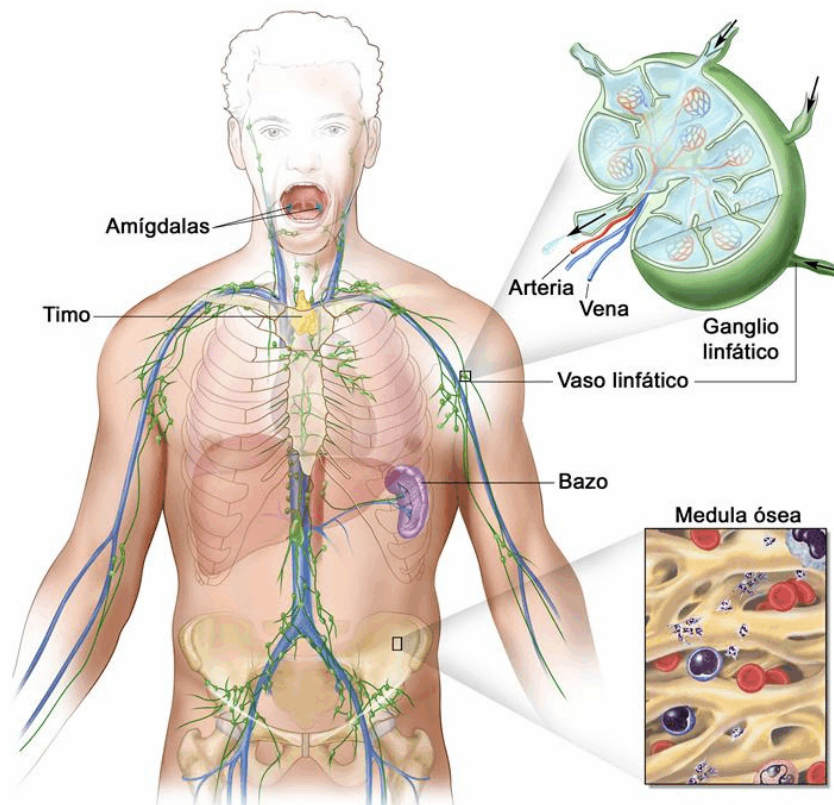


Fig. 1

Los linfomas se originan a causa de errores de la información del ADN de los linfocitos, ya sea en los ganglios linfáticos u otro tejido de este tipo (como la médula ósea) y propagándose desde allí.

Es importante destacar que no todos los cánceres que atacan a los ganglios linfáticos son linfomas, pues muchos son originados en otras áreas (como el pulmón o el colon) y posteriormente transportados y propagados por medio del tejido linfático.

Existen dos tipos de linfomas. El linfoma de Hodgkin o enfermedad de Hodgkin, denominado así en honor al Dr. Thomas Hodgkin, quien fue el primero en describirlo en 1832. Todos los otros tipos de linfomas son denominados Linfomas no Hodgkin (L.N.H.). Generalmente se puede diferenciar a estos dos tipos de linfomas mediante un sencillo examen microscópico del tejido canceroso.

Ya que el tejido linfático cuenta con dos tipos de células (linfocito B y T) podemos encontrar linfomas causados por la proliferación de estas células, denominándose linfomas de células B o T respectivamente.

De todos los linfomas el 85% se origina en células B y el 14% en células T.<sup>4</sup>

## **2.1 PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS.**

En la población adulta, los principales factores de riesgo son los siguientes:

- Edad avanzada.
- Ser varón.
- De raza blanca.
- Tener un pariente de primer grado (padres o hermanos) con Linfoma de Hodgkin.
- Padecer alguna de las siguientes afecciones médicas: Afección inmunológica heredada (como la hipogammaglobulinemia, o síndrome de Wiskott-Aldrich); enfermedad autoinmune (como la artritis reumatoide, psoriasis o el síndrome de Sjögren); VIH/SIDA; virus linfotrópico T Humano I o virus de Epstein- Barr; antecedente de infección por *Helicobacter pylori*; tratamiento anterior por Linfoma de Hodgkin.
- Tomar medicación inmunodepresora después de un trasplante.

---

<sup>4</sup> AMERICAN CANCER SOCIETY. ¿Que es? Linfoma de no Hodgkin [En línea]. <[http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP\\_5\\_1X\\_Que\\_es\\_32.asp](http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_5_1X_Que_es_32.asp)> [consulta: 4 de Junio de 2007]

- Estar expuesto a ciertos plaguicidas.
- Régimen alimentario con un alto contenido de carnes y grasa.

## **2.2 PRINCIPALES SINTOMAS.**

En los adultos, los síntomas del LNH incluyen fiebre, sudores, fatigas y pérdida de peso. De todas formas estos mismos síntomas se pueden encontrar en tres tipos de cuadros clínicos.

En todo caso, resulta prudente consultar a un especialista si, además, aparecen algunos de los siguientes signos:

- Hinchazón con ausencia de dolor en los ganglios linfáticos del cuello, la axila, la ingle o el estómago.
- Fiebre sin razón aparente.
- Sudores nocturnos abundantes.
- Sentirse muy cansado.
- Pérdida de peso sin razón aparente.
- Erupción cutánea o comezón en la piel.
- Dolor en el pecho, el abdomen o los huesos sin razón aparente.

## **2.3 PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DEL LINFOMA NO HODGKIN.**

Se calcula que en el año 2007 cerca de las 63.190 personas serán diagnosticadas de LNH en los EE.UU (34.200 hombres y 28.990 mujeres). Estas cifras comprenden tanto a adultos como a niños. Dejando fuera al cáncer de piel no-melanoma, el LNH es el 5º cáncer más frecuente en éste país. El riesgo que corre una persona a contraer éste cáncer durante su vida es de 1 en 50.

A pesar de que el LNH es uno de los cánceres más frecuentes entre niños, más del 95% de los casos corresponden a adultos. El promedio de la edad a la hora de ser diagnosticado es entre los 60 y 69 años, y casi la mitad de los pacientes superan los 65 años. Son las personas de más avanzada edad los que corren más riesgo de contraer el LNH, ya que la posibilidad de contraerlo aumenta con la edad.

En EE.UU. se espera que el número de personas con ésta enfermedad aumente, ya que la edad promedio de la población ha ido en aumento durante los últimos años.<sup>5</sup>

El LNH es mucho más frecuente entre hombres. Las personas caucásicas son mucho más propensas a esta enfermedad que las personas de raza negra o asiático – americana.

La Sociedad Americana del Cáncer estima que en EE.UU. cerca de las 18.660 personas (9.600 hombres y 9.060 mujeres) morirán a causa del LNH durante el año 2007.

Las estadísticas de los niveles de supervivencia varían de acuerdo a al tipo de célula (B o T) y a la etapa de la enfermedad de acuerdo al diagnóstico. A pesar de esto, la supervivencia relativa general de 5 años para las personas con LNH es de 63% y la supervivencia relativa a 10 años es de 49%.

Estas tasas de supervivencia se refieren al porcentaje de pacientes que sobrevive más de 5 años y más de 10 años desde el momento de ser diagnosticado.

Con relación a datos estadísticos del LNH en Chile, pareciera no existir alguna base de datos estadísticos que dé luces de cuáles son los principales índices relacionados con el cuadro.

## **2.4 FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL LNH.M.**

La psicooncología, tanto en su área reactiva (orientada a brindar apoyo al paciente oncológico) como proactiva (orientada a prevenir la aparición de cáncer y a restituir la salud en presencia de éste), coinciden en que los factores psicológicos en la génesis del cáncer, lo que incluiría el LNH.M.

Es sabido que la interacción entre de los procesos físicos y emocionales del organismo humano se hace cada vez mas patente, puesto que las investigaciones han ido mostrando que el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmunológico mantienen una estrecha interacción. Es por esto que los factores psicológicos influyen siempre directa y/o indirectamente, de manera positiva o negativa en los trastornos y enfermedades. De igual manera, las enfermedades y trastornos generan marcas positivas o negativas en ámbito psicológico.

Como señalé anteriormente, la literatura que investiga y respalda la influencia de los factores psicológicos en la aparición del cáncer es amplia. A pesar de esto parece no haber estudios muy acabados que digan relación específica con el LNH.M. En todo caso

---

<sup>5</sup> AMERICAN CÁNCER SOCIETY. Op.Cit.

es posible señalar que está aceptado que el comportamiento humano determina un gran número de cánceres, de manera que casi en un 80% de éstos se da una contribución ambiental que determina su curso o aparición.

#### **2.4.1 FACTORES DE PERSONALIDAD Y LNH.M.**

La posibilidad de vincular personalidad y LNH.M. ha sido abordada de manera sistemática y empírica desde algún tiempo. Y los científicos al ver los estudios y análisis han podido identificar una serie de rasgos y estilos de afrontamiento que puede constituir la “personalidad predispuesta al cáncer”. Autores tales como Temoshock y Greer Morris la han etiquetado como personalidad “tipo C”, ya que constituye un patrón de conductas diferente al “tipo A” (predispuesto a la enfermedad coronaria) y diferente del “tipo B” (tipo saludable).

Los elementos que tienden a caracterizar al “tipo C” son la inhibición y la negación de las reacciones emocionales negativas, tales como la ansiedad, la ira y la agresividad, y la acentuación de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como la excesiva tolerancia extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida.

Es posible captar, en la anterior descripción de patrones de conducta, que se trata del ideal de “buna persona” que siempre está deseando complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso perjudicándose a sí mismos, con el fin de no propiciar un conflicto.

Autores como Grossarth – Maticek y Eysenck, señalan seis estilos de reacción al estrés, estando dos de ellos muy relacionados con el cáncer.

- **Tipo 1.** Predisposición al cáncer. El sujeto tipo 1 se caracteriza por presentar elevado grado de dependencia conformista respecto a algún objeto o persona con valor emocional destacado para él, e inhibición para establecer intimidad o proximidad con las personas queridas. Son personas que ante las situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales abiertas. La pérdida del objeto se mantiene como fuente de estrés.

- **Tipo 5.** Racional-antiemocional. Se define por la tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Este tipo de personas suele suprimir o negar las manifestaciones afectivas, encontrando dificultad para expresar las emociones. Debería denotar predisposición a la depresión y al cáncer. Hay predominio de lo racional sobre lo emocional. Otras características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo.

Green y Shellenberger realizan un completo resumen sobre las características de personalidad en pacientes de cáncer.

Posibles factores de personalidad predisponentes al cáncer.<sup>6</sup>

Estilo interpersonal:

- Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno
- Aceptar la autoridad
- Docilidad y lealtad

Temperamento:

- Depresión
- Indefensión/desesperanza
- Fatiga

Estilo emocional:

- Tranquilidad
- Supresión de emociones negativas

Estilo cognitivo:

- Aceptación estoica
- Racional, leal a la realidad
- Pesimismo

---

<sup>6</sup> ARBIZU, J. P. Anales. Sis San Navarra. Vol. 24 (1). 2000.

Factores sociales:

- Soledad
- Carencia de apoyo social
- Carencia de intimidad

## **2.5 TRATAMIENTO DEL LNH.M**

Durante esto últimos años se han logrado notables avances en el tratamiento del LNH, dependiendo estos del tipo de linfoma.

Es claro que no hay dos pacientes iguales, por lo que no es posible hablar de tratamientos estandarizados, adaptándose éstos a cada paciente.

Es necesario conocer y comprender cada arista de los tratamientos existentes, haciéndose recomendable pedir una segunda opinión, situación que llevará al paciente a sentirse más confiado con el plan de tratamiento que se seleccione.

### *CIRUGÍA*

Es común recurrir a la cirugía como método de extracción de muestras de tejido que permitirás diagnosticar y clasificar un linfoma; a pesar de esto no suele utilizársela como tratamiento, ya que el linfoma es una enfermedad sistémica, pues el líquido linfático circula por todo el cuerpo. De todas formas, algunas veces se utiliza la cirugía para tratar linfomas que comienzan en órganos ubicados fuera de los ganglios linfáticos, como el estómago o la glándula tiroides, y que todavía no se extiende fuera de ellos.

### *RADIOTERAPIA*

La radioterapia utiliza radiación de alta energía para destruir las células cancerosas, siendo la radiación externa (haces de radiación que se concentran en un cáncer y que provienen desde afuera del cuerpo) el tratamiento más frecuente del LNH. La radiación se puede usar como el tratamiento principal (primario) en LNH en etapas tempranas. Con más frecuencia se utiliza en conjunto con quimioterapia. La radioterapia también es usada como tratamiento paliativo cuando el LNH.M. afecta órganos tales como el cerebro o la médula espinal, o cuando causa dolor al presionar los nervios.

Los efectos secundarios de la radioterapia pueden incluir leves problemas cutáneos o cansancio. La radiación en la zona abdominal puede causar molestias



estomacales y diarreas, síntomas que desaparecen al suspenderse la radiación. La radioterapia torácica puede dañar los pulmones y generar problemas al respirar. Los efectos secundarios de la radioterapia cerebral se vuelven más graves pasados uno o dos años desde la irradiación y pueden incluir dificultades con los procesos lógicos y cefaleas.

Es importante destacar que la radiación también puede empeorar los efectos de la quimioterapia.

### *QUIMIOTERAPIA*

En la quimioterapia se utilizan medicamentos especiales contra el cáncer que se inyectan por vía intramuscular o intravenosa. Estos químicos buscan interrumpir la proliferación de células cancerosas, mediante la eliminación de estas o la inhibición de su reproducción.

Cuando la quimioterapia se administra vía oral, intramuscular o intravenosa, se la llama Quimioterapia sistémica, ya que el medicamento va directamente al torrente sanguíneo propagándose por todo el cuerpo y destruyendo, así, células cancerosas alojadas en partes muy distantes de los ganglios linfáticos.

Cuando se coloca directamente en un órgano, la columna vertebral o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente a las células cancerosas alojadas en esas áreas, llamándosele a esta forma de tratamiento quimioterapia regional.

En los casos en que a pacientes adultos se les extiende el LNH al cerebro, se puede utilizar como tratamiento la profilaxis al SNC, la que consiste en una quimioterapia especializada en eliminar células cancerosas del cerebro y la médula espinal.

La manera de administrar el tratamiento quimioterapéutico va a depender del estadio o localización del cáncer.

La quimioterapia combinada es un tratamiento en el que se usan dos o más medicamentos anticancerosos, a los cuales se les puede sumar medicamentos esteroideos para disminuir la inflamación o hinchazón.

### *TERAPIA BIOLÓGICA.*

La terapia biológica consiste en un tratamiento que utiliza el sistema inmunitario del paciente para combatir el cáncer. Se utilizan sustancias elaboradas por el cuerpo o en un laboratorio para reforzar, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra el

cáncer. Este tipo de tratamiento contra el cáncer se denomina también bioterapia o inmunoterapia.

La terapia con anticuerpo monoclonal es un tipo de terapia biológica utilizada para tratar el linfoma no Hodgkin en adultos. Es un tratamiento para el cáncer que utiliza anticuerpos fabricados en el laboratorio a partir de un tipo único de células del sistema inmunitario. Esos anticuerpos pueden identificar sustancias en las células cancerosas o en las células normales que ayudan a crecer a las células cancerosas. Los anticuerpos se adhieren a las sustancias y eliminan las células cancerosas, impiden su crecimiento o les impiden diseminarse. Los anticuerpos monoclonales se administran por infusión. Pueden utilizarse aisladamente o para administrar medicamentos, toxinas o material radiactivo, directamente en las células cancerosas. Los anticuerpos monoclonales que se han unido a material radiactivo se llaman anticuerpos monoclonales radiomarcados.

#### *OBSERVACIÓN CAUTELOSA*

La observación cautelosa es la vigilancia estrecha de la condición de un paciente sin administrarle ningún tratamiento hasta que los síntomas se presenten o cambien.

Se están probando nuevos tipos de tratamiento en ensayos clínicos. Entre estos se incluyen los siguientes:

#### *TERAPIA DE VACUNA*

La terapia de vacuna es un tipo de terapia biológica que utiliza una sustancia o grupo de sustancias destinadas a estimular al sistema inmunitario para responder ante la presencia de un tumor y eliminarlo.

#### *DOSIS ALTA DE QUIMIOTERAPIA CON TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE*

Dosis alta de quimioterapia con trasplante de células madre es un método para administrar dosis altas de quimioterapia y reemplazar las células que generan la sangre que fueron destruidas por el tratamiento del cáncer. Las células madre (glóbulos sanguíneos inmaduros) se extraen de la sangre o la médula ósea del paciente mismo o de un donante, y se congelan y almacenan. Al finalizar la quimioterapia, las células madre

guardadas se descongelan y se reinyectan al paciente mediante una infusión. Estas células madre reinyectadas, crecen (y restauran) las células sanguíneas del cuerpo.<sup>7</sup>

## 2.6 TERAPIAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS EN EL LNH.M.

Tanto en Estados Unidos como en Europa se han realizado estudios que comprueban que el uso de terapias alternativas y complementarias va en aumento (National Health Interview Survey).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) llama a la medicina complementaria y alternativa “medicina tradicional”, definiendo este tipo de medicina como<sup>8</sup>:

*“...aquellas practicas sanitarias, aproximaciones, conocimientos y creencias que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios, aplicados individualmente o en combinación para tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades y mantener el bienestar.”*

Es importante destacar que los términos “terapia alternativa y complementaria” sólo se utilizan en los países industrializados, en donde la medicina tradicional ha sido adaptada. Por tanto, la definición que da la OMS para “medicina tradicional”, es la misma que para las terapias complementarias y alternativas.

Aunque ambas están agrupadas en la medicina no convencional, la medicina complementaria y la alternativa son diferentes. Mientras que la medicina complementaria se usa en conjunto con la medicina convencional, la medicina alternativa se usa en vez de ésta.

---

<sup>7</sup> NATIONAL CANCER INSTITUTE. Linfoma de Hodgkin en adultos: Tratamiento (PDQ®) [en línea] <<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/hodgkinadultos/Patient/page4>> [consulta: 03 diciembre 2007].

<sup>8</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tradicional medicine [en línea] <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>> [consulta: 03 diciembre 2007]. Traducción: Rodrigo Figueroa.

El Nacional Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) clasifica las terapias de la medicina complementaria y alternativa (MCA) en cinco dominios<sup>9</sup>:

1. **Sistemas médicos alternativos** (por ejemplo, la medicina homeopática, la medicina tradicional china y el ayurveda);
2. **Intervenciones corporales y mentales** (por ejemplo, visualización, meditación, relajación, arteterapia y musicoterapia);
3. **Terapias basadas en la biología** (por ejemplo, las vitaminas, productos herbarios y suplementos dietéticos);
4. **Métodos de manipulación y que tienen el cuerpo como base** (por ejemplo, la quiropráxia, osteopatía y el masaje);
5. **Terapias de energía** (por ejemplo, el qi gong, reiki y campos electromagnéticos).

En la actualidad el NCCAM, patrocina diversos estudios clínicos que buscan validar o refutar el uso de distintas terapias alternativas para el cáncer. Algunos de estos estudios buscan analizar los efectos de los métodos complementarios utilizados además de los tratamientos convencionales, mientras que otros buscan comparar las terapias alternativas con los tratamientos convencionales.

Los más recientes estudios realizados por la NCCAM incluyen investigaciones sobre temas tan variados como:

- Acupuntura para aliviar el dolor del cuello y los hombros después de la cirugía por cáncer de cabeza o cuello.
- Jengibre para tratar las náuseas y los vómitos causados por la quimioterapia.
- Masaje para el tratamiento del dolor relacionado con el cáncer.
- Extracto de muérdago combinado con quimioterapia para el tratamiento de tumores sólidos.

---

<sup>9</sup> NACIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. ¿Que es la medicina complementaria y alternativa? [en línea] <<http://nccam.nih.gov/espanol/informaciongeneral/>> [consulta: 03 diciembre 2007].

Por otra parte, la sociedad americana del cáncer entrega un listado de enfoques considerados útiles de tratamientos complementarios<sup>10</sup>, los cuales son:

- **Acupuntura:** técnica en la que agujas muy delgadas de varias longitudes son insertadas a través de la piel para tratar una gama de condiciones.
- **Aromaterapia:** uso de sustancias fragantes, conocidas como aceites de esencia, que se destilan de plantas para alterar el humor o mejorar la salud.
- **Terapia artística:** usada para ayudar a las personas con problema psicoemocionales mediante actividades creativas para expresar sus emociones.
- **Biorretroalimentación:** tratamiento que usa dispositivos de monitoreo que ayudan a las personas a controlar voluntariamente los procesos físicos como el ritmo cardíaco, presión arterial, temperatura, sudoración y tensión muscular que normalmente se controlan de forma automática.
- **Terapia de masaje:** involucra manipular, frotar y sobar el músculo y el tejido suave del cuerpo. Algunos estudios recientes sugieren que el masaje puede reducir los niveles de estrés, ansiedad, depresión y dolor, así como ayudar a estar despejado y alerta.
- **Meditación:** proceso mental y corporal que usa la concentración y reflexión para relajar el cuerpo y calmar la mente.
- **Terapia musical:** la terapia musical se ofrece por un grupo establecido de profesionales médicos que usan la música para promover la curación y mejorar la calidad de vida.
- **Oración y espiritualidad:** la espiritualidad es generalmente descrita como una concienciación de algo más grande que uno mismo. Con frecuencia se expresa

---

<sup>10</sup> AMERICAN CANCER SOCIETY. Tratamientos Alternativos y complementarios contra el cáncer [en línea] <<http://www.cancer.org>> [consulta: 03 diciembre 2007].

mediante la religión y/o la oración, aunque hay muchos otros caminos de manifestación para la espiritualidad.

- **Tai Chi:** arte marcial antiguo que consiste de un sistema de autocuración de la mente y el cuerpo que usa el movimiento, la meditación y la respiración para mejorar la salud y el bienestar.
- **Yoga:** forma de ejercicio no aeróbico que involucra una serie de posturas precisas y técnicas de respiración. En el sánscrito antiguo, la palabra yoga significa "unión".

A pesar de que no parecieran existir publicaciones que traten particularmente del LNH.M y su evolución al ser tratado con terapias alternativas y complementarias, si es posible encontrar estudios que hacen referencia a la utilización de éstas en distintos tipos de cáncer (incluyéndose el LNH.M).

Podemos mencionar sólo a modo de ejemplo que en el hospital infantil "J.M. de los Ríos" en Caracas, Venezuela, se encuestó a 80 familias con el objetivo de determinar la frecuencia de uso de las terapias alternativas y complementarias en niños con cáncer. Los resultados arrojaron que un 73% de los encuestados utiliza una o más terapias alternativas o complementarias. Un 81.4% las usa como complemento al tratamiento. Un 76.3% las usa para mejorar los conteos hematológicos y las defensas. Las terapias más utilizadas fueron los suplementos dietéticos tales como el te de hierbas y extractos de plantas (93.2%), terapias bioenergéticas (37.3%), y modificaciones en el estilo de vida (6.8%). Las terapias fueron recomendadas, principalmente, por amigos y familiares y sólo en un 23% de los casos fue recomendada por el médico tratante. En ninguno de los casos encuestados se utilizaron éstas terapias en reemplazo de o sustituto de la terapia antineoplásica<sup>11</sup>.

### **3.- MUSICOTERAPIA.**

Los efectos de la música en los procesos de curación tanto físicos como mentales, son conocidos desde tiempos inmemoriales. Ya los antiguos egipcios hablaban es sus

---

<sup>11</sup> REVISTA VENEZOLANA DE ONCOLOGÍA. Caracas. Venezuela. (14). 2002

papiros de cánticos para curar la esterilidad, los dolores reumáticos y las picaduras de insectos. Hacia el 324 A.C., la música de la lira devolvió la cordura a Alejandro Magno. En el Antiguo Testamento se recuerda que David alivió la depresión del rey Saúl tocando el arpa. En la cultura helenística, los dolores de ciática y de la gota se aliviaban con música de flauta.

Después muchos siglos de aplicación de los principios de la música en la salud, sólo a principios del siglo XX la musicoterapia comienza a tomar forma como disciplina. Sólo a mediados del siglo pasado se abren en Estados Unidos los primeros programas universitarios de formación de musicoterapeutas, mientras que en Europa se forman las primeras organizaciones profesionales.

Hoy en día la musicoterapia está siendo estudiada como disciplina y aceptada en gran parte de los países desarrollados y en vías de desarrollo y es cada vez más común observar su quehacer en centros tales como hospitales, escuelas, centros comunitarios, y otros establecimientos médicos.

La musicoterapia ha sido definida y redefinida en incontables ocasiones. Para el musicoterapeuta Kenneth Bruscia, la musicoterapia puede ser considerada y descrita como "...un proceso sistemático de intervención en donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir llegar a la salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que evolucionan por medio de ellas como fuerzas dinámicas<sup>12</sup>".

Para Benenzon la definición de musicoterapia apunta hacia la idea de "...una psicoterapia que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos còrporo-sonoro-musicales, para desarrollar, elaborar y reflexionar un vínculo o una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupo de pacientes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y rehabilitarlo y recuperarlo para la sociedad<sup>13</sup>".

Según la federación mundial de musicoterapia podemos entender a dicha disciplina como "...la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un Musicoterapeuta calificado, con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas. La Musicoterapia busca descubrir potenciales y/o

---

<sup>12</sup> BRUSCIA, KENNETH. Definiendo musicoterapia. Colección Música arte y proceso. Editorial Amarú. Salamanca. España. 1997, p. 43.

<sup>13</sup> BENENZON, ROLANDO. La Nueva Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 1998, p. 141.

restituir funciones del individuo para que el / ella alcance una mejor organización intra y/o interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida. A través de la prevención y rehabilitación en un tratamiento.”<sup>14</sup>

En las anteriores definiciones el rol del musicoterapeuta es esencial, ya que asume el papel de guiar, contener y acoger responsablemente al paciente durante el proceso terapéutico. No está de más mencionar que la musicoterapia sólo la puede ejercer un profesional acreditado como tal y que sus áreas de intervención son la educación, la prevención y la salud, y que el encuadre de dichas áreas puede ser individual, grupal, familiar, institucional o comunitario, dependiendo de los requerimientos de el o los pacientes.

Sobre los efectos de la música y, en particular de la musicoterapia, podemos decir que estos son variados y pueden ocasionar diferentes repercusiones a nivel orgánico<sup>15</sup>. Entre estas variaciones orgánicas se encuentran:

- Aumenta el metabolismo.
- Acelera la respiración o disminuye su frecuencia.
- Influye en el volumen relativo de sangre.
- Modifica la presión arterial.
- Disminuye el impacto de los estímulos sensoriales.
- Regula el ritmo cardíaco.
- Regula la tensión arterial.
- Promueve la secreción de los jugos gástricos.
- Regula la tonicidad muscular.
- Regula el funcionamiento de las glándulas sudoríparas.
- Aumenta el equilibrio térmico de la piel.

---

<sup>14</sup> MUSICOTERAPIA NORTE. Home. [en línea] <<http://www.musicoterapianorte.com.ar>> [consulta: 05 diciembre 2007].

<sup>15</sup> GARCIA, Carmen., Rodríguez, Jazmín., Barbón, Delfín y Cárdenas, Noemí. Musicoterapia una modalidad terapéutica para el estrés laboral. 1997 [en línea] <<http://www.imbiomed.com>> [consulta: 05 diciembre 2007].



Además de esto, la escucha musical gatilla la aparición de tres procesos neurofisiológicos<sup>16</sup>:

1. El sonido transita a través del neocórtex auditivo, activando al sistema límbico (responsable de nuestras emociones más primitivas) y metabólico (ritmo respiratorio, cardíaco, circulación sanguínea, temperatura corporal).

2. La escucha sonora puede activar la producción de sustancias químicas, como las endorfinas, que inducen a un estado de bienestar psicofísico, y de alivio de la percepción de dolor.

3. La escucha sonora puede activar el flujo de materiales de memoria archivados en el cuerpo calloso.

### **3.1 MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER.**

Si consideramos que la musicoterapia es una disciplina bastante nueva en cuanto a estructura formal dentro del área médica, no es raro entonces que los campos de acción e investigación estén muy llanos a ser explorados, conllevando así una serie de descubrimientos y aplicaciones que, perfectamente pueden ser aplicados a área de la oncología y psicooncología.

Es una suposición bastante bien fundamentada por las investigaciones hasta ahora realizadas el hecho de que la musicoterapia por si sola es incapaz de curar el cáncer, pero si puede aportar en el área complementaria, en tanto que su objetivo primordial es propiciar una buena calidad de vida y favorecer una elaboración positiva de la condición de la enfermedad, lo que no quita que se puede utilizar el modelo musicoterapéutico en pro de un efecto más ligado a lo somático y a la regulación de los indicadores vitales (pulso cardíaco, presión arterial, conteo hematológico, etc).

Algunas investigaciones y experiencias que sustentan lo antes señalado quedarán expuestas a continuación:

El músico y compositor Fabián Maman en conjunto con la bióloga Helene Grimal realizaron una investigación en el Centro Nacional de Investigación Científica París

---

<sup>16</sup> CASTRO, Rosa Elena., Figueroa, Rodrigo. y Lallana, Patricia. Musicoterapia en el tratamiento del cáncer. [diapositiva]. En: III CONGRESO LATINOAMERICANO DE MUSICOTERAPIA Y V ENCUENTRO DEL COMITÉ LATINOAMERICANO DE MUSICOTERAPIA. 2007. Santiago. Chile. Universidad de Chile. 2007. ppt.50.

(1981), en la que experimentaron con células saludables y células cancerosas para ver cómo ellos responderían a la voz y a los varios instrumentos musicales. En un caso, extrajeron células de una persona afectada por cáncer al útero, y observaron durante 21 minutos su reacción ante diversos sonidos emitidos por un gong, un xilófono, una guitarra acústica y por una voz humana cantando a capella. Maman descubrió que los resultados más notables se obtuvieron cuando la voz cantó diversas escalas “ la estructura se desorganizó con extrema rapidez. La voz humana tiene algo en su vibración que la hace más poderosa que cualquier instrumento musical: la conciencia...Parecía que las células cancerosas no fueran capaces de soportar una acumulación progresiva de frecuencias vibratorias. En cuanto introduje la 3ra frecuencia en la secuencia, las células comenzaron a desestabilizarse. Los demás instrumentos, sobre todo el gong, también provocaron que las células se desintegrara y, en última instancia, estallaran”<sup>17</sup>.

La musicoterapeuta Debra S. Burns en conjunto con un equipo de investigadores presentaron en la reunión de la American Society of Hematology (2004) un estudio que evaluó el uso de la "imaginería musical" como un medio de reducir la ansiedad entre pacientes con cáncer altamente angustiados. Los resultados de esta investigación, respaldada a través de parámetros psicológicos y fisiológicos, comprueban que efectivamente la musicoterapia logra modificar de manera positiva las emociones de los pacientes y el sistema inmunológico de los mismos<sup>18</sup>.

A los anteriores se suman una serie de estudios que buscan, desde distintas perspectivas metodológicas, validar y mejorar los conocimientos existentes del tratamiento del cáncer con musicoterapia.

---

<sup>17</sup> SPADARO, Patricia. La sinfonía del sonido y vibración del cuerpo [en línea]. <[http://www.bibliotecapleyades.net/ciencia/ciencia\\_cymatics08.htm](http://www.bibliotecapleyades.net/ciencia/ciencia_cymatics08.htm)> [consulta: 07 diciembre 2007].

<sup>18</sup> INFOMED. Expertos afirman que la musicoterapia estimula la salud y la curación [en línea]. <<http://www.sld.cu/sitios/mednat/temas.php?idv=10260>> [consulta: 07 diciembre 2007].

### III. CONTEXTO DEL RECINTO HOSPITALARIO

#### 1.- CONTEXTO FÍSICO.

El proceso de práctica profesional para optar al postítulo de Terapias de Arte mención Musicoterapia, fue realizado íntegramente en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, José Joaquín Aguirre, sección de Hematología Oncológica, ubicado en avenida Santos Dumont N° 999, comuna de Independencia, Santiago, Chile.

La antes dicha sección de hematología oncológica estaba ubicada físicamente en el segundo piso del edificio principal (fig. 2).



Fig. 2

En cuanto a los aspectos físicos del servicio, éste cuenta con tres secciones de pacientes internos, cada una con su respectivo centro de enfermería. Así mismo cada sección cuenta con entre tres y seis salas individuales, todas con equipos de aislamiento de contagios aéreos, baño, cama, televisión, citófono, alarma para emergencias del paciente, silla, equipos de medición (manómetro, fonendoscopio), vías de suministro aéreo (oxígeno, aire).

Los dormitorios son de un tamaño promedio de 3 x 4 mt. sin contar el baño, que en la mayoría de los casos es de 2 x 3 mt. aprox., aunque la excepción era un dormitorio especialmente acondicionado para los pacientes con conteos hematológicos excesivamente bajos.

En cuanto a las restricciones propias de un centro hospitalario, cabe mencionar que las condiciones de asepsia hacían necesario un exhaustivo procedimiento a la hora de ingresar cualquier elemento ajeno al servicio. Es por esto que el musicoterapeuta debía seleccionar cuidadosamente los instrumentos del setting, su propia indumentaria y los elementos necesarios para las sesiones (libros, cuadernos, grabadoras y otros).

## **2.- CONTEXTO HUMANO.**

El servicio de hematología oncológica consta de un equipo humano conformado por el jefe de departamento, los médicos tratantes, médicos de turno, jefa de enfermería, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicóloga y, esporádicamente, terapeuta ocupacional.

Al anterior grupo humano, cuya función corresponde al área formal, se le suma un grupo humano "flotante", es decir que su permanencia en el servicio es circunstancial, informal y/o esporádica. Dentro de este grupo humano caben principalmente los familiares y cercanos de los pacientes, los voluntarios (guías espirituales, asociaciones de damas, ejército de salvación, etc.) y alumnos en práctica de diversas carreras asociadas a la salud (enfermería, psicología, terapia ocupacional, medicina, musicoterapia, entre otros).

#### IV.- PERFIL DE VIOLETA.

Violeta es una mujer de edad madura (52), morena, de baja estatura y contextura gruesa. Su diagnóstico clínico es Linfoma No Hodgkin del Manto (LNH.M) y esta es su 5º serie de tratamiento quimioterapéutico.

Las sesiones de musicoterapia comienzan el día inmediatamente posterior a su hospitalización por expresa recomendación de la psicóloga, ya que violeta ha presentado en anteriores ocasiones crisis de angustia en las que se ha visto envuelta en altercados con personal médico.

Violeta vive en la comuna de Independencia junto a su conviviente (63) por 21 años, y dos de sus cinco nietos (8 y 9). Es separada, y con su marido tuvo tres hijos, dos mujeres (27 y 25) y un hombre (23), mientras que con su conviviente no tiene hijos pues fue esterilizada después de su tercer hijo.

En el mismo sitio en el que vive Violeta junto a su conviviente y sus dos nietos vive, aunque en casas diferentes entre sí, su padre, su hija mayor con su conviviente y la hija de ambos de un mes, y una hermana separada de Violeta con sus dos hijos.

En su pasado se presenta, de forma muy potente, la figura de su padre como un ser inaccesible, violento y que infunde miedo. Cuenta que muchas de sus frustraciones en la vida han estado teñidas por la influencia de su padre, pues nunca le permitió tener amistades, le coartó su gusto por la danza española, a la edad de 16 se la llevó al sur para evitar el matrimonio entre ella y “el amor de su vida” tres días antes de la boda, influyó en su separación con su marido, golpeaba a los hijos de ella, entre otros hechos narrados. Dice que hasta los 33 años le tuvo miedo a su padre y que ahora se planta ante él de manera desafiante, en lo que se asemeja a la relación de un adolescente con su padre.

A la edad de 10 años su hermana menor fallece y ella sufre graves quemaduras en sus manos producto de un incendio.

Se casa con su ex marido a la edad de 23 años y, por miedo a su padre, lo hacen a escondidas.

Cuando el menor de sus hijos tenía 1 año fue violada y no reporta haber seguido ninguna acción legal ni tratamiento psicoterapéutico posterior al hecho.

A su madre dice verla como víctima y cómplice de su padre. Cuando Violeta tiene 25 años le promete a su madre, en su lecho de muerte, hacerse cargo de su padre; promesa de la que dice sentirse arrepentida.

La relación con su actual pareja la reporta como buena y se refiere poco a ella, en cambio su relación con su hija mayor y su yerno es difícil pues no tolera que su hija golpee a los niños; es por este motivo que se hace cargo de ellos junto a su conviviente.

Se considera muy creyente y de religión católica. Le gusta la naturaleza y salir de picnic.

Su relación con la música es estrecha en lo que a audición se refiere, aunque escasa respecto de la interpretación. En una oportunidad intentó tocar guitarra y aunque no sabía, dice que le sirvió para desahogarse.

Su hijo es DJ y ella dice sentir que es gracias a su influencia. Le gustan los Vals de Strauss, la música Mexicana y la música romántica (Adamo, Sandro, José Luis Perales, Julio Iglesias, entre otros). Además dice disfrutar de música como la de Illapu, los Jaivas, los Chalchaleros.

Cuando se entera de su enfermedad dice sentir que el mundo se le viene encima, pero posteriormente empieza a informarse y dice que ahora sabe que no es tan terrible. Parece estar informada respecto de la relación psicósomática del cáncer.

En el siguiente genograma es posible apreciar la configuración de su constelación familiar, en donde destacan las familias que viven en el mismo sitio, las relaciones interpersonales, los conflictos, y las recurrencias en cuanto a la organización de las familias. (fig. 3) (Para simbología ver anexo N°1).

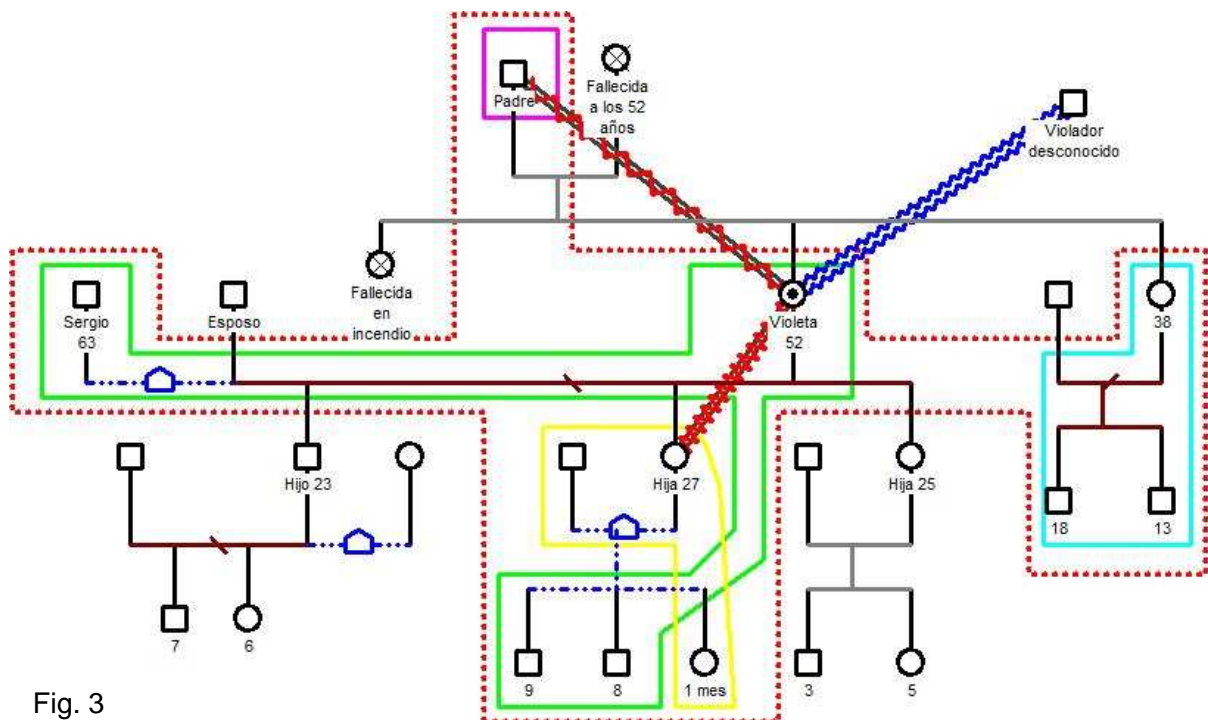


Fig. 3

## **V.- INTERVENCIÓN MUSICOTERAPEUTICA.**

### **1.- OBJETIVOS.**

La intervención musicoterapéutica estuvo centrada en los objetivos terapéuticos planteados por el MT tratante para la paciente.

Los objetivos se plantearon en función de las necesidades de Violeta y del criterio del musicoterapeuta, siendo el primero de estos objetivos favorecer el clima emocional durante su internación.

La importancia del clima emocional está basada en los antecedentes previos que presentaba Violeta. Su inestabilidad emocional en las anteriores hospitalizaciones quedó de manifiesto en la tentativa de arrancar, además de su confrontación con uno de los médicos de turno. Violeta relata que una de las cosas que más la angustiaba era el recuerdo de del diálogo entre ella y el médico, quedándole grabada la frase de éste "te estoy tratando por cáncer y no por loca".

El segundo objetivo dice relación con le elaboración positiva de la enfermedad por parte de la paciente, ya que en la primera sesión fue posible recabar información de su vida personal que apunta al hecho de que la paciente parece pasar por alto las emociones que le genera su condición.

El tercer objetivo era evaluar, en la medida de lo posible, la efectividad de la musicoterapia en el manejo de efectos colaterales que provoca un régimen de quimioterapia. La evaluación de éste tópico es cualitativa y está directamente relacionada con los reportes de la paciente. Además se mide la presión arterial y el pulso de la paciente tanto al comienzo como al finalizar las sesiones.

### **2.-METODOLOGÍAS Y ESTRATEGIAS.**

Una vez fijados los objetivos se decidieron en función del contexto y de las necesidades de la paciente, las estrategias de intervención.

Considerando que en las salas de hospitalizados no se podía, por razones de higiene, ingresar lana, pelo, papel o materiales porosos, se optó por reducir el setting musicoterapéutico al mínimo; además existía la prohibición médica de que la paciente no podía tener contacto con nada que pudiera causar contagios via oral, por lo que los aerófonos quedaron prohibidos. Una vez salvada tal limitante se decidió trabajar con improvisaciones musicales libres (basadas en el modelo alvin) y guiadas, tanto instrumentales como vocales. En el caso de las improvisaciones guiadas, estas se basaron

en el concepto empírico creativo de Nordoff-Robins, en donde las respuestas del terapeuta son automáticamente creadas con relación a las observaciones de las respuestas del paciente.<sup>19</sup>

Al haber quedado el Setting reducido al mínimo, opté por orientar parte de las técnicas de intervención hacia la musicoterapia receptiva, las que dividí en tres actividades genéricas, siendo éstas:

- Imaginería sonoro-musical libre y guiada: Esta estrategia, tomada de la GIM de Helen Bonny,<sup>20</sup> permite a la paciente generar experiencias a nivel neurológico sustentado por un soporte musical. Una variante utilizada de esta estrategia es el uso de las posiciones perceptuales<sup>21</sup>, en la que la paciente asume la posición de observadora de sí misma de las experiencias que imagina.
- Selección y audición de canciones: Para esta actividad se confeccionó un listado que, en conjunto con Patricia Lallana y Rosa Elena Castro, hemos denominado "Menú interactivo musical". Al menú se le anexan 30 discos compactos en los cuales hay música de todo tipo, época y autores. Desde éste menú la paciente puede escoger la música que más la identifique en relación a los temas tratados en las sesiones.
- Ejercicios de sensopercepción y relajación ayudadas por música<sup>22</sup>: Estos ejercicios, modelados desde la literatura de Gaynor, estaban orientados a contactar a la paciente con su cuerpo, pues el largo tiempo que debía estar acostada le generaba, según sus propias palabras, un "no sentir el cuerpo". Además la paciente decía poder encontrar un refugio y una relajación en esos ejercicios. Ella misma comenta "aquí adentro me aburro y necesito escapar".

---

<sup>19</sup> BRUSCIA, KENNETH. Modelos de improvisación en Musicoterapia. Agruparte. Salamanca. España. 1999.

<sup>20</sup> THE BONNY INSTITUTE. The Bonny method [en línea]. <<http://www.bonnyfoundation.org>> [consulta: 28 diciembre 2007].

<sup>21</sup> BANDLER, RICHARD. Use su cabeza para variar. 10ª Ed. Santiago, Chile. Cuatro Vientos.

<sup>22</sup> GAYNOR, MITCHEL. Sonidos que curan. Barcelona, España. Urano.



### **3.- ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES.**

Las sesiones fueron pensadas en función de optimizar el tiempo de hospitalización de la paciente, ya que era imposible determinar con exactitud la duración de esta nueva intervención quimioterapéutica. Es por ello que se optó por hacer la mayor cantidad de sesiones posibles en las dos o tres semanas que se pronosticaba iba a estar la paciente interna, quedando finalmente un total de trece sesiones en un período de tres semana. Siempre se procuró que la paciente tuviera un tiempo considerable entre las sesiones, por lo menos 24 horas, para permitirle elaborar y decantar las cosas ocurridas y surgidas en la intervención.

Dicha cantidad de sesiones se planeó en tres etapas que buscaban establecer una estructura de apertura, desarrollo y cierre, propiciando un buen proceso tendiente a concluir de la mejor manera toda la intervención. Estas etapas se podrían denominar: 1) diagnóstico, 2) elaboración, 3) cierre.

La calendarización de dichas sesiones se muestra a continuación:

SESIÓN N°	FECHA	DURACIÓN	ETAPA
1	9 enero 2007	1 hora y 30 minutos	Diagnóstico
2	10 enero 2007	1 hora	Diagnóstico
3	11 enero2007	1 hora y 10 minutos	Diagnóstico
4	12 enero 2007	55 minutos	Elaboración
5	15 enero 2007	50 minutos	Elaboración
6	16 enero 2007	45 minutos	Elaboración
7	17 enero 2007	50 minutos	Elaboración
8	18 enero 2007	65 minutos	Elaboración
9	19 enero2007	55 minutos	Elaboración
10	23 enero 2007	1 hora	Elaboración
11	25 enero 2007	1 hora	Elaboración
12	29 enero 2007	50 minutos	Cierre
13	30 enero 2007	50 minutos	Cierre

#### **4.- SETTING MUSICOTERPEUTICO.**

El setting musicoterpeutico, estuvo conformado por instrumentos facilitados por la Universidad de Chile, la profesora Patricia Lallana, y los estudiantes Rosa Elena Castro y Rodrigo Figueroa.

Como anteriormente se mencionó, los pacientes internos en el servicio corren el constante riesgo de contraer distintos tipos de infecciones, ya que debido al tratamiento quimioterapéutico su sistema inmunológico se encuentra tremendamente debilitado. Es por esto que, del total de instrumentos con los que contábamos para realizar las intervenciones, debíamos seleccionar aquellos que presentaran la menor posibilidad de transportar agentes de infección y contagios.

Para salvaguardar las salud de nuestros pacientes es que eliminamos del setting a todos aquellos instrumentos aerófonos de contacto con mucosas (todo tipo de flautas e instrumentos de similar ejecución), todos aquellos instrumentos que tuvieran adornos de lana o pelo (bombos con parches peludos, baquetas con cabeza de lana, instrumentos adornados con pompones) y todos aquellos instrumentos que por sus materiales porosos pudiesen alojar focos de contagio (algunos instrumentos de bambú, con partes de fibropanel o cuya configuración y construcción sea intrincada).

Una vez excluidos los instrumentos potencialmente peligrosos para la paciente, la lista de instrumentos con los que podíamos trabajar quedó conformada de la siguiente forma:

- Panderero
- Palo de agua
- Huiro (recu-recu)
- Sonajero de bambú
- Castañuelas
- Tambor giratorio chino
- Vibraslap
- Cultrún
- Maracas
- Toc-toc triple
- Sonajero azul
- Metalófono
- Cascohuillas

En la lista anterior hay instrumentos que, si bien están contruidos con materiales o formas que posibilitarían un contagio según nuestra propia lista de exclusión, su construcción o material posibilita un trato aséptico extremo, como por ejemplo el sumergimiento en alcohol. De todas formas, aún los instrumentos considerados seguros eran rigurosamente sometidos a un proceso de desinfección previa a cada una de las sesiones.

Además de los instrumentos musicales, parte esencial del setting fue un cuaderno de notas especialmente escogido para poder ser sometido a todos los procesos de asepsia. Este cuaderno contaba con una cubierta de plástico duro y archivador de metal, lo que permitía su fácil limpieza con apósitos bañados en alcohol.

También parte importante de los elementos de registro fueron un lápiz pasta de plástico, un pendrive con grabador de audio, una radio toca CD, el menú musical (lista y discos) y una cámara digital, todos elementos de fácil asepsia.

El lugar donde se realizó cada sesión fue el dormitorio de la paciente en la unidad.

## **5.- SITUACIONES RELEVANTES DEL PROCESO MUSICOTERAPEUTICO.**

Durante la intervención musicoterapéutica, se sucedieron tres etapas. Aunque la planificación de la intervención ya estaba estratificada en diagnóstico, elaboración y cierre musicoterapéutico con anterioridad al inicio de esta, fue posible destacar, con posterioridad y análisis mediante, situaciones de gran impacto y relevancia para el proceso mismo.

Las situaciones que a continuación describo en función de cada etapa, tienen como finalidad graficar de una manera más clara la intervención y las sesiones. Los títulos de cada situación son sólo una metáfora de lo que me ha sido posible sentir con relación a lo que violeta expresa tanto musicalmente como verbal y paraverbalmente.

### **5.1.- SITUACIONES DE LA ETAPA DE DIAGNOSTICO.**

**Mi música, mi pasado, mi presente:** Durante la etapa de diagnóstico fue posible comprobar la buena disposición de la paciente a introducirse de lleno en el proceso

musicoterapeutico. Ya desde la exploración de los instrumentos empiezan a aparecer detalles que posteriormente se desarrollan en gran medida durante las sesiones.

El resumen de la exploración de los instrumentos y los comentarios de Violeta se muestra a continuación:

- **Pandero:** Recuerda que cuando su hijo era pequeño, le construyó un pandero con tapitas de bebida. (Lo dice como si fuera un lindo recuerdo)
- **Palo de agua:** Se parece a un tubo portaplanos. Su sonido es como un río que va cayendo poquito a poco.
- **Huiro (recu recu):** Su forma es como el de un bate de baseball o el de una ballena. Su sonido es como jugar con un lápiz en un cuaderno. Me gusta escribir y dibujar cuadrados.
- **Sonajero de Bambú:** Suena como cuando se hecha arroz a una olla. Sirve para tocar cumbia.
- **Castañuela chica:** Es como un zapateo de guaracha.
- **Cascohuillas:** Es como el mar, como conchitas.
- **Castañuela grande:** Su sonido es como para avivar la cueca.
- **Tambor giratorio chino:** Suena como cuando uno golpea la mesa para avivar un danza. Parece lupa. Si fuera lupa lo ocuparía para ver la letra chica.
- **Vibraslap:** suena como una caja que tiene algo suelto adentro; la forma me recuerda a un joyero. Si fuera un joyero, guardaría mis recuerdos y mis pensamientos pues son mi gran tesoro junto con las fotos.
- **Kultrún:** Su sonido como que anuncia la despedida de alguien que se va al mas allá. Me da pena y alegría al mismo tiempo.
- **Maracas:** Me recuerda un cascabel como para entretener a una guagua. Tiene la forma de una ampolleta.
- **Toc toc triple:** Me gusta su sonido, es lindo. Me recuerda a tres botellitas.
- **Sonajero azul:** Es como un reloj de arena que se va cayendo de a poco. Su sonido me hace imaginar que las horas y días pasan lento. Ahora el tiempo pasa lento porque no hallo a la hora en que me tomen el scanner.
- **Metalófono:** Es como una cajita de música que toca una melodía para danzar y recordar. Recuerdo mi matrimonio y mis pololeos. Me da alegría. Cantaría canciones de cuna con esta música.

En cuanto a la producción sonora, su música está hecha en base a un motivo rítmico que se repite y varía, compuesto por dos negras y una blanca y que paulatinamente se fue transformando en una serie de saltillos, en lo que parecían motivos mapuches. Pareciera que su sentido musical inconsciente estuviera profundamente influenciado por la rítmica mapuche, basada en tresillos y saltillos. Utiliza el cromatismo y toca, preferentemente, los tonos graves. Su música, durante toda la etapa y en una constante que variará muy poco, pareciera ser de un carácter ambivalente, a veces muy triste y otras veces muy alegre. Evoca soledad, dulzura y animosidad.

Llama la atención la capacidad de la paciente para evocar y crear metáforas a propósito de los instrumentos tanto en su forma como en su sonido.

Es en esta etapa en donde comienza a notarse la predilección de Violeta hacia el Kultrún y el metalófono, instrumentos que asumirán un papel gravitante en las futuras etapas.

La producción sonora de esta etapa marcará a las etapas siguientes, pues ciertos patrones que se repiten durante estas tres sesiones, tales como las figuras de saltillo, el carácter aleatorio en lo melódico, la elección constante del Kultrún y el metalófono, y la música un tanto ambivalente, se convertirán poco a poco en una constante que raya en la estereotipia.

En lo verbal, aparece también el conflicto de Violeta con su padre, a quien representa con el Kultrún (nótese la asociación que ella antes había hecho con el mismo instrumento). Además, en esta etapa de diagnóstico, relaciona por primera vez su cáncer al dolor que ha sentido en su vida. Se descubre que su madre murió a los 52 años, misma edad que ahora tiene la paciente. Ella comenta “no quiero morir a la edad de mi madre”. Cuando se le pregunta por lo que si quiere, responde: “quiero vivir un poco mas, por lo menos hasta que uno de mis chicos (nietos) tenga 15 años”.

Algunos comentarios relevantes hechos por la paciente en las situaciones de verbalización son: “siento felicidad y tristeza, aunque ya no siento odio”; “ir mejorando, para mi, es quedarme tocando las notas graves”; “es increíble como la música te lleva a sentir cosas”; “mi música me hace estar alegre, me hace estar en el presente”; “creo que puedo descubrir las cosas buenas de mi pasado con la música”.

## 5.2.- SITUACIONES DE LA ETAPA DE ELABORACION.

**Mis facetas y las cosas que quiero:** En esta etapa de la intervención, la paciente comienza poco a poco a intentar ajustar las ideas que han surgido durante la etapa de diagnóstico. Si bien es cierto que muchas de las cosas contadas por Violeta pueden ser consideradas fuertes y traumáticas, pareciera que ella al musicalizar y verbalizar sus experiencias lo hiciera desde una perspectiva miscelánea, casi anecdótica y un tanto liviana.

Por lo anterior es que se considera la posibilidad de buscar formas de hacer que Violeta se explore a si misma buscando la mayor cantidad de facetas en pro de una autoimagen mas rica.

Considerando lo anterior y en función de lo emergente en la etapa de diagnóstico, se invita a la paciente musicalizar sus conflictos, los que aparecen en el siguiente orden:

- Mi madre nunca me dijo que me quería.
- No quiero ser igual a mi madre.
- Quiero ser yo misma.
- Si llego a morir me gustaría ser recordada.
- Le temo a la muerte.
- Pienso que mi familia no se preocupa por mí.
- Siempre me he postergado por los otros.
- Aun recuerdo a mi marido con cariño.
- Tengo ganas de recuperarme.
- Me gustaría golpear a las personas.
- Tengo rabia.
- La rabia es como mi enfermedad, los linfomas son rabia.
- Tengo un lado oscuro, pero no lo logro ver.
- Sergio (conviviente) es volver a creer en el amor.
- Me pregunto si aun amo a mi marido.
- Si expreso mi rabia me da pena.

Todos los anteriores conflictos son verbalizaciones de la paciente que nacieron de las improvisaciones y que, a su vez, dieron pie a nuevas improvisaciones, generándose

una concatenación de experiencias que, aparentemente, iba conectando a Violeta poco a poco consigo misma.

Cabe destacar que su música, en un altísimo porcentaje, estaba estructurada en base a una estereotipia conformada por un ritmo de saltillos (similar a la rítmica mapuche) y notas aleatorias (si el instrumento era melódico). Los finales, en su gran mayoría, eran una suerte de fade out, efecto que consta de disminuir poco a poco la intensidad del sonido hasta que la música desaparece, todo esto, mayoritariamente, en el Kultrún o el metalófono.

El Musicoterapeuta, buscando la riqueza expresiva, acompaña a la paciente en alguna de las improvisaciones con el palo de agua, los toc-toc y las cascohuillas intentando darle nuevos matices a la música, aunque sin caer en la ruptura violenta de los propios motivos de la paciente. La música resultante, si bien se estructura desde la propia estereotipia, resulta más fresca y menos monótona, ya que la misma paciente tiende a proponer nuevos elementos musicales aunque sin salirse del pulso dado por la rítmica recurrente (saltillos). Lo anterior queda demostrado por el hecho de explorar las alturas con el metalófono y cambios de intensidades en el Kultrún.

Durante esta etapa es que se incluye el uso del menú interactivo musical, siendo la situación más relevante, la elección de la canción que hizo Violeta para si misma: “Esa será mi casa” de Nino Bravo, cuyo texto íntegro reproduzco a continuación:

Un libro quedará abierto  
una carta sin escribir  
de un árbol caerá una hoja  
y yo me alejaré de ti,  
allí quedará mi silla  
sin que nadie se siente en ella,  
allí quedará mi amor  
entre las paredes viejas.

Esa será mi casa  
cuando me vaya yo  
esa será mi casa  
cuando te diga adiós,  
esa será mi casa  
cuando te diga adiós  
esa será mi casa  
cuando me vaya yo.

El polvo sobre los muebles  
cubre nuestras huellas  
el viento borra el recuerdo

llevándose nuestro amor  
un cirio sin consumir  
caerá sobre la mesa  
se apagará su luz  
y se cerrará una puerta.

Esa será mi casa  
cuando me vaya yo  
esa será mi casa  
cuando te diga adiós,  
esa será mi casa  
cuando me vaya yo  
largo será el camino  
en mi desolación.

Cabe destacar que el texto pareciera representar de alguna manera una suerte de despedida, pudiendo ser interpretado como una metáfora de la muerte de Violeta y de las cosas que lega a su familia y al mundo. De todas formas esta es una interpretación que hace el Musicoterapeuta en función de lo emergente durante las sesiones.

En relación al Musicoterapeuta, durante esta etapa pudo sentirse mucho más confiado y compenetrado tanto en su relación musicoterapéutica con Violeta como en su propio desempeño. Esta confianza, adquirida con las instancias previas tanto individuales como grupales, fue esencial para poder entregar confianza a la paciente, lo que queda demostrado en algunos reportes verbales de auxiliares, quienes afirmaban que a Violeta se la notaba mucho mejor y más contenta que las hospitalizaciones anteriores.

A modo de conclusión de esta etapa es posible decir que gracias a la intervención musicoterapéutica Violeta se dio la posibilidad de cuestionar las instancias emocionales que podrían haber influido en su cuadro clínico, tales como sus relaciones familiares, conyugales y humanas en general, su sentimiento de postergación, su miedo a la muerte y sus ganas de vivir.

### **5.3.- SITUACIONES DE LA ETAPA DE CIERRE.**

**Mi libertad, mi vida:** Durante esta etapa, tal vez la más breve, se procura preparar la despedida y el cierre de las sesiones de musicoterapia, orientando los objetivos de la etapa hacia la buena vida y el autocuidado de Violeta fuera del recinto hospitalario.

Uno de los temas más recurrentes de Violeta es la sensación de abandono que dice sentir con relación a sus hijos y familia en general. Es por ésta razón que se



considera que podría ser muy positivo trabajar en función de éste tópico, puesto que una vez de alta ella se relacionará casi exclusivamente con sus familiares.

A estas alturas de la intervención, la paciente utiliza casi exclusivamente el metalófono y, si bien su música aún tiende a la estereotipia, ha habido un cambio respecto de a música de las primeras sesiones.

La música del musicoterapeuta se hace mucho más presente en esta etapa, aunque cuidando de no tomar protagonismo, todo esto porque se han creado grandes lazos afectuosos entre la paciente y él. Lo dicho anteriormente se hace patente en la música en el hecho de que el musicoterapeuta, tanto por iniciativa propia como por petición de la paciente, improvisa mucho más tanto en tiempo y frecuencia, como en notoriedad y realce en lo musical y técnico. En lo que suena se nota compenetración en los juegos de preguntas y respuestas y el entrelace de motivos rítmico-melódicos en los que la paciente pareciera entrar con agrado y jocosidad. A ratos el producto sonoro es tenso y contenido, a ratos juguetón, otras veces estrepitoso y sonoro, todo esto sin caer en la exageración descontrolada.

Con relación a la evaluación de todo el proceso por parte de la paciente, esta reporta que ha sido una “linda experiencia”. Entre sus comentarios podemos recatar:

- Me sentí bien en la música.
- Me da alegría seguir tocando.
- Esta quimio se me pasó más rápida con la música.
- Como que me fui metiendo en la música.
- Parece que la música es distinta a la de antes.
- Antes sonaba desabrido, pero ahora todas la teclas suenan bonito.
- Aparecieron varias cosas, como desear bailar y una alegría muy grande.
- Como que no hay rabia.
- Es una despedida muy bonita.
- Quedan artos recuerdos.
- Es como volver a nacer y dejar muchas cosas atrás.
- Como mirar hacia el futuro.

Cabe destacar que es muy notable que, si bien la paciente parece estar muy contenta, es durante ésta etapa donde pareciera mostrar más sus sentimientos. Derrama sus primeras lágrimas aunque se la nota muy tranquila y feliz.

En las etapas anteriores los instrumentos siempre quedaban al pie de la cama y el musicoterapeuta los guardaba, pero durante esta tercera etapa la misma paciente, por propia iniciativa, ayudaba a guardar los instrumentos en la bolsa que estaba dispuesto para esto.

Uno de los objetivos que la paciente dice intentar demostrar en su música, es el lograr que la despidan de su trabajo, puesto que su indemnización le permitirá darse lujos que no había podido darse hasta ahora, como viajar ya salir a comer a algún restauran.

También se replantea el “volver a vivir” y dice que intentará comprarse un metalófono para poder tocar en su casa pues siente que le hizo bien.

La última improvisación, aunque mantuvo mucho del carácter de las improvisaciones anteriores, fue percibida de manera distinta por el musicoterapeuta, ya sea por la situación de despedida en si misma, ya sea por que en efecto, musicalmente, hubo un cambio. Violeta utilizó el metalófono y el musicoterapeuta las cascohuillas y el kultrún. Se pudo establecer un dialogo musical desde el cambio de intensidades en donde la predominancia de intensidades pasaba de violeta al musicoterapeuta. Durante gran parte de la improvisación la estereotipia rítmica de saltillos tendía a desaparecer y cambiaba a una improvisación aleatoria en una intensidad baja mientras el musicoterapeuta acompañaba con las cascohuillas frotándose muy suavemente en el parche del kultrún generando así sonidos largos y constantes, lo que parecía ser muy contenedor para la paciente e incluso para el propio musicoterapeuta.

Es en la sesión N° 13 que se da de alta a la paciente y es despachada por el médico tratante a su casa.

## VI.- CONCLUSIONES.

Una vez finalizado el proceso de intervención musicoterapéutica y, por ende, la práctica, me es posible reflexionar a propósito de los aspectos técnicos, teóricos y humanos presentes en todo mi proceso de transformación desde un simple e inexperto alumno en práctica a musicoterapeuta.

Es cierto que aun me falta mucho por aprender y descubrir, pero el grado de aprendizaje que he alcanzado difícilmente se podrá olvidar o perder, ya que ha quedado firmemente sustentado en lo estrictamente vivencial y personal. Es por esto que, además de los aspectos antes señalados, sumo a mis conclusiones la faceta de lo vivencial, por cuanto musicoterapeuta y paciente son seres humanos sensibles en un constante entenderse a si mismos. Si el musicoterapeuta no lucha por entenderse a sí mismo, difícilmente podrá facilitar el camino del autoentendimiento del paciente.

Con relación a los aspectos técnicos, fue posible darme cuenta de la enorme importancia de la auto exploración y el acabado análisis de si mismo a la que debe estar sujeto el musicoterapeuta antes de entrar a una sesión. Es notable lo fácil que puede ser llevada una sesión en la medida en que el musicoterapeuta sepa de la manera más conciente posible cuales son sus preocupaciones, sus estado anímico y su energía general, a fin de cuidar y acompañar de la mejor manera posible a sus paciente<sup>23</sup>.

El uso de los instrumentos durante las sesiones, si bien se vio limitado por infinitud de aspectos profilácticos, fue esencial en el desarrollo de las sesiones y en la consecución de objetivos terapéuticos. Así mismo la utilización de recursos tales como equipos e implementos de reproducción musical facilitó sobremanera el trabajo tanto de la paciente como del musicoterapeuta.

Con relación a los aspectos teóricos, fue posible darme cuenta de las posibilidades y la importancia del uso del lenguaje tanto verbal como paraverbal y no verbal en el contexto de las sesiones de musicoterapia. Rescato profundamente el capítulo referido a éste aspecto del musicoterapeuta Diego Schapira<sup>24</sup>, en el que se rescata la posibilidad de los distintos niveles de lenguaje y las estructuras y metaestructuras de estos en pro de una más amplia paleta de herramientas en la terapia en si misma. Todo esto sin perjuicio de la preponderancia del trabajo musical en las sesiones de musicoterapia.

---

<sup>23</sup> BENENZON, Rolando O. Op. Cit.

<sup>24</sup> SCHAPIRA, Diego. Musicoterapia, Facetas de lo inefable. Rio de Janeiro. Brasil. Enelivros. 2002.

El tópico del uso del lenguaje en musicoterapia me fue gravitante por cuanto Violeta tenía una tendencia muy marcada hacia la verborrea, situación que en un principio hacía muy difícil introducirla a la dinámica musicoterapéutica. Fue por éste motivo que se hizo imprescindible como tema a desarrollar, el uso del lenguaje en musicoterapia, orientado a conducir cada vez más a la paciente a la experiencia de la expresión no verbal y paraverbal que nos entrega la música.

En cuanto a lo humano, fue de importancia fundamental el desarrollo de un buen rapport y una buena empatía desde el musicoterapeuta. Es tan importante este aspecto de la relación humana, que puedo especular que el parcial éxito de las intervenciones anteriores a violeta se debieron principal mente a un pobre manejo de la empatía por parte del musicoterapeuta.

Es por esto que en el caso de Violeta, me propuse establecer y cultivar una empatía que me permitiera llegar a fondo en la relación terapéutica. Sostengo firmemente que lo logré, puesto que la respuesta de Violeta a las sesiones fue siempre tendiente a la excelente disposición.

Musicoterapeuticamente, la empatía tiene muchas y variadas formas de ser establecida, siendo para mí la forma más útil en lo musical el uso y manejo de los parámetros timbrísticos e intensidad. En la experiencia esto quedó reflejado en el hecho de poder acompañar y acercarme a Violeta desde el lenguaje musical por medio de búsquedas timbrísticas que la invitaran a salir de su estereotipia. Es decir si ella elegía un instrumento de sonido opaco (kultrún), yo escogía algo que se acercara a un timbre más brillante (palo de agua) siempre cuidando de que el contraste no fuera muy notorio para cuidar de no generar un efecto contrario a la deseado. En el caso de la intensidad funcionaba de manera muy similar, pues partiendo desde la intensidad estándar de Violeta, variaba a una distinta para darle la posibilidad a la paciente de encontrar nuevas maneras de expresión.

La conexión lograda con Violeta fue muy fuerte, lográndose despertar un cariño desde mí hacia la paciente, emoción que sentí muy recíproca. Todo lo anterior sin perjuicio de la atención que ha de ponerse a los procesos transferenciales y a la amplia gama de sentimientos que brotan durante las sesiones.

Sin duda me es posible decir con relación al aspecto vivencial que la apuesta que hice al estudiar musicoterapia ha sido pagada con creces, ya que me ha sido posible junto con conocerme a mi mismo y desarrollar aún mas mi vocación de servicio desde una arista distinta a la pedagogía, conocer realidades de otros seres humanos que a

pesar de los problemas de la vida saben reponerse y son capaces de continuar hasta el final. He podido aprender el valor de la esperanza en la vida. No la vida más larga ni mejor, si no la vida que se acepta tal cual es y que está llena de posibilidades.

Respecto de los objetivos planteados sólo puedo decir que la musicoterapia fue capaz de favorecer el clima emocional de la paciente durante la internación, favoreció la elaboración positiva de la enfermedad y fue efectiva en el manejo de los efectos colaterales que provoca un régimen de quimioterapia, sobre todo en lo que se refiere a estados de ánimo y a la relación con el equipo de salud.

Es por esto que considero como los principales logros musicoterapéuticos el mejoramiento de la calidad de vida de la paciente, el reencuentro y resolución de, lo que la misma paciente llama, “las penas de antes”, y el mejoramiento de su relación con el equipo clínico. Todo esto acercó un poco más a la paciente a darse espacios de autocuidado y favoreció su autoestima.

## VII.- BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN CANCER SOCIETY. ¿Que es? Linfoma de no Hodgkin [En línea]. <[http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP\\_5\\_1X\\_Que\\_es\\_32.asp](http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_5_1X_Que_es_32.asp)> [consulta: 4 de Junio de 2007]
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Tratamientos Alternativos y complementarios contra el cáncer [en línea] <<http://www.cancer.org>> [consulta: 03 diciembre 2007].
- ASOCIACION CHILENA DE PSICOONCOLOGIA. Cáncer. ¿Qué es el cáncer? [En línea]. <<http://www.psicooncologia.cl/cancer.htm>> [consulta: 29 de Mayo de 2007].
- BANDLER, RICHARD. Use su cabeza para variar. 10° E d. Santiago, Chile. Cuatro Vientos.
- BAÑADOS, B. y TAMBLAY, A. Psicooncología del cáncer de mama. Memoria (para optar al título de Psicólogo). Santiago, Chile. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, 2004. 234 h.
- BENENZON, ROLANDO. La Nueva Musicoterapia. Editorial Lumen. Buenos Aires. Argentina. 1998, p. 141.
- BRUSCIA, KENNETH. Definiendo musicoterapia. Colección Música arte y proceso. Editorial Amarú. Salamanca. España. 1997, p. 43.
- BRUSCIA, KENNETH. Modelos de improvisación en Musicoterapia. Agruparte. Salamanca. España. 1999.
- CASTRO, Rosa Elena., Figueroa, Rodrigo. y Lallana, Patricia. Musicoterapia en el tratamiento del cáncer. [diapositiva]. En: III CONGRESO LATINOAMERICANO DE MÚSICOTERAPIA Y V ENCUENTRO DEL COMITÉ LATINOAMERICANO DE MÚSICOTERAPIA. 2007. Santiago. Chile. Universidad de Chile. 2007. ppt.50.
- GARCIA, Carmen., Rodríguez, Jazmín., Barbón, Delfín y Cárdenas, Noemí. Musicoterapia una modalidad terapéutica para el estrés laboral. 1997 [en línea] <<http://www.imbiomed.com>> [consulta: 05 diciembre 2007].
- GAYNOR, MITCHEL. Sonidos que curan. Barcelona, España. Urano.
- INFOMED. Expertos afirman que la musicoterapia estimula la salud y la curación [en línea]. <<http://www.sld.cu/sitios/mednat/temas.php?idv=10260>> [consulta: 07 diciembre 2007].
- MUSICOTERAPIA NORTE. Home. [en línea] <<http://www.musicoterapianorte.com.ar>> [consulta: 05 diciembre 2007].

- NACIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. ¿Que es la medicina complementaria y alternativa? [en línea] <<http://nccam.nih.gov/espanol/informaciongeneral/>> [consulta: 03 diciembre 2007].
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. Linfoma de Hodgkin en adultos: Tratamiento (PDQ®) [en línea] <<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/hodgkinadultos/Patient/page4>> [consulta: 03 diciembre 2007].
- REVISTA VENEZOLANA DE ONCOLOGÍA. Caracas. Venezuela. (14). 2002
- SCHAPIRA, Diego. Musicoterapia, Facetas de lo inefable. Rio de Janeiro. Brasil. Enelivros. 2002.
- SPADARO, Patricia. La sinfonía del sonido y vibración del cuerpo [en línea]. <[http://www.bibliotecapleyades.net/ciencia/ciencia\\_cymatics08.htm](http://www.bibliotecapleyades.net/ciencia/ciencia_cymatics08.htm)> [consulta: 07 diciembre 2007].
- THE BONNY INSTITUTE. The Bonny method [en línea]. <<http://www.bonnyfoundation.org>> [consulta: 28 diciembre 2007].
- WOLRD HEALTH ORGANIZATION. Tradicional medicine [en línea] <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>> [consulta: 03 diciembre 2007].

VIII.- ANEXOS  
ANEXO N°1  
SIMBOLOGIA GENOGRAMA

⊙ : SUJETO DE ESTUDIO (FEMENINO)

□ : SUJETO MASCULINO

○ : SUJETO FEMENINO

⊠ : SUJETO MASCULINO DIFUNTO

⊗ : SUJETO FEMENINO DIFUNTO

~~~~~ : ABUSO SEXUAL

▲▲▲▲ : RELACION CERCANA CONFLICTIVA

---🏠--- : CONVIVENCIA DE HECHO

—/— : SEPARACIÓN DE HECHO

—/— : SEPARACIÓN LEGAL

..... : SITIO DE VIVIENDA

— : NUCLEO FAMILIAR N°1

— : NUCLEO FAMILIAR N°2

— : NUCLEO FAMILIAR N°3

— : NUCLEO FAMILIAR N°4



## **ANEXO N°2**

### **Protocolo sesión individual MT.**

**Nombre del paciente:**  
**Sesión N°**  
**Fecha:**  
**Duración:**

#### **A) Del Musicoterapeuta**

**Sensación frente al primer contacto con el paciente:**

**Consigna:**

**Elección del instrumento:**

#### **B) Del Paciente**

**¿Verbaliza el paciente al inicio de la sesión? ¿Qué verbaliza?:**

**Actitud general (Corporal, gestual, espacial):**

**Elección del instrumento:**

**Producción Sonora:**

#### **C) Finalización:**

**Descripción de la ubicación del Setting al final de la sesión:**

#### **D) Evaluación de la sesión y planificación de la siguiente:**

**Otros:**

## ANEXO N°3

Breve estudio cualitativo de la intervención musicoterapéutica en una paciente con cáncer, por la profesora Patricia Lallana.

### ENTREVISTAS

#### Paciente

Nombre: **Violeta**

Edad: **52**

Ocupación: **Auxiliar de aseo.**

Vive con: **Pareja.**

Diagnóstico: **Linfoma No Hodgkin del manto. LNH.M**

Número de sesiones de musicoterapia realizadas hasta el momento: **9**

¿Musicoterapia individual o grupal? **Individual**

1. Usted ha tenido la oportunidad de haber sido tratado con Musicoterapia ¿Ha observado algún efecto? ¿cómo lo describiría?
2. ¿Cómo ha sido la experiencia en el aspecto físico? (sensaciones corporales)
3. ¿Cómo ha sido la experiencia en el aspecto emocional? (estado anímico)
4. Se sabe que la musicoterapia tiene repercusiones en las relaciones familiares, ¿Usted ha observado algo en su familia? Su familia ¿qué opina de ello?
5. ¿Qué opiniones ha recibido de su familia acerca de que usted esté en Musicoterapia?

#### **Respuestas:**

*“La musicoterapia me ha servido de mucho para: relajarme, desahogarme, para sacarme cosas de adentro que estaban guardaditas... ...me he sacado pesos de encima. Las penas han ido saliendo. Siento más confianza. Me ha hecho bien hablar de las cosas. He recordado cosas de mi vida... ...aprendí a conocer músicas e instrumentos. Esta química ha sido distinta, no me he sentido tan sola, esta terapia hace mas llevadera la enfermedad, levanta harto el ánimo... ...los demás enfermos deberían hacer esta terapia también”.*

#### Familia

Nombre: **Sergio**

Edad: **62**

Grado de parentesco con la paciente: **Pareja (desde hace 21 años)**

1. ¿Usted ha observado algún cambio en el paciente desde que está en musicoterapia? Cuénteme ese cambio.
2. ¿Usted ha observado algún cambio en las relaciones familiares? ¿Cómo lo describiría?

#### **Respuestas:**

*“Violeta ha ido cambiando calmadamente... ...ha mejorado el ánimo, conversa harto y el nerviosismo se le pasa luego. No ha bajado su ánimo, está con ganas de mejorarse”.*

## **Equipo médico**

Nombre: **María Elena Wong Valdés**

Especialidad: **Ayudante de enfermería**

Frecuencia de atención a paciente: **A diario (en turnos de 12 horas)**

1. ¿Qué sabe usted de la musicoterapia?
2. ¿Qué opinión le merece?
3. ¿Ha observado efectos de la musicoterapia en el paciente? ¿Los podría describir?
4. ¿Ha observado algunos efectos en el plano físico?
5. ¿Ha observado algunos efectos en el plano emocional?
6. En base a esta experiencia ¿Qué opinión tiene acerca de la aplicación de musicoterapia en pacientes con cáncer?

### **Respuestas:**

*“musicoterapia... ..les hacen tocar instrumentos y les hacen ver que se imaginan, que les produce...”*

*La MT es buenísima para los pacientes, se entretienen...*

*Los efectos son a nivel psicológico, después de la sesión Violeta queda con el ánimo súper bueno, queda con ganas, relajada...*

*Cambio físico no hay... ..bueno, una vez le estaba poniendo una droga y estaba bajita su presión, hipotensa, y después de la sesión se le normalizó... ..fue un cambio evidente y comprobado... ..fue una vez. Después de la sesión veo su carita diferente, queda como alimentada...*

*Este tipo de terapia lo requiere el paciente, y hasta uno mismo trabaja mejor con el paciente porque queda de buen ánimo y más cooperador. La MT debería ser como norma, para todos los pacientes de la unidad”*

### **Reflexión**

A continuación presento las conclusiones elaboradas a partir de una serie de entrevistas, realizadas a una paciente con leucemia, a un familiar y a un miembro del equipo médico tratante, acerca del proceso musicoterapéutico brindado a la paciente. Este consistió en 9 sesiones de intervención individual al momento de las entrevistas, realizadas en la Unidad de Hematología Oncológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, a cargo del alumno en práctica Rodrigo Figueroa Bruna. Con la finalidad de identificar a quien corresponden las afirmaciones, las numeraré de acuerdo a la fuente (1.- Paciente, 2.- Familiar, 3.- Equipo médico).

- Mejora del estado de ánimo (1, 2, 3)
- Sensación de Relajación (1, 2, 3)
- Estabilidad emocional (2)
- Expresión emocional (1)
- Bienestar (1, 2, 3)
- Aumento de la comunicación (1, 2)
- Sensación de atención y sostén (1)
- Mayor cooperación (3)
- Aparente influencia en la presión arterial (3)

## ANEXO N°4

### 3 PROTOCOLOS DE SESIONES.

#### Protocolo sesión individual MT.

**Nombre del paciente:** Violeta

**Sesión N°** 2

**Fecha:** 10 – 01 - 07

**Duración:** 1 hora. Desde las 13 a las 14 horas.

#### **A) Del Musicoterapeuta**

**Sensación frente al primer contacto con el paciente:** El MT se siente bien dispuesto al ingresar a la habitación de la paciente. Su sensación frente a ella es que está expectante, aunque de muy buen talante. Se la ve de buen color y animosa. Se la nota abierta, curiosa y muy dispuesta a iniciar la sesión.

**Consigna:** Se trabaja con dos consignas esta sesión. La primera es explorar los instrumentos y sentir si es que evocan algo. La segunda consigna es presentarse musicalmente con el instrumento que mas la identifique.

**Elección del instrumento:** En esta sesión el MT no escoge instrumento ni sugiere a la paciente que lo escoja por él. La razón es no influenciar en la forma de tocar de la paciente y ver que cosas hace ella espontáneamente.

#### **B) Del Paciente**

**¿Verbaliza el paciente al inicio de la sesión? ¿Qué verbaliza?:** SI, la paciente verbaliza antes de la sesión. Comenta lo lindo de los valeses y que con la música ella se siente muy bien. Encuentra muy lindos los instrumentos, aunque hay muchos que dice no conocer.

**Actitud general (Corporal, gestual, espacial):** Se sienta en la cama con los pies colgando a un lado. Llama la atención el hecho que nunca se la encuentra acostada. Me parece casi una metáfora de la lucha por no asumir el rol de enferma. Cuando conversa es muy expresiva tanto de rostro como de manos.

**Elección del instrumento:** En la primera consigna recorre todos los instrumentos y los va asociando a distintas etapas de su vida. Los instrumentos, que se ubican a los pies de su cama, los escoge en el siguiente orden y con los siguientes comentarios:

- **Pandero:** Recuerda que cuando su hijo era pequeño, le construyó un pandero con tapitas de bebida. (Lo dice como si fuera un lindo recuerdo)
- **Palo de agua:** Se parece a un tubo portaplanos. Su sonido es como un río que va cayendo poquito a poco.
- **Huiro (recu recu):** Su forma es como el de un bate de baseball o el de una ballena. Su sonido es como jugar con un lápiz en un cuaderno. Me gusta escribir y dibujar cuadrados.

- **Sonajero de Bambú:** Suena como cuando se hecha arroz a una olla. Sirve para tocar cumbia.
- **Castañuela chica:** Es como un zapateo de guaracha.
- **Castañuela grande:** Su sonido es como para avivar la cueca.
- **Tambor giratorio chino:** Suena como cuando uno golpea la mesa para avivar un danza. Parece lupa. Si fuera lupa lo ocuparía para ver la letra chica.
- **Vibraslap:** suena como una caja que tiene algo suelto adentro la forma me recuerda a un joyero. Si fuera un joyero, guardaría mis recuerdos y mis pensamientos pues son mi gran tesoro junto con las fotos.
- **Kultrún:** Su sonido como que anuncia la despedida de alguien que se va al mas allá. Me da pena y alegría al mismo tiempo.
- **Maracas:** Me recuerda un cascabel como para entretener a una guagua. Tiene la forma de una ampolleta.
- **Toc toc triple:** Me gusta su sonido, es lindo. Me recuerda a tres botellitas.
- **Sonajero azul:** Es como un reloj de arena que se va cayendo de a poco. Su sonido me hace imaginar que las horas y días pasan lento. Ahora el tiempo pasa lento porque no hallo a la hora en que me tomen el scanner.
- **Metalófono:** Es como una cajita de música que toca una melodía para danzar y recordar. Recuerdo mi matrimonio y mis pololeos. Me da alegría.cantaría canciones de cuna con esta música.

En la segunda consigna la paciente elige el metalófono para presentarse y decir quien es ella. Dice escogerlo porque su sonido la alegra y que siente que así es ella. Al elegirlo, no titubea en tomar dicho instrumento, tal vez influenciada en que es el único instrumento melódico y que, además, es el último que examinó. Comienza a tocarlo decididamente aunque muy tranquila.

**Producción Sonora:** Su música está hecha en base a al motivo ritmo que se repite y varía compuesto por dos negras y una blanca. Utiliza el cromatismo y toca, preferentemente, los tonos graves. Su música me parece de carácter muy ambivalente, a veces muy triste y otras muy alegre. Me evoca soledad, dulzura y animosidad. Es tranquilizante la música que genera.

**C) Finalización:** El cierre de sesión es con los comentarios a la improvisación de la paciente, lo que deja inmediatamente el tema de “su pasado” como posible tema a tratar en la siguiente sesión.

Los comentarios de la paciente a su improvisación final son: “siento felicidad y tristeza, aunque ya no siento odio”; “ir mejorando, para mi, es quedarme tocando las notas graves”; “es increíble como la música te lleva sentir cosas”; “mi música me hace estar alegre, me hace estar en el presente”; “creo que puedo descubrir las cosas buenas de mi pasado con la música”.

Se nota a la paciente muy tranquila y más pausada que cuando se inició la sesión.

**Descripción de la ubicación del Setting al final de la sesión:** Al finalizar la sesión, los instrumentos quedan a los pies de la cama y la paciente, por iniciativa propia, ayuda a guardar los instrumentos.

**D) Evaluación de la sesión y planificación de la siguiente:** Se considera que ha sido una buena sesión introductoria, pues ha dado pie para entrar paulatinamente en lo que la paciente califica como “sus conflictos”, arraigados en su pasado. Se nota, por las sutilezas de la sesión, un posible conflicto no resuelto con las figuras paternas y algún desfase en sus roles de madre, hija y esposa. En la futura sesión se intentará musicalizar su pasado.

**Otros:** Se le sugiere a la paciente pedir a sus familiares que se le traiga un radio con CD y la música que le gusta oír a ella

## **Protocolo sesión individual MT.**

**Nombre del paciente:** Violeta.

**Sesión N°** 7

**Fecha:** 17 - 01 - 07.

**Duración:** 50 minutos. Desde las 12:45 a las 13:35 horas.

### **A) Del Musicoterapeuta**

**Sensación frente al primer contacto con el paciente:** La paciente se ve tranquila aunque meditativa. Por tal motivo, el MT siente un poco de preocupación por la paciente, por eso decide mantenerse en un rol mas pasivo y de inducción indirecta.

**Consigna:** Escoger una canción que le guste a la paciente y que se la dedique a sí misma. Comentar libremente acerca de lo que siente al escucharla.

**Elección del instrumento:** En esta sesión el MT no elige instrumentos para acompañarla ya que la metodología empleada no lo requiere.

### **B) Del Paciente**

**¿Verbaliza el paciente al inicio de la sesión? ¿Qué verbaliza?:** Si, la paciente verbaliza antes de la sesión. Dice haber quedado contenta con el diseño de la sesión pasada pues no había escuchado música envasada desde que se internara.

**Actitud general (Corporal, gestual, espacial):** Adopta la misma posición de los días anteriores, es decir, se sienta en la cama con los pies colgando a un lado. Aunque se la nota más callada que las sesiones anteriores, siempre sonríe y evoca mientras lee el menú musical. Además. Cuando encuentra la canción suspira y pareciera alegrarse mucho de hallar lo que ella quería.

**Elección del instrumento:** En este caso se reemplaza le elección del instrumento por la elección de los temas. El único tema escogido es la pista 4 del disco 23 titulada "Esa será mi casa" de Nino Bravo.

**Producción Sonora:** En esta sesión se reemplaza la producción sonora por las reacciones y comentarios de la paciente durante y después de oír los temas por ella seleccionados. Durante la audición, se ve a la paciente en una actitud un tanto doliente, pues el texto habla de despedidas y partidas que podrían ser interpretadas como una metáfora de la muerte. Una vez finalizada la canción hace los siguientes comentarios: "Elegí esa canción porque siempre he estado en mi casa y creo que si me voy me van a echar de menos", "Me siento identificada con la canción", "Me gustaría arrancarme al mar sin avisarle a nadie", "Creo que si algún día yo les faltara (a mi familia) se preocuparían mas o menos no más. Los más chicos (hijos) se preocuparían", "Me atrae el mar y a la vez le tengo miedo", "Me gusta el mar por que te protege y te golpea cuando tienes rabia", "Le temo a que (el mar) me arrastre ". Posteriormente se hace una segunda audición a la

canción y hace una asociación entre el texto y su propia muerte. También comenta: “Si muero, les haría falta porque siempre recurren a mí”.

**C) Finalización:** Se finaliza la sesión con una tercera audición del track, invitando a la paciente a, mentalmente, hacer un resumen de lo que ha encontrado en la sesión. Se ve a la paciente tranquila y relajada aunque mas silenciosa de lo habitual.

**Descripción de la ubicación del Setting al final de la sesión:** la caja con los discos y el menú quedan en la cama de la paciente.

**D) Evaluación de la sesión y planificación de la siguiente:** Se considera una sesión bien lograda porque, a través de las audiciones, aparece nuevamente el tema de su temor a la muerte y lo desarrolla un poco más aunque en un lenguaje metafórico. Pareciera ser que asocia, inconscientemente, la figura del mar con la idea de su muerte pues habla de sentir paz y tranquilidad y al mismo tiempo temor hacia el mar, pues éste “la puede arrastrar”. En la próxima sesión se volverá al formato activo de la musicoterapia, para darle énfasis a la integración y asimilación de conceptos aparecidos durante estas dos sesiones pasivas.

**Otros:** Aparece un nuevo antecedente familiar: Su hija mayor sufre la muerte de su pareja hace cuatro años. Esto podría incidir en la hija respecto de la relación con su madre. Al inicio y final de la sesión se le toma la presión, arrojándose los siguientes indicadores: 125/90 y un pulso de 75 bpm al inicio de la sesión, y 120/81 y un pulso de 63 bpm al finalizar la sesión.



## **Protocolo sesión individual MT.**

**Nombre del paciente:** Violeta.

**Sesión N°** 13

**Fecha:** 30 - 01 - 07.

**Duración:** 50 minutos. Desde las 13:20 a las 14:10 horas.

### **A) Del Musicoterapeuta**

**Sensación frente al primer contacto con el paciente:** El MT encuentra a la paciente muy contenta y siente que, de alguna manera, ha cumplido una función importante en la estadía y tratamiento de ella. Esto genera una afectuosa bienvenida de ambos, bienvenida que de alguna manera prepara la despedida.

**Consigna:** Las consignas de hoy estarán orientadas a dar cierre el ciclo de sesiones. La primera consigna es ¿Cómo te sientes con el alta? La segunda consigna es musicalizar el resumen de las experiencias de musicoterapia. La tercera consigna es musicalizar la despedida.

**Elección del instrumento:** En la primera consigna el MT no utiliza instrumento pues la consigna es muy personal. En la segunda consigna el MT escoge cascohillas y castañuelas pues la consigna es un resumen de lo vivido en las sesiones de musicoterapia en lo emocional y lo relacional. Para la tercera improvisación el MT escoge el kultrún y las cascohuillas pues la mezcla de sus sonidos le suenan una dulce despedida.

### **B) Del Paciente**

**¿Verbaliza el paciente al inicio de la sesión? ¿Qué verbaliza?:** Si, la paciente verbaliza antes de la sesión. Comenta que está feliz pues le dan de alta hoy. Y que la van a venir a buscar dos de sus hijos. También dice que para su pareja va a ser una sorpresa verla llegar a la casa y eso la pone contenta y ansiosa

**Actitud general (Corporal, gestual, espacial):** Esta vez la paciente está sentada en su cama con los dos pies arriba y aunque su postura es similar a la de las sesiones anteriores, pareciera tener una vitalidad que antes no se había visto. Sonríe mucho mas y se la nota prácticamente sin rasgos de bradisiquia.

**Elección del instrumento:** Escoge el metalófono para todas las improvisaciones.

**Producción Sonora:** La primera improvisación parte con una melodía muy suave y aleatoria que se mantiene por un momento para luego dar paso al motivo recurrente de saltillos. De todas formas pareciera tener un toque de alegría lo que se escucha. La paciente se mueve mucho mas por la escala utilizando casi todo el espectro del instrumento. Anuncia el final con un fade out. La paciente comenta: "me sentí muy bien en la música", "me da alegría seguir tocando", "esta quimio se me pasó más rápida con la música", "como que me fui metiendo en la música". La segunda improvisación la comienza la paciente con el motivo recurrente. A poco andar el MT interviene con trémolos de las castañuelas y espacios de silencios, aunque a ratos se queda haciendo sonar las cascohillas como si fuera agua fluyendo. La paciente continúa con su rítmica y melodía aunque usando todo el metalófono, mientras el MT marca el pulso durante breves

segundos con la castañuela y las cascohuillas, para a ratos volver al trémolo. La improvisación resulta bastante larga. Su forma de finalizar no difiere mucho de la improvisación anterior, aunque esta vez pareciera ser un poco más dulce. Al terminar la paciente comenta: “que bonito”, “lindo precioso”, “parece que la música es distinta a la de ayer”, “antes sonaba desabrido, pero ahora todas las teclas suenan bonito”, “aparecieron varias cosas, como desear bailar y una alegría muy grande”, “como que no hay rabia”. En lo narrado por la paciente se siente mucha alegría de su parte. La tercera y última improvisación parte casi de la misma manera que la anterior aunque pareciera ser que le paciente le imprime alegría y energía a lo que toca, mientras el MT interviene acompañando al ritmo de la paciente principalmente con las cascohuillas arrastradas sobre el parche del kultrún. Posteriormente el MT percute el kultrún con las cascohuillas. Casi al final la paciente juega con las intensidades. La paciente mantiene su estructura hasta el final y termina con un fade out en decrescendo y ritardando. Al final comenta: “una despedida bonita”, “quedan artos recuerdos”, “es como volver a nacer y dejar muchas cosas atrás”, “como mirar hacia el futuro”. Se nota a la paciente muy emocionada y mientras narra se le caen algunas lágrimas.

**C) Finalización:** Se finaliza la sesión con los comentarios finales de la paciente en lo que dice sentirse alegre desde ayer, pues su llegada será prácticamente una sorpresa para todos. Dice que le aportó mucho la musicoterapia en lo que se relaciona a la visión que tiene de su padre, de su marido y de sus hijos. Curiosamente no habla de su actual pareja.

Dice que su sueño es que la despidan para tener su indemnización y así instalar su negocio. Se despiden, el MT y la paciente de forma afectuosa y agradeciéndose mutuamente.

**Descripción de la ubicación del Setting al final de la sesión:** La paciente ayuda al MT a guardar los instrumentos en la bolsa dispuesta para esto, siendo esta la primera vez que incurre en tal actitud.

**D) Evaluación de la sesión y planificación de la siguiente:** Se considera que el feed back que entrega la paciente refleja que las sesiones le han sido provechosas. Ha podido ponerse mucho mas en contacto consigo misma y se ha planteado objetivos que verbaliza en positivo (“Volver a vivir”; “vivir hasta que mis nietos sean grandes”).

**Otros:** En la sesión de hoy no se le toma la presión ni el pulso cardiaco pues no se cuenta con el equipo necesario.