



**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**Facultad de Artes**

**Escuela de Postgrado**

**UNIDAD HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA  
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE:**

**MUSICOTERAPIA**

**PSICONEUROINMUNOLOGÍA Y EMOCIONALIDAD**

***EL CASO E.***

**Monografía para optar al Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de  
Arte, mención Musicoterapia**

**Autora:**

**MACARENA PAZ TORRES ERAZO**

**Psicóloga**

**Universidad Central de Chile- 2007**

**Profesora Guía:**

**PATRICIA LALLANA URRUTIA**

**MT Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina**

**Santiago de Chile**

**Marzo, 2012**

## INDICE

I. RESUMEN.....	6
II. INTRODUCCION.....	7
III. MARCO TEORICO.....	10
1. ONCOLOGÍA.....	10
1.1 Cáncer.....	10
1.2 Leucemia.....	11
1.2.1 <i>Leucemia Linfoblástica Aguda. Filadelfia Positivo</i> .....	11
1.2.2 <i>Tratamiento</i> .....	12
1.3 Psicooncología.....	13
2. PSICONEUROINMUNOLOGÍA.....	15
2.1 Definición.....	15
2.2 Historia.....	16
2.3 Emociones y Sistema Inmunológico.....	17
3. MUSICOTERAPIA.....	19
3.1 Técnicas en Musicoterapia.....	19
3.1.1 <i>Técnicas Receptivas</i> .....	20
3.1.2 <i>Técnicas Activas</i> .....	20
3.2 Kenneth Bruscia.....	21
3.3 Musicoterapia Analítica (Modelo Priestley).....	23
3.4 Modelo Benenzon.....	25
3.5 Abordaje Plurimodal.....	28
3.6 Eutonía.....	30
4. MUSICOTERAPIA ONCOLÓGICA.....	31

5. PSICONEUROINMUNOLOGÍA, EMOCIONALIDAD Y MUSICOTERAPIA.....	33
<b>IV. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO: EL CASO E.....</b>	<b>35</b>
1. CONTEXTO.....	35
2. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO.....	37
2.1 Identificación.....	37
2.2 Antecedentes Familiares.....	38
2.3 Antecedentes Clínicos.....	39
2.4 Antecedentes Musicales.....	40
3. OBJETIVOS.....	40
3.1 Objetivo General.....	41
3.2 Objetivos Específicos.....	41
4. METODOLOGÍA.....	41
4.1 Sesiones.....	42
4.2 Setting.....	43
4.3 Técnicas y Actividades.....	43
4.3.1 <i>Técnicas Receptivas</i> .....	44
4.3.2 <i>Técnicas Activas</i> .....	44
4.3.3 <i>Técnicas Corporales</i> .....	45
4.3.4 <i>Técnicas Artísticas</i> .....	46
5. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	46
5.1 Descripción del Proceso.....	46
5.1.1 <i>Fase Inicial</i> .....	48
5.1.2 <i>Fase Intermedia</i> .....	55
5.1.3 <i>Fase Final</i> .....	61
5.2 Análisis del Proceso.....	67
5.2.1 <i>Ejes Directos</i> .....	67

5.2.2	<i>Ejes Indirectos</i> .....	74
5.2.3	<i>Aspectos Transferenciales y Constratransferenciales</i> .....	75
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>78</b>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>84</b>
<b>VII.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>88</b>

*“Después del silencio, lo que más se acerca a expresar lo  
inexpresable, es la música”*

*Aldous Huxley*

## I. RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad, describir y analizar un proceso individual de musicoterapia, en la Unidad de Hematología Oncológica, del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, dentro del marco de la práctica profesional del Postítulo de Especialización en Musicoterapia.

Actualmente, el cáncer, entendido como la neoformación tisular y la multiplicación celular progresiva, es la segunda causa de mortalidad en Chile, siendo la Leucemia un tipo de cáncer que afecta a los tejidos de la sangre y médula ósea. La Leucemia Linfoblástica Aguda, Filadelfia Positivo, representa el 12% de las leucemias y abarca al 60% de la población menor de 20 años.

La Psiconeuroinmunología es la disciplina que estudia las interacciones entre el sistema endocrino, el sistema inmunológico, el sistema nervioso y las variables psicológicas del individuo, desde una perspectiva holística e integral del ser humano.

En este sentido, diversas investigaciones han establecido la relación de las emociones con ciertas enfermedades, lo cual pone de manifiesto el papel del paciente como agente activo en el proceso de su recuperación. Bajo esta perspectiva, la musicoterapia, disciplina de la salud que utiliza como herramientas terapéuticas, la música, el cuerpo, el sonido, la voz y los instrumentos musicales, es relevante en el tratamiento oncológico, dado que actúa como un medio para combatir la enfermedad, mental o física, favoreciendo la interacción social y la estimulación del sistema inmunológico y permitiendo explorar y modificar el estado emocional y anímico. Por lo tanto, la musicoterapia en oncología, se encuentra orientada a complementar los tratamientos médicos tradicionales, de manera de brindar una mejor calidad de vida y desarrollo del ser humano,

Palabras clave: Cáncer, Psiconeuroinmunología, Musicoterapia.

## II. INTRODUCCIÓN

La salud es un bien preciado por la sociedad y los seres humanos desde tiempos remotos hasta la actualidad. El concepto actual de salud ha ido variando, desde un modelo biomédico biologicista reduccionista y que ha fracasado, hasta el modelo actual biopsicosocial holístico, que incorpora además de los aspectos biológicos, las áreas psicológicas, sociales y espirituales de las personas y las comunidades.

El modelo biomédico, se caracteriza por tener una visión de salud como “ausencia de enfermedad”, en la cual la enfermedad es vista como entidad con vida propia y unicausal, sin considerar los factores socioculturales y el sujeto mismo que padece dicha enfermedad. Este modelo reina durante gran parte de la historia del ser humano, siendo el componente biológico de la enfermedad, el eje central de la medicina y la salud.

No obstante, a mediados del siglo XX, la medicina y la biología se comienzan a entremezclar, imponiéndose una tendencia centrada en lo racional, la cual alude a una comprensión multicausal de la enfermedad y a una concepción de salud, como un proceso variable y dinámico de equilibrio y desequilibrio del organismo de los seres humanos y su entorno. Esta situación produce que ya no se vea al individuo como un ente aislado y reducido a lo biológico, facilitando la emergencia del modelo biopsicosocial, como explicación del “proceso de salud –enfermedad”.

Estos acontecimientos provocan que en 1980, la OMS defina la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, y no sólo como ausencia de enfermedad. Sin embargo, en el año 2000, se produce un cambio de paradigma que pasa del enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial, a partir del cual la OMS define salud, como “estado de bienestar biopsicosocial y espiritual del individuo”.

Este planteamiento sobre la salud del ser humano, como un proceso complejo y sustentado en un equilibrio biopsicosocial, ha sido la base para la emergencia de una nueva disciplina, denominada “Psiconeuroinmunología”, la cual propone la posible influencia psicosocial en el sistema inmune, y la creación de nuevas técnicas de intervención que ayuden a la rehabilitación de personas enfermas, reafirmando la idea del equilibrio biopsicosocial y su influencia en la salud. A su vez, plantea los conceptos de integralidad y holismo como ejes fundamentales en la comprensión del ser humano, estableciendo una visión de salud y de individuo, interrelacionada con su entorno.

El término psiconeuroinmunología fue acuñado por Robert Ader en 1975, quien lo refiere como una disciplina que investiga la relación entre los aspectos psicológicos y fisiológicos de los seres humanos y entre el sistema nervioso central y el sistema inmunológico. Esta relación es investigada también por George Freeman Solomon, el cual estudia los mecanismos biológicos mediante los cuales las características de personalidad, las actitudes, las emociones y otros factores psicológicos, ejercen un rol en el surgimiento y evolución de enfermedades inmunológicas.

La experiencia del cáncer y su tratamiento, afecta distintas áreas de la vida del individuo, tanto en el plano físico como también en el área emocional, psicológica, social y espiritual. De igual forma, estos aspectos están en estrecha relación e influyen en el tratamiento, la recuperación y la calidad de vida de los pacientes.

Los individuos que se encuentran afectados por una enfermedad oncológica, experimentan una serie de sentimientos, preocupaciones, inquietudes y temores frente a su situación, lo que hace fundamental un acompañamiento en el proceso de afrontamiento y recuperación emocional, que trae consigo el estar enfermo. De esta manera, la experiencia traumática que implica el diagnóstico y el tratamiento, puede comprenderse también como un impulso y oportunidad de realizar cambios vitales positivos, fortaleciendo los recursos de cada individuo como agente activo en su proceso de recuperación.

En este sentido, la musicoterapia, como disciplina de salud que utiliza diversas herramientas terapéuticas, como la música, el sonido, la voz, los instrumentos musicales y el cuerpo, resulta fundamental en el tratamiento del cáncer, ya que provee de un entorno de alivio, en un contexto de dolor e incertidumbre, siendo un canal de expresión de aspectos no elaborados o verbalizados, abordando también temáticas relativas a la espiritualidad y al significado de la vida y la muerte. Por ello, la musicoterapia y sus distintos elementos, posee una incidencia relevante a nivel biológico y psicofísico, ya que proporciona un estado de bienestar y alivio del dolor, producto de la secreción de endorfinas ante un estímulo musical determinado.

A su vez, la musicoterapia en oncología, permite explorar sentimientos, realizar cambios positivos en el estado emocional y en el estado de ánimo, y aprender a poner en práctica habilidades para resolver problemas y conflictos. Por ello, la intervención musicoterapéutica, brinda experiencias musicales, que fomentan la capacidad del paciente y su familia para lidiar con la situación que se encuentran viviendo,



incrementando su autoestima y contribuyendo a su estado de salud general y su calidad de vida.

Por lo tanto, dadas las implicancias de la musicoterapia en el tratamiento del cáncer, cabe señalar que la presente investigación tiene como objetivo, describir y analizar un proceso individual de musicoterapia, en la Unidad de Hematología Oncológica, del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, de manera de exponer la infinidad de ventajas de la musicoterapia, como complemento de tratamientos tradicionales, y como disciplina apta para insertarse en contextos institucionales.

La metodología utilizada en el abordaje musicoterapéutico del caso clínico, diagnosticado con Leucemia Linfoblástica Aguda, Filadelfia Positivo, se centra en modelos de orientación analítica y corporal, donde la música, el arte, la palabra, y el cuerpo, se vinculan estrechamente, transformándose en los ejes de intervención en el proceso terapéutico.

Por ello, cabe destacar que en el presente trabajo, los ejes fundamentales mencionados anteriormente, son establecidos según las necesidades y requerimientos del paciente, como unidad particular y singular, y según su forma de ser y estar en el mundo y en su enfermedad.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 1. ONCOLOGÍA

##### 1.1 Cáncer

El cáncer se encuentra clasificado dentro del conjunto de enfermedades del crecimiento, multiplicación y reproducción celular, y consiste en una neoformación tisular, originada a partir de un grupo celular localizado en una zona específica de tejido, producto de una multiplicación celular progresiva y aparentemente autónoma.<sup>1</sup>

Los tipos de cáncer pueden agruparse en diversas categorías, siendo las principales y más recurrentes:<sup>2</sup>

**Carcinoma:** Cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos.

**Sarcoma:** Cáncer que comienza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.

**Leucemia:** Cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre.

**Linfoma y mieloma:** Cánceres que comienza en las células del sistema inmunitario.

**Cáncer del sistema nervioso central:** Cáncer que empieza en los tejidos del cerebro y de la médula espinal.

La prevalencia del cáncer ha aumentado considerablemente en los últimos años. En Chile, el cáncer constituye la segunda causa de muerte, después de las

---

<sup>1</sup> Suárez, D. (2002). Personalidad, Cáncer y Sobrevida. La Habana. Cuba. Editorial Científico – Técnica.

<sup>2</sup> S/N. (2007). Instituto Nacional del Cáncer: De los Institutos Nacionales de la Salud en EE.UU. Consultado el 23.06.11 en <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/cancer/page3>

enfermedades circulatorias, siendo los hombres adultos, el grupo mayormente afectado.<sup>3</sup>

A comienzo de los años noventa, la tasa de mortalidad por enfermedad oncológica –en hombre y mujeres, de todas las edades- era de 107,5 por 100 mil habitantes. Esta cifra se incrementa en un 20,5%, en el año 2007, evidenciando una tasa de mortalidad de 129,5 por 100 mil habitantes.<sup>4</sup>

Existen investigaciones que indican que ciertos factores de riesgo incrementan las probabilidades de que un individuo padezca cáncer, tales como el envejecimiento, el tabaco, rayos del sol, radiación ionizante, ciertos productos químicos, algunos tipos de virus y bacterias, ciertas hormonas, antecedentes familiares de cáncer, alcohol, dieta deficiente, falta de actividad física o tener sobrepeso.<sup>5</sup>

## **1.2 Leucemia**

Las leucemias son un grupo heterogéneo de enfermedades que se distinguen por infiltración de la médula ósea, sangre y otros tejidos, por células neoplásicas del sistema hematopoyético. Son enfermedades neoplásicas que tienen su origen en una mutación somática de la célula progenitora, según su estirpe celular afectada. A su vez, pueden categorizarse como mieloides o linfoides, y su evolución puede conducirse desde las que progresan rápidamente a la muerte, hasta las que evolucionan con lentitud, conociéndose como agudas o crónicas, respectivamente.<sup>6</sup>

### *1.2.1 Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA). Filadelfia Positivo*

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) representa 12% de todas las leucemias diagnosticadas, y 60% de todos los casos ocurre en individuos menores de 20 años.

---

<sup>3</sup> Medina, E. (2001). Mortalidad por Cáncer en Chile: Consideraciones Epidemiológicas. Rev. Méd. Chile v.129 n.10 Santiago. Consultado el 23.06.11 en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001000014&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001000014&script=sci_arttext&tlng=en)

<sup>4</sup> Jiménez, J. (2010). Mapa de la Investigación del Cáncer en Chile. Consorcio Tecnológico en Biomedicina Clínico-Molecular Aplicada (BMRC-Chile). Programa de Salud Pública y Centro de Evaluaciones Económicas y Sociales en Salud. Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Consultado el 14.01.12 en <http://www.salunderecho.cl/archivos/2010/12/Mapa-del-C%C3%A1ncer-en-Chile-2010.pdf>

<sup>5</sup> S/N, Op.Cit., p2

<sup>6</sup> Ortega, M. (2007). Leucemia Linfoblástica Aguda. Consultado el 10.11.11 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2007/mim071e.pdf>

Tiene dos cumbres de frecuencia por edad, el primero de dos a cinco años y el segundo en la sexta década de la vida. El diagnóstico se basa en datos clínicos, biometría hemática, aspirado de médula ósea, inmunofenotipo y cariotipo y la aparición del cromosoma Filadelfia.<sup>7</sup>

En la leucemia linfoblástica se produce una excesiva población de glóbulos blancos, lo cual disminuye la generación de eritrocitos, provocando anemia en el paciente. A su vez, esta leucemia se caracteriza por presentar un cromosoma anormal, denominado cromosoma filadelfia, el cual aparece en el 2% de la población, y se encuentra asociado a un mal pronóstico.<sup>8</sup>

### 1.2.2 *Tratamiento*

El manejo óptimo de los pacientes con leucemia linfoblástica aguda requiere la meticulosa atención de aspectos relevantes involucrados en su cuidado, incluidos el tratamiento inmediato o la prevención de complicaciones metabólicas o infecciosas, así como administración de derivados de productos sanguíneos. Otro aspecto primordial para el cuidado de estos pacientes es el uso de catéteres, disminución de las náuseas y vómitos, control del dolor y apoyo psicológico para el paciente y su familias.<sup>9</sup>

El tratamiento quimioterapéutico de la LLA, consiste en administración de altas dosis de metotrexato y citarabina por vía sistémica e intratecal, además de arabinósido-C y corticoesteroides.<sup>10</sup>

Existen tres fases dentro del protocolo utilizado para el tratamiento de la LLA:<sup>11</sup>

- a) Inducción a la Remisión: Esta fase consiste en la destrucción de la mayor cantidad de células leucémicas y recuperación de la hematopoyesis normal, y tiene como objetivo incrementar la frecuencia de las remisiones y mejorar la supervivencia de los pacientes.

---

<sup>7</sup> *Ibíd.*

<sup>8</sup> *Ibíd.*

<sup>9</sup> *Ibíd.*

<sup>10</sup> Enciso, L. (2005). Consenso Colombiano sobre el Tratamiento de la Leucemia Linfoblástica Aguda en Adultos. Consultado el 12.11.11 en <http://incancerologico85.internet.gamma.axesnet.net/documentos/rcc2006v10n1a02PDF.pdf>

<sup>11</sup> Ortega, Op. Cit., p3

- b) Tratamiento de Consolidación o Post-remisión: Se inicia, luego de la recuperación de la hematopoyesis, y consiste en la destrucción de células residuales que han superado la etapa previa.
- c) Tratamiento de Mantenimiento: Esta fase consiste en la continuación de la remisión y tiene como objetivo la destrucción de las células leucémicas restantes, que pueden provocar una recaída.

Los pacientes con recaídas pueden optar por tratamiento de trasplante alogénico de célula madre hematopoyética. Existe alto riesgo de recaída en pacientes que presentan cromosoma Filadelfia positivo en la primera remisión, por lo que se consideran sujetos susceptibles inmediatos a trasplante alogénico, ya que parece ser la única manera de tratamiento que permite supervivencia significativa libre de enfermedad.<sup>12</sup>

Existen diversos estudios sobre la implicancia del trasplante de médula en la supervivencia del paciente, los cuales evidencian que dicho trasplante puede llevar a cinco años de supervivencia libre de enfermedad hasta en 50% de los casos, con recaída del 40 a 60%.<sup>13</sup>

### **1.3 Psicooncología**

Las enfermedades crónicas son cada vez más prevalentes en la población, y suelen asociarse a trastornos mentales, psicológicos o psiquiátricos, los cuales deben detectarse a tiempo para lograr un tratamiento y una prevención adecuados.<sup>14</sup>

En este sentido y particularmente con el cáncer, se ha desarrollado progresivamente la psicooncología, subespecialidad que intenta dar respuesta a los factores psicológicos relacionados con la emergencia del cáncer, así como también a

---

<sup>12</sup> Ibíd.

<sup>13</sup> Ibíd.

<sup>14</sup> Rodríguez, V. (2009). Prevalencia de Trastornos Mentales en Adolescentes con Cáncer. Rev. Venez. Oncol. v.21 n.4 Caracas. Consultado el 28.06.11 en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822009000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822009000400004&script=sci_arttext)

las reacciones emocionales del paciente y su familia, proporcionándoles herramientas posibles y necesarias para convivir con su enfermedad.<sup>15</sup>

La psicooncología surge en la década de los 70, como disciplina integradora de diversas áreas (médica, social y psicológica), con el objetivo de brindar un tratamiento comprehensivo a los individuos con diagnóstico oncológico, desde el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad.<sup>16</sup>

En los años 70, la investigación se centra en los aspectos biológicos del cáncer, y en los 80, en los aspectos sociales y psicológicos de la enfermedad, tales como los factores ambientales y comportamentales relacionados con la etiología de la misma.<sup>17</sup>

Posteriormente, las investigaciones se centraron en la influencia de la psicoterapia en la sobrevivencia de los pacientes con diagnóstico oncológico, en el beneficio a dichas personas, a sus familiares y a los equipos terapéuticos, y al afrontamiento de los factores emocionales, psicológicos y espirituales asociados a tal diagnóstico.<sup>18</sup>

Por lo tanto, la Psicología oncológica concentra su estudio en la determinación de dichos “estilos de vida” y “conductas de la salud”, que promueven la adopción de patrones de comportamiento saludable, y que previenen el desarrollo del cáncer y su detección precoz. Junto con ello, esta disciplina pretende mejorar la calidad de vida, mediante el establecimiento de redes de apoyo social, temática relevante en la adaptación del paciente oncológico a su enfermedad.<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup> Ibíd.

<sup>16</sup> Durá, E. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas Futuras de Investigación e Intervención Profesional. Consultado el 28.06.11 en <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a04.pdf>

<sup>17</sup> Ibíd.

<sup>18</sup> Alarcón, A. (2011). Nuevo Manual de Psicooncología. Consultado el 25.07.11 en [http://www.psicooncologia.org/psicomundo.php?\\_pagi\\_pg=3](http://www.psicooncologia.org/psicomundo.php?_pagi_pg=3)

<sup>19</sup> Durá, Op. Cit., p3

## 2. PSICONEUROINMUNOLOGÍA

### 2.1 Definición

El término psiconeuroinmunología fue acuñado en la década de los setenta por el psicólogo Robert Ader, quien lo refiere como una disciplina que estudia la relación entre los aspectos fisiológicos y psicológicos de los individuos y entre el sistema nervioso central y el sistema inmunológico. Su nombre alude a las variables psicológicas del ser humano, “psico”; al sistema nervioso del mismo; “neuro” y al sistema inmunológico y endocrino, “inmunología”. Este término también es conocido como psiconeuroinmunoendocrinología, inmunología conductual o neuroinmunomodulación.<sup>20</sup>

La psiconeuroinmunología es un campo científico interdisciplinario que se preocupa de la investigación de la interacción existente entre el cerebro (mente/conducta), el sistema inmune y sus consecuencias clínicas. Estos aspectos clínicos tienen relación, por un lado, con la comprensión de la influencia de los factores psicosociales sobre los mecanismos biológicos en la emergencia y curso de las resistencias inmunológicas, y por otro, el entendimiento de la inmunología, generada en síntomas psiquiátricos. Estos aspectos científicos son los que básicamente abarca la comprensión de la compleja interacción de la neuroendocrinología y la inmunología, generadora de redes para el mantenimiento de la salud y la defensa de las enfermedades.<sup>21</sup>

El psiquiatra George Freeman Solomon, plantea que la psiconeuroinmunología (PNI) investiga los mecanismos biológicos mediante los cuales las actitudes, las emociones, las características de personalidad, la capacidad de superación y asimilación y otros factores psicológicos ejercen un rol en la emergencia y evolución de enfermedades de la resistencia inmunológica.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Contreras, Op.Cit. p10

<sup>21</sup> Solomon, G. (2001). Psiconeuroinmunología: Sinopsis de su Historia, Evidencia y Consecuencias. Consultado el 25.07.11 en <http://www.biocognitive.com/images/pdf/psiconeuroinmunología%20Sinopsis%20%de%20%20SuHistoria,%20Evidencia%20y.pdf>

<sup>22</sup> Álvarez G. (2004). Psiconeuroinmunología del estrés y su relación con la generación de enfermedad. Tesis Monográfica para optar al título de Licenciado de Psicología. Universidad Central de Chile. Escuela de Psicología. Santiago, Chile.

El psiquiatra George Freeman Solomon, plantea que la psiconeuroinmunología (PNI) investiga los mecanismos biológicos mediante los cuales las actitudes, las emociones, las características de personalidad, la capacidad de superación y asimilación, y otros factores psicológicos, ejercen un rol en la emergencia y evolución de las enfermedades, es decir, se centra en el estudio de la influencia del psiquismo sobre las enfermedades físicas.<sup>23</sup>

## 2.2 Historia

El surgimiento de la Psiconeuroinmunología data de principios del siglo XIX con los estudios sobre respuestas inmunológicas de dos investigadores soviéticos, Metalnikov y Chorine, no obstante, su trabajo no fue posible de observar en occidente, dadas las condiciones políticas de esa época.<sup>24</sup>

En la década del setenta, el término psiconeuroinmunología (PNI) comenzó a adquirir fuerza, ya que se formó como disciplina, gracias a las investigaciones de Nicholas Cohen y Robert Ader.<sup>25</sup>

El trabajo realizado por ambos autores mencionados consistió en un experimento, en el cual se les proporcionó a una serie de ratas de laboratorio una bebida dulce mezclada con una sustancia que les produjo un fuerte dolor estomacal. Según los autores, las ratas debían aprender a evitar dicha bebida, independiente de lo agradable de su sabor. Sin embargo, lo sorprendente fue que tras suprimir la sustancia irritante e incrementar la concentración dulce, varias de las ratas murieron al probarla. Esto llevó a Ader a plantear por un lado, que la sustancia añadida podía suprimir la acción del sistema inmunológico, y por otro, que el organismo de las ratas había aprendido a asociar lo dulce con el efecto producido por dicha sustancia, esto dado que el sistema inmunológico de las ratas reaccionó de forma violenta a la sustancia dulce como si hubiesen ingerido una gran cantidad de sustancia tóxica. Por lo tanto,

---

<sup>23</sup> Navas, C. (2006). La Conexión Mente-Cuerpo-Espíritu y su Efecto en la Promoción de la Salud en Pacientes Oncológicos. Rev. venez. oncol. v.18 n. Consultado el 3.07.11 en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079805822006000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079805822006000100006&script=sci_arttext)

<sup>24</sup> López, V. (2003). Psiconeuroinmunología. Tesis Monográfica para optar al título de Licenciado de Psicología. Universidad Central de Chile. Escuela de Psicología. Santiago, Chile.

<sup>25</sup> Contreras, C, Op.Cit., p15



los autores concluyeron que la mente puede ser condicionada para alterar las respuestas del sistema inmunológico.<sup>26</sup>

Posteriormente varios autores han realizado investigaciones sobre esta disciplina, estudios que se prolongan hasta la época actual, tales como el estudio de Sheldon Cohen de la University Carnegie-Mellon sobre el resfrío y el estrés (Álvarez, 2004) y los trabajos de Blalock sobre el VIH y el cáncer.<sup>27</sup>

### **2.3 Emociones y Sistema Inmunológico**

Existen diversos significados y definiciones de la emoción, dado que son estados complejos, difíciles de describir o de identificar. A su vez se caracterizan por una marcada variabilidad, tal como su curso, son de rápido inicio y final; su polaridad, ya que pueden ser tanto positivas como negativas; y su complejidad, dado que son procesos en los que se encuentran involucrados aspectos fisiológicos, cognitivos, conductuales y de conciencia.<sup>28</sup>

Se pueden observar tres factores de las emociones: la emoción como sentimiento subjetivo privado, en términos de dolor o placer; la emoción como manifestación de respuestas somáticas y autónomas específicas, estado de activación fisiológica; y la emoción como respuesta adaptativa en una situación de amenaza.<sup>29</sup>

El psicólogo David Felten plantea a partir de sus investigaciones, que las emociones producen un fuerte efecto en el sistema nervioso autónomo, el cual tiene como función regular las diversas funciones del organismo, esto dado el hallazgo de un punto de encuentro y comunicación entre este sistema y los linfocitos y macrófagos, componentes del sistema inmunológico. Junto con lo anterior, fueron encontradas uniones similares a sinapsis, donde los terminales nerviosos del sistema nervioso autónomo poseen terminaciones que se sostienen en dichas células inmunológicas. Dicho contacto permite que haya liberación de neurotransmisores por

---

<sup>26</sup> Ibíd

<sup>27</sup> Suárez, Op.Cit., p25

<sup>28</sup> Ramos, V. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. Consultado el 29.06.11 en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718480820090002000008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718480820090002000008&script=sci_arttext)

<sup>29</sup> Ibíd.

parte de las células nerviosas, para la regulación de las células inmunológicas mencionadas.<sup>30</sup>

Las emociones y el sistema inmunológico también pueden relacionarse mediante la acción de hormonas que se liberan cuando el individuo se encuentra bajo condiciones de estrés. Junto con otras hormonas, el cortisol y las catecolaminas (noradrenalina y adrenalina), obstaculizan la función de las células inmunológicas, es decir, el estrés anula la resistencia inmunológica. Desde aquí surge la hipótesis de que el estrés y ciertas emociones, como la ira, la rabia y la ansiedad podrían ser la causa de ciertas enfermedades, afectando la vulnerabilidad inmunológica de los individuos. Por el contrario, otras emociones, tales como la esperanza y el optimismo pueden contribuir al estado de salud y al fortalecimiento del sistema inmunológico, favoreciendo el afrontamiento de una enfermedad determinada y su posterior recuperación.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Giglio, C. (2001). Emociones y Enfermedad. Consultado el 25.07.11 en [xa.yimg.com/kq/.../PNI+TEXTO+RECOPIACION+COMPLETA.doc](http://xa.yimg.com/kq/.../PNI+TEXTO+RECOPIACION+COMPLETA.doc)

<sup>31</sup> *Ibíd.*

### 3. MUSICOTERAPIA

La Musicoterapia tiene diversas definiciones, dependiendo de la asociación, método y/o abordaje, dado su carácter transdisciplinario, en el cual convergen diversas disciplinas asociadas a la música y la terapia.<sup>32</sup>

Rolando Benenzon, musicoterapeuta argentino, creador del Modelo Benenzon, plantea una definición de musicoterapia, en la cual converge la psicoterapia, la música y sus distintos elementos:

*“La Musicoterapia es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoro-musicales para establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupos de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad”.*

33

La música es definida de una manera extensa, por lo que presenta límites muy amplios. En el proceso terapéutico, la experiencia musical puede concebirse desde dos aspectos, tanto receptivo como activo.<sup>34</sup>

#### 3.1 Técnicas en Musicoterapia

En las técnicas receptivas y activas, la música puede proveer de un estímulo que actúe y logre resultados en la persona, aportando e influyendo de manera directa en ella. A su vez, las experiencias musicales son un medio de respuesta para obtener un proceso de cambio terapéutico.<sup>35</sup>

La música del individuo y sus distintos elementos forman parte del proceso terapéutico. La estimulación musical, iniciada de fuentes externas a la situación de terapia, tal como grabaciones realizadas por individuos que no participan de la sesión; y la estimulación musical, iniciada por fuentes internas a la situación de terapia, como

---

<sup>32</sup> Bruscia, K. (1997). Definiendo Musicoterapia. España. Amarú Ediciones.

<sup>33</sup> Benenzon, R. (2008). La Nueva Musicoterapia. Buenos Aires. Editorial Lumen, P.7

<sup>34</sup> Bruscia, Op. Cit. 57

<sup>35</sup> *Ibíd.*

el terapeuta y/o el cliente; constituyen un segmento relevante de la sesión y el proceso musicoterapéutico.<sup>36</sup>

Cualquier tipo de acto musical o reacción a la música que la persona pueda mostrar dentro de la situación de terapia, es considerado una respuesta musical, la cual puede ser encubierta y disimulada (interna, manifiesta y directamente observable). Las primeras respuestas, encubiertas, consisten en respuestas sensomotrices, cognitivas, perceptuales, sociales, afectivas o espirituales, procesadas mediante áreas auditivas, táctiles, visuales o cinestésicas. Por último, las respuestas explícitas, pueden realizarse en diversas modalidades de expresión, tales como la voz, el cuerpo o los instrumentos.<sup>37</sup>

### *3.1.1 Técnicas Receptivas*

La experiencia receptiva centra el proceso terapéutico en la escucha del cliente, ingresando y recibiendo la música en todos sus aspectos. Esta vivencia puede realizarse a través de la escucha de música en vivo o música grabada, ya sea improvisada o pre-compuesta por la persona, terapeuta u otros. La experiencia musical actúa de forma directa sobre el cliente, facilitando respuestas terapéuticas inmediatas y estimulando el proceso terapéutico para lograr algún tipo de modificación en dicho proceso.<sup>38</sup>

El proceso de cambio terapéutico puede desarrollarse durante o posterior a la experiencia de escucha, y puede implicar respuestas musicales o no musicales de la música.<sup>39</sup>

### *3.1.2 Técnicas Activas*

Las técnicas activas son experiencias desarrolladas dentro del contexto de terapia, y consiste en la capacidad del individuo para actuar, improvisar o crear música, de manera individual o grupal.<sup>40</sup>

---

<sup>36</sup> *Ibíd.*

<sup>37</sup> *Ibíd.*

<sup>38</sup> *Ibíd.*

<sup>39</sup> *Ibíd.*

<sup>40</sup> *Ibíd.*

La experiencia activa tiene como finalidad proveer beneficios terapéuticos como eje fundamental de cambio; guiar un proceso de respuesta terapéutica y desencadenar un proceso de cambio terapéutico significativo para el cliente. <sup>41</sup>

A continuación se describirán los modelos de Musicoterapia de Kenneth Bruscia; el Modelo de Musicoterapia Analítica, de Mary Priestley; el Modelo de Benenzon, de Rolando Benenzon; el Abordaje Plurimodal de Diego Shapira; y la disciplina de Eutonía, de Gerda Alexander; considerados atingentes y relevantes como referentes teóricos para la comprensión y análisis del caso clínico.

### **3.2 Kenneth Bruscia**

Kenneth Bruscia, director del doctorado en Musicoterapia en la Universidad de Temple, en Filadelfia, Estados Unidos, inicia sus estudios de Musicoterapia hace varias décadas. Es autor de diversos libros sobre Musicoterapia, que numerosas corrientes de la disciplina han utilizado como referencia. Bruscia busca constantemente una identidad y definición para la Musicoterapia, de manera de aportar claridad, legitimidad y validación en el mundo científico. <sup>42</sup>

Kenneth Bruscia, plantea que la musicoterapia es un proceso que se desarrolla en el tiempo y consiste en una secuencia de experiencias para conseguir un estado deseado; una cantidad de interacciones que conducen a una relación terapeuta-paciente; una serie de encuentros musicales; un proceso paulatino de cambio para el sujeto y una cadena de intervenciones realizadas por el terapeuta. De esta manera, proporciona a la musicoterapia un carácter continuo, gradual y secuencial, desmarcándola de criterios inmediateístas, reduccionistas y efectistas, y recalcando su relevancia como disciplina terapéutica. <sup>43</sup>

La experiencia musical en su totalidad involucra al menos un individuo; un proceso musical específico -escuchar, componer, improvisar y ejecutar- una producción musical -percepción, composición, improvisación o ejecución-; y un

---

<sup>41</sup> *Ibíd.*

<sup>42</sup> Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia. Métodos y Prácticas*. México. Editorial Pax México.

<sup>43</sup> *Ibíd.*

contexto –físico, ambiental, emocional o interpersonal-; los cuales se encuentran estrechamente vinculados.<sup>44</sup>

En el contexto clínico, el significado y la belleza de las experiencias musicales del paciente, se encuentran dentro del sujeto, del proceso, de la producción o del contexto. Cuando la persona se ve enfrentada a sentimientos y emociones complejas o difíciles, la producción musical va a evidenciar dichos sentimientos, no obstante, la estética de la situación radicará en el proceso experimentado por la persona para manifestar tales emociones. De esta manera, cuando el individuo ha superado las dificultades para involucrarse en el proceso terapéutico, la producción musical será estéticamente bella, no debido a una perfección musical, sino a la belleza del proceso en sí mismo, es decir, lograr derribar los obstáculos que impiden su superación. Por lo tanto, el musicoterapeuta se encuentra en una constante búsqueda de lo mejor para el cliente, una búsqueda del significado y la belleza de lo que expresa la persona dentro de la experiencia musical.<sup>45</sup>

La musicoterapia converge en diversos aspectos con la psicoterapia, tales como el brindar a las personas un espacio para encontrar sentido y satisfacción en sus vidas. La psicoterapia musical tiene entre sus fundamentos más frecuentes el pensamiento psicodinámico, la corriente existencial-humanista, la teoría gestáltica, el modelo cognitivo y el enfoque conductual, y centra su atención en las motivaciones conscientes e inconscientes, en las cuestiones latentes o manifiestas, y en las modificaciones explícitas o encubiertas del cliente.<sup>46</sup>

Existen cuatro enfoques identificados, referentes a la participación del cliente en el discurso y la música, los cuales parten de manera progresiva desde un enfoque meramente musical hasta un enfoque meramente verbal.<sup>47</sup>

1. La música es el elemento central del trabajo terapéutico, por lo que no se precisa del discurso verbal.

---

<sup>44</sup> Ibíd.

<sup>45</sup> Ibíd.

<sup>46</sup> Ibíd.

<sup>47</sup> Ibíd.

2. El trabajo terapéutico se realiza principalmente mediante la música, y el discurso verbal se utiliza para conducir, interpretar y/o profundizar en la experiencia musical y el proceso terapéutico.
3. La música y la palabra se utilizan de manera similar en el trabajo terapéutico, ya sea de manera simultánea o alternada. Ambas resultan fundamentales en el quehacer terapéutico, la primera, dado su carácter no verbal, y la última, por su cualidades de profundización y generación de introspección y reflexión.
4. El discurso verbal es el eje central del trabajo terapéutico, por lo que la música se utiliza como un valor agregado para facilitar o enriquecer el proceso.

La musicoterapia involucra diversas disciplinas, con las cuales puede relacionarse para el trabajo terapéutico. La música en psicoterapia artística consiste en la aplicación psicoterapéutica de experiencias con música y artes dentro de la relación cliente-terapeuta. El musicoterapeuta involucra a la persona en actividades artísticas integradas, tales como, escribir canciones, moverse o dibujar con la música. La música adquiere un rol principal, como experiencia focal y la actividad artística proporciona el soporte para apoyar, mejorar y expandir la experiencia primaria.<sup>48</sup>

### **3.3 Musicoterapia Analítica (Modelo Priestley)**

La musicoterapia analítica como enfoque de improvisación, se origina a principios de la década de los 70, en Gran Bretaña. Sus creadores Mary Priestley, Peter Wright y Marjorie Wardle, toman alrededor de dos años en desarrollar dicho enfoque, siendo ellos mismos ejes de experimentación. Posteriormente, Priestley centra su análisis en la exploración y examen clínico, afinando el modelo y expandiéndolo a diversos países del mundo, fundamentalmente en Europa y Norteamérica; por ello es considerada su principal fundadora.<sup>49</sup>

La musicoterapia analítica, es definida como el uso de palabras y música simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta, y tiene como objetivo la exploración de la vida interna del primero, de manera de facilitar su desarrollo.<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> Ibíd.

<sup>49</sup> Bruscia, K. (1999). Modelos de Improvisación en Musicoterapia. España. Editorial Agruparte.

<sup>50</sup> Ibíd.

Este enfoque se fundamenta en el pensamiento analítico, particularmente en el modelo de psicoanálisis de S. Freud, del cual toma el modelo topográfico de la psique (consciente – preconsciente – inconsciente); el modelo estructural de la psique (ello – yo – superyo); el modelo psicosexual del desarrollo (etapa oral, anal, genital); la teoría sobre resistencia y mecanismos de defensa; y el modelo dinámico de la relación. Sin embargo, la diferencia con este pensamiento radica en el papel del terapeuta, ya que el modelo de musicoterapia analítica implica dúos de improvisación recíprocos entre el paciente y el terapeuta, además del discurso verbal, lo que proporciona al musicoterapeuta un rol mucho más activo al momento de analizar y trabajar con sentimientos inconscientes, mientras que en el modelo psicoanalítico, el analista verbal desempeña un papel pasivo en el trabajo terapéutico.<sup>51</sup>

La musicoterapia analítica es tanto verbal como musical, dado que el terapeuta y el paciente interactúan por medio de palabras y música. Por tanto, los agentes primordiales de cambio son las relaciones entre paciente-terapeuta y la música. Estas relaciones se describen en términos musicales y en conceptos psicoanalíticos como transferencia, contratransferencia y alianza de trabajo.<sup>52</sup>

En este enfoque, la música se utiliza para profundizar en la mente inconsciente del paciente y traer a su conciencia aspectos de sí mismo, tales como sentimientos y emociones, siendo su objetivo, la integración de los elementos de la psiquis concientizados por la persona y la edificación constructiva de su personalidad, de manera de vivir de forma más satisfactoria.<sup>53</sup>

En la musicoterapia analítica, la música es la fuerza y motor primordial para la auto-expresión emocional, ya que en ella puede volcarse la tensión de las emociones y los conflictos, de manera de provocar un efecto catártico que conduzca a una tranquilidad profunda, a la armonía, y a la relajación física. Por lo tanto, el paciente acompañado del musicoterapeuta, utiliza la música como un canal expresivo mediante el cual puede descargar la presión de emociones abrumadoras y dolorosas presentes en su historia y/o momento actual.<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> *Ibíd.*

<sup>52</sup> *Ibíd.*

<sup>53</sup> Ruud, E. (1990). *Los Caminos de la Musicoterapia*. Buenos Aires. Editorial Bonum.

<sup>54</sup> *Ibíd.*



La musicoterapia analítica puede considerarse como psicoterapia de apoyo, ya que tiene como propósito reforzar las defensas existentes, desarrollar mecanismo más adecuados para mantener y restablecer un equilibrio adaptativo.<sup>55</sup>

### 3.4 Modelo Benenzon

El año 1969, Rolando Benenzon comienza a crear el modelo de musicoterapia Benenzon, a partir de sus experiencias clínicas como supervisor y musicoterapeuta. Sus bases teóricas se fundamentan en el pensamiento psicoanalítico de Freud y Jung, de los cuales toma los conceptos de inconsciente y energía, y arquetipos e inconsciente colectivo, respectivamente; de la teoría de la comunicación de Watslawick, la comunicación analógica; de Winnicott, el objeto intermediario, el espacio transicional, el juego y origen del arte; de Lorenz, la teoría del imprinting; de Wertheimer y Kohler, la Teoría de la Gestalt; de Didier Anzieu, el Yo-Piel; de Pierre Schaeffer, la ruptura de la forma musical, estudio del objeto sonoro y la música concreta; de John Cage, el piano preparado; de Varese, Schoenberg, Martenot, Duchamps, el arte contemporáneo; de Dalcroze, Willems, Orff, Kodaly, la ruptura de la Educación Musical estructurada; de Deleuze, Italo Calvino, Paul Virilio, Adorno, Tzvetan Todorov, nuevos caminos de la filosofía; y de Herman Hesse, Borges, Cortázar, la literatura.<sup>56</sup>

Rolando Benenzon considera necesario establecer una definición de musicoterapia que integre aspectos científicos y terapéuticos, por lo que durante sus años de estudio e investigación oscila entre diversas definiciones. Actualmente plantea la siguiente definición:<sup>57</sup>

*“La Musicoterapia es una psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoro-musicales para establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente o grupos de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad”.*

Esta definición considera a la musicoterapia como una psicoterapia, centrada en una relación entre dos o más individuos y basada en la comunicación verbal y no verbal entre dichas partes. En este sentido, el terapeuta, dado sus conocimientos

---

<sup>55</sup> Ibíd.

<sup>56</sup> Benenzon, R, Op. Cit.

<sup>57</sup> Ibíd. P.7

psicológicos, realiza una intervención orientada a modificar la experiencia psíquica y síntomas presentes, las funciones mentales y conductas del paciente, junto con mediar en los modelos de su comportamiento y favorecer un crecimiento armónico de su personalidad.<sup>58</sup>

Otro concepto presente en la definición es la música, la cual no se utiliza de manera aislada, sino que se integra el movimiento y otros fenómenos sonoros, abordando en su totalidad, la comunicación no verbal. A su vez, se consideran los instrumentos córporeo-sonoro-musicales como eje de esta interacción analógica.<sup>59</sup>

Cabe destacar que dentro de la definición de musicoterapia del modelo Benenzon, el concepto y objetivo principal radica en establecer una relación, un proceso vincular entre los involucrados en la situación terapéutica, utilizando la comunicación analógica como intermediario no verbal fundamental.<sup>60</sup>

En el proceso vincular mencionado, entran en juegos distintos instrumentos córporeo-sonoro-musicales:<sup>61</sup>

- Corporales: El cuerpo humano, con toda su potencialidad sonora-vibracional, es utilizado como instrumento primordial.
- Naturales: Aquellos elementos de la naturaleza, utilizados de manera espontánea, que producen sonidos por sí mismos, sin la intromisión de del ser humano.
- Cotidianos: Aquellos instrumentos de uso diario que pueden producir sonoridades por su sola utilización o por la costumbre inherente a dicho uso.
- Creados: Instrumentos fabricados, creados o improvisados por el paciente y/o el musicoterapeuta, con el objetivo de establecer un vínculo mediante los mismos. Pueden ser fabricados con diversos materiales naturales y pueden ser de uso diario.

---

<sup>58</sup> Ibíd.

<sup>59</sup> Ibíd.

<sup>60</sup> Ibíd.

<sup>61</sup> Ibíd.

- Musicales: Aquellos instrumentos fabricados industrial o artesanalmente en escala, pertenecientes a una determinada cultura, no necesariamente en la que estén inmersos el paciente y el musicoterapeuta.
- Electrónicos: Elementos pertenecientes a la categoría de reproductores de sonido, como computadores, sintetizadores, grabadores, entre otros.

De este modo, los instrumentos córporo-sonoro-musicales se convierten en objetos que permiten al paciente y/o musicoterapeuta adaptarse a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales producidos en la relación vincular. A su vez, el paciente puede utilizar el instrumento para distintos objetivos, según el momento y la circunstancia. Los objetos pueden clasificarse de la siguiente manera: <sup>62</sup>

- Objeto experimental: Son los primeros instrumentos que impactan al paciente. El individuo explora los instrumentos y experimenta su textura, color, forma y sonido. Esta experimentación de los objetos, es realizada mediante la observación, el tacto y manipulación de los mismos, para finalmente dar comienzo, de manera instintiva, a la ejecución.
- Objeto catártico: Aquellos instrumentos experimentales que paulatinamente posibilitan la descarga tensional acumulada hasta ese momento, es decir, el paciente logra descargar en el objeto su tensión energética, consiguiendo sensaciones gratificantes. Dicha descarga, permite organizar la producción sonora, surgiendo los primeros ritmos estructurados.
- Objeto defensivo: Aquellos instrumentos que permiten al paciente esconder la ansiedad provocada por la situación terapéutica. El sujeto mantiene el objeto elegido durante toda la sesión, y adquiere una actitud corporal rígida, ocultando su cuerpo y expresiones corporales.
- Objeto enquistado: El instrumento tiene como finalidad la manipulación. El objeto y el cuerpo del paciente se transforman en una sola unidad indiferenciada, por ello el instrumento no es utilizado para la comunicación, expresión y/o producción sonora determinada.
- Objeto intermediario: Aquellos instrumentos que favorecen el paso de energía y comunicación entre un sujeto y otro. Este objeto es un instrumento vincular que

---

<sup>62</sup> Benenson, R. (2002). De la Teoría a la Práctica. Buenos Aires. Editorial Paidós.

permite la creación de canales de comunicación y expresión extrapsíquicos, sin generar estados de alarma en el paciente.

- Objeto integrador: Es aquel instrumento córporo-sonoro-musical, que permite que dos individuos se interrelacionen entre sí.

### **3.5 Abordaje Plurimodal**

El Abordaje Plurimodal (APM) comienza a configurarse durante los primeros años de la década del 90, constituyéndose como enfoque a fines de la misma. La plurimodalidad del abordaje, se refiere a dos dimensiones, una teórica, la cual alude a no estar inscripto firmemente dentro de ningún modelo musicoterapéutico, sino tomar conceptos de las distintas corrientes de esta disciplina; y otra, práctica, en la cual no se toman técnicas, recursos o procedimientos de manera exclusiva, sino que se adaptan a la realidad del individuo y/o población a la que se está asistiendo. En estos puntos radica la plasticidad y flexibilidad del enfoque.<sup>63</sup>

Los fundamentos teóricos de este enfoque, principalmente su concepción de sujeto y su teoría musicoterapéutica, son tomados del Modelo de Musicoterapia Analítica de Mary Priestley. No obstante, también tiene a la base diversos pensadores de la disciplina, tales como Kenneth Bruscia, Marly Chagas, Lia Rejane Mendes Barcellos, Ronaldo Milleco, Martha Negreiros, Kenneth Aigen, Clive Robbins, Rudy Garred, Henk Smeijsters, Even Ruud, Brynjulf Stige, Barbara Wheeler, Edith Lecourt, entre otros.<sup>64</sup>

El Abordaje Plurimodal considera al ser humano como una unidad biopsicosocialespiritual, estableciendo una visión holística del individuo y reconociéndolo como un ente integral, donde sus dimensiones, biológica, psíquica, social y espiritual, se interrelacionan de manera constante. Por ello, la concepción de enfermedad, ya no radica en una unicausalidad, sino en un ente multicausal y multidimensional, siendo la salud un estado de bienestar, orientada a la calidad de vida y a la comprensión de las distintas dimensiones del ser humano.<sup>65</sup>

Este enfoque, al estar inmerso dentro del pensamiento psicodinámico, concibe al individuo como sujeto con vida psíquica en permanente movimiento y evolución, donde

---

<sup>63</sup> Schapira, D. (2007) El Abordaje Plurimodal. Argentina. ADIM Ediciones.

<sup>64</sup> Ibíd.

<sup>65</sup> Ibíd.

su vida actual, sus actividades y sus relaciones, se encuentran estrechamente ligadas a su historia. Esta visión se relaciona con la idea de música interna de Mary Priestley, que también adhiere el abordaje plurimodal, y que consiste en el clima emocional prevalente detrás de la estructura de los pensamientos, ubicado en el inconsciente. Cada individuo tiene su territorio musical desde donde comienza el proceso musicoterapéutico, el cual tiene que ver con su manera de estar en la música, lo que consiguientemente conllevará a su manera de estar en la vida. <sup>66</sup>

Los ejes de acción del Abordaje Plurimodal se entrecruzan constantemente en las intervenciones musicoterapéuticas, ya que se utilizan según las necesidades y requerimientos de los individuos. Estos ejes son los siguientes: <sup>67</sup>

- Improvisación Musical Terapéutica: Consiste en el uso de la improvisación musical en un encuadre establecido de confianza y contención, para atender las necesidades de los usuarios. Estas improvisaciones pueden ser no referenciales o libres, las que revisten un carácter netamente exploratorio, y referenciales, las que implican indicación o sugerencia sobre alguna temática acerca de la cual se quiere improvisar.
- Trabajo con canciones: Permite a los pacientes dar un significado a sus conflictos, materializando los afectos, emociones y sentimientos asociados a dicho padecer.
- Técnica de EISS o estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido: Consiste en la audición de una secuencia de estímulos musicales, diseñada cuidadosamente por el musicoterapeuta para el paciente, durante el proceso musicoterapéutico.
- Uso selectivo de la música editada: Consiste en la utilización de música en función de la subjetividad de los individuos, de manera de conectarse con la historia personal y social de los mismos

---

<sup>66</sup> Ibíd.

<sup>67</sup> Ibíd.

### 3.6 Eutonía

La creación de la palabra eutonía data del año 1957, por Gerda Alexander, y pretende conseguir la unidad psicofísica de los seres humanos, mediante una observación profunda y una actuación consciente sobre la propia tensión muscular y nerviosa. El comportamiento, el movimiento, la respiración y la voz puede tener influencia en el estado físico, mental y emocional, por tanto, las alternaciones de dichos aspectos modifican no sólo los estados ya mencionados, sino también la conciencia del individuo.<sup>68</sup>

La eutonía y sus elementos terapéuticos, tiene como objetivo conseguir que los individuos, de manera consciente, puedan equilibrar su tono muscular y regular los efectos que proceden del exterior, así como desarrollar su capacidad de contacto.<sup>69</sup>

Cuando se practica la eutonía, el desarrollo de la sensibilidad superficial y profunda, tiene una gran influencia en los procesos involuntarios que regulan el tono muscular y las funciones vegetativas. En esta práctica, se realiza un recorrido gradual por cada parte del cuerpo, para que de esta manera, el individuo dirija progresivamente su atención a dichos segmento, observando y registrando cada sensación experimentada.<sup>70</sup>

En el sucederse de la observación y auto-observación, surgen en el individuo nuevas organizaciones corporales, que se diversifican, generando nuevas formas de interrogar y de conectarse, abriéndose a un nuevo estilo de observar.<sup>71</sup>

La eutonía es una práctica que, mediante consignas, toques y experimentaciones de movimiento, construye estados perceptivos que abren el cuerpo hacia una nueva conciencia, donde sus efectos son la flexibilidad del tono muscular, la postura corporal, la respiración, la vivificación de la sensibilidad profunda y superficial, las regulaciones del metabolismo, la estructura ósea, la circulación y otras funciones del sistema nervioso.<sup>72</sup>

---

<sup>68</sup> Hemsy de Gainza, V. – Kesselman, S. (2003). Música y Eutonía: El Cuerpo en Estado de Arte. México. Editorial Lumen.

<sup>69</sup> *Ibíd.*

<sup>70</sup> Vishnivetz, B. (1996). Eutonía: Educación del Cuerpo y del Ser. Barcelona. Editorial Paidós.

<sup>71</sup> Hemsy de Gainza, V. – Kesselman, S. Op. Cit., p51

<sup>72</sup> *Ibíd.*

#### 4 MUSICOTERAPIA ONCOLÓGICA

La musicoterapia es relevante en el tratamiento oncológico, ya que actúa como un recurso que favorece la interacción social y la estimulación del sistema inmunológico. Permite explorar sentimientos, realizar cambios positivos en el estado emocional y en el estado de ánimo, y aprender a poner en práctica habilidades para resolver problemas y conflictos.<sup>73</sup>

La evidencia de experiencias anteriores muestra cómo la musicoterapia es especialmente eficaz para la inducción de estados de relajación, disminución del dolor y la ansiedad, facilitación de la expresión emocional, reducción de la fatiga física y emocional, e incremento de la seguridad personal y autoestima.<sup>74</sup>

Además, se ha demostrado la importancia de la musicoterapia oncológica como parte de tratamientos multidisciplinarios que abordan las diferentes dimensiones de lo humano, lo físico y psíquico, la curación de la enfermedad misma y modificación de creencias, emociones, actitudes y estilos de vida “cancerígenos” en los (as) pacientes.<sup>75</sup>

El año 2003, en la Universidad de Roschester, E.E.U.U, fue realizado un estudio para comprobar la efectividad de la MT en oncología, con pacientes trasplantados de médula.<sup>76</sup>

La muestra total fue comprendida por 42 pacientes, de edades entre 5 y 65 años, ingresados por linfomas, leucemias y tumores sólidos. De este total, 23 pacientes fueron sometidos a sesiones de musicoterapia después del trasplante, mientras que los 19 restantes fueron configurados como grupo control, sin recibir dicha intervención.<sup>77</sup>

---

<sup>73</sup> Martins, E. (2002). Music Therapy and Oncology at the National Institute of Cancer. Revista Voices: A World Forum for Music Therapy, Vol 5. N° 3. Consultado el 12.11.11 en <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/viewArticle/234/178>

<sup>74</sup> Ibid.

<sup>75</sup> Ibid.

<sup>76</sup> Rickey, T. (2003). Music Therapy Strikes a Chord With Cancer Patients. Consultado el 8.09.11 en <http://www.urmc.rochester.edu/news/story/index.cfm?id=336>

<sup>77</sup> Ibid.

Posterior al trasplante de médula, se realizaron 2 sesiones a la semana, donde se llevaron a cabo actividades de musicoterapia receptiva (relajación asistida e imaginación), arrojando resultados muy significativos sobre la disminución del dolor y náuseas, así como también sobre la producción de glóbulos blancos, la que en el grupo control demoró en promedio 15,5 días y en el grupo sometido a musicoterapia, sólo 13, 5 días.<sup>78</sup>

Estos resultados motivaron al equipo a insertar la musicoterapia en otros hospitales, donde se propusieron además metodologías activas, como por ejemplo construir y tocar canciones requeridas por los pacientes, ayudarlos a tocar instrumentos y construir sus propias canciones, o hablar sobre sus canciones favoritas.<sup>79</sup>

A partir de las experiencias musicoterapéuticas en el tratamiento del cáncer, se puede establecer que la disciplina provee de un entorno de alivio en un contexto de dolor e incertidumbre. Al mismo tiempo, se convierte en un canal de expresión para el mismo dolor, muchas veces no expresado, abordando diversas cuestiones relativas a la espiritualidad y significado de la vida y la muerte.<sup>80</sup>

A su vez, la musicoterapia es relevante en el tratamiento oncológico, ya que actúa como un recurso que favorece la interacción social y la estimulación del sistema inmunológico, permitiendo la exploración de sentimientos, realización de cambios positivos en el estado emocional y en el estado de ánimo, y el aprendizaje de habilidades para resolver problemas y conflictos.<sup>81</sup>

Por lo tanto, la intervención musicoterapéutica consiste en ofrecer experiencias musicales que fomenten la capacidad del paciente, y su familia, para lidiar con la situación que se encuentra viviendo, incrementando su autoestima y contribuyendo a su estado de salud general y su calidad de vida.<sup>82</sup>

---

<sup>78</sup> *Ibíd.*

<sup>79</sup> *Ibíd.*

<sup>80</sup> Martins, E. Op. Cit.

<sup>81</sup> *Ibíd.*

<sup>82</sup> *Ibíd.*



## 5. PSICONEUROINMUNOLOGÍA, EMOCIONALIDAD Y MUSICOTERAPIA

Existen diversas investigaciones que evidencian que los acontecimientos adversos de la vida y los estados emocionales se encuentran estrechamente ligados a las funciones corporales e inmunitarias, pudiendo impactarlas negativamente. De igual manera se ha planteado que los estados afectivos positivos ejercen un efecto protector sobre la salud, ya que están íntimamente vinculados a los procesos biológicos e inmunológicos involucrados en la condición de salud, es decir, sensaciones placenteras o de bienestar disminuyen la actividad neuroendocrina, inflamatoria y cardiovascular, y por ello, el riesgo de enfermedades cardiovasculares o crónicas.<sup>83</sup>

La psiquis y el cerebro regulan todas las actividades del ámbito afectivo e influyen sobre el sistema inmunológico, por ello, los seres humanos pueden tener la capacidad de modificar las tendencias negativas y guiar el sistema inmunológico hacia un estado de funcionamiento óptimo.<sup>84</sup>

La música, dado su carácter analógico, se puede conectar con los aspectos emocionales del cerebro humano, por ello es un elemento que contribuye a inducir estados de relajación, distraer en situaciones de dolor, disminuir ansiedades y temores, entre otros. La intervención musicoterapéutica incrementa la motivación, eleva el humor, y refuerza los sentimientos de control y responsabilidad. A su vez, proporciona un soporte emocional, orientación a la realidad y al entorno, estimulación sensitiva, facilita la comunicación y la expresión, y la adquisición de habilidades cognitivas, y socioafectivas.<sup>85</sup>

La musicoterapia, como disciplina terapéutica, tiene efectos sobre las emociones y la función inmunitaria, particularmente en situaciones de dolor, el cual es un elemento subjetivo, ya que la intensidad de los estímulos nocivos no necesariamente guarda relación con la magnitud del dolor percibido. Por ello, la intervención musicoterapéutica

---

<sup>83</sup> Marsiglia, I (2009). La Psiconeuroinmunología: Nueva Visión sobre la Salud y la Enfermedad. Consultado el 4.07.11 en <http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v117n3/art02.pdf>

<sup>84</sup> Fors, M. (1999). La Psiconeuroinmunología: Una Nueva Ciencia en el Tratamiento de Enfermedades. Revisión Bibliográfica. Consultado el 6.06.11 en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03001999000100018&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03001999000100018&script=sci_arttext)

<sup>85</sup> Alonso-Cardaño, A. (2008). Tratamiento Multidisciplinar para el Dolor Lumbar Crónico: Programa de Musicoterapia. Consultado el 30.06.11 en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462008000400004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462008000400004&script=sci_arttext)

se encuentra orientada a mermar la percepción del dolor, alternando los procesos cognitivos, afectivos y sensitivos, mediante actividades lúdicas, de distracción y de relajación; y provocar modificaciones en el estado de ánimo, y en la manera de expresar el dolor.<sup>86</sup>

O'Callaghan plantea cuatro postulados teóricos acerca de la cualidad paliativa de la musicoterapia en situaciones de dolor; el vínculo psicológico entre música y dolor; la teoría psicofisiológica, donde existe una posible activación de las vías inhibitorias involucradas en la percepción del dolor; mecanismo medulares que se encuentran implicados en la modulación del dolor; y la importancia de las endorfinas. Junto con ello, el autor observa que la musicoterapia es una experiencia positiva en los pacientes, ya que reduce las ansiedades y temores asociados a la situación de enfermedad y dolor, y proporciona mecanismos de afrontamiento de dicha situación. Por tanto, provoca una mejora en el bienestar psíquico y físico de los individuos.<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> Gavrin, Jonathan; Fleisher, Lee A. (2006). Cuidados Paliativos: Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica. Consultado el 29.06.11 en [http://books.google.cl/books?id=eHcPtc4tQpAC&pg=PA98&dq=medicina+y+musicoterapia&hl=es&ei=MvSpTMbaJoaBIAeFi\\_3yDA&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=9&ved=0CFYQ6AEwCA#v=onepage&q=medicina%20y%20musicoterapia&f=false](http://books.google.cl/books?id=eHcPtc4tQpAC&pg=PA98&dq=medicina+y+musicoterapia&hl=es&ei=MvSpTMbaJoaBIAeFi_3yDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CFYQ6AEwCA#v=onepage&q=medicina%20y%20musicoterapia&f=false)

<sup>87</sup> *Ibíd.*

## IV. PROCESO MUSICOTERAPEÚTICO

### EL CASO E.V

#### 1. Contexto

La Unidad de Hematología Oncológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ubicado en avenida Santos Dumont # 999, Independencia, se encuentra en el 2° Piso, sector D, de la institución. La Unidad de Hematología Oncológica -U.H.O-, tiene como objetivo primordial el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la sangre, tales como Anemia, Neutropenia, Trombocitopenia, Trombosis –Trombofilia-, enfermedades de la coagulación -Hemofilia, Enfermedad de Von Willebrand- y enfermedades malignas -Leucemias Agudas y Crónicas, Linfomas, Hodgkin y Mieloma Múltiple-.

La Unidad se encuentra conformada por un equipo multidisciplinario, que consta de 6 médicos, una psicóloga, auxiliares de enfermería y una planta de enfermeras universitarias especializadas en atención de pacientes oncohematológicos. Dentro de la sección, existen dos unidades de trasplante de médula ósea, las cuales cuentan con un total de 12 camas dispuestas para los pacientes y donde se les brinda la atención y los cuidados necesarios para el tratamiento específico de su enfermedad. Cada sala es individual y aislada con filtros de aire HEPA para mayor protección de cualquier agente patógeno que pudiera mermar su condición de salud, por lo que las visitas se encuentran restringidas y permanentemente monitoreadas.

Debido a tales medidas precautorias, los pacientes se relacionan principalmente con el personal de enfermería, psicóloga y médico tratante. Con el equipo de enfermería, los pacientes mantienen una relación de cercanía, debido a los turnos extensos de dicho equipo, lo que provoca que se encuentren mayor tiempo en la unidad. No obstante, pese a la contribución significativa de dichos profesionales, no se realiza un proceso terapéutico con los pacientes.

Con respecto a los médicos tratantes, el vínculo es distinto, ya que no necesariamente se encuentran disponibles para aclarar dudas e inquietudes de los pacientes, remitiéndose a proporcionar datos médicos respecto al estado de salud, lo que evidencia una distancia significativa entre ambos individuos, y una sensación de incertidumbre, ansiedad e incomprensión en los pacientes. Cabe destacar que esta

situación también es percibida por el personal, incluido el administrativo, dado que muestran cierto recelo al momento de relacionarse con el equipo médico, centrándose en transmitir la información precisa requerida por dicho equipo, sin demasiada insistencia, para no provocar malestar y/o incomodidad en ellos. Esto provoca que se observe un clima de tensión y “temor” hacia las autoridades médicas.

Esta distancia observada entre pacientes y médicos tratantes, se encuentra mediada por la psicóloga de la Unidad, la cual centra su trabajo en acompañar y contener terapéuticamente a los pacientes y darle un lugar a esas incertidumbres e inquietudes no satisfechas por el médico, por lo que es una instancia muy valorada por ellos. Sin embargo, debido a la cantidad de pacientes y a las diversas necesidades y responsabilidades de la profesional, se hace difícil la posibilidad de atenderlos semanalmente, lo que influye en la continuidad de la intervención y en la posibilidad de realizar un proceso terapéutico.

Las temáticas mencionadas anteriormente, contribuyen al desmedro del bienestar general de los pacientes con diagnóstico hemato-oncológico, ya que no cuentan con un espacio terapéutico semanal, donde les sea posible dar lugar de manera continua al malestar biopsicosocial asociado al proceso de enfermedad.

A partir del año 2006, se integran alumnos del Postítulo de Especialización en Musicoterapia de la Universidad de Chile, para realizar su práctica profesional, efectuando intervenciones a nivel individual, en la Unidad de Hematología Oncológica, y a nivel grupal, en la Unidad de Quimioterapia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

En el año 2011, se realizan por primera vez talleres de apoyo psicosocial, dirigidos a pacientes con diagnóstico oncológico y sus familias, con el objetivo de brindar un espacio para enfrentar de forma más adaptativa el proceso de enfermedad, mejorar su calidad de vida y facilitar el establecimiento de una red de personas que se encuentren pasando por situaciones similares, de manera que puedan compartir experiencias, validar sus emociones, identificar reacciones comunes y reducir sentimientos de inadecuación, que pueden surgir frente al cáncer y sus consecuencias. A su vez, el confrontar aspectos importantes de la enfermedad, facilita el crecimiento personal y la estimulación de habilidades para mejorar sus síntomas y reorganizar sus prioridades en la vida.

Esta experiencia de apoyo psicosocial, también se acompaña de una modalidad pionera en la unidad e institución, la inclusión de la musicoterapia como disciplina complementaria, lo cual pone de manifiesto en el equipo médico, la relevancia de un abordaje integral en la temática oncológica.

La intervención musicoterapéutica se encuentra dirigida a proporcionar, a las personas con diagnóstico oncológico y sus familias, herramientas concretas para afrontar el proceso de enfermedad y conectarlos con sus propios recursos expresivos, creativos y córporo-sonoro musicales. A su vez, su utilización como complemento de la terapia de apoyo tradicional, provee de diversas estrategias sonoro-corporales, que pueden contribuir de manera significativa al carácter vivencial de la experiencia, abordando temáticas y conflictivas no verbalizadas por los pacientes y sus familias, favoreciendo a su estado de salud general y su calidad de vida, abriendo canales de comunicación y promoviendo la seguridad, la expresión de emociones, la creatividad, la autoestima y aprendizaje de habilidades, en un clima lúdico y no amenazante.

## **2. Presentación Caso Clínico**

### **2.1 Identificación**

Nombre: E.

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 1989

Edad: 22 años

Escolaridad: 1° año Diseño Industrial

Estado Civil: Soltero

## **2.2 Antecedentes Familiares**

E. vive con sus padres en un sector a las afueras de Santiago. Es el menor de cuatro hermanos, de 32, 34 y 40 años, respectivamente, con los que refiere tener una relación distante, dada la diferencia de edad y las etapas de vida – sus tres hermanos están casados hace algunos años-.

La madre del paciente trabaja como cuidadora en un hogar de ancianos y tiene turnos complejos, ya sea de día o de noche, por lo que llega a su casa muy cansada, no pudiendo visitar a su hijo en ciertas ocasiones. No obstante, lo llama constantemente, estando siempre atenta a su situación y evolución. E. refiere tener una muy buena relación con su madre, recalcando su preocupación y esfuerzo por acompañarlo y cuidarlo permanentemente.

El padre de E. trabaja como chofer de transantiago, por lo que sus turnos también son extenuantes, y generalmente de madrugada. Sin embargo, visita a su hijo diariamente, acompañándolo en las tardes, donde, producto del cansancio, se ha quedado dormido en diversas ocasiones. El paciente refiere tener una relación distante con su padre, con quien conversa esporádicamente y de manera escueta, ya que considera que este sólo se acerca para rectificarle ciertas cuestiones y decirle lo que debe hacer, sin profundizar en los aspectos involucrados en dichas cuestiones.

El paciente relata haber estado en una relación sentimental hace aproximadamente un año, la cual termina de manera abrupta, sin mayor comprensión de su parte. Esta relación dura 4 años, siendo muy importante para E., por lo que manifiesta tener intención de retomar el contacto para conversar acerca de tal situación, la que refiere no haber superado totalmente.

Con respecto a sus estudios, E. menciona que le interesa retomar su carrera, congelada producto de la enfermedad, ya que le agrada en demasía el área del diseño, principalmente la construcción de muebles. Por ello, durante su estadía en el hospital, se mantiene vigente artísticamente, creando, dibujando y pintando elementos que son de su interés.

E. refiere que previo a la enfermedad, pasa por un período “dark”, escuchando música de este estilo y utilizando vestimenta del tipo “alternativo”. Esta tendencia se caracteriza por sonidos oscuros y letras muy profundas y emocionales, y atuendos oscuros, por lo que E. menciona que su vestuario estaba basado principalmente en el

color negro. Actualmente, el paciente señala que ha ido integrando mayores colores a su vestimenta y ha explorado nuevos estilos musicales.

Luego del diagnóstico de la enfermedad, el paciente refiere haber notado cambios en la relación con su familia. Con su madre, siempre tuvo un vínculo significativo, lo que se mantiene y refuerza, posterior al diagnóstico; con su padre, la relación ha mejorado, ya que han podido conversar en profundidad, sin la intervención de reproches o cuestionamientos; y con sus hermanos, la relación también se ha afianzado, ya que lo llaman constantemente y cuando está en su hogar, lo visitan con sus sobrinos.

### **2.3 Antecedentes Clínicos**

E. ingresa de urgencia a la Clínica Dávila, en Enero del año 2011, a raíz de una descompensación grave de sus signos vitales, producto de una anemia en estado avanzado, la cual no había sido tratada. En dicha institución lo diagnostican con Leucemia Linfoblástica Aguda, Filadelfia Positivo, y realizan un primer tratamiento de quimioterapia. Posterior a esta intervención, y debido a razones económicas y médicas, se deriva al Hospital Clínico de la Universidad de Chile, donde actualmente realiza su tratamiento.

Al ingreso a la Unidad de Hematología Oncológica, E. se encuentra muy afectado por el tratamiento, no tolerando las intervenciones y reaccionando de manera compleja al dolor y a la enfermedad. E. presenta en un comienzo, enuresis y episodios de marcada angustia, haciendo muy dificultoso la realización de los procedimientos médicos, lo cual pone de manifiesto la fragilidad de la estructura psíquica del paciente y el riesgo inminente de una descompensación, producto del diagnóstico oncológico. Por ello, la psicóloga de la unidad sugiere trabajar de manera complementaria con E., es decir, acompañar el seguimiento psicológico que ella realiza, con un proceso musicoterapéutico individual, de manera de brindar mayor sostén y contención al paciente, y preservar su estado psicológico, con herramientas distintas, novedosas y cercanas a la orientación artística de E.

## **2.4 Antecedentes Musicales**

E. refiere que la música presente durante su infancia, oscila entre la música que escuchaba su madre y la música que escuchaba su hermano mayor, ya que su padre nunca tuvo mayor cercanía musical, escuchando únicamente las carreras de caballo, que llamaban en demasía su atención.

Su madre escuchaba principalmente música romántica, como Luis Miguel, Marco Antonio Solís, Marc Anthony, Salvatore Adamo y otros cantantes italo ibéricos que no recuerda. A su vez, su hermano mayor escuchaba fundamentalmente música en inglés de la década del 70 y 90, tales como, Led Zepellin, The Doors, Santana, Joe Satriani, Alice in Chains y Nirvana. E. refiere que la música que más llamaba su atención era la de su hermano, influenciando sus gustos musicales actuales.

El paciente menciona que también escuchaba música con su abuelo desde muy pequeño, particularmente la radio AM, donde oían autores de los años 40 y 50, tales como Edith Piaf y otros cantantes americanos. E. refiere que su abuelo marca su interés por la música “retro”.

Con respecto a la formación musical en su familia, E. refiere que ningún integrante tiene conocimientos musicales (“todos somos fracasados en ese tema”), sin embargo, menciona que su hermana aprende a tocar guitarra durante sus estudios de educación parvularia, pero finalmente deja el instrumento.

E. señala que actualmente escucha música inglesa de la década de los 80, tal como, David Bowie y Morrissey; y americana, como Garbage y Nirvana, destacando a esta última como la banda que marca su niñez y adolescencia. De igual forma, refiere que ha estado escuchando a una cantante británica emergente, llamada Adele. El paciente menciona que siempre le ha gustado la misma música y que es un elemento relevante en su vida.

## **3. Objetivos**

Los objetivos del presente proceso musicoterapéutico se plantean, luego de la primera entrevista con el paciente, y corresponden, en términos generales, a lo que se pretende trabajar durante la intervención, no obstante, luego de la fase de diagnóstico, se incorporan nuevos objetivos, conformes a la información recabada de la situación de E., de manera de brindar una mirada particular al proceso.



### **3.1 Objetivo General**

- Favorecer el bienestar biopsicosocial y el fortalecimiento del sistema inmunológico del paciente E., de la Unidad de Hematología Oncológica, mediante la utilización de técnicas musicoterapéuticas y corporales.

### **3.2 Objetivos Específicos**

- Desarrollar y fortalecer el vínculo entre paciente y musicoterapeuta.
- Brindar un espacio de contención, apertura y conexión con los propios recursos expresivos y creativos.
- Permitir un afrontamiento más adaptativo del proceso de enfermedad.
- Posibilitar, a través de experiencias sensibles y vivenciales córporo-sonoro-musicales, la toma de contacto, la identificación y expresión de vivencias y emociones asociadas al proceso de enfermedad.
- Fortalecer los vínculos familiares y significativos.
- Desarrollar mecanismos de simbolización, a través de elementos sonoro-musicales, corporales, gráficos y verbales.
- Favorecer nuevas formas de relacionarse con los otros, a través de vivencias córporo-sonoro-musicales.
- Proporcionar herramientas para la disminución del dolor mediante técnicas de relajación, respiración y consciencia corporal.

## **4. Metodología**

La metodología utilizada en el transcurso del proceso musicoterapéutico del paciente E., se centra principalmente en dos ejes, la música y la palabra, con sus elementos y técnicas correspondientes. Para dicho trabajo, se utilizan técnicas del modelo Benenzon y Priestley, y conceptos propuestos por Kenneth Bruscia. No obstante, cabe decir que el proceso musicoterapéutico se encuentra en constante análisis y revisión, de manera de adaptarse a las necesidades y requerimientos del paciente, fundamentalmente dada la situación de salud compleja y las condiciones de hospitalización. Las sesiones se realizan dentro de la habitación del paciente, por lo que el setting fue adaptado a este espacio.

El ingreso a la habitación del paciente, exige una preparación previa, la cual incluye la esterilización de todo individuo y objeto, de manera de prevenir la

propagación o contagio de bacterias y/o virus, producto de los fuertes tratamientos que recibe el paciente, lo cual debilita significativamente su sistema inmunológico.

El procedimiento de esterilización, durante el proceso musicoterapéutico, tiene una duración de aproximadamente 30 minutos, en los cuales todos los instrumentos y equipos de audio, deben ser minuciosamente desinfectados con alcohol. A su vez, la musicoterapeuta también debe realizar el procedimiento, limpiando sus manos y utilizando un vestuario esterilizado – gorra, pechera, cubrecalzado y mascarilla-. Luego de la realización del procedimiento, los instrumentos se instalan en una mesa portátil, para facilitar su traslado y ubicación en la habitación.

#### **4.1 Sesiones**

El proceso musicoterapéutico de E.V se desarrolla a lo largo de 19 sesiones, en el transcurso de los meses de Junio y Noviembre del año 2011, con una frecuencia variable de 0, 1 o 2 veces por semana, según estado de salud del paciente y su estadía en el hospital, ya que luego de cada ciclo de quimioterapia, regresa a su hogar alrededor de 2 o 3 semanas. La duración de las sesiones también es variable, de 60 a 90 minutos, según necesidades y requerimientos del paciente.

Las 19 sesiones se realizan en la habitación del paciente en la Unidad de Hematología Oncológica. Cada sesión requiere de una preparación previa de 30 minutos, aproximadamente, dados los procedimientos de esterilización exhaustivos, del terapeuta y los instrumentos y objetos a ingresar, y a la instalación de equipo de audio – grabador WMA, radio CD y parlantes-. Todas las sesiones son registradas en audio, previa autorización del paciente.

La estructura de las sesiones es variable, según el estado de salud del paciente y sus necesidades e inquietudes, y consisten en un inicio, en el cual generalmente se realiza una actividad receptiva; desarrollo, donde se utilizan técnicas activas; y cierre, donde se realiza una verbalización acerca de la experiencia o alguna situación que el paciente quisiera comentar.

A su vez, el proceso musicoterapéutico en su totalidad se organiza en tres etapas, agrupadas según los momentos y aspectos trabajados durante la intervención: Fase Inicial, Fase Intermedia, y Fase Final.

El proceso es apoyado por una supervisión semanal, realizada por la musicoterapeuta y docente, Patricia Lallana, de modo de brindar una atención integral y responsable al paciente.

#### 4.2 Setting

El setting (Anexo 1) se encuentra compuesto por una serie de instrumentos, siempre dispuestos para la improvisación y la realización de la sesiones.

Los instrumentos y recursos utilizados para las sesiones se estructurarán según las fases del proceso:

Instrumentos / Recursos	Fase Inicial	Fase Intermedia	Fase Final
Maracas – Sonajeros – Panderero	X	X	X
Guiro – Toc-Toc – Castañuelas	X	X	X
Metalófono – Triángulo – Ago-gó	X	X	X
Kalimba	X	X	X
Kalimba Grande	X	X	X
Shekeré – Melódica		X	X
Grabador WMA – Parlantes- Radio CD	X	X	X

#### 4.3 Técnicas y Actividades

Las técnicas y actividades utilizadas durante el proceso musicoterapéutico se relacionan con los objetivos propuestos, pero preferentemente a las necesidades y requerimientos del paciente, en relación a su estado de salud y a su desarrollo creativo y expresivo.

#### 4.3.1 *Técnicas Receptivas*

- Escucha de las improvisaciones sonoras: Se realiza una escucha de las improvisaciones realizadas por el paciente, y de las improvisaciones vinculares, entre paciente y terapeuta.
- Baño Sonoro: El paciente escucha y recibe la música y las distintas sonoridades ejecutadas por la musicoterapeuta.

#### 4.3.2 *Técnicas Activas*

##### a) Abordaje Plurimodal

- Improvisación Referencial: El paciente realiza improvisaciones individuales y vinculares – con su madre y musicoterapeuta- , guiado por consignas verbales directivas y semidirectivas, tales como:

Presentación sonora a través de un instrumento a elección.

Improvisación de sensaciones durante la semana o el día, o en relación a ciertas situaciones.

Improvisación de despedida, a modo de cierre de la sesión.

- Improvisación No Referencial: El paciente realiza improvisaciones libres, de manera individual y acompañado por la musicoterapeuta.

##### b) Modelo Mary Priestley

- Identificar un Tema: Se identifica una temática para trabajar durante la sesión, tales como conflictos, intereses, emociones, sentimientos, vida social o historia del paciente.

Improvisación sobre una relación sentimental inconclusa.

- Debatir la Improvisación: Luego de la improvisación, se realiza una verbalización con las impresiones inmediatas del paciente, de manera de profundizar en los aspectos involucrados en la experiencia.

- Sujeción: La terapeuta apoya musicalmente al paciente, acompañándolo y conteniéndolo en la exploración y expresión de sentimientos complejos involucrados en su proceso de enfermedad.
- Explorar Relaciones: El paciente improvisa acerca de su familia, representando a través de los instrumentos, a su madre, padre y a sí mismo.
- Patrones de Significado: El paciente improvisa sentimientos personales sobre situaciones significativas de su vida, tales como los períodos de la enfermedad: el pasado, previo al diagnóstico; el presente, durante la enfermedad; y el futuro, posterior al tratamiento.

c) Modelo Benenzon

- Imitación e Imitación Parcial: La musicoterapeuta reproduce exactamente los ritmos del paciente, o imita ciertos aspectos de su producción sonora, de manera de acompañarlo en la improvisación.
- Preguntas y Respuestas: El paciente improvisa musicalmente, y la musicoterapeuta responde con otras producciones sonoras, y viceversa.

#### 4.3.3 *Técnicas Corporales*

- a) Inventario Corporal: El paciente recorre cada segmento de su cuerpo, observando, explorando y registrando las sensaciones asociadas a dicho recorrido, tomando conciencia de su corporalidad, de sus movimientos, de su respiración y los distintos puntos de su cuerpo –musculares u óseos- donde experimenta tensión y/o dolor.
- Inventario Corporal Receptivo: El paciente recorre cada fragmento de su cuerpo, acompañado de música de relajación, de manera de aliviar el dolor producido por los procedimientos.
  - Inventario Corporal Activo: El paciente realiza el recorrido de su cuerpo de pie, moviendo cada extremidad, concentrándose en su respiración y desplazándose en la habitación, de modo de activar cada segmento de su cuerpo.

- b) Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson: Comienza con la relajación de los músculos en un segmento del cuerpo y progresa hacia otras partes. Se basa en la contracción y relajación alternada de los músculos, de forma que la tensión pueda ser reconocida inmediatamente por el paciente. El objetivo de esta técnica radica en que el paciente identifique cuando las distintas partes de su cuerpo se encuentran tensas, y puede aprender a relajarlas, sin la ayuda del terapeuta.

#### 4.3.4 Técnicas Artísticas

- Música y Arte: El paciente escucha su improvisación y luego representa gráfica y plásticamente las sensaciones experimentadas durante la experiencia.
- Construcción de Instrumentos: El paciente fabrica un instrumento musical, específicamente una guitarra, de manera artesanal, para luego improvisar musicalmente. Ambas actividades son acompañadas por la musicoterapeuta.

## 5. Descripción y Análisis del Proceso Musicoterapéutico

### 5.1 Descripción del Proceso

El proceso musicoterapéutico de E. comienza bien avanzada la práctica, dadas las condiciones contextuales, donde los pacientes se encuentran 2 a 3 semanas hospitalizados y luego 2 a 3 semanas en sus hogares, lo que dificulta la continuidad del proceso. Sin embargo, E. recalca su interés por participar y vivir una experiencia musicoterapéutica. Este primer contacto se realiza a fines de Mayo, justamente cuando el paciente debe regresar a su hogar por 3 semanas, por lo que se acuerda iniciar el proceso, una vez que reingrese al hospital.

En el intertanto de su reingreso, se conversa con el equipo médico, principalmente con la psicóloga de la unidad, quienes destacan la relevancia de iniciar un proceso con

E., debido a su escasa tolerancia a los procedimientos médicos, crisis de angustia significativas al momento de ingresar al hospital, enuresis y una dificultad marcada para expresar sus sentimientos y emociones.

A medida que el proceso se desarrolla, emergen nuevas temáticas a abordar, relacionadas a la familia del paciente, su identidad y rasgos en su forma de ser y estar en el mundo. Estas conflictivas se integran a la intervención y se complementan con las capacidades creativas y artísticas de E.

Durante la intervención, E. se encuentra en la etapa intermedia del tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda, Filadelfia Positivo, siendo monitoreado permanentemente por el personal médico. Por su condición compleja de salud, el contacto se encuentra remitido a estrictas medidas de higiene, mencionadas anteriormente, que dificultan, en un primer momento, el contacto corporal con el paciente. Debido a tales medidas precautorias, E. se relaciona principalmente con el personal de enfermería, psicóloga y médico tratante. Con el equipo de enfermería, E. mantiene una relación de cercanía (“es el regalón”), debido a los turnos extensos de dicho equipo, y a los períodos prolongados de hospitalización. Con respecto a los médicos tratantes, el vínculo es distinto, ya que no necesariamente se encuentran disponibles para aclarar dudas e inquietudes del paciente, remitiéndose a proporcionar datos médicos respecto al estado de salud, lo que evidencia una distancia significativa entre ambos individuos, y una sensación de incertidumbre, ansiedad e incompreensión en E.

Cabe destacar que esta situación también es percibida por el personal, incluido el administrativo, dado que muestran cierto recelo al momento de relacionarse con el equipo médico, centrándose en transmitir la información precisa requerida por dicho equipo, sin demasiada insistencia, para no provocar malestar y/o incomodidad en ellos. Esto provoca que se observe un clima de tensión y “temor” hacia las autoridades médicas.

Esta distancia observada entre E. y los médicos tratantes, puede extrapolarse a los demás pacientes hospitalizados, siendo mediada por la psicóloga de la Unidad, quien centra su trabajo en acompañar y contener terapéuticamente a los pacientes y elaborar las incertidumbres e inquietudes no satisfechas por el médico, por lo que es una instancia muy valorada por ellos. Sin embargo, debido a la cantidad de pacientes y a las diversas necesidades y responsabilidades de la profesional, se hace difícil la

posibilidad de atenderlos semanalmente, lo que influye en la continuidad de la intervención y en la posibilidad de realizar un proceso terapéutico.

Las temáticas mencionadas anteriormente, contribuyen al desmedro del bienestar general de los pacientes con diagnóstico hemato-oncológico, ya que no cuentan con un espacio terapéutico semanal, donde les sea posible elaborar el malestar biopsicosocial asociado al proceso de enfermedad.

### 5.1.1 *Fase Inicial*

Junio – Julio, 2011

Esta fase la constituyen las 5 primeras sesiones, en las cuales se establece el vínculo terapéutico, se presenta la situación musicoterapéutica y se incluye un nuevo instrumento al setting, la kalimba “grande”.

Se realiza una distinción nominal entre las kalimbas, de manera de brindar claridad en la descripción del proceso. La kalimba grande, alude al instrumento de mayor tamaño y la kalimba, refiere al objeto más pequeño.

#### a) Sesión N°1

##### Inicio

La sesión comienza dando a conocer el trabajo musicoterapéutico, el encuadre y el setting instrumental. Luego se realiza un inventario corporal, el cual resulta bien dificultoso, dadas las constantes interrupciones y la ansiedad del paciente, que ríe permanentemente. No obstante, pese a la distracción y desconcentración de E., se genera un clima de confianza y humor, que da paso a la indagación de su historia clínica, personal, familiar y académica.

El humor y la palabra comienzan a articularse como ejes fundamentales del proceso musicoterapéutico de E.

##### Desarrollo



- Exploración Instrumental: E. explora lentamente cada objeto, proporcionándoles sonidos y mencionando su conocimiento y desconocimiento de cada instrumento. El a go-gó y la kalimba llaman su atención, y el pandero y las maracas prefiere no tomarlas, ya que refiere no identificarse con su sonoridad.
- Presentación sonora a través de un instrumento a elección: Para E. resulta muy complejo iniciar la presentación, por lo que la musicoterapeuta comienza la improvisación. Paulatinamente, el paciente se incorpora a la representación. El musicoterapeuta elige el toc-toc, tocándolo marcadamente, de manera de incentivar a E., quien se integra sutilmente, utilizando el a go-gó. La improvisación resulta muy breve, rígida, poco conectada y con ritmos más bien monótonos, lo cual pudo deberse a la ansiedad de ambos actores ante la nueva situación. E. refiere haberse sentido “tonto” durante la representación, debido a no tener mayores conocimientos musicales, sin embargo, se explica nuevamente que el objetivo de la intervención no necesariamente implica el aprendizaje musical propiamente tal, sino el vivir la experiencia, ante lo cual accede a realizar una nueva improvisación.
- Improvisación Musical Libre: Esta improvisación la inicia el paciente, como sugerencia del terapeuta, con los mismos instrumentos, y resulta más extensa y conectada, donde los toques son sutiles de parte de ambos, subiendo en intensidad en ciertos momentos.
- Luego de la improvisación, E. toma la kalimba, que llama en demasía su atención, e intenta sacar sonidos, los cuales asocia a distintas situaciones y estados, preferentemente estados más tranquilos.

### Cierre

- Verbalización: La improvisación individual con la kalimba, da lugar a una conversación sobre distintos aspectos de la vida del paciente, marcando el establecimiento del vínculo terapéutico. A su vez, E. refiere haberse sentido cómodo en la sesión, recalando su interés por desarrollar un proceso musicoterapéutico, por lo que se destaca la importancia de manifestar sus inquietudes y sugerencias.

## b) Sesión N°2

### Inicio

- Verbalización: Se realiza una breve conversación acerca de la semana del paciente, frente a lo cual manifiesta sentirse descontento, ya que lo cambian de unidad y de habitación, debido a la presencia de ERV.<sup>88</sup>
- Inventario Corporal: En esta ocasión el inventario pudo realizarse de manera completa, sin interrupción, por lo que E. pudo conectarse e involucrarse en la experiencia.

### Desarrollo

- Improvisación Musical Referencial: A partir de la verbalización anterior, se invita a representar las sensaciones experimentadas durante la semana recién pasada. El paciente elige la kalimba para representar la tensión provocada por el cambio de habitación. La improvisación es extensa, con sonidos suaves, pero con matices, recorriendo las distintas placas del instrumento, lo cual refiere representa los estados de tensión y tranquilidad vivenciados durante la semana.
- Improvisación Musical Libre: El paciente elige los sonajeros y la musicoterapeuta, el güiro. La improvisación es breve, desorganizada, con escasa conexión, no obstante, al término de la misma, las sonoridades se encuentran y se forma un breve diálogo, resultando ser el clímax de la improvisación.
- Actividad Gráfica y Plástica: Audición de la improvisación anterior, para luego plasmar gráfica y plásticamente las sensaciones experimentadas en la escucha. El dibujo consta de tres ondas de colores diferentes (Anexo 2) – celeste con naranja, morado con amarillo y verde con naranja-, los cuales representan la voz, la kalimba y el toc-toc, respectivamente. El color naranja integra todos los colores, lo que refiere representa la voz –la palabra- como unión entre los sonidos. A su vez, las ondas reflejan el curso

---

<sup>88</sup> Enterococo Resistente a la Vancomicina: Bacteria presente en forma natural en el intestino de todas las personas. Sin embargo, ciertas variedades del enterococo se han hecho resistentes a la vancomicina, un antibiótico. Estas variedades resistentes reciben el nombre de ERV. El contagio de ERV generalmente ocurre en pacientes hospitalizados que padecen enfermedades graves, en las cuales el sistema inmunológico se encuentra debilitado.

del sonido y de la improvisación, la que comienza desorganizada y finaliza convergiendo en una sola onda. Con respecto a los colores, manifiesta no sentirse mayormente identificado, ya que los colores cálidos no le gustan en demasía, no obstante, considera que dichos colores reflejan de manera idónea la improvisación escuchada.

### Cierre

- Verbalización: El paciente refiere haberse sentido incómodo con el instrumento elegido, resultándole muy dificultoso establecer motivos rítmicos y conectarse con el instrumento de la musicoterapeuta, sin embargo, manifiesta interés por actividades más lúdicas y novedosas.

c) Sesión N°3: Inclusión nuevo instrumento: Kalimba “grande”.

### Inicio

- Inventario Corporal: Nuevamente el inventario se realiza de manera completa.

### Desarrollo

- Exploración Nuevo Instrumento: E. realiza una exploración del nuevo instrumento incorporado al setting, la kalimba “grande”, el cual llama mucho su atención, preguntando su origen y características.
- Improvisación Musical Libre: Se realiza una improvisación con el nuevo objeto, acompañado de las castañuelas, instrumento elegido por el paciente para la musicoterapeuta. La improvisación resulta poco conectada, dada la diferencia en la sonoridad de los instrumentos: más suave y melódica en el caso de la kalimba “grande”, y más rígida, fuerte y rítmica, en el caso de las castañuelas.
- Escucha de Improvisación Sonora Vincular: E. refiere haberle gustado la improvisación, pese a la particularidad de ambos instrumentos, los cuales considera difíciles de combinar.
- Improvisación Musical Libre: Se realizan dos improvisaciones libres, en la primera, el paciente elige el toc-toc y el metalófono para la

musicoterapeuta; y en la segunda, el metalófono y el a go-gó, respectivamente. En ambas improvisaciones, se evidencia mayor conexión entre los actores, extendiéndose en duración y presentando más diálogo y comunicación rítmica y melódica. E. refiere querer continuar con las improvisaciones, ya que se siente muy cómodo con varios instrumentos.

### Cierre

- Improvisación Musical Referencial: Se invita a realizar una improvisación como cierre de la sesión, ya que se acerca el fin de semana, y con ello, varios días sin tener actividades terapéuticas. El paciente elige el triángulo y realiza una improvisación más extensa, caracterizada por ritmos más marcados y fuertes. Este tipo de improvisaciones ha sido una constante en esta última sesión.
  - Verbalización: El paciente refiere haberse sentido cómodo y tranquilo durante la sesión, manifestando que la próxima semana se irá a su casa, luego de 3 semanas de hospitalización, lo que lo tiene muy contento.
- d) Sesión N°4: La madre del paciente se incorpora a mitad de la sesión, por lo que se la integra al trabajo musicoterapéutico.

### Inicio

- No se realiza el inventario corporal, ya que la psicóloga de la unidad realiza la relajación progresiva de Jacobson, por la mañana, por lo que se refuerza la importancia de realizar ejercicios de relajación y respiración en momentos de tensión, tales como los experimentados durante los procedimientos médicos. Junto con ello, se verbaliza brevemente sobre sus sensaciones durante la última semana.

### Desarrollo

- Historia Familiar: Se invita a E. a elegir un instrumento para cada miembro familiar, dada la cantidad de integrantes, el paciente decide representar a su madre, para quien elige el metalófono y a su padre, el guiro; sugiriéndole representarse a sí mismo, para lo que elige la kalimba “grande”. Los

instrumentos quedan dispuestos espacialmente en forma de triángulo, siendo E. la punta superior.

Comienza con la representación de su padre, refiriendo que el sonido es similar a una “rana”, “neurótico”, estresado y persistente, lo cual se refleja en su improvisación breve, fuerte, rígida y monótona.

Para representar a su madre, refiere haber elegido un instrumento más grande, ya que “ella es especial, es la fuerte de la familia, y la que siempre se encuentra presente”. Su improvisación resulta muy dulce y melódica, pasando por todas las notas del instrumento, buscando sonoridades distintas, lo que se manifiesta en una improvisación más extensa y flexible.

Finalmente, refiere que la kalimba representa su tranquilidad y rebeldía, ya que durante el colegio, era calmado, sin embargo, tenía compañeros con los que no se llevaba bien, por lo que se “rebela” y decide no ir más al colegio, terminando su escolaridad con exámenes libres. La improvisación no se realiza, ya que llega su madre, por lo que se la integra a la sesión y se menciona que más adelante en el proceso, se retomará la historia familiar.

- Exploración Instrumental Madre: La madre del paciente explora los instrumentos lentamente, relacionándose de manera cauta y reservada con ellos. E. introduce a su madre en los objetos, mencionándole los nombres y el cómo utilizarlos.
- Improvisación Musical Referencial: Se invita a realizar una improvisación con respecto al regreso al hogar de E. La madre del paciente elige el a go-go, E. las maracas, instrumento que nunca antes había tomado, y la musicoterapeuta, los sonajeros. Se realiza una improvisación extensa, con motivos rítmicos marcados, con una sonoridad alegre, mucha comunicación y conexión entre los actores, a nivel musical y corporal, donde la interacción, pese al uso de mascarillas, se caracteriza por el contacto visual permanente.

### Cierre

- Verbalización: El paciente y su madre refieren que durante la improvisación se sintieron cómodos, y la disfrutaron mucho, lo cual manifiestan pudo

deberse a la alegría del regreso al hogar de E., luego de 21 días de hospitalización.

- Esta sesión se encuentra marcada por un clima tranquilo y alegre, dada la presencia de la madre de E. y la finalización de este ciclo de hospitalización.

#### e) Sesión N°5

##### Inicio

- Verbalización: Se profundiza en las sensaciones sobre la sesión anterior, en la cual participa su madre. E. manifiesta sentirse muy contento de la inclusión de su madre, ya que ambos se sintieron muy cómodos, comentándosele a su padre. A su vez, refiere tener proyectos a largo plazo, como el diseñar productos para presentar en la feria de su comuna.
- Inventario Corporal Activo: Se realiza un inventario corporal activo, ya que el paciente no se encuentra conectado a las máquinas, dado su regreso al hogar. Se utiliza todo el espacio de la habitación, desplazándose, moviendo las articulaciones y cada segmento del cuerpo, el cual, debido a las condiciones de hospitalización, se encuentra generalmente con poca movilidad o en quietud.

##### Desarrollo

- Improvisación Musical Referencial: Se invita a realizar una improvisación en función de la despedida de esta primera etapa del proceso. El paciente elige las castañuelas, y la musicoterapeuta, el metalófono. La elección del terapeuta se debe al marcado interés del paciente por dicho instrumento, utilizándolo simbólicamente como objeto de contención en la despedida.

La improvisación resulta muy conectada musicalmente, presentando momentos de intensidad y velocidad variable, con instancias de imitación, preguntas y respuestas y mayor propositividad sonora del paciente.

##### Cierre

- Verbalización: Se indaga en la percepción del paciente de esta primera etapa del proceso, refiriendo el interés por continuar las sesiones y la sensación de confianza a medida que el proceso ha avanzado.

El paciente reflexiona acerca de lo que ha cambiado en su vida, posterior al diagnóstico y cómo visualiza su vida luego de ella, recalcando su intención por salir adelante y aprender nuevas cosas.

E. manifiesta la intención de construir una guitarra artesanalmente, para su próxima hospitalización, inquietud que es tomada por la musicoterapeuta para la siguiente sesión.

### 5.1.2 Fase Intermedia

Julio – Agosto, 2011

Esta fase la constituyen 6 sesiones, en las cuales el vínculo terapéutico se comienza a reforzar y afianzar, se inicia la intervención musicoterapéutica y se incluyen dos nuevos instrumentos al setting, la melódica y el shekeré.

Luego de la fase inicial, se establecen nuevos objetivos, acordes a la información recabada en la etapa diagnóstica:

- Promover la apertura de canales de comunicación verbales y no verbales.
- Favorecer la flexibilidad hacia aspectos no tolerados del sí mismo y de los otros.

#### a) Sesión N°6 – Sesión N°7

En ambas sesiones el tema central es el dolor asociado a los procedimientos, principalmente el temor al mielograma<sup>89</sup> y al catéter, lo cual se aborda verbalmente, debido a la merma significativa del estado de ánimo del paciente, quien prefiere, en esta ocasión, la comunicación verbal en vez de la no verbal.

---

<sup>89</sup> Un mielograma es un examen que permite el estudio de la médula y el canal espinal. Consiste en la inyección de un contraste soluble no ionizante en el canal espinal.

En esta sesión los emergentes surgidos se encuentran asociados a los sentimientos de culpabilidad de E. en relación a sus padres, ya que refiere sentirse responsable de la preocupación y pena de estos, dada la complejidad de la enfermedad. A su vez, manifiesta recibir demasiada atención de sus progenitores, lo que en ocasiones, le agota, ya que constantemente recibe llamadas telefónicas preguntando su estado anímico y físico, lo que provoca que no pueda desconectarse de alguna manera de su situación. Por ello, esta sesión se centra en los sentimientos ambivalentes de E. hacia sus padres, los que oscilan entre la culpa por verlos afectados por la enfermedad, y el agotamiento por su sobreprotección y constantes cuidados.

En la sesión N°7, la madre de E. se encuentra presente, por lo que ambos verbalizan su descontento con respecto al trato médico, particularmente durante los procedimientos. Sin embargo, ambos coinciden en que el paciente presenta históricamente, escasa tolerancia al dolor.

Los emergentes en esta sesión, surgen a partir de la madre de E., quien refiere que el paciente desde temprana edad ha sido muy reservado con sus sentimientos, profundizando escasamente en las situaciones que le afectan y/o alegran, lo que contrasta con la facilidad para expresarse de su madre, quien alude que ante cualquier situación ella se manifiesta. Esta introversión de E., se evidencia durante el inicio del proceso, ya que resulta dificultoso profundizar en sus aspectos más íntimos en relación a la enfermedad, por ello se plantean actividades orientadas a la apertura del paciente, abordando de manera respuesta y progresiva, su proceso interno.

#### b) Sesión N°8 – Sesión N°9

El paciente inicia un nuevo ciclo de quimioterapia, presentando sintomatología leve asociada al procedimiento, tal como, dolor de cabeza y cansancio, por lo que se sugiere postergar la construcción de la guitarra, sin embargo, E. no acepta, ya que refiere sentirse cómodo y tranquilo para comenzar la fabricación.

En la sesión N°8, se inicia la construcción del instrumento, para ello se utilizan diversos materiales, tales como elásticos forrados, corta cartón, y pegamento, proporcionado por el paciente, y cartón piedra y servilletas con diseño, proporcionadas por la musicoterapeuta. La fabricación del instrumento se realiza en conjunto, con sumo cuidado, dada la utilización de material cortante, muy riesgoso para el paciente.



La estructura de la guitarra se construye con forma cuadrada, representando sólo el cuerpo del instrumento, donde finalmente quedan ubicadas las cuerdas elásticas.

El paciente refiere que la construcción del instrumento se encuentra asociada a su interés por el diseño y sus intenciones de retomar su carrera, ya que durante el período de hospitalización ha tenido poca movilidad en sus articulaciones, lo que ha visto reflejado en su irregularidad en el pulso. A su vez, refiere que permanentemente lee artículos de diseño y crea ideas para mantenerse activo y vigente. Actualmente, tiene como proyecto realizar una revista comunal pequeña, para distribuir de manera gratuita a los pobladores del sector en el que vive.

A medida, que la construcción de la guitarra progresa, E. profundiza en su año de estudiante universitario, las asignaturas que llamaron su atención, los trabajos realizados para tales asignaturas, su escasa relación con los compañeros, ya que refiere que en esta área existe mucha competitividad. Recalca, también, su perfeccionismo en el diseño, precisando cada detalle minuciosamente, y sus gustos artísticos, preferentemente la construcción de muebles.

En la sesión N°9, la madre del paciente nuevamente se encuentra presente y se termina la construcción de la guitarra, sin embargo, E. refiere no estar conforme con el resultado, dado el sonido emitido por el instrumento, por lo que toca la guitarra una sola vez y de manera muy breve.

El emergente asociado a la perfección de E. y a la dificultad para tolerar ciertas situaciones en las que los efectos no resultan cómo los ha esperado, se incorpora como elemento a trabajar en las sesiones posteriores (sesiones N°14, 15, 16, 17, principalmente), de manera de ahondar en los aspectos a la base de dicha insatisfacción.

- Improvisación Musical Libre con el instrumento fabricado: Se realizan tres improvisaciones, en la primera, el paciente toma la guitarra, su madre, el a go-gó, y la terapeuta, los sonajeros; en la segunda, el paciente, el a go-gó, su madre, la guitarra, y la terapeuta, el toc-toc; y en la tercera improvisación, el paciente, el metalófono, su madre, el triángulo y la musicoterapeuta, la guitarra. En las tres improvisaciones resulta complejo dar una continuidad, ya que a E. no le agrada el sonido de la guitarra, considerándola similar a un arpa, pero con menos variabilidad melódica, es

decir, pudiendo producir un solo sonido. A su vez, la relaciona con sonidos orientales, específicamente árabes.

- Improvisación Musical Referencial: Se invita a realizar una improvisación de una situación alegre y que cada uno elija el instrumento al otro. Se establece dicha consigna, dada la complicidad existente entre E. y su madre, donde el humor es parte fundamental de su relación. Ambos eligen instrumentos significativos para el otro, la kalimba para E. y el metalófono, para su madre; y denominan la improvisación como “vuelta a casa de E.”. La improvisación evidencia esta complicidad, conexión y comunicación entre ambos, donde la sonoridad en momentos se funde en una sola melodía, una melodía de contención, en la cual la kalimba acoge al metalófono, y viceversa.

Ambos refieren haberse sentido cómodos y conformes con la elección del instrumento, recalcando que son sus objetos favoritos dentro del setting. Con respecto a la improvisación, manifiestan haberles gustado en demasía tocar juntos, pudiendo representar la alegría de la “vuelta a casa de E.”.

#### c) Sesión N°10

- Baño Sonoro: Se invita a E. a recibir un baño de sonidos, de manera de conectarse con sus sensaciones corporales y con la vibración sonora y entregarse a la música creada por la terapeuta, con los instrumentos elegidos por él – kalimbas, toc-toc, castañuelas, güiro, metalófono-.

E. refiere haberle agradado mucho el baño sonoro, logrando concentrarse en su cuerpo y en las vibraciones de los instrumentos, sintiendo una luz potente que envolvía su integridad. Recalca que el objeto que más llama su atención durante el baño, es el metalófono, ya que le gusta en demasía la sonoridad del mismo, sus placas y su variedad de sonidos, lo que le provoca una sensación de relajación.

- Escucha Baño Sonoro: El paciente escucha con sus ojos cerrados, el baño de sonidos recientemente experimentado, de modo de percibir desde otro lugar, dicha experiencia. Refiere identificar una luz blanca con los sonidos de la kalimba “grande”; una luz gris, con la kalimba pequeña; “un chicle”,

con el toc-toc; una rana, con el güiro; un sonido infantil, con las castañuelas; y con el metalófono manifiesta no asociarlo a ninguna imagen, sólo su sonido le agrada mucho.

d) Sesión N°11 – Sesión N°12: Inclusión instrumentos nuevos: Melódica y Shekeré.

En la sesión N°11, el paciente relata su reciente cumpleaños, sus sensaciones y emociones, y sus visitas. Este momento estuvo marcado por un decaimiento en su estado de ánimo y de salud, dado que estuvo varios días con fiebre. Además, luego de la evaluación de un médico psiquiatra se inicia un tratamiento con queteapina, debido a los episodios significativos de insomnio y de angustia ante los procedimientos.

- Historia Familiar: El tema del cumpleaños de E. da lugar para retomar su historia familiar, refiriéndose principalmente al cambio en las relaciones entre los miembros, dado que considera ha desarrollado más tolerancia con respecto a situaciones que anteriormente le provocaban mucha tensión y frustración. Este cambio lo personifica con la kalimba “terapéutica”, instrumento que anteriormente había elegido para representarse a sí mismo. El paciente refiere que se siente distinto a la sesión en que fue realizada por primera vez la historia familiar, ya que ahora la tranquilidad que representa la kalimba, se relaciona con los cambios que ha experimentado con sus otros significativos – sus padres y sus hermanos-, además de visualizar ciertas expectativas que dichos otros tienen puestas en él; por ello la musicoterapeuta le invita a dialogar musicalmente con los integrantes de su historia.

En el primer diálogo, el paciente decide representar a su padre, por lo que toma el güiro, y la musicoterapeuta toma la kalimba, para representar a E. La improvisación resulta extensa y conectada, con preguntas y respuestas, en la cual el paciente insiste y propone, dadas las características de ese miembro familiar (“es persistente, neurótico”), finalizando la improvisación (“él siempre tiene la última palabra”).

En el diálogo con su madre, E. toma el metalófono y la musicoterapeuta, la kalimba. Esta improvisación también es extensa, con matices marcados, y

mucha comunicación, donde el metalófono proporciona un sostén melódico, generando un clima de contención y comunicación, lo cual se evidencia en la finalización de la improvisación, que se produce de manera simultánea. Refiere que su madre es muy preocupada y protectora con él, lo que le complica, ya que siente que ella sufre mucho por su estado de salud (“por mi culpa”, “ella llora porque estoy acá”).

En la sesión N°12 se incluyen dos instrumentos nuevos, el shequeré y la melódica, los que llaman en demasía la atención de E., por lo que los explora extensa y detalladamente. Se realizan improvisaciones libres breves, con los nuevos instrumentos, los que se encuentran enmarcados en un clima festivo, dado que durante la semana, E. regresa a su casa.

Para finalizar se realizan dos improvisaciones, en la primera se le invita al paciente a proponer una consigna, lo que le resulta complejo, pero se decide por “me gusta musicoterapia”, evidenciando el clima lúdico de esta sesión. Para la improvisación, elige el toc-toc, y la musicoterapeuta, el metalófono. Se genera una sonoridad alegre, con mucha interacción y conexión.

La segunda improvisación, consiste en invitar al paciente a imaginar el día en que regresa a su casa, luego de este período de hospitalización, para ello E. elige el shequeré, y la terapeuta, el güiro. Esta improvisación es más bien desorganizada, pero de igual manera conectada, lo que el paciente verbaliza como “una fiesta”.

El cierre de esta fase, evidencia la concreción del vínculo terapéutico y la musicoterapia vista como un espacio para dar lugar y abordar las inquietudes y conflictivas del paciente, principalmente las relacionadas con sus figuras significativas, interviniendo de manera transversal los aspectos involucrados en el proceso de salud-enfermedad.

### 5.1.3 Fase Final

Septiembre – Noviembre, 2011

Esta fase la constituyen las últimas 7 sesiones, en las cuales se comienza a cerrar el proceso musicoterapéutico, en relación a las temáticas abordadas.

#### a) Sesión N°13

En esta sesión, E. presenta un estado de ánimo significativamente bajo, producto de su reingreso al hospital. Esta situación abre temas anteriores, como el de su relación de pareja, ya que refiere no comprender las razones del término. Por ello, surge la intención de escribirle una carta la siguiente sesión y representarla musicalmente.

Se invita a E. a realizar una improvisación que represente cómo era antes y durante la enfermedad, y cómo se visualiza a futuro, sin embargo, prefiere no hacerlo, debido que es un tema muy complejo de abordar (“no me gusta hablar de eso”), por lo que sutilmente verbaliza sobre sus temores, quedando de manifiesto su escaso agrado por las situaciones terapéuticas (“no me gusta que me analicen”).

Este momento marca el inicio de la fase final, ya que E. logra verbalizar su desagrado con respecto a las situaciones terapéuticas y sus temores en relación a la enfermedad y a otras conflictivas presentes en su vida.

#### b) Sesión N°14

La sesión se centra en un primer momento en la carta dirigida a su ex - pareja y su representación a través de los instrumentos, para lo cual elige el a go-gó. La improvisación es breve y con una sonoridad monótona, sin muchas variaciones rítmicas. E. refiere que elige el objeto, más que por su sonido, por su forma de balanza, que representa el pasado y presente ante dicha situación. Luego, entrega la carta al terapeuta, mencionando no saber qué hacer con ella.

En un segundo momento, E. manifiesta interés por representar su proceso de enfermedad -consigna planteada la sesión anterior-, para ello elige el toc-toc, “el antes”; la kalimba, “el ahora”; y el shequeré, “el después”.

La primera improvisación, con el toc-toc, presenta motivos rítmicos repetitivos, con escasos silencios, mostrando una sonoridad rígida, firme y potente. El paciente refiere que antes de la enfermedad se sentía más fuerte, más confiado, más seguro, más estable y monótono, lo que refleja el sonido del objeto. A su vez, manifiesta que ha tenido un aprendizaje significativo, luego del diagnóstico de la enfermedad.

La segunda improvisación, con la kalimba, abarca todas las placas del instrumento, en un recorrido ascendente y descendente, pero con ciertos matices melódicos. E. refiere que la elección del instrumento, se debe a la tranquilidad y “relajo” que le proporcionan los sonidos del objeto, lo que se refleja en su actual forma de ver la vida.

La última improvisación, con el shequeré, es breve, lúdica y bien rítmica, lo que genera un clima de festejo. El paciente manifiesta visualizar su futuro haciendo cosas y retomando sus estudios.

E. refiere que pudo sentirse reflejado en las improvisaciones, que se nota distinto, flexible, con mayor tolerancia a lo distinto, no cerrándose a lo conocido, notando un aprendizaje significativo, luego del diagnóstico.

### c) Sesión N°15

En esta sesión se realiza un recuento del proceso musicoterapéutico, dividiéndolo en tres etapas: Inicio, Desarrollo y Cierre, con el objetivo de transmitir y preparar al paciente para el cierre musicoterapéutico.

- Inicio: El paciente refiere que el inicio del proceso fue complejo, debido a la dificultad de tocar instrumentos desconocidos, y a la incomodidad de no saber qué hacer durante la sesión, por lo que en diversas ocasiones sigue y repite lo que realiza la musicoterapeuta, lo que le desagrada en demasía. Para representar este momento, elige el a go-gó, el triángulo, el pandero, las castañuelas, el güiro y el toc-toc.

- Desarrollo: E. refiere que en esta etapa se siente más cómodo, ya que tiene mayor soltura y apertura con los instrumentos, lo que se evidencia en una mayor tolerancia a lo nuevo y distinto, mostrando aspectos inexplorados de sí mismo. Para ello, elige el shequeré, las maracas y los sonajeros. El paciente destaca el baño sonoro, como un momento muy agradable y significativo.
- Cierre: El paciente relata que durante la última etapa del proceso, ha sentido mayor comodidad en la forma de tocar los instrumentos, marcando como hito, el momento en que improvisa junto a su madre. Los instrumentos seleccionados son las kalimbas y el metalófono.

#### d) Sesión N°16 – Sesión N°17

La sesión N°16 se centra en que el paciente visualice sus recursos para enfrentar futuras situaciones complejas, observando los recursos previos a la enfermedad y los recursos adquiridos en el curso de la enfermedad. Para E, resulta muy complejo visualizar sus recursos (“prefiero no pensar en eso, porque ahora estoy bien”), dificultándose la posibilidad de profundizar en ello, por lo que se le invita a representar aspectos de sí mismo con los instrumentos, para esto elige la kalimba, como objeto de tranquilidad y apoyo en momentos difíciles, lo que ha aprendido en este largo proceso de tratamiento, y la melódica, para representar los aspectos más “depresivos” de su personalidad (“es algo inevitable pasar por estos momentos”). Las improvisaciones de ambos aspectos difieren en intensidad y duración, ya que la primera, kalimba, es más extensa y con mayor variabilidad melódica; y la segunda, melódica, más breve y con escasas frases melódicas.

Por lo tanto, esta sesión se centra entonces, en los aspectos polares de la personalidad del paciente, representado los aspectos alegres, con la kalimba, y los disfóricos, con la melódica, y cómo ambos interactúan y son parte de su forma de ser.

La sesión N°17 se enfoca en profundizar en el proceso de enfermedad del paciente. E. refiere que durante este proceso ha aprendido a conectarse con sus emociones (“antes lloraba poco y ahora lloro por todo”), flexibilizando su manera de ver y relacionarse con los otros (“estoy más tolerante”) y abriéndose a nuevas experiencias (“nunca pensé estar en musicoterapia y poder tocar tantos instrumentos”).

A partir de los distintos aspectos que involucran la individualidad de E. y los aprendizajes mencionados, se le invita a tocar todos los instrumentos – los que le agradan y desagradan-, identificándolos con una palabra, estado o emoción, con el objetivo de reconocer todos los aspectos, negativos y positivos, como ejes fundamentales y propios de su ser, estar y relacionarse con el mundo.

Maracas: “Estrés Uno”

Castañuelas: “Estrés Dos”

Triángulo: “Fome”

Güiro: “Rana”

A go-gó: “Unidad”

Pandero: “Constancia”

Melódica: “Melancolía”

Shequeré: “Alegría

”Sonajeros: “Pequeña Alegría”

Toc-toc: “Amistad”

Metalófono: “Confianza”

Kalimbas: “Tranquilidad”

E. refiere haberse sentirse cómodo al tocar todos los instrumentos, incluso aquellos que anteriormente rechazaba, tales como las maracas, los sonajeros, el ago-gó, el triángulo, el pandero y las castañuelas, refiriendo que a medida que el proceso musicoterapéutico ha transcurrido, se ha sentido más grato y con mayor facilidad para tocar todos los instrumentos, descubriendo en ellos, distintas maneras de tocar, principalmente los objetos que nunca fueron de su agrado.

E. denomina a las maracas y castañuelas, como “estrés”, debido que su sonido le causa mucha molestia, considerándolas muy ruidosas y con poca variabilidad sonora (“suenan siempre igual”); al triángulo lo cataloga como “fome”, mencionando también la poca variación en su sonido (“es muy aburrido el sonido”); al güiro, lo denomina como un anfibio, “rana”, y posteriormente lo asocia a un sonido rígido y molesto; al a go-gó, lo denomina “unidad”, ya que le recuerda a los sonidos de iglesia, donde se congregan distintos tipos de personas; el pandero, lo asocia a las iglesias evangélicas, denominándolo “constancia”, por su sonido “persistente”; a la melódica la cataloga como “melancolía”, ya que considera su sonido es muy triste (“es como depresivo”); al shekeré y a los sonajeros los denomina como “alegría y pequeña alegría”, respectivamente, asociando el sonido del primero a una “fiesta”, y el sonido del segundo, a situaciones agradables (“no había tocado antes los sonajeros y descubrí sonidos nuevos”); al toc-toc, lo describe como “amistad”, recalcando la variabilidad de sonidos y las distintas formas en que puede tocarse; al metalófono, lo define como “confianza”, destacándolo como uno de sus objetos favoritos, por sus sonidos



“tranquilos y profundos “; finalmente a las kalimbas, las describe como “tranquilidad”, ya que refiere experimentar una sensación de calma y relajación al tocarlas, siendo los instrumentos elegidos cada vez que debe representar un estado de equilibrio y paz.

Se le invita a realizar una improvisación, eligiendo dos instrumentos del setting, para ello escoge los sonajeros, y la musicoterapeuta, el shequeré, pequeña alegría y alegría, respectivamente. La improvisación se caracteriza por ritmos marcados, con una temática alegre y con mucha comunicación y conexión entre los actores, reflejado en las constantes preguntas y respuestas y cambio de roles, por lo que la sesión se desarrolla en un marcado clima lúdico, lo que se evidencia en la posterior verbalización, donde el paciente refiere sentirse mejor anímicamente, distrayéndose de las problemáticas asociadas a la enfermedad (“lo disfruto, me relajo y me entretengo y pienso en otras cosas”).

Al finalizar, E. entrega a la musicoterapeuta dos dibujos en acuarela creados por él, basados en el cuento, “Alicia en el país de las maravillas, refiriendo su reciente incursión en la acuarela (Anexo 3). El paciente manifiesta que le gusta mucho este cuento, dibujando el personaje de Alicia y del conejo que la acompaña, señala que su interés por la acuarela comienza en el hospital, de manera de ir ocupando su tiempo, realizando nuevas cosas y técnicas artísticas anteriormente inexploradas.

#### e) Sesión N°18 - Sesión N°19

La sesión N°18 se centra en observar y reflexionar acerca de los aspectos del paciente, durante el proceso, si es que han evolucionado, cambiado, fortalecido, incrementado, disminuido, o si se han visto afectados, producto de la intervención. Para esto, se le muestra a E. una grabación de las primeras y últimas improvisaciones realizadas, de modo que pueda expresar sus percepciones en torno a ello.

E. refiere notar cambios en su música, aludiendo mayor variabilidad, flexibilidad y propositividad sonora, lo que el musicoterapeuta refuerza, de modo de fortalecer sus recursos expresivos.

De igual manera, la musicoterapeuta devuelve la carta escrita por E. para su ex – pareja, de manera de hacerlo responsable de ella. Se le pregunta qué le gustaría hacer con la carta, ante lo que responde, quedarse con ella, ya que se siente

preparado para guardarla, pero que era necesario que la musicoterapeuta se la cuidase por un período, para así tener tiempo de evaluar y reflexiona acerca de ello.

En un comienzo, esta sesión se piensa como cierre musicoterapéutico, por lo que se realiza una improvisación en conjunto, tomando las palabras elaboradas por el paciente para cada instrumento. E. elige la “confianza” –metalófono- y la musicoterapeuta, la “amistad” – toc-toc-. La improvisación adquiere un clima de despedida, de juego musical, en la que ambas palabras se conjugan, se comunican, interactúan, evidenciando una sonoridad “desorganizadamente conectada.”

No se realiza el cierre del proceso, ya que se plantea a E. realizar una última sesión grabada con equipos audiovisuales, de forma de dejar un registro del trabajo realizado, el paciente accede y se planifica una última sesión cuando reingrese al hospital.

La sesión N°19 no se lleva a cabo con equipamiento audiovisual, ya que E. refiere no sentirse cómodo con la situación, producto del regreso al hospital, lo que se refleja en su estado de ánimo bajo, por lo que esta sesión se centra en despedirse verbalmente, recalcando y reforzando sus logros durante el proceso, planteados en la sesión N°18.

Esta sesión se centra principalmente en contener a E., reflexionar acerca de su nueva situación de salud (“yo pensé que iba bien, me sentía mejor”) y de los temores asociados a ello, destacando la importancia de verbalizar y expresar sus emociones y la posibilidad de realizarlo acompañado de la psicóloga de la unidad, de modo de visualizar otras redes de apoyo.

Cabe destacar que previo a esta sesión, la musicoterapeuta conversa con la psicóloga de la unidad, quien le comunica que los exámenes de E. han salido alterados, lo cual brinda un mal pronóstico al paciente. Por ello, se van a recurrir a tratamientos más fuertes para lograr paliar dicha situación, lo que se encuentra en observación. Sus padres y el paciente se encuentran medianamente enterados del nuevo escenario, lo que se ve reflejado en la última sesión del paciente.

Cabe mencionar que, dadas las últimas complicaciones de salud del paciente, se le aplica un tratamiento médico, denominado protocolo infantil, que resulta más invasivo y complejo, por lo que se le traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos, durante el mes de Enero del 2012. Durante su estadía en dicha unidad, E. presenta un

episodio de delirium grave, con alucinaciones y delirios con contenidos muy amenazantes. En este contexto, E. solicita a su hermana que le cante canciones infantiles, tales como, la cuncuna amarilla, caballito blanco y el tallarín.

## **5.2 Análisis del Proceso**

El proceso musicoterapéutico de E. puede ser analizado desde distintos ejes, que se articulan a medida que la intervención avanza, y según los emergentes del paciente. Para proporcionar claridad y sistematicidad al proceso, el análisis se categorizará en ejes directos e indirectos, ya que se encuentran presentes a lo largo de todo la intervención, de manera transversal y no necesariamente en determinadas fases del proceso.

A su vez, se analizarán los aspectos transferenciales y contratransferenciales del proceso musicoterapéutico de E.

### *5.2.1 Ejes Directos*

#### a) Vínculo

Este eje consiste en la relación establecida por E. con un otro significativo, a nivel terapéutico, musical y familiar.

- Vínculo Terapéutico: La relación entre paciente y terapeuta comienza a establecerse en la fase inicial, con la presentación sonora de ambos; se fortalece, en la fase intermedia, con el baño sonoro; y culmina en la fase final, con la representación de su proceso de enfermedad y la improvisación de “confianza” y “amistad”.

El acompañamiento sonoro de las primeras sesiones por parte de la terapeuta al paciente, genera un clima de confianza y entrega de E. para con la experiencia, lo que se evidencia en las sesiones siguientes donde no presenta dificultad en realizar improvisaciones individuales y sugiere la construcción de instrumentos e integración de nuevos objetos. A su vez, la utilización de metodologías corporales, amplían el espectro de contacto del paciente, llevándolo a tomar conciencia de sus estados, de su respiración, y de su tono muscular, lo que se evidencia en la sesión N°10, con el baño

sonoro, donde E. se entrega de sobremanera a la experiencia, visualizando diversas imágenes y colores en función de la vibración sonora. Además, la inclusión de aspectos artísticos en la sesión N°2, favorece el vínculo entre paciente y terapeuta, ya que se integran elementos de interés del primero, de manera de complementar el trabajo musicoterapéutico.

Finalmente, en la última fase, se producen varios hitos que enmarcan la consecución del vínculo terapéutico, tales como el que el paciente plantea abiertamente su dificultad para expresar los aspectos relacionados con su proceso de enfermedad, lo que finalmente representa sonoramente en la sesión N°14; la entrega de la carta dirigida a su ex – pareja, para que la musicoterapeuta la cuide mientras él cierra dicha situación; el regalo de dos dibujos creados por él, inspirados en el cuento “Alicia en el País de las Maravillas”; y la improvisación final, con los instrumentos denominados por el paciente como “confianza” –metalófono- y “amistad” – toc-toc-.

Los dibujos entregados por E. al finalizar el proceso, pueden visualizarse como la manera de compartir su mundo, una consolidación de la relación terapéutica, como espacio donde el paciente pudo dar sentido a sus inquietudes, temores, ansiedades y fantasías en relación al proceso de enfermedad, lo que se evidencia por un lado, en la creación del conejo de “Alicia en el País de las Maravillas”, personaje inspirado en dichas fantasías, y en el cual el tiempo resulta algo fundamental; y por otro, el dibujo de una mujer, pensativa y expectante, la cual refiere no haberse basado en ninguna historia, sólo haberla creado de manera espontánea, sin mediación racional.

- Vínculo Musical: El primer contacto que E. realiza con la música y los instrumentos, es de exploración física y sonora, es decir, tomando contacto con sus texturas, colores y tamaños y con sus sonidos. En la fase inicial, particularmente en la sesión N°1, E. el paciente se relaciona lenta y cautelosamente con los objetos, desde una postura observadora, esperando los movimientos sonoros de la terapeuta, por ello la primera improvisación resulta breve, desconectada, con un pulso irregular, ritmos repetitivos, rígidos y monótonos, escasa propositividad y mucha imitación sonora de parte del paciente. No obstante, esta primera sesión marca la elección del instrumento con que E. se identifica a lo largo del proceso

musicoterapéutico, la kalimba. Este instrumento toma el rol, en un primer momento, de objeto experimental, para luego, durante las siguientes fases, convertirse en objeto catártico, donde E. descarga sonoramente sus estados tensionales y emocionales – sesión N°2, improvisación acerca de la semana-, y en objeto intermediario, como instrumento vincular, capaz de crear canales de comunicación no verbales y que se encuentran rigidizados u ocultos producto de los temores asociados a la enfermedad – sesión N°9, improvisación madre-hijo-.

A medida que el proceso avanza, las producciones sonoras de E. van evolucionando, incrementa su profundización, el pulso se estabiliza y se unifica, surgen mayor comunicación y diálogos musicales con la terapeuta, disminuyendo considerablemente las imitaciones sonoras, siendo la terapeuta quien adquiere un rol más pasivo, lo que se evidencia en ciertas sesiones en la inversión de los roles y una conexión sonora significativa entre ambos actores. Las improvisaciones adquieren un carácter más extrovertido y lúdico, aumentando en extensión y musicalidad.

A su vez, E. evidencia conocimiento, reciprocidad y placer de tocar con un otro, disminuyendo las estructuras rígidas presentes en la primera fase, interactuando con los actores permanentemente, e integrando, separando y cambiando los roles entre dichos otros, generando un clima vincular con la música. Estos cambios comienzan en la fase inicial, se desarrollan en la fase intermedia y se consolidan en la fase final.

- Vínculo Familiar: Este aspecto se relaciona con las figuras significativas de E., principalmente sus padres. El vínculo del paciente con sus padres evoluciona considerablemente durante el proceso, particularmente con su padre, con quien refiere desde un comienzo tener una relación distante. La situación familiar se abarca en dos momentos, el primero, durante la fase inicial, y el segundo, durante la fase intermedia, lo que pone de manifiesto los cambios experimentados por E. en torno a sus figuras significativas.

En la fase inicial, en la sesión N° 4, se invita al paciente a representar sonoramente a su familia. A su padre, lo representa con el toc-toc, con sonidos muy marcados, firmes, rígidos, rápidos y monótonos, lo que E. asocia a la forma de ser de su padre (“es muy nervioso, “no para nunca”, “neurótico”), quien es muy trabajólico y descansa muy poco. E. asocia el

sonido del instrumento con una rana, por su carácter molesto y persistente (“mi papá me latea, porque me habla siempre de lo mismo”), aspectos que considera presentes en su padre, particularmente, luego del diagnóstico de su enfermedad, ya que continuamente le recalca cuestiones relacionadas a la misma, siendo que E. no precisa hablar en demasía del tema. El paciente refiere sentir una sobreprotección y preocupación de parte de su padre, sin embargo, no existe una profundidad en sus conversaciones.

Con su madre, elige el metalófono, y la representación sonora resulta más extensa, en base a escalas ascendentes y descendentes, utilizando todas las placas del instrumento. Pese a que la sonoridad es suave y melódica, el toque continúa siendo medianamente rígido, lo que le quita volumen e intensidad a la improvisación. El paciente refiere que su madre es muy especial y que tienen una relación muy cercana, sin embargo, actualmente la encuentra triste por su enfermedad, sintiéndose responsable y culpable.

E. refiere haber elegido un instrumento más pequeño para representar a su padre, debido que no tiene mayor injerencia en las decisiones de su hogar (“es el enano en la casa”), siendo su madre el pilar fundamental (“ella es grande, es fuerte, es especial”), ya que va estar presente en cualquier momento, situación o circunstancia, evidenciando la importancia de este vínculo en su vida.

La importancia de su madre se ve reflejada en la improvisación realizada al finalizar la sesión N°4, donde ambos representan el regreso al hogar de E. En esta representación queda de manifiesto la complicidad, conexión y comunicación entre ambos, riendo y mirándose durante toda la improvisación, manifestando la necesidad de estar juntos y superar esta difícil situación, siendo el regreso al hogar, una instancia de reforzar y fortalecer el vínculo entre ambos. Posteriormente, E. refiere que una de sus sesiones más significativas fue la realizada junto a su madre, ya que refleja de manera concreta la relación entre ambos (“nos llevamos bien, mi mamá es muy especial, somos cómplices”).

Durante la fase intermedia, se realiza una nueva improvisación madre e hijo muy significativa, ya que cada uno debe elegir el instrumento para el otro, lo que refuerza su vínculo, ya que ambos escogen el objeto que saben que es especial para el otro. E. elige el metalófono para su madre, y ella la kalimba

para su hijo, lo cual se funde en una improvisación marcada por la contención, donde ambos se complementan en una música dulce y suave, funcionando como sostén del otro.

En la sesión N°11, se retoma la historia familiar, evidenciando cambios en relación a E. y su padre. Mediante un diálogo musical, representado por la musicoterapeuta -padre- y el paciente –sí mismo-, se pretende observar la evolución de la relación entre ambos. E. refiere que la relación ha mejorado considerablemente, ya que su padre no insiste en demasía en sus cuidados, pudiendo conversar más en profundidad, lo que se refleja en la presencia de preguntas y respuestas durante la improvisación. El paciente relata sentirse más tolerante con su padre y los otros miembros de su familia, escasamente mencionados durante el proceso.

El paciente refiere que luego de su enfermedad, su forma de observar y relacionarse con su familia ha cambiado, compartiendo, expresando y comunicando sus inquietudes, lo que anteriormente no hacía, dado su carácter reservado e introspectivo. Cabe destacar, que el padre de E. comienza a asistir a los talleres de apoyo psicosocial y musicoterapéutico, de modo de compartir experiencias y aprender de otros para apoyar de una mejor manera a su hijo.

#### b) Flexibilidad / Apertura

Este eje se encuentra constituido por dos aspectos, la flexibilidad y la apertura, y se estructuran en función de un continuo, desde una rigidez e introversión, en las fases iniciales, hasta la flexibilidad y apertura de la fase final, pasando por el hito de la última sesión de la fase intermedia, que da paso a los aspectos del presente eje.

En las primeras sesiones, el paciente se centra principalmente en los objetos que llaman su atención –kalimba, toc-toc, güiro, metalófono-, cerrando la posibilidad a otros instrumentos no tolerados (“son muy chillones”) – a go-gó, triángulo, pandero, maracas, sonajeros- o no explorados –castañuelas-. Esta escasa flexibilidad en cuanto a explorar otros objetos y sonidos, se manifiesta en una rigidez musical y un menor desarrollo en sus producciones sonoras. A su vez, la poca tolerancia a lo nuevo se observa en la construcción de la guitarra (sesión N°9), ya que no queda conforme con

su sonido (“es feo”), dejando de tocarla y finalmente regalándola a su sobrino (“no me gustó”).

Con respecto a los aspectos más introspectivos del paciente, estos quedan de manifiesto en la fase inicial e intermedia, ya que profundiza levemente en sus aspectos y conflictos internos. Principalmente en la fase inicial, la música de E. se centra más en sí mismo, conectándose muy poco con la música de la terapeuta, y cuando logra establecer contacto, lo hace a través de imitaciones sonoras. Sin embargo, a medida que el paciente se involucra con el proceso musicoterapéutico va flexibilizando y abriendo su campo sonoro-musical, relacionándose estrechamente con la música de la terapeuta y con aspectos internos nunca abordados y verbalizados.

Este eje, marca su inicio al cierre de la fase intermedia, donde se invita al paciente a realizar una improvisación sobre su proceso de enfermedad (sesión N°13: representar cómo era antes y durante la enfermedad, y cómo se visualiza a futuro). E. rechaza la invitación, ya que refiere incomodarse con las situaciones terapéuticas (“no me gusta sentirme analizado”) y con profundizar en el tema de su enfermedad (“no me gusta hablar de eso”). Esta situación es visualizada como logro terapéutico, ya que el paciente consigue verbalizar sus temores y conflictos internos, externalizando sus sensaciones con respecto a la enfermedad y los tratamientos, lo que posteriormente se aborda musicalmente en la sesión N°14.

El comienzo de la fase final, trae consigo la apertura y flexibilidad de E., pudiendo elaborar su visión del proceso de enfermedad y del proceso musicoterapéutico. En ambos procesos, E. refiere haber notado cambios, ya que se siente más flexible, más tolerante a lo distinto, abierto lo nuevo, lo que se observa en la improvisación que realiza en la sesión N°15, donde utiliza todos los instrumentos del setting, logrando tocarlos y darles una sonoridad determinada, acorde a su evolución sonora, es decir, con presencia de motivos rítmicos y melódicos variados, pulso regular, intensidades variables y flexibilidad en los toques.

### c) Proceso de Enfermedad

El proceso de enfermedad involucra todas las fases del proceso, incluyendo los aspectos relacionados al dolor y temor a los procedimientos médicos y al estado de salud general del paciente.



El dolor y temor a los procedimientos se abarcan constantemente a través de los trabajos corporales, recalcando siempre la importancia de conectarse con su respiración al momento de sentir temor o angustia por los momentos venideros, lo que se evidencia en el transcurso de las sesiones, ya que paulatinamente comienza a tolerar los procedimientos, el insomnio disminuye y la enuresis se termina.

El estado de salud del paciente, durante el proceso musicoterapéutico, es variable, mostrando una mejoría considerable casi al finalizar la intervención, reafirmando el planteamiento de la psiconeuroinmunología, en que los estados afectivos positivos ejercen un efecto protector sobre la salud, ya que están estrechamente ligados a los procesos biológicos e inmunológicos involucrados en la condición de salud, es decir, sensaciones placenteras o de bienestar disminuyen la actividad neuroendocrina, inflamatoria y cardiovascular. Por tanto, la intervención musicoterapéutica contribuye a disminuir la percepción del dolor, alternando los procesos cognitivos, afectivos y sensitivos, a través de actividades lúdicas, de distracción y de relajación; de manera de provocar modificaciones en el estado de ánimo, y en la manera de expresar el dolor, lo cual pudo verse en el caso de E., ya que durante el proceso musicoterapéutico, sólo en una ocasión tuvo que tomar antibióticos, producto de una otitis, traída desde su hogar, y progresivamente pudo tolerar los procedimientos médicos.

Finalmente, el proceso de enfermedad es representado propiamente tal en la sesión N°14, donde E. divide el proceso en el pasado, presente y futuro en relación a la enfermedad. En las improvisaciones se observan marcadamente los tres momentos, donde en el pasado existe un E. más confiado y seguro, pero rígido y monótono (“me encerré en los estudios y estaba muy estresado, yo creo que por eso me enfermé”); en el presente, un E. más tranquilo y abierto a distintas situaciones; y en el futuro, un E. con ganas de hacer cosas y retomar sus estudios.

El paciente refiere haber aprendido mucho con esta experiencia, a valorar a su familia, a tener una visión de vida más tranquila y más abierto al juego y a explorar y conocer nuevas cosas (“hace un año no hubiera aceptado hacer musicoterapia”).

### 5.2.2 *Ejes Indirectos*

#### a) Palabra / Música – Música /Palabra

En este eje se utiliza la palabra y la música, desde el enfoque planteado por Kenneth Bruscia, mencionado en el marco teórico de la presente revisión bibliográfica, donde la palabra, en ocasiones toma el rol central del proceso, y la música pasa a un segundo plano, y viceversa.

En el caso de E., existe una oscilación constante entre la música en la terapia y la música como terapia, dadas sus inquietudes y requerimientos. En la primera, la música no es el agente principal, y se acompaña principalmente por el discurso verbal y por otras actividades artísticas –construcción de la guitarra y dibujar la improvisación realizada-. En la segunda, la música es considerada el eje central de cambio, y el discurso verbal sirve como catalizador, conductor y guía de dicho cambio, interpretando, reforzando y profundizando en la experiencia musical –representación historia familiar, proceso de enfermedad, entre otros-.

Por lo tanto, este eje se aborda de manera transversal en el proceso musicoterapéutico, siendo la palabra y la música, aspectos fundamentales del trabajo terapéutico con E., quien demuestra en las fases iniciales, mucho interés musical y una dificultad para expresarse verbalmente, por lo que la conjugación de ambos aspectos, de manera alternada y simultánea, según el momento y estado del paciente, resultan esenciales en la elaboración, profundización y generación de reflexión en torno a sus conflictivas y temores, por lo que ambas dimensiones enriquecen y fortalecen de sobremanera el proceso de E., adaptándose permanentemente a sus necesidades.

#### b) Humor

El humor resulta fundamental en el proceso terapéutico, ya que contribuye a articular las distintas dimensiones analizadas. La presencia de humor desde los inicios de la intervención, facilita enormemente el establecimiento del vínculo terapéutico, ya que permite plantear abiertamente consignas y elementos a trabajar, no obstante, resulta un obstáculo, en términos de defensas, es decir, E. utiliza en ocasiones el humor para evadir ciertas preguntas o evitar profundizar en ciertas temáticas que le resultan complejas.

El humor del paciente se manifiesta principalmente en sus relaciones con otros. En el vínculo con su madre, el humor juega un rol de complicidad y conexión –también evidenciado sonoramente-, lo que genera un clima de confianza entre ellos y en las sesiones en que ambos participan; en el vínculo con el equipo médico, el humor produce una sentimiento de familiaridad y estima para con E., siendo atendido y cobijado con especial cariño y cuidado (“es el regalón”); y finalmente el vínculo con la musicoterapeuta, con quien desarrolla una alianza terapéutica significativa, donde el humor constituye una forma común de mirar y concebir la realidad, generándose un nivel de comunicación no verbal facilitador de las temáticas trabajadas durante el proceso.

A medida que el proceso se desarrolla, las defensas del paciente van disminuyendo considerablemente, y puede observarse a E. en todas sus dimensiones, siendo el humor parte esencial de su forma de ser y estar en el mundo.

Finalmente, el humor como eje transversal del proceso musicoterapéutico de E., puede pensarse desde la definición de Nietzsche: *“El hombre sufre tan terriblemente en el mundo que se ha visto obligado a inventar la risa”*.

### 5.2.3 Aspectos Transferenciales y Contratransferenciales

Los aspectos transferenciales involucrados en el proceso musicoterapéutico de E., se caracterizan por sentimientos ambivalentes, que oscilan desde una posición distante e indagatoria, asociada a la relación con su padre; a una posición protectora y contenedora, asociada a la relación con su madre.

En la primera posición, el paciente vuelca sus temores, inquietudes y ansiedades en la terapeuta, dificultando la expresión y profundización de dichos sentimientos, quedando de manifiesto marcadamente sus mecanismos de defensas, como el humor. Esta situación se observa, principalmente en la fase inicial, donde sus verbalizaciones e improvisaciones musicales son breves y con escaso contacto emocional, riéndose constantemente, de modo de evadir ciertos temas problemáticos. A su vez, esta distancia puede observarse en las sesiones posteriores – fase final-, donde ciertas temáticas propuestas por la terapeuta, que resultan no tolerables para el paciente, como las características relacionadas a su padre (“es insistente, sobreprotector, me pregunta muchas cosas”), activan mecanismos para defenderse y no profundizar en la

situación (“no quiero hablar de la enfermedad, ni del futuro, prefiero hablar de ahora que me siento mejor, no me gusta sentirme analizado”).

Por otro lado, en la segunda posición, E. vuelca sus necesidades y requerimientos más primarios en la terapeuta, es decir, este aspecto de la transferencia se encuentra relacionado a los sentimientos maternos puestos en el vínculo terapéutico, evidenciado en la búsqueda de contención y apoyo permanente.

Esta posición se observa en las improvisaciones sonoras vinculares –entre paciente y terapeuta-, en las cuales se establecen diálogos sonoros, iniciados por la musicoterapeuta, de manera de brindar un sostén melódico, para que E. despliegue sus recursos expresivos. A su vez, se manifiesta en la complicidad y conexión, sonora y verbal, entre los actores, ampliando el espectro relacional, a una comunicación verbal y no verbal más profunda, mermando las resistencias y defensas del paciente presentes en diversas etapas del proceso, siendo el humor, ya no un mecanismo de evasión de aspectos no tolerados, sino una herramienta fundamental para el logro terapéutico (“ahora quiero improvisar del proceso de enfermedad”). Las improvisaciones musicales, acompañadas de verbalizaciones extensas, en las que se contiene y apoya al paciente, respetando sus tiempos y requerimientos, generan una apertura y profundización en sus conflictivas.

Por lo tanto, el paso por ambas posiciones, permite que el paciente experimente sentimientos ambivalentes hacia la terapeuta, siendo la primera posición, un lugar donde E. revive sus conflictivas en relación a su padre, transfiriendo tales impulsos y defensas hacia la musicoterapeuta; y la segunda posición, un móvil para superar las resistencia presentes en la posición anterior, pudiendo hacer consciente, lo inconsciente de sus impulsos, respecto a su relación paterna, y dando lugar a sus temores e inquietudes. Por ello, esta posición permite al paciente transferir sus necesidades de contención hacia la terapeuta, derribando las defensas mencionadas.

Con respecto a los aspectos contratransferenciales, cabe destacar dos lugares donde la terapeuta se sitúa para establecer su relación con el paciente. Un primer lugar, se asocia a sentimientos maternos hacia el paciente, marcados por la contención, sostén y apoyo, y una constante preocupación por su estado de salud, dada la gravedad de su enfermedad, evidenciada en la sintomatología física, y su estado psicológico, dada su fragilidad psíquica, demostrada en sus crisis de angustia

frente a los procedimientos médicos, su dificultad para expresar sus emociones y otros síntomas psicológicos, tales como insomnio, irritabilidad, anhedonia, entre otros.

El terapeuta experimenta un conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos hacia E., orientados a brindarle un espacio de expresión de dichos temores, necesidades y ansiedades, asociados a la enfermedad. Estos procesos psicológicos experimentados por la musicoterapeuta se observan en las improvisaciones musicales, donde en diversas ocasiones adquiere un rol maternal, guiando la representación, proporcionando un sostén melódico y proponiendo frases musicales, de manera que el paciente sienta comodidad en su exploración sonora. Este rol también se evidencia en las constantes verbalizaciones y reflexiones acerca del proceso musicoterapéutico y de enfermedad, ya que se adquiere una posición explicativa de dichas situaciones, de modo que E. pueda comprender las implicancias de los aspectos abordados.

Por otro lado, el segundo lugar donde la terapeuta se sitúa, se contrapone con el mencionado anteriormente, ya que se caracteriza por una marcada búsqueda de profundizar en los aspectos íntimos del paciente y una excesiva preocupación y protección frente a su situación actual, asumiendo un rol más paternalista hacia E. Esto queda de manifiesto cuando se le invita al paciente a realizar un recuento de su proceso de enfermedad –previo al diagnóstico, durante la enfermedad y luego de finalizado el tratamiento-, recalcando la importancia de expresar sus sentimientos asociados a ello, frente a lo cual, E. se niega, reactivando sus defensas y resistencias.

Por ello, la constante revisión y supervisión del musicoterapeuta, permite conjugar ambas posiciones de manera idónea, para de esta forma permitir el despliegue de todos los recursos expresivos, sonoros, verbales y psicológicos de E., respetando sus tiempos, necesidades e inquietudes.

## V. CONCLUSIONES

El cáncer es una enfermedad asociada culturalmente a la muerte, por ello es vivenciada como una experiencia rodeada de temores, mitos, ansiedades e inquietudes, despertando, en numerosas ocasiones, temáticas y conflictivas no resueltas, incrementándose en intensidad, luego del diagnóstico. A su vez, dicho diagnóstico y posterior tratamiento, trae consigo cambios a nivel físico y psíquico en el individuo, mermando la valoración que tiene de sí mismo, por lo que durante el proceso de la enfermedad, puede suceder que la autoestima se vea deteriorada, como consecuencia de los tratamientos médicos, de sus efectos secundarios, de los cambios en la imagen corporal, de la incertidumbre ante el futuro, entre otros.

Las enfermedades hemato-oncológicas, difieren de otras enfermedades oncológicas, respecto al tratamiento, ya que en las primeras, los procedimientos médicos deben realizarse dentro de la institución hospitalaria, requiriendo hospitalización durante las semanas que persista el tratamiento; y en las segundas, los procedimientos son de carácter ambulatorio. Por ello, el tratamiento de las enfermedades hemato-oncológicas, resulta más extenso y arduo para la persona y su familia.

La musicoterapia como vehículo de cambio terapéutico inmerso dentro del arte, puede ser concebida como un medio de comunicación tanto verbal, como no verbal. Esta característica permite captar la riqueza del mundo emocional y relacional del paciente oncológico, punto esencial para cualquier cambio o movilidad en sus procesos emocionales y cognitivos. La musicoterapia, al ser un recurso terapéutico flexible, facilita la adaptación a las distintas etapas de la enfermedad y estados de salud del paciente, proporciona experiencias receptivas y/o activas, se ajusta a sus requerimientos y necesidades, y permite continuidad para desarrollar un proceso terapéutico.

En este sentido, la musicoterapia se ajusta en gran medida a las temáticas surgidas y posteriormente trabajadas con E., ya que abarca un espectro comunicacional y relacional amplio, donde la música, el cuerpo, el sonido, los instrumentos musicales y la palabra, se conjugan terapéuticamente en pos de su proceso de enfermedad.

En este camino, E. logra visualizar diversas conflictivas presentes en su vida y fortalecer las relaciones con sus significativos. Con respecto a su padre, la relación se

caracteriza por una distancia significativa, que durante el proceso musicoterapéutico, logra observar, y luego, establecer nuevas formas de comunicación con él, reelaborando su vínculo y comprendiendo que ciertas características denominadas como “molestas y persistentes”, se relacionan a la preocupación de su padre por su estado de salud y a sus deseos por verlo recuperado. Esta situación se evidencia en la asistencia del padre a los talleres de apoyo psicosocial, como forma de recabar información sobre aspectos involucrados en la enfermedad y comprender la realidad de otros pacientes y sus familias, lo que a E. le sorprende en demasía, manifestando la escasa tolerancia con su progenitor y su intención de cambiar dicha actitud. En relación con su madre, el vínculo se fortalece y afianza, siendo fundamentales las sesiones entre ambos, donde se pone en juego su complicidad, comunicación y contacto emocional, y el indudable apoyo que E. siente de su progenitora. Finalmente, la relación con sus hermanos, escasamente nombrados durante el proceso, también se fortalece, ya que estos se hacen partícipes del tratamiento, visitando permanentemente a E.

Con respecto al proceso interno de E., las fases de la intervención son fundamentales para establecer el lineamiento de la terapia, ya que permiten el desarrollo y posterior fortalecimiento del vínculo entre paciente y terapeuta, y proveen de un espacio de contención, apertura y conexión con sus recursos expresivos y creativos, de manera de permitir un afrontamiento más adaptativo de su proceso de enfermedad. Este afrontamiento se hace posible, mediante las experiencias cóporo-sonoro-musicales, donde E. logra conectarse, contactarse, identificarse y expresar sus vivencias y emociones asociadas a la enfermedad, quedando de manifiesto en la sesión en que se niega a representar dicho proceso, logrando verbalizar sus temores y ansiedades respecto a ello. De igual manera, las herramientas corporales proporcionan a E. la posibilidad de utilizar técnicas de respiración y relajación para disminuir el dolor y la angustia provocada por los procedimientos médicos, de forma que el paciente pueda aplicarlas individualmente, luego de finalizado el proceso terapéutico.

Cabe destacar que durante la intervención musicoterapéutica, el sistema inmunológico de E. se ve fortalecido, disminuyendo considerablemente los períodos febriles y de enfermedades virales; se observa una merma en la sintomatología depresiva; y un fortalecimiento en su estructura psíquica, de modo de sobrellevar futuras complicaciones en su proceso de enfermedad, evidenciando la relevancia y

convergencia de la psiconeuroinmunología y la musicoterapia en el tratamiento oncológico.

Los elementos terapéuticos de la musicoterapia, ponen en juego las posibilidades comunicacionales y de expresión de la vida interior del individuo, generando que se considere como una opción y/o complemento en el tratamiento de personas en que la comunicación verbal no es posible por limitaciones funcionales o psíquicas, o en aquellas en que es importante la comunicación no verbal, lo cual puede favorecer y enriquecer el tratamiento de las personas con diagnósticos hemato-oncológico, ya que se les proporciona una instancia multidisciplinaria, donde abordar sus experiencias, vivencias, sensaciones, percepciones y todos los aspectos relacionados con el proceso de enfermedad –espacio informativo: verbal (médico), espacio psicoterapéutico: verbal (psicóloga), espacio musicoterapéutico: verbal y no verbal (musicoterapeuta)– .

Por lo tanto, la musicoterapia, puede contribuir en el tratamiento hemato-oncológico, como complemento de las demás especialidades, brindando al paciente un tratamiento multidisciplinario, que aborde las diferentes dimensiones de lo humano, es decir, una intervención orientada a favorecer el bienestar biopsicosocialespiritual y calidad de vida, fortalecer el sistema inmunológico y posibilitar la comprensión y expresión de las creencias, emociones, actitudes y estilos de vida y de relación, asociados al proceso de salud y enfermedad.

### ***Reflexiones***

La experiencia de trabajar con musicoterapia en oncología, ha sido una experiencia sumamente enriquecedora, ya que he podido compartir íntegramente el proceso de enfermedad de un paciente afectado por esta enfermedad tan mitificada y temida. Por un lado, pude conocer sus miedos, angustias, rabias e incertidumbres, y por otro, sus esperanzas, su lucha permanente y sus alegrías, lo que genera que me comprometa significativamente en cuanto a la preparación de las sesiones, a la seriedad para abordar el proceso y al respeto por el otro, ese otro que me esperaba semanalmente para conversar, tocar instrumentos y reírnos de ciertas situaciones.

Esta experiencia permite encantarme con la musicoterapia y entenderla como lenguaje universal, que abre caminos y derriba obstáculos, inclusive en situaciones tan complejas como una enfermedad oncológica.



De igual manera, esta experiencia trae consigo limitaciones y ventajas, que describiré a continuación:

#### Limitaciones

- Escasa validación de la disciplina por parte del equipo médico

El equipo médico considera a la Musicoterapia como “educación musical”, sin comprender la real implicancia de la intervención, no profundizando en el trabajo realizado, y existiendo una mínima comunicación entre profesionales –pese a ello, la psicóloga de la unidad siempre se vio dispuesta a aclarar dudas, discutir los casos y plantear sugerencias-.

- Inexperticia musical

En términos del proceso, la falta de conocimiento musical para acompañar firmemente al paciente en sus improvisaciones; y en términos de la investigación, para realizar un análisis más acabado y detallado de la música de E, por lo que considero necesario profundizar en mis conocimientos musicales y que el postítulo de especialización en musicoterapia, proporcione, para futuras generaciones, un mayor entrenamiento técnico durante los años de estudio.

- Dificultades en el registro audiovisual de las sesiones

En el comienzo del proceso de práctica, varios pacientes se niegan a ser grabados, retardando el inicio de la intervención hacia mediados de semestre del año 2011, además, los elementos de audio, al ser más bien básicos, presentan diversas complejidades, que dificultan el posterior análisis.

- Sobreinvolucramiento para con la experiencia

El excesivo compromiso con el paciente y el proceso, genera un cansancio físico y psíquico, que se manifiesta en un principio a nivel fisiológico, sin embargo, el acompañamiento de mi supervisora, me permite tomar distancia de la situación, utilizando de manera positiva dicha implicación con el paciente.

## Fortalezas

- Humor

El humor lo recalco como fundamental en el desarrollo de la proceso de E., ya que la capacidad de reír, “de reírnos”, se da de manera transversal y funciona como sostén del vínculo terapéutico, debido que a partir de ello, se comienza a afianzar nuestra relación, pudiendo tolerar todas las vicisitudes presentes en el proceso terapéutico.

- Capacidad de Aprendizaje – Autoanálisis – Auto observación – Flexibilidad – Apertura

Considero la intervención musicoterapéutica como una terapia bidireccional, que precisa de una constante metarevisión, es decir, de la revisión del proceso del paciente, del proceso vincular y del proceso interno como terapeuta, por ello, se requiere de una gran flexibilidad y apertura para sobrellevar dichos procesos, y una capacidad de aprendizaje, que fui adquiriendo a medida que transcurre la terapia, gracias a la supervisión y a E., que cada día me entregaba fuerzas para acompañarlo en su lucha.

- Compromiso – Entrega

A su vez, considero mi compromiso con E. como fortaleza en el proceso, ya que contribuye en demasía a entregarme plenamente a la experiencia y abordarlo de manera extremadamente seria, en cuanto a la preparación de cada sesión y al respeto por la situación y momentos del paciente.

Por todas las implicancias de la musicoterapia, como disciplina de la salud, tengo altas expectativas en su desarrollo como método complementario de las terapias y procedimientos tradicionales, por lo que, tal como la confianza de E. con el proceso musicoterapéutico y su lucha por vivir cada día en plenitud, mi lucha radicará en difundir y validar nuestro quehacer como disciplina científica a institucionalizar, de manera de contribuir en los procesos de salud y enfermedad de tantas personas que se encuentran afectadas por una enfermedad tan compleja como el cáncer, y que están abiertas a nuevas perspectivas de ayuda.

## ***Epílogo***

En el mes de Diciembre, luego de finalizada la intervención musicoterapéutica, se realiza por primera vez una celebración navideña para los pacientes de cada unidad de hematología-oncológica, que consiste en el canto de villancicos y utilización de diversos instrumentos. Esta celebración surge a partir de una inquietud del equipo médico, inspirado por el trabajo musicoterapéutico, y participa todo el personal de la salud y cada paciente, inclusive aquellos que se encuentran con un estado de salud más complejo, como E, los que participan desde sus piezas y/o sillas de ruedas; iniciando así el camino de la validación de la disciplina...

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez G. (2004). *Psiconeuroinmunología del estrés y su relación con la generación de enfermedad*. Tesis Monográfica para optar al título de Licenciado de Psicología. Universidad Central de Chile. Escuela de Psicología. Santiago, Chile.
- Benenzon, R. (2002). *De la Teoría a la Práctica*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Benenzon, R. (2008). *La Nueva Musicoterapia*. Buenos Aires. Editorial Lumen.
- Bruscia, K. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. España. Amarú Ediciones.
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. España. Editorial Agruparte.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia. Métodos y Prácticas*. México. Editorial Pax México.
- Contreras, C. (2005). *Psiconeuroinmunología: Evidencias científicas de la relación entre las emociones y el proceso salud-enfermedad*. Tesis Monográfica para optar al título de Licenciado de Psicología. Universidad Central de Chile. Escuela de Psicología. Santiago, Chile.
- Hemsy de Gainza, V. – Kesselman, S. (2003). *Música y Eutonía: El Cuerpo en Estado de Arte*. México. Editorial Lumen.
- López, V. (2003). *Psiconeuroinmunología*. Tesis Monográfica para optar al título de Licenciado de Psicología. Universidad Central de Chile. Escuela de Psicología. Santiago, Chile.
- Ruud, E. (1990). *Los Caminos de la Musicoterapia*. Buenos Aires. Editorial Bonum.
- Schapira, D. (2007) *El Abordaje Plurimodal*. Argentina. ADIM Ediciones.
- Suárez, D. (2002). *Personalidad, Cáncer y Sobrevida*. La Habana. Cuba. Editorial Científico – Técnica.
- Vishnivetz, B. (1996). *Eutonía: Educación del Cuerpo y del Ser*. Barcelona. Editorial Paidós.

## RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS EN LÍNEA

- Alarcón, A. (2011). Nuevo Manual de Psicooncología. Consultado el 25.07.11 en [http://www.psicooncologia.org/psicomundo.php?\\_pagi\\_pg=3](http://www.psicooncologia.org/psicomundo.php?_pagi_pg=3)
- Alonso-Cardaño, A. (2008). Tratamiento Multidisciplinar para el Dolor Lumbar Crónico: Programa de Musicoterapia. Consultado el 30.06.11 en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462008000400004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462008000400004&script=sci_arttext)
- Contreras, J. (2005). Definición y Áreas de la Calidad de Vida en Oncología. v.28 n.3 Madrid. Consultado el 23.06.11 en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-8352005000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-8352005000300002&script=sci_arttext)
- Durá, E. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas Futuras de Investigación e Intervención Profesional. Consultado el 28.06.11 en <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a04.pdf>
- Enciso, L. (2005). Consenso Colombiano sobre el Tratamiento de la Leucemia Linfoblástica Aguda en Adultos. Consultado el 12.11.11 en <http://incancerologico85.internet.gamma.axesnet.net/documentos/rcc2006v10n1a02PDF.pdf>
- Fors, M. (1999). La Psiconeuroinmunología: Una Nueva Ciencia en el Tratamiento de Enfermedades. Revisión Bibliográfica. Consultado el 6.06.11 en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03001999000100018&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03001999000100018&script=sci_arttext)
- Gavrín, Jonathan; Fleisher, Lee A. (2006). Cuidados Paliativos: Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica. Consultado el 29.06.11 en [http://books.google.cl/books?id=eHcPtc4tQpAC&pg=PA98&dq=medicina+y+musicoterapia&hl=es&ei=MvSpTMbaJoaBIAeFi\\_3yDA&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=9&ved=0CFYQ6AEwCA#v=onepage&q=medicina%20y%20musicoterapia&f=false](http://books.google.cl/books?id=eHcPtc4tQpAC&pg=PA98&dq=medicina+y+musicoterapia&hl=es&ei=MvSpTMbaJoaBIAeFi_3yDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CFYQ6AEwCA#v=onepage&q=medicina%20y%20musicoterapia&f=false)
- Giglio, C. (2001). Emociones y Enfermedad. Consultado el 25.07.11 en [xa.yimg.com/kq/.../PNI+TEXTO+RECOPIACION+COMPLETA.doc](http://xa.yimg.com/kq/.../PNI+TEXTO+RECOPIACION+COMPLETA.doc)

- Jiménez, J. (2010). Mapa de la Investigación del Cáncer en Chile. Consorcio Tecnológico en Biomedicina Clínico-Molecular Aplicada (BMRC-Chile). Programa de Salud Pública y Centro de Evaluaciones Económicas y Sociales en Salud. Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Consultado el 14.01.12 en <http://www.salunderecho.cl/archivos/2010/12/Mapa-del-C%C3%A1ncer-en-Chile-2010.pdf>
- Marsiglia, I (2009). La Psiconeuroinmunología: Nueva Visión sobre la Salud y la Enfermedad. Consultado el 4.07.11 en <http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v117n3/art02.pdf>
- Martins, E. (2002). Music Therapy and Oncology at the National Institute of Cancer. Revista Voices: A World Forum for Music Therapy, Vol 5. N° 3. Consultado el 12.11.11 en <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/viewArticle/234/178>
- Medina, E. (2001). Mortalidad por Cáncer en Chile: Consideraciones Epidemiológicas. Rev. Méd. Chile v.129 n.10 Santiago. Consultado el 23.06.11 en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001000014&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001000014&script=sci_arttext&tlng=en)
- Navas, C. (2006). La Conexión Mente-Cuerpo-Espíritu y su Efecto en la Promoción de la Salud en Pacientes Oncológicos. Rev. venez. oncol. v.18 n. Consultado el 3.07.11 en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079805822006000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S079805822006000100006&script=sci_arttext)
- Ortega, M. (2007). Leucemia Linfoblástica Aguda. Consultado el 10.11.11 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2007/mim071e.pdf>
- Ramos, V. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. Consultado el 29.06.11 en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082009000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082009000200008&script=sci_arttext)
- Rickey, T. (2003). Music Therapy Strikes a Chord With Cancer Patients. Consultado el 8.09.11 en <http://www.urmc.rochester.edu/news/story/index.cfm?id=336>

- Rodríguez, V. (2009). Prevalencia de Trastornos Mentales en Adolescentes con Cáncer. Rev. Venez. Oncol. v.21 n.4 Caracas. Consultado el 28.06.11 en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822009000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822009000400004&script=sci_arttext)
- Solomon, G. (2001). Psiconeuroinmunología: Sinopsis de su Historia, Evidencia y Consecuencias. Consultado el 25.07.11 en <http://www.biocognitive.com/images/pdf/psiconeuroinmunología%20Sinopsis%20de%20%20SuHistoria,%20Evidencia%20y.pdf>
- S/N. (2007). Instituto Nacional del Cáncer: De los Institutos Nacionales de la Salud en EE.UU. Consultado el 23.06.11 en <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/cancer/page3>

## VII. ANEXOS

### Anexo 1





Anexo 2



Anexo 3





**Anexo 4**

**Protocolo de Musicoterapia**

**Fecha:**

**Sesión N°:**

**Terapeuta:**

**Paciente:**

<b>I. Objetivo (s) de la sesión</b>
<b>II. Setting y Recursos Materiales</b>
<b>III. Técnicas usadas (activa/receptiva; improvisación libre/estructurada; voz; cuerpo; etc)</b>
<b>IV. Desarrollo de la sesión/actividades: inicio – medio – final; momentos repetitivos/momentos de cambio</b>
a) <i>Inicio</i>
b) <i>Desarrollo</i>
c) <i>Final</i>
<b>d) Observaciones Musicales</b>
<b>e) Conclusiones</b>
<b>f) A considerar para la próxima sesión</b>
<b>g) Apreciación Personal</b>