



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE ARTES

ESCUELA DE POSTGRADO

**Monografía para optar a la especialización del Postítulo en
Terapias de Arte, Mención Musicoterapia**

“Musicoterapia en la Quimioterapia Ambulatoria:

Un espacio de bienestar y encuentro”

Nombre de la Alumna: María Cecilia Carrère Oettinger

Profesora Guía: Patricia Lallana

Título Anterior: Licenciatura en Artes mención Teoría de la Música

Año de Titulación: 1996

Universidad: Universidad de Chile

Santiago de Chile, 2016

Tabla de Contenidos

- I. Introducción
- II. Marco Teórico General
 - a. Contexto institucional
 - 1. La Fundación Arturo López Pérez
 - 2. La Unidad de Quimioterapia Ambulatoria de la FALP
 - b. El Cáncer
 - 1. Definición de cáncer. Etiología. Tipos
 - 2. Tratamiento del cáncer
 - 3. Quimioterapia
 - 4. Aspectos psicosociales del paciente con cáncer. La psicooncología
 - c. La fenomenología analítico-existencial como acercamiento al paciente
 - d. El trabajo grupal como beneficio para el paciente
- III. Marco teórico musicoterapéutico
 - a. Gustavo Gauna
 - b. La Técnica de Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido (EISS)
 - c. Musicoterapia en el contexto de la Quimioterapia Ambulatoria: antecedentes

- IV. La intervención musicoterapéutica en la FALP
 - a. Encuadre
 - b. Objetivos
 - c. Técnicas y actividades utilizadas
 - d. Setting instrumental
 - e. Pauta de evaluación para el paciente: resultados
 - f. Pauta de evaluación para las enfermeras: resultados
 - g. Emergentes de la intervención
 - h. Evaluación de la intervención
 - i. Acercando la práctica a la teoría: la Fenomenología Analítico-Existencial en 3 casos
 - j. Autoevaluación de fortalezas y debilidades personales
- V. Conclusiones
- VI. Bibliografía
- VII. Anexos
 - a. Tabla de registro de sesión
 - b. Pauta de evaluación para el paciente
 - c. Pauta de evaluación para la enfermera
 - d. Imágenes de una sesión

I. INTRODUCCIÓN

La presente monografía está basada en el proceso musicoterapéutico grupal realizado en la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria de la Fundación Arturo López Pérez, entre Octubre del 2015 y Enero del 2016.

Principalmente dos razones me motivaron a realizar un trabajo musicoterapéutico en relación a la oncología; primero, tenía mucho interés en conocer el ámbito médico y hospitalario, y segundo, siempre me ha motivado el trabajo con personas que están con una enfermedad o en una situación que puede significar la última etapa de su vida. La posibilidad de entregar herramientas a los pacientes para ayudarlos a enfrentar su enfermedad a través de la musicoterapia significó una oportunidad hermosa.

Este trabajo comienza con un marco teórico general en que se presenta el contexto en el cual se realizó el proceso, la Fundación Arturo López Pérez y su Unidad de Quimioterapia, además de conceptos generales acerca del cáncer, su tratamiento y sus implicancias psicosociales para el paciente. El marco teórico termina con ideas básicas que se refieren a la mirada que elegí para acercarme al paciente, la Fenomenología Analítico-Existencial, así como los beneficios que puede significar para el paciente el participar de un trabajo grupal según el planteamiento de Irvin Yalom.

En cuanto al marco teórico musicoterapéutico, todo mi trabajo está basado en los planteamientos del musicoterapeuta argentino Gustavo Gauna. También me

refiero a los antecedentes que existen sobre el uso de musicoterapia en el contexto de la quimioterapia ambulatoria.

Sigue la presentación de la intervención, su encuadre, sus objetivos, el setting instrumental y las actividades realizadas en ella. Se presentan los resultados de evaluaciones realizadas por los pacientes y enfermeras, los emergentes más importantes de la intervención y su posterior evaluación en relación a los objetivos planteados. Se termina con una autoevaluación de fortalezas y debilidades y una conclusión final. Como anexos se incluyen las pautas de registro de las sesiones y de evaluación además de fotografías de una sesión.

II. MARCO TEÓRICO GENERAL

a. Contexto Institucional

1. La Fundación Arturo López Pérez¹

La Fundación Arturo López Pérez es una institución privada sin fines de lucro dedicada al diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia en cáncer. Se formó en 1954 gracias a la donación de la Sra. Ana Ross, viuda de Don Arturo López Pérez, un empresario de la Bolsa de Comercio de Valparaíso nacido en 1845. Luego de la muerte del empresario a raíz de un cáncer gástrico en 1949 en París, la Sra. Ross conoció al médico chileno Enrique Raventós, y a partir de conversaciones con él decide destinar su herencia en pos del sueño que alberga

¹ Memoria 2014 FALP
FALP ¿Quiénes somos? – Historia <http://www.falp.cl/>

en su corazón producto del dolor por la muerte de su marido: la esperanza de que con investigación y perseverancia se pueda mitigar o derrotar el cáncer. Así una institución dedicada a la investigación y tratamiento del cáncer comenzó sus actividades en dos antiguos pabellones anexos al Hospital Salvador, siendo inauguradas sus primeras instalaciones en 1955. Hoy se ubica en la calle Rancagua esquina José Manuel Infante, en la comuna de Providencia.

La FALP posee distintas áreas de acuerdo a su actividad en las cuales trabajan casi 800 funcionarios. La clínica oncológica consta de una unidad de hospitalización ambulatoria y una unidad médico quirúrgico con cuatro pabellones, en las cuales anualmente se realizan casi 5.000 cirugías. Además posee una unidad de paciente crítico, una unidad de cuidados paliativos y del dolor, y distintas áreas de aislamiento. Posee 11 consultas médicas para atenciones oncológicas ambulatorias y especialidades asociadas, entregando más de 90.000 consultas al año.

Las especialidades que entregan sus más de 150 especialistas médicos son quimioterapia, radioterapia, y cirugía, así como subespecialidades oncológicas como onconutrición, oncogeriatría, y unidades de kinesiología, endoscopía y broncopulmonar. Se atienden hombres y mujeres mayores de 15 años con los siguientes tipos de cáncer: Cérvico uterino, Colon y Recto, Endometrio, Esófago, Estómago, Hígado, Huesos, Leucemias agudas y crónicas, Linfoma no Hodgkin, Linfoma de Hodgkin, Mama, Mesotelioma (pleural y peritoneal), Mieloma múltiple, Ovario, Páncreas, Pene, Piel, Próstata, Pulmón, Riñón, Sarcoma de tejidos

blandos, Síndrome mielodisplásico, Testículo, Tumor de Wilms, Tumor hipofisario, Vagina, Vejiga o vesical, Vesícula biliar, Vía biliar y Vulva.

La Fundación cuenta con un Departamento de Calidad de Vida, que busca entregar apoyo al paciente oncológico y su familia desde una perspectiva integral, complementando las intervenciones médicas con otros medios terapéuticos, para lograr un mayor bienestar psicosocial durante la enfermedad y su tratamiento. Para esto posee una unidad de salud mental compuesto por dos psiquiatras, tres psicólogas, dos arteterapeutas, y una asistente social, así como una unidad de terapias complementarias, que ofrece principalmente terapia depurativa estilo MOA y Flores de Bach. La unidad de educación realiza charlas semanales para promover un estilo de vida saludable entre los pacientes así como educarlos sobre aspectos relevantes al vivir con una enfermedad como el cáncer y a sus cuidados.

La Unidad de Investigación y Docencia posee convenios con universidades chilenas como la Universidad de Santiago, Universidad de Chile y Universidad de Valparaíso a través del cual una serie de profesionales de la salud se perfeccionan en la FALP, así como convenios con instituciones internacionales como el Memorial Sloan Kettering Hospital de Nueva York y el Instituto Europeo de Oncología, entre otros, por medio del cual se realizan intercambio de profesionales para investigación y docencia. El área de investigación recientemente inauguró un Laboratorio de Biología Molecular cuyo objetivo es desarrollar técnicas de diagnóstico molecular. En la actualidad existen 10 proyectos de investigación en curso.

En 1955 se creó la Unidad de Convenio Oncológico, un fondo solidario que otorga acceso a un tratamiento de punta sin discriminación de la previsión de salud. Este convenio posee alrededor de 400.000 afiliados provenientes de más de 4.000 empresas, y se caracteriza por apoyar las políticas de responsabilidad social. Al mismo tiempo se creó la Unidad de Donaciones y Beneficencia, la cual recauda fondos para efectuar campañas de prevención y detección precoz en sectores de menores recursos y apoya tratamientos de personas en situación de vulnerabilidad. La Clínica Movil, donada por la empresa de cosméticos Avon, ha recorrido el país realizando más de 14.000 mamografías a mujeres de escasos recursos.

Actualmente se están llevando a cabo tres proyectos de ampliación en las dependencias de la FALP: la construcción de una nueva área de radioterapia con tres búnker para equipos de última generación, un edificio de cinco pisos y seis de subterráneos, y un conjunto de iniciativas de mejoramiento de unidades y ampliaciones de pabellones. La inversión en la última tecnología de radioterapia asciende a 20 millones de dólares e incluye un Acelerador Eleka Vmat y equipos de Radiocirugía Robótica (cyberknife).

2. La Unidad de Quimioterapia Ambulatoria de la FALP

En la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria de la FALP trabajan 9 médicos, 9 enfermeras, y 9 técnicos en enfermería. Se atienden en promedio 50 pacientes al día que acuden para recibir las dosis de su tratamiento de quimioterapia. En la entrada hay un mesón donde dos secretarias reciben a los pacientes al llegar, y luego de registrarse son llevados a una de las dos secciones que existen para la administración de la quimioterapia, una en la cual hay 12 box individuales, cada una con un sillón para el paciente, una silla para un acompañante, una mesita con ruedas y un televisor. Están separadas entre sí pero están abiertas hacia un sector central con un mesón donde se ubican las enfermeras. La otra sección es una sala amplia donde se ubican 4 pacientes de manera grupal, cada uno en un sillón grande y cómodo, con una silla al lado para un acompañante. Hay un pequeño escritorio para la enfermera a cargo y un televisor. Además de la enfermera jefe siempre hay una auxiliar. Los pacientes que son atendidos en esta sala grupal son llevados ahí porque junto con la quimioterapia se les administra un antialérgico para evitar reacciones alérgicas, y en esta sala están más supervisados. También se atienden pacientes en esta sala grupal cuando los box individuales están todos ocupados. Todos los quimios se administran de manera intravenosa con un catéter instalado en el pecho. La administración de una dosis se demora en promedio 3 horas.

Los tipos de cáncer más tratados en esta unidad son de mama, colon y gástrico. Los programas de tratamiento son todos individuales dependiendo del tipo de cáncer y el esquema de medicamentos, siendo generalmente cada 21 días

por 4 ciclos para cáncer de mama, y cada 15 días por 12 ciclos para cáncer de colon. La combinación más común de medicamentos son oxaliplatino con 5-fluoracilo y leucovorina para cáncer de colon, y adriamicina con ciclofosfamida y taxol para cáncer de mama.

b. El Cáncer²

1. Definición, etiología y tipos

Cáncer es el nombre que se le da a un conjunto de enfermedades cuya principal característica es que, en ella, algunas células del cuerpo se dividen sin detenerse, llegando a invadir tejidos aledaños. El cuerpo humano, formado por más de trillones de células, posee un proceso ordenado en que estas células crecen y se dividen formando células nuevas a medida que el cuerpo las necesita, y cuando envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las reemplazan. En el cáncer, este proceso ordenado, llamado apoptosis, se descontrola, ocurriendo que células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y formar masas sólidas de tejido llamados tumores, los que se pueden extender a los tejidos cercanos e invadirlos. También se pueden desprender células de estos tumores y moverse a lugares distantes del cuerpo a través del sistema circulatorio o del sistema linfático formando nuevos tumores lejos del tumor original. Cuando esto ocurre se llama al cáncer metastático.

² Instituto Nacional del Cáncer <http://www.cancer.gov/español/>

El cáncer es una enfermedad genética, o sea, es causada por cambios en los genes que controlan la forma como funcionan las células, en especial la forma en que crecen y se dividen. Los cambios genéticos que causan el cáncer pueden heredarse de los padres, como también pueden suceder a lo largo de la vida como resultado de errores que ocurren al dividirse las células o por el daño del ADN causado por factores externos. Estos factores del ambiente pueden ser sustancias, como los compuestos químicos del tabaco, o radiación, como los rayos ultravioleta del sol. El cáncer de cada persona tiene una combinación única de cambios genéticos, y al crecer el tumor, ocurrirán más cambios, e incluso distintas células pueden tener cambios genéticos diferentes.

Hay más de 100 tipos de cáncer, y reciben el nombre del órgano donde se formó el cáncer, por ejemplo, el cáncer de pulmón comienza en las células del pulmón. También se pueden llamar de acuerdo al tipo de célula específica en la cual se formó. Los carcinomas, por ejemplo, que son el tipo más común de cáncer, se forman en las células epiteliales, que son células que cubren las superficies internas y externas del cuerpo. Los sarcomas son cánceres que se forman en los huesos y tejidos blandos, las leucemias en los tejidos que forman la sangre en la médula ósea. El linfoma es un cáncer que comienza en los linfocitos, que son glóbulos blancos que forman parte del sistema inmunitario, y el mieloma múltiple, en las células plasmáticas, otro tipo de células inmunitarias.

2. Tratamiento del cáncer

Existen distintos tipos de tratamiento para el cáncer, y el uso de uno de ellos o una combinación de varios va a depender del tipo de cáncer y de lo avanzado que se encuentra en el momento del diagnóstico. En la mayoría de los casos se utiliza una combinación de tratamientos, como cirugía con quimioterapia o radioterapia.

Las formas principales de tratamiento son:

- Cirugía: Procedimiento de extirpación de un tumor canceroso del cuerpo.
- Radioterapia: Tratamiento que utiliza altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores.
- Quimioterapia: Tratamiento que utiliza fármacos para destruir células cancerosas.
- Inmunoterapia: Tratamiento que ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer.
- Terapia dirigida: Tratamiento que actúa sobre los cambios que promueven el crecimiento, la división y diseminación de las células cancerosas.
- Terapia hormonal: Tratamiento que actúa sobre las hormonas que utilizan las células cancerosas para crecer.
- Transplante de células madre: Procedimiento que restaura las células madre formadoras de sangre que se destruyeron por las dosis elevadas utilizadas en tratamientos del cáncer, como quimioterapia o radioterapia.

3. Quimioterapia

La quimioterapia como tratamiento contra el cáncer se utiliza principalmente de dos maneras. La primera suele llamarse quimioterapia curativa, que detiene o hace más lento el crecimiento de las células cancerosas, y así se puede curar el cáncer, reducir las posibilidades de que regrese, o hacer más lento su crecimiento. La segunda función que tiene la quimioterapia es paliativa, en que se utiliza para encoger tumores que causan dolor y otros problemas, o sea el objetivo es aliviar los síntomas que causan el cáncer y no su curación.

Cuando se usa la quimioterapia con otros tratamientos, puede reducir el tamaño de un tumor antes de la cirugía o radioterapia. En este caso se llama quimioterapia neoadyuvante. También puede destruir las células cancerosas que pueden haber quedado después de la cirugía o radioterapia; en este caso es una quimioterapia adyuvante. También puede ayudar a otros tratamientos a que funcionen mejor, o destruir células cancerosas que han vuelto a aparecer o que se han extendido a otras partes del cuerpo.

La quimioterapia se administra de diversas formas. Una manera es por vía oral, por medio de tabletas, cápsulas o líquidos que se toman. Otra forma común es vía intravenosa, o sea, a través de una vena. En este caso puede ser administrada por medio de un catéter, que es un tubo blando y delgado que se coloca en el área del pecho quedando el otro extremo fuera del cuerpo, donde se puede administrar todas las dosis del tratamiento sin tener que pinchar una vena cada vez. Otras formas pueden ser por medio de una inyección, o administrada

directamente a la cavidad peritoneal. Los programas de tratamiento de quimioterapia varían ampliamente en cuánto a su duración, número de dosis y frecuencia de éstas dependiendo del tipo de cáncer, lo avanzado que está, si la quimioterapia es curativa o paliativa, los tipos de fármacos recibidos, y cómo reacciona el cuerpo a la quimioterapia. Normalmente se recibe la quimioterapia en ciclos, durante los cuales se reciben las dosis de manera regular, por ejemplo seis dosis cada tres semanas, seguido de un período de descanso para que el cuerpo se recupere, para luego seguir con otro ciclo igual.

La quimioterapia no sólo destruye o hace más lento el crecimiento de las células cancerosas sino también destruye o hace más lento el crecimiento de las células sanas, como las células que revisten el interior de la boca, el intestino, y las que hacen crecer el pelo. El daño a estas células puede causar efectos secundarios como llagas en la boca, náuseas, y caída del pelo, pero el efecto secundario más común es la fatiga, que es sentir cansancio y agotamiento.

4. Aspectos psicosociales del cáncer. La psicooncología

Vivir con una enfermedad como el cáncer puede afectar de manera profunda la dimensión psicosocial del hombre. Pueden surgir sentimientos y emociones que nunca antes se habían sentido, y éstos además pueden ser muy cambiantes en el día a día. El paciente se ve en la situación de tener que retener y entender mucha información de parte de los médicos en cuánto al diagnóstico,

tratamiento, pronóstico y cuidados ante su enfermedad, y esto puede generar agobio y confusión.

Además de esto, el paciente tiene que incluir en sus actividades cotidianas diversas consultas médicas, exámenes, y el tratamiento que puede significar como ejemplo sesiones de quimioterapia cada 21 días por 6 meses, o 30 sesiones de radioterapia todos los días, lo cual significa que tiene que interrumpir la rutina de su vida diaria que tenía antes de enfermarse. Con esto se puede ver afectado lo laboral y lo familiar, ya que el paciente debe pedir licencia médica en su trabajo lo cual puede afectar el ámbito económico. Esto sumado al costo mismo de las consultas, exámenes y tratamientos. La interrupción de la rutina diaria y el aumento del costo es especialmente crítico para pacientes que viven lejos de lugares adecuados para el tratamiento de su enfermedad, ya que tienen que viajar y alojar fuera de su casa para poder recibirlo. Este punto era muy importante en la unidad de quimioterapia de la FALP, ya que en cada sesión que realicé, por lo menos un paciente de cuatro era de provincia, algunos haciendo no sólo un esfuerzo económico por viajar sino que además teniendo que organizar el funcionamiento de la casa, cuidado de niños, etc., en su casa mientras hacían el viaje para el tratamiento. Todo esto puede producir en el paciente una sensación de pérdida de control sobre su vida generando sentimientos de angustia, estrés, y preocupación.

Junto con estos cambios más externos que provoca vivir con una enfermedad como el cáncer, pueden aparecer sentimientos en el paciente de

rabia, incertidumbre, culpa, pena y temor al hacerse preguntas como: “¿Por qué a mí?” “¿Qué he hecho que ahora me pasa esto?” “¿Qué me va a pasar?” “¿Voy a sufrir?” “¿Cómo voy a quedar después del tratamiento?” “¿Voy a morir?”.

Muchas veces los pacientes “mastican” estas preguntas y viven los sentimientos que ellas producen en silencio porque no quieren preocupar al resto de sus seres queridos, que ya están preocupados por la enfermedad. Este silencio puede hacer que ellos mismos repriman estos sentimientos y sea más difícil para ellos reconocerlos y expresarlos en forma sana. En una sesión de musicoterapia una mujer tocó el xilófono y al final me dijo que, en un momento, había tocado el instrumento muy fuerte y recién ahí se dio cuenta que tenía rabia y que no podía expresarla por temor a hacer sufrir a su familia. Puede surgir también un cuestionarse por qué razón se tiene el cáncer, generando un sentimiento de culpabilidad al pensar que es por algo que se haya hecho en la vida. Todos estos sentimientos muy profundos e íntimos son muchas veces guardados para sí, generando finalmente un sentimiento de gran soledad ante lo que se está viviendo.

En relación a la familia y los cercanos, pueden ocurrir diversas reacciones que afectan al paciente. Por un lado, los cercanos que apoyan y acompañan al paciente pueden generar en éste sentimientos de gratitud y esperanza, y a veces por esto el paciente puede sentir que tiene que estar de buen ánimo y no quejarse, lo cual puede dificultar aún más la expresión de los sentimientos que puedan hacer sufrir a los familiares. Por otro lado, a veces ocurre que familiares y amigos

se alejen del paciente con cáncer o eviten preguntar o hablar del tema de su enfermedad cuando están con él, a raíz de sus propios temores, convirtiendo el cáncer del paciente en un tema “tabú”, lo que suele llamarse la “conspiración del silencio” (Sanz, J., Modolell, E., 2004) que puede surgir en torno al paciente con cáncer. Toda esta coexistencia de una gran gama de sentimientos que son además cambiantes en el día a día, pueden generar aún más angustia, aislamiento y soledad.

Por eso los estudios indican que casi todas las personas diagnosticadas con cáncer van a presentar una variedad de respuestas emocionales difíciles que pueden ir desde una adaptación normal hasta síndromes que cumplen con los requisitos del criterio diagnóstico de enfermedad mental, como pueden ser un trastorno de adaptación o de ansiedad. El reconocimiento de la aflicción psicosocial del paciente con cáncer llevó al convencimiento de que la atención de este aspecto era tan importante como el tratamiento médico, y esto llevó al surgimiento de una subespecialidad de la oncología llamada psicooncología. Desde 1950 en Estados Unidos se había comenzado a estudiar las respuestas emocionales de los pacientes con cáncer, y en la década de 1960 fue fundamental el trabajo de la psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross quien desafió al personal médico al romper la “conspiración de silencio” en torno al enfermo de cáncer y poner en primer plano sus preocupaciones y preguntas con respecto a la muerte. En la década de 1970 la Dra. J.C. Holland fundó la primera unidad de psicooncología y sentó las bases de esta nueva especialidad cuyo objetivo es atender las respuestas emocionales de los pacientes, sus familiares y personal sanitario en

todas las etapas de su enfermedad, además del estudio de factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer.

c. La Fenomenología Analítico-Existencial como acercamiento al paciente

Como era primera vez que me enfrentaba a un grupo de pacientes para la intervención en musicoterapia en la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria, quise tener una mirada clara para relacionarme con ellos primero como personas. Como emprendí el estudio de un Post Título en Consultoría en Análisis Existencial al mismo tiempo que el Post Título en Musicoterapia, decidí fundamentar esta comprensión en las ideas allí expuestas. El Análisis Existencial es una psicoterapia fenomenológico-personal que busca ayudar a la persona a alcanzar un vivenciar libre, tomas de posición auténticas y un trato responsable consigo mismo y con su mundo. La comprensión de la persona para fomentar el desarrollo de su esencia y llevar claridad a su sentir propio, son el fundamento de la “existencia realizada” (Längle, A., 2007), y la manera de lograr esta comprensión es el método de percepción que se llama Fenomenología.

Este método busca conocer al paciente desde él mismo, en su contexto, y en el momento actual, como “es” ahora. Es una mirada individual, momentánea y pasajera en el sentido que miramos qué es lo que el paciente nos dice en este momento, qué es lo que lo mueve y le importa dentro de su contexto vital, evitando hacer suposiciones o teorizaciones sobre su discurso. Lo específico de la

fenomenología consiste en que lo percibido es referido a la esencia propia del terapeuta, que se accede a la esencia del otro mediante la propia esencia. El terapeuta se pone a disposición con el propio pensar, sentir e intuir, y se abre personalmente para permitir que el paciente lo afecte.

La Fenomenología posee diversos elementos:

- Decisión, se debe querer internamente aventurarse en esta forma de mirar.
- Dedicación, total disposición, con todos los sentidos y la intuición.
- Apertura y entrega, mantenerse abierto a lo que nos afecta, dejar que actúe y fijarse en cómo actúa en uno, y no referirlo inmediatamente a experiencias, sino entregarse a lo actual y a lo nuevo que acontece.
- Coraje, dejar atrás lo conocido y entregarse al contenido de lo percibido, sin saber qué es lo que llegaremos a ver.
- Confianza, este coraje se fundamenta en la convicción de lo “irrefutable” de lo visto, también comprende la confianza en uno mismo, para poder soportar lo que se percibe.
- Paciencia, el proceso fenomenológico necesita tiempo, y poner plazos estorba el desarrollo.
- Humildad, se refiere a la disposición a someterse a lo que se revela y a lo que aparece dentro de uno. Es una disposición a la “subjetividad” y a soportar las inseguridades.

Al mismo tiempo que el terapeuta se “deja alcanzar” por el paciente, debe distanciarse de su propia consternación, con lo cual se produce un espacio libre

para la articulación de la auto-comprensión del paciente. La única realidad que posee carácter fenoménico es la realidad subjetiva del paciente y del terapeuta: es la realidad intersubjetiva del campo interpersonal.

La Fenomenología es un método para describir, encontrar, y trabajar con esa parte humana que no se puede fijar, pues permite abrir los ojos para ver más profundamente al otro, lo personal, que es lo esencial en el ser humano.

d. El trabajo grupal como beneficio para el paciente

Sin duda para el paciente oncológico que recibe su tratamiento de quimioterapia es muy diferente participar de una sesión de musicoterapia que es grupal y abierta que recibir una sesión individual. Quise apoyarme en las ideas de Irvin Yalom (2002) para tener claro estas diferencias y entender sus características y beneficios. Este autor sostiene que los trabajos grupales en el ámbito hospitalario tanto de pacientes internos y externos, deben centrarse en las principales preocupaciones de los pacientes en relación al impacto de la enfermedad que enfrentan. Las actividades del grupo deben tener un efecto directo e inmediato en los pacientes, haciendo hincapié en las habilidades positivas de afrontamiento que tienen los pacientes, en el altruismo, y en las interacciones útiles que pueden tener lugar entre sus miembros. Es importante como terapeuta crear un clima de confianza, no amenazante y neutral, y concentrarse en lo que surge en el momento, lo actual, evitando todo tipo de interpretaciones del proceso. Al ser un grupo abierto, muchas veces con miembros

distintos en cada sesión, debe existir la flexibilidad para incluir los acompañantes del paciente, lo cual puede ayudar al intercambio de información entre familiares y amigos de los pacientes.

Participar de un trabajo grupal, a diferencia de trabajar en forma individual con un terapeuta, entrega la posibilidad de hacer presente de forma actual y viva el grupo familiar primario en la cual se formaron las diversas maneras de sentir, pensar y actuar. Esto permite a los participantes asumir distintos roles y canalizar emociones muy profundas y originarias de la vida humana, permitiendo la elaboración de ansiedades y conflictos de manera sana. De igual forma, permite crear referencias más universales en relación a lo que el paciente está viviendo, o sea, da la posibilidad de salir de la sensación de que lo vivido por él no le pasa a nadie más. Darse cuenta que todos los pacientes que tienen esta enfermedad les pasa lo mismo puede evitar el aislamiento y entregar consuelo. El intercambio y la cercanía con el otro puede permitir que un paciente le entregue consejos a otro, o le explique qué ha hecho para sentirse mejor después de la quimio, pero desde un plano de igualdad, que puede resultar mucho más terapéutico que si fuera entregado por un médico o una enfermera. Para cada paciente, el otro puede aparecer como alguien distinto de sí mismo pero a la vez tan semejante y cercano que existe la posibilidad de comparación, la posibilidad de entender que se puede vivir y enfrentar la enfermedad de formas distintas a la propia. Hay un encuentro con el otro pero a la vez con sí mismo. Todos estos elementos pueden ser muy beneficiosos y sanadores para el paciente.

III. MARCO TEÓRICO MUSICOTERAPÉUTICO

a. Gustavo Gauna

Para la realización de la intervención musicoterapéutica en la Unidad de Quimioterapia de la FALP, fundamenté todo mi trabajo sobre las ideas expuestas por el musicoterapeuta argentino Gustavo Gauna, ya que propone un acercamiento humano al paciente, en el cual siempre se va abordar en su totalidad, en pos de un camino hacia su bienestar. Este autor, en su libro *Entre los Sonidos y el Silencio* (1996), plantea que el abordaje musicoterapéutico debe ser fundamentado sobre la antropología, para lograr una práctica clara, profunda, y universal, aplicable a toda cultura y sin tendencias de ninguna escuela de pensamiento. Toda conceptualización debe surgir del hombre mismo, de sus recursos para la salud, y de su expresión más primitiva, la música. De esta manera se logrará que el marco teórico esté al servicio del paciente, asegurando así el objetivo primordial que es ayudar al paciente.

La música es un lenguaje en el sentido que no tiene idioma pero sí una sonoridad integrada con muchos mensajes que coexisten. Este lenguaje musical es multifacético ya que posee connotaciones físicas, psíquicas, culturales y sociales, siendo una realidad del hombre que lo acompaña en toda etapa de su vida individual y social, llenándola de sentido.

Plantea de igual modo que todo ser humano posee “objetos internos”, emociones, miedos, fantasías, recuerdos y sensaciones que permean todos los ámbitos de su vida en todo momento y que buscan entrar en relación con el

medio. Para entrar en relación con el medio surge una representación en base a la emoción, pero el tránsito, el pasaje entre emoción y representación va a ser muy distinto y particular de un individuo a otro, formándose de acuerdo a características personales y definidas de cada uno y elegido de manera consciente o inconsciente. Este pasaje, el proceso de cada individuo de representar sus objetos internos, se va a convertir en su modelo de expresión y comunicación, y es lo que Gauna llama la "personalidad expresiva". Esta personalidad expresiva no es sólo muestra de cómo un sujeto se expresa, sino que también llega a ser un reflejo de la constitución de su personalidad.

El lenguaje musical es una herramienta que permite al paciente acercarse a sus objetos internos, siendo objetivo primordial de la musicoterapia enriquecer y movilizar la personalidad expresiva, y así ofrecer la posibilidad de la representación de lo interno. A veces el paciente puede tener dificultades para expresarse, la representación de lo interno puede estar bloqueada, y la musicoterapia con su despliegue de variables sonoras, rítmicas, corporales y musicales construye un recorrido como un lenguaje entre paciente y terapeuta que permite al primero objetivarse y verse a sí mismo. Gracias a la escucha del musicoterapeuta se forma una vía comunicativa con un otro a la vez que el paciente, al escucharse, se observa desde afuera, y así puede estructurar una formulación expresiva, proceso en que ajusta y encuentra una expresión que mejor lo refleje.

La presencia del musicoterapeuta, del otro, del “auditorio apropiado”, es fundamental para la expresión del paciente, porque en el diálogo éste va a tender puentes hacia el musicoterapeuta con material cargado afectivamente, y éste debe descubrir líneas internas en estos puentes para acceder al paciente, y así crear un espacio compartido y un código en el cual lo no formulado hasta entonces pueda encontrar un código y ser formulado. De esta manera se podrá ir encontrando signos de homologación con códigos más amplios que puedan trascender el marco paciente-terapeuta. En este proceso el musicoterapeuta complementa el sonido y el cuerpo del paciente, ofreciendo una gama de posibilidades que van desde el silencio de una escucha hasta la sonorización y el contacto corporal en un proceso de significación o resignificación. El musicoterapeuta pone en juego su cuerpo y expresividad para ofrecerse él mismo como continente de las distintas vivencias emotivas las cuales, tanto del paciente como del terapeuta, van a formar un lenguaje, creando un espacio para que puedan surgir los sonidos faltantes en la historia del paciente, los que, aunque sea inconscientemente, necesita escuchar.

Se llegan así a los dos pilares terapéuticos según Gauna. El primero, el hecho de que la posibilidad de observarse a sí mismo de parte del paciente ocurre en el marco de lo “no-verbal”, no media la palabra en este proceso. El segundo, el hecho de que cuando las posibilidades expresivas del paciente están bloqueadas, lo sonoro-musical crea un espacio de representación, convirtiéndose en un lenguaje que permite la asociación de diferentes representaciones. Estos procesos son alentados por el hecho de que las expresiones del paciente serán

recibidas y compartidas por el musicoterapeuta. Este espacio en el cual se asocia lo sonoro con el mundo simbólico del paciente, va poseer una potencia enorme como generador de procesos de la salud. Gauna se pregunta cómo puede ser que los procesos rítmicos, sonoros y musicales puedan servir de manera tan eficaz de catalizadores y facilitar la asociación de las representaciones, imaginándose que para que esto sea posible la construcción sonoro-corporal de la psiquis humana debe ser muy primitiva. Sin duda esto obedece a que la vida comienza por el movimiento, tiene en todo momento una función rítmica, por ende los procesos de salud del ser humano “vibran por simpatía” con el fenómeno sonoro-corporal, el cual está estructurado dentro de nuestra corporeidad.

El entendimiento del concepto de salud tiene implicancias fundamentales para el proceso musicoterapéutico. Cuando en un paciente las representaciones se ven bloqueadas o aisladas, la música al ser una realidad totalizadora del hombre, permite que se puedan asociar los sonidos y gestos a un sistema de referentes que busca organizar estas representaciones en una estructuración que es sustentada por el musicoterapeuta. Este último elige y se enfoca en lo sano del paciente, no en lo enfermo, con la confianza de que al permitir un desarrollo expresivo estos núcleos sanos van a asociarse y relacionarse, acercando el paciente a aquellos objetos internos que han perdido significado o que no se pudieron significar. Esto generará un principio expansivo en el cual desde la afirmación de lo sano se contagie y sane experiencias, conductas, procesos emotivos cuyo foco se encuentran en lo enfermo. El paciente podrá cambiar de enfoque y percibir que posee ámbitos sanos y enfermos que coexisten, y que

estos primeros pueden reducir el espacio que inopinadamente han tomado los segundos como propios. Este punto es fundamental para un paciente con cáncer, ya que generalmente vive inmerso en un tratamiento invasivo enfocado en lo enfermo, luchando “contra su cáncer”, y puede desconocer u olvidar que también existen en él muchos núcleos sanos que al fortalecerlos pueden irradiar hacia los ámbitos enfermos.

El núcleo de salud es la capacidad de otorgar sentido a lo propio, un proceso permanente en el hombre, que puede estar más activo o más inmóvil, pero que siempre está presente, incluso en patologías severas. El núcleo de salud se reconoce comunicándose, se vive como existente al concretarse como acción del propio sujeto en el mundo, por ende tiene un carácter dinámico a la vez que expansivo, ya que al otorgar sentido a lo propio, los actos, las cosas, los gestos se van reubicando para buscar, perder y reubicar nuevamente el equilibrio en un proceso de constante movimiento que se acerque al criterio de lo saludable para cada individuo. Muchas veces el individuo está alejado de lo saludable para él mismo, ya que el concepto de salud está determinado por variables culturales y sociales y el ser humano se estructura de acuerdo a las respuestas que el medio le entrega. Es fundamental el hecho de que los núcleos de salud se reconocen comunicándose, por ende el paciente necesita de un “otro” que con su escucha y acoplamiento le permite encontrar el tempo para abrir su expresividad, para abrir estos espacios cargados de potencialidades, y así reordenar emociones y representaciones en procesos hacia la salud. Es importante para el proceso de sanación del paciente el hecho que exista en este proceso una producción real,

fuera de sí mismo, porque al verlo, se puede observar a sí mismo. Lo que se logra finalmente es quebrar la inmovilidad existencial del paciente y llevar a la acción sobre la realidad que cada individuo se moldea.

Todos los objetos internos, propios, como emociones o situaciones no superadas, o aceptaciones no realizadas, se pueden equilibrar con experiencias nuevas, y así estructurarse en espacios que puedan proveer una salida o resolución, aunque sea parcial. Lo entregado por el paciente, lo sonoro-corporal, posee una gran carga simbólica, posee implícito un mensaje, y es posible traducir estos símbolos en otros planos, llevarlos del plano de lo sonoro-corporal al lenguaje, y así representarlos. Este espacio que es capaz de traducir en distintos planos el mismo mensaje, es lo que Gauna denomina "eficacia simbólica". Al mismo tiempo, en todos los significantes que el paciente entrega, no sólo están representados los significados, los mensajes, sino que además por cómo están codificados en lo expresivo, por la forma y el tiempo en que son entregados, llevan implícito la dirección de la cura, la estrategia terapéutica que se debe seguir. La expresión sonoro-corporal indica el camino para lograr finalmente una armonización del conflicto que, si no es posible superarlo, por lo menos se puede llevar a una situación de armonización y aceptación para convivir más sanamente con él. Para pacientes que viven con una enfermedad como el cáncer, esta posibilidad es fundamental, ya que si bien quizás no puedan superar la enfermedad, sí pueden llegar a una convivencia más sana con su realidad.

El material con el cual trabaja la musicoterapia, lo sonoro-corporal, siempre va a ser representativo de la realidad interna del paciente, y no es necesario que el musicoterapeuta comprenda todo el significado de lo que entrega el paciente, sino que más bien comprenda la forma del proceso expresivo. El desarrollo expresivo del paciente, más allá de su contenido, es estructurante en sí mismo y posee un gran potencial para reorganizar procesos y modificar estructuras de la personalidad. El tiempo y la forma en que los objetos internos busquen su salida, su representación, estarán implícitos en la expresividad del paciente, y en este sentido es importante no hacer interpretaciones específicas, porque se puede no estar en lo correcto y además se puede predeterminedar la próxima acción terapéutica. Es importante tener en cuenta tres niveles de lectura: la expresividad como contenido, las asociaciones de este contenido con la historia del paciente, y el desarrollo temporal en la entrega de este contenido.

Se debe establecer una relación que vaya más allá de la interpretación e ir al encuentro de un ser humano al que hay que comprender como realidad individual y cultural. Sería artificial no establecer con el paciente una relación peculiar al tener como intermediario la música, en la cual se comparten espacios de emoción y expresión, un espacio fundamental del silencio y la mirada.

b. La Técnica de Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido (EISS)

La Técnica de Estimulación de Imágenes y Sensaciones a través del Sonido (EISS) es uno de los cuatro ejes de acción pertenecientes al Abordaje Plurimodal en Musicoterapia, propuesta gestada en la década de 1980 por el musicoterapeuta argentino Diego Schapira y presentada en su libro "Musicoterapia Abordaje Plurimodal" (2007). Originada a partir del estudio y modificación del Modelo Bonny o GIM (Guided Imagery and Music), esta técnica receptiva consiste en la audición de estímulos musicales dentro del proceso musicoterapéutico que busca producir un efecto inmediato en el paciente. La secuencia de estímulos musicales son creadas artesanalmente por el musicoterapeuta obedeciendo a la situación particular del paciente o grupo de pacientes, lo cual en el caso de un grupo puede relacionarse con temas emergentes, con temas latentes, o con una situación individual dentro del grupo. La elección de los estímulos es amplia, siendo muy utilizada la llamada música erudita o culta, así como el jazz, ya que al ser una música que no tiene un sentido fijo permite que el contenido de las imágenes estimuladas no tenga límite. Posee tres etapas en su aplicación, la relajación pasiva moderada, la estimulación propiamente tal, y la conclusión.

**c. Musicoterapia en el contexto de la Quimioterapia Ambulatoria:
antecedentes**

La musicoterapia tiene presencia en el contexto oncológico desde la década de 1970, surgiendo los primeros estudios al respecto después de 1980. En 1983 se realizó un estudio (Bailey, 1983) para comparar el efecto de música en vivo versus música pregrabada en el estado de ánimo de pacientes hospitalizados con cáncer, concluyendo que la música en vivo era más efectiva para reducir tensión y ansiedad. A partir de la década de 1980 hay indicios de la presencia de musicoterapia en el contexto específico de la quimioterapia ambulatoria, siendo importante un estudio de 1985 que indica que los niveles de ansiedad y náusea anticipatoria disminuyeron en pacientes al momento de recibir su tratamiento de quimioterapia cuando participaban de una sesión de musicoterapia e imaginación guiada (Frank, 1985). Un estudio en 1992 (Standley) concluyó que el escuchar música grabada mientras se recibe el tratamiento de quimioterapia efectivamente redujo los niveles de náusea y ansiedad en los pacientes. En 2007, un estudio realizado por Alejandra Ferrer concluyó que el escuchar música en vivo mientras se recibía la quimioterapia fue relevante para los sujetos en estudio en bajar sus niveles de ansiedad, temor, preocupación y fatiga, al mismo tiempo subiendo sus niveles de bienestar y relajación. Además los pacientes tuvieron la percepción de que el tiempo pasó más rápido y sintieron una estimulación de recuerdos positivos. En 1993, Anne Olofsson relató cómo, en el Hospital Karolinska de Estocolmo, fue posible prevenir y aliviar los efectos colaterales de la quimioterapia haciendo uso exclusivo de la música. Un estudio del 2013 arrojó los mismos

resultados que el estudio de 1980: participar de una sesión de musicoterapia e imaginación guiada mientras se recibe la quimioterapia efectivamente bajó los niveles de ansiedad y náusea anticipatoria.

Se puede observar que la musicoterapia tanto activa como receptiva junto con la imaginación guiada se han ido incluyendo en la quimioterapia ambulatoria para ayudar a reducir sus efectos secundarios principales, que son la ansiedad y náusea. De acuerdo a la teoría biomédica de la musicoterapia (Taylor, 2010), esto es posible gracias a que la percepción de la música por medio de la audición presupone la producción de impulsos reforzadores y sustancias bioquímicas en el cerebro, lo que demuestra el potencial de reforzamiento de la música y su capacidad de producir respuestas observadas ante otros estímulos capaces de generar una estimulación cerebral reforzante, como el agua, la comida y el contacto sexual. La musicoterapia puede ayudar a la liberación de tensiones y en la creación de sensaciones de relajación y bienestar mediante este reforzamiento cerebral, particularmente de la amígdala. De igual forma se logra estimular de manera positiva el hipotálamo, evitando una mayor producción de hormonas del estrés. De esta manera se puede facilitar el desarrollo de mejores estrategias de afrontamiento a los aspectos adversos de la enfermedad y su tratamiento.

IV. LA INTERVENCION MUSICOTERAPEUTICA EN LA FALP

a. Encuadre

- Lugar: Sala grupal de la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria
- Modalidad: Grupal y abierto: Entre 3 y 4 pacientes por sesión, siempre distintos ya que cada uno tiene un programa diferente de tratamiento de quimioterapia. Cada paciente está sentado en un sillón cómodo. Al lado de cada sillón hay una silla para un acompañante. Casi todos los pacientes estaban siempre con un acompañante, los cuales también participaban de la sesión si querían. Muchos pacientes no participaban por estar durmiendo o por no querer participar. La enfermera a cargo de la sala casi siempre participaba, y a veces la enfermera auxiliar. Entonces los participantes en cada sesión podía ser desde 2 hasta 10 personas.
- Frecuencia de las sesiones: Tres veces por semana
- Duración de cada sesión: entre una hora y una hora y media
- Cantidad de sesiones: 29
- Fecha de inicio y término: 8 de Octubre 2015 a 7 de Enero 2016
- Recursos para la sesión: Una mesa pequeña con ruedas para poner los instrumentos musicales, un MP3 con música pregrabada, un parlante, hoja de registro de la sesión que se completa antes de comenzar (ver anexos), hojas con una pauta para la evaluación de los pacientes de la sesión (ver

anexos), que se les pedía que la llenaran al finalizar la sesión, 4 lápices bic para que los pacientes pudieran llenar la pauta.

- Recursos de grabación: una grabadora digital de audio con el cual se grabó cada sesión.

b. Objetivos de la intervención

Los objetivos de la intervención fueron creados a partir de las experiencias de estudios previos del uso de musicoterapia en el contexto de la quimioterapia ambulatoria y de varias reuniones clínicas con el equipo de Calidad de Vida de la Falp. Estos son:

- Reducir los niveles de ansiedad y tensión
- Promover la relajación
- Inducir una sensación de bienestar físico y emocional
- Estimular la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones en relación a vivir con una enfermedad como el cáncer
- Abrir nuevos canales de comunicación con el acompañante – familiar
- Descubrir herramientas nuevas y positivas que puedan ayudar a enfrentar la enfermedad
- Estimular la integración social para compartir los sentimientos y evitar el aislamiento

- Influir en la percepción del tiempo para llevar a la sensación de que el tratamiento es más corto

c. Técnicas y actividades utilizadas

Cada sesión tenía una estructura más o menos fija, con las siguientes actividades en el orden en que están puestos:

- Inventario corporal con música en vivo o pregrabada
- Imaginería de efecto del sonido en el cuerpo concentrándose en una zona del cuerpo, con música en vivo o pregrabada
- Imaginería guiada con música en vivo o pregrabada con alguno de los siguientes temas: un paisaje agradable, donde me gusta estar – aspectos positivos de mí mismo que me han ayudado - un recuerdo agradable de mi infancia - me hago un regalo a mí mismo – ordeno mi casa – regalo una frase a alguien significativo
- Improvisación activa a partir del tema sugerido en la imaginería o libre
- Retroalimentación verbal

Hubo varias sesiones en que todos o casi todos los pacientes estaban dormidos o adormilados, sin ánimo de participar en una actividad guiada, entonces en esos momentos llevaba a cabo algunas de las siguientes actividades:

- Escucha de música en vivo o pregrabada
- Baño sonoro a un paciente

d. Setting instrumental

- Cordófonos: guitarra
- Aerófonos: flauta pentatónica de madera de cedro, armónica
- Membranófonos: djembé, caja vidalera, kultrún, tambor océano
- Idiófonos: maracas, pezuñas, triángulo, metalófono diatónico 13 notas, marimba chica 13 notas, guiro, huevitos con semillas, cascabel grande, cascabel chico de plástico, toc-toc, cascabel con mango con 12 campanitas, palo de agua, pandero, címbalos tibetanos 7 cm., kalimba en La de 9 notas.

e. Pauta de evaluación para el paciente: resultados

Al finalizar cada sesión se entregó una pauta a cada paciente para que pudieran evaluar la sesión. Los pacientes que no participaban de la sesión o estaban durmiendo no evaluaban. La pauta tenía una primera parte en que había que marcar una alternativa (una evaluación cuantitativa) y una segunda parte de desarrollo en que se solicitaban tres aspectos sobre la sesión (una evaluación cualitativa) Estos aspectos eran: 1. Comentar brevemente si se tuvo un cambio en el estado general antes y después de la sesión. 2. Preguntar en qué momento sintió mayor conexión y por qué. 3. Indicar si se tiene alguna expectativa en particular o comentario que agregar para futuras sesiones de musicoterapia. Las

evaluaciones fueron hechas en forma anónima, sólo llevaban la fecha de la sesión. La pauta se puede encontrar en los anexos.

A continuación se muestran los resultados cuantitativos sobre la base de 37 evaluaciones:

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
He sentido un cambio positivo	0	0	10	8	19
Tuve mayor conexión con mis compañeros	1	9	7	9	11
Me siento más activo/a	0	0	9	8	20
Me siento más relajado/a	0	0	2	10	25
Me gusta esta actividad	0	0	2	9	26
Recomendaría participar en Musicoterapia	0	0	0	6	31

Calificación sesión de hoy	Buena: 1	Muy Buena: 9	Excelente: 27
----------------------------	----------	--------------	---------------

f. Pauta de Evaluación para el personal de enfermería: resultados

La sala grupal de la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria es llevada por una enfermera quien está todo el tiempo ahí, recibe a los pacientes, administra el tratamiento de acuerdo a lo estipulado en la ficha de cada uno, y está atenta a cualquier emergencia que pueda ocurrir. Junto con ella hay una auxiliar de enfermería que va cambiando cada mes, o sea, hay una rotación de auxiliares de

enfermería entre los box individuales y la sala grupal. Durante la intervención en musicoterapia, entregué una pauta de evaluación de la sesión de musicoterapia una vez al mes para la enfermera a cargo, o sea hizo 3 evaluaciones, y alcancé a conocer a 2 auxiliares de enfermería, y cada una hizo una evaluación para el tiempo que estuvo presente en las sesiones. De igual modo la evaluación tenía una parte con alternativas, cuantitativa, y una parte de desarrollo, más cualitativa que solicitaba lo siguiente: 1. Otras apreciaciones sobre el efecto de la musicoterapia en la Unidad de Quimioterapia. 2. Comentarios o sugerencias para las intervenciones de musicoterapia. La pauta completa se puede encontrar en anexos.

Para 5 evaluaciones, los resultados cuantitativos fueron los siguientes:

De acuerdo a su apreciación, ¿cómo siente que influye en los pacientes la sesión de musicoterapia?

	Nada	Poco	Mucho	Totalmente
Están más relajados			1	4
Tienen menos ansiedad			1	4
Se conectan más con sus compañeros		1	3	1
Sienten mayor bienestar			3	2
Es una experiencia significativa			1	4

De acuerdo a su apreciación, ¿cómo siente que influye en Ud. y en su trabajo la sesión de musicoterapia?

	Nada	Poco	Mucho	Totalmente
Estoy más relajada			3	2
Estoy con mejor disposición			3	2
Me conecto más con los pacientes			2	3
Siento mayor bienestar			2	3
Es una experiencia significativa				5

g. Emergentes y observaciones de la intervención

A continuación, me referiré a los emergentes verbales más importantes que surgieron en la intervención musicoterapéutica en la Unidad de Quimioterapia. Para ejemplificar algunos de ello, usaré comentarios registrados en la evaluación cualitativa de las sesiones, y citas textuales de los pacientes.

1. Al momento de recibir el tratamiento de quimioterapia el paciente por lo general está con un nivel considerable de ansiedad, tensión, y preocupación, lo cual puede influir en un ánimo decaído, pensamientos negativos y síntomas físicos como dolor de cabeza y presión alta. Participar de una sesión de musicoterapia ayuda a bajar los niveles de ansiedad y tensión, induciendo a pensamientos más positivos y propiciando una

sensación de bienestar físico y emocional. Si además existe algún síntoma físico como un dolor de cabeza o presión alta, también éste tiende a disminuir.

Emergentes de los pacientes:

“La sesión permitió bajar la ansiedad con que se inicia la quimio....”

“Claramente uno asiste a este proceso con ansiedad, pero con esta actividad fue relajo total.”

“Después de la sesión sentí un agradable estado de relajación.”

“Antes estaba muy nerviosa y con esta sesión quedé muy relajada y tranquila.”

“Llegué acelerada y me relajé mucho.”

“Antes de la sesión fue de estar tensa, con dolor de cabeza, luego sin dolor, relajada y en paz”

“Me relajó bastante pues estaba muy tensa.”

“Uno en este estado llega nervioso y preocupado y esta sesión ayuda.”

“Ahora estoy más animada, relajada, tranquila y con mucha paz en mi Ser.”

“Logré un total relajo y paz.”

“Más relajada, más optimista.”

“Es agradable y sirve para la relajación de los pacientes. Siempre comienzo la quimio con la presión alta, y es primera vez que bajó al terminar. Después de la sesión de musicoterapia y de terminar la quimio pedí a la enfermera que me tomara la presión, y bajó de 176/103 a 139/84.”

“Mejoró mi estado de ánimo.”

“Ayuda enormemente en la relajación del personal y del paciente, siento que relaja de tal manera que cambia tu manera de pensar y ver las cosas”. (enfermera)

2. Los sentimientos de temor, angustia, y preocupación que sienten los pacientes con cáncer a veces vienen acompañados de sentimientos de vergüenza, pudor, o un deseo de querer evitar aún mayor preocupación a sus cercanos. Esto puede llevarlos a sentir aislamiento, soledad o a la sensación de que son los únicos que viven estos sentimientos. La participación en la sesión de musicoterapia los incentivó a compartir sus sentimientos, y con la música como intermediario, generar una sensación de cohesión grupal y de no estar solo en su situación particular.

Emergentes de los pacientes:

“Sentí conexión cuando tuvimos la oportunidad de tocar el instrumento, hubo conexión no sólo con el Yo sino con mi entorno.”

“Cuando interactuamos pacientes y musicoterapeuta, nos permitió expresar emociones.”

“Sentí gran conexión en el momento en que todos estábamos con un instrumento y lo estábamos tocando, porque hubo una conexión instantánea.”

“Hubo mucha conexión en el momento en que participó todo el grupo.”

“Sentí mucha conexión al escuchar el sonido de todos los instrumentos.”

“Me pareció muy positiva las sesiones sobre todo el momento en que se encuentran las personas que necesitan de energías positivas y estimuladoras.”

“Sentí conexión en el momento de compartir con las otras personas.”

“Al tocar todos juntos, éramos como Uno.” (acompañante de un paciente)

3. A veces los pacientes que están en tratamiento para el cáncer, tienen problemas para un buen descanso o dormir, en general por la preocupación y ansiedad, pero a veces también porque son de provincia y tienen que viajar de noche para recibir su tratamiento. Este cambio en su rutina diaria provoca aún más cansancio. El participar en la sesión de la musicoterapia para muchos pacientes significó tener un momento de buen descanso o de un dormir reparador. Muchos pacientes, al comenzar la sesión se veían tensos, luego durante la sesión se quedaban dormidos, y si en algún momento se despertaban, claramente estaban con un ánimo más positivo.

Emergentes de los pacientes:

“Sentí conexión en todo momento, incluso logré dormir por un instante.”

“Después que me dormí, desperté con más ánimo.”

“Esta actividad me ayudó a dormir, escuchaba de lejos la música, y era muy agradable.”

4. Para muchos pacientes es difícil expresar sus sentimientos en relación a vivir con una enfermedad como el cáncer, ya sea porque son tantos sentimientos distintos y cambiantes que sienten confusión, o porque esconden sus sentimientos para no hacer sufrir a sus seres queridos, que ya están preocupados por su enfermedad. Participar de una sesión de musicoterapia significó para muchos pacientes descubrir un nuevo canal de expresión de sus sentimientos, sin necesidad de palabras y sin necesidad de tener tanta claridad de cuáles son estos sentimientos.

Emergentes de los pacientes:

“Me permitió gritar y sacar mi desesperación mediante la música sin tener que hablar.”

“Sentí deseos de tocar muy fuerte (el metalófono)... soy muy reservada, no hablo de lo que siento, y ahora veo toda la desesperación y miedo que tengo.” (paciente con cáncer por 3ra vez, metastásico).

5. La administración del tratamiento de quimioterapia es generalmente largo, entre 2 y 4 horas. Los pacientes están cada uno en su sillón, está el televisor de la sala prendido, pero muchos ni siquiera lo ven, algunos juegan con su celular, o leen una revista, o conversan un poco con su acompañante, o duermen. Pero una actitud que se percibe en todos es que están muy pendientes del tratamiento, miran a cada rato la bolsa con la droga, miran los minutos que faltan. Puede dar la sensación de que por un lado, el tiempo pasa para ellos muy lento, se hace muy largo recibir el tratamiento, pero además, por la tensión y la ansiedad, es un tiempo que es bastante “perdido”. La sesión de musicoterapia significó para muchos pacientes un cambio en la percepción del tiempo real, en el sentido de que la quimio se hacía aparentemente más corta. También permitió vivenciar otros “tiempos”, como un tiempo histórico, al recordar aspectos positivos del pasado, como un suceso, una fortaleza, o un ser querido. De igual forma permitió para algunos vivenciar su propio “tiempo” interior, por ejemplo al quedar “resonando” con la sesión por varios días después y todo lo que esa

resonancia trajo. Todos estos aspectos significan una herramienta valiosa que ayudan al paciente a enfrentar y convivir con su enfermedad.

Emergentes de los pacientes:

“...nos saca totalmente del tratamiento y nos olvidamos del tiempo.”

“...son minutos muy enriquecedores.”

“Favorable en el sentido de desconectarme un poco del tratamiento.”

“...doy gracias por este momento por los recuerdos de mi infancia.”

“Una experiencia muy feliz de mi infancia....”

“Recordar el momento más difícil que he vivido, y ver qué fortaleza me ayudó a salir.”

“...generalmente estoy pensando en la hora, cuánto falta para el término, ahora no.”

“Pasado unos minutos, recordé fortalezas perdidas y pensé que debería recuperarlas.”

“...descubrimiento de aspectos positivos de mi personalidad.”

“Ni siquiera me he dado cuenta de cómo pasó la droga.”

“Después, me quedé pensando en la sesión, y vi todo lo bueno que tengo en mi vida.”

*“...hace que los pacientes estén más en el presente que pensando en su futuro.”
(enfermera)*

6. Un aspecto fundamental de la intervención musicoterapéutica en la quimioterapia ambulatoria es el hecho de que es una sesión única para casi todos los pacientes. Sólo 3 pacientes participaron en 2 sesiones. No hay un proceso en el tiempo, por ende no hay nada de lo que esto permite, como

un diagnóstico, o la formación de un vínculo terapéutico. El musicoterapeuta es más bien una figura externa y de alguna manera objetiva, que se acerca a los pacientes y los invita a participar de una sesión; ellos no han elegido ir a una sesión de musicoterapia y pueden no querer participar. Los pacientes con cáncer tienen su médico especializado en el tipo de cáncer que tienen, pero muchas veces también ven otros médicos de acuerdo a los tratamientos o cirugías que tienen que enfrentar, además de las enfermeras que les administran los tratamientos. La figura del musicoterapeuta, al aparecer una única vez y ser externo, de alguna manera rompe este esquema habitual de personal médico al que se enfrenta constantemente el paciente y ante el cual siempre tiene que responder con tratamientos, exámenes, etc.. Este hecho puede ser propicio para crear en la sesión de musicoterapia un clima acogedor, no amenazante, y en el cual los pacientes pueden sentirse más libres, de elegir si participan o no, de elegir el instrumento que más les gusta, de mostrarse tal como son, de decir lo que quieren.

7. Lo más importante en el trabajo con el paciente en la quimioterapia ambulatoria es la satisfacción inmediata de su necesidad en el momento actual, que comienza con un *dejar ser* al paciente. Muchos pacientes tocaban muy poco pero luego al momento de la retroalimentación verbal, les era imperioso contarme lo que surgió a partir de la experiencia. Pacientes que se quedaban dormidos durante la sesión y no tocaban nada a veces se despertaban y me relataban los recuerdos que les había surgido

al escuchar la música de lejos. La tensión, preocupación y temor es tan constante para el paciente que la necesidad de desahogo es muchas veces muy grande. En este sentido, la participación en una sesión de musicoterapia, aunque sea una sola vez, puede resultar muy beneficioso y aliviador para el paciente. Todo esto requiere del musicoterapeuta una actitud de total apertura, entrega, y flexibilidad, con máxima atención en todo momento a cada paciente para captar cuál es su necesidad.

h. Evaluación de la intervención

Al volver a mirar los objetivos propuestos para la intervención musicoterapéutica, y leyendo los emergentes verbales de los pacientes de acuerdo a la evaluación cualitativa de las sesiones, se puede constatar que todos los objetivos se cumplieron en mayor o menor grado. El objetivo que más se cumplió, y que es la principal razón para incluir musicoterapia en la quimioterapia ambulatoria, es la reducción de la ansiedad y tensión, promoviendo la relajación. Sin duda el “síntoma” más evidente de casi todos los pacientes al llegar a recibir su tratamiento es ansiedad, preocupación y tensión. Estos síntomas obedecen a factores múltiples y cambiantes, y a la vez desencadenan síntomas nuevos. Factores como el cansancio debido al viaje para el tratamiento o por problemas de insomnio, la preocupación por el malestar que vendrá después de la quimio, el estar “atado” a un sillón durante 3 horas, “perdiendo” este tiempo, son razones suficientes para llevar a una declinación del ánimo, a la aparición de

pensamientos y emociones negativas, y en algunos casos síntomas físicos como dolor de cabeza.

La participación en una sesión de musicoterapia significó para todos los pacientes un considerable alivio de todos estos efectos emocionales, llevando a diversas consecuencias positivas como la relajación, el descanso o el dormir de manera reparadora, la disminución de un dolor físico, y la distracción de lo que se estaba viviendo en ese momento. Con la sesión de musicoterapia, ese “tiempo perdido” se transformó en un espacio en que cada paciente se involucró activamente, ya sea tocando su instrumento, escuchando o hablando, produciendo un sinfín de consecuencias: expresar una emoción reprimida; recordar un momento significativo de la infancia; sentir que se ha tenido mucha fortaleza en su vida y para enfrentar su enfermedad; llorar por un ser querido perdido; agradecer a las enfermeras su calidez; entregar un consejo a otro paciente para evitar el malestar; darse cuenta que no son los únicos que sufren con su enfermedad; reír con la hija al tocar juntos cuando recién habían estado discutiendo. Todo esto contribuyó al segundo objetivo que más se cumplió para todos los pacientes, que fue la modificación de la percepción del tiempo, haciendo la quimioterapia no sólo más corta, sino convirtiendo este tiempo perdido en ganado.

El objetivo de estimular la integración social y compartir sentimientos con otros pacientes se cumplió de manera menos sistemática que los otros. Muchas veces hubo una gran improvisación en la cual participaban todos los pacientes y acompañantes, con mucha retroalimentación verbal después, y otras veces cada paciente tocaba su instrumento para sí mismo, sin dar cuenta de la existencia de

otros instrumentos que sonaban al mismo tiempo, y luego comentaban “era sólo para mí”. Con el correr de las sesiones fui entendiendo que tres factores podían influir en este hecho. El primero, al ser sesiones abiertas, los pacientes no se conocían, entonces para algunos no había suficiente confianza para participar de manera más grupal, lo segundo, a veces era tan grande la necesidad de relajación y bienestar que no había ganas de interactuar con los otros. Y lo tercero, a veces las condiciones específicas de una sesión en particular dificultaba la interacción, por ejemplo muchas veces habían dos pacientes que dormían y dos que estaban despiertos, pero justo estaban en los sillones de los extremos, entonces quedaban muy lejos para poder interactuar y había un cierto cuidado con el volumen para no despertar a los otros pacientes. Se podría afirmar que muchas veces resultaban sesiones “individuales” dentro de la sesión grupal, que si bien cumplía muchos de los objetivos para el paciente, no había ninguna interacción grupal.

Al evaluar lo musical, se puede concluir que hubo una amplia gama de producciones musicales en el momento de la improvisación activa. Casi siempre se invitaba a una improvisación en base a la imaginación, pero muchas veces la improvisación terminaba siendo libre, más bien centrado en las sonoridades de los instrumentos. Hubo mucha experimentación con los instrumentos, tocarlos, probarlos, buscar distintas maneras de hacerlos sonar, escucharlos, y luego tocarlos para sí mismo. En estos casos no se llegaba a un encuentro musical con otro. Hubo improvisaciones cortas y con una intensidad fuerte y constante, con pocos o muchos instrumentos, como una expresión súbita y explosiva. Hubo improvisaciones muy largas, hasta 30 o 40 minutos, en que había un proceso, un

recorrido. Comenzaba de manera tranquila, y de a poco se iban agregando instrumentos, lentamente se formaba un conjunto sonoro que crecía y llegaba a una especie de clímax para luego bajar hasta un término. Muchas veces algún paciente seguía tocando solo más allá del término del grupo.

Dentro de lo musical, fue evidente la preferencia al momento de elegir los instrumentos. Siempre hubo una preferencia por los siguientes instrumentos, en este orden:

1. Palo de agua
2. Kalimba en La de 9 notas
3. Campanas tibetanas
4. Metalófono
5. Tambor océano
6. Pezuñas
7. Cascabel grande de metal
8. Triángulo

Después, en menor grado, las maracas, la flauta pentatónica, la armónica, muy de vez en cuando algún instrumento de percusión. Nunca se eligió la guitarra, tampoco el cascabel chico de plástico, ni los huevitos, ni el djembé. Pero los instrumentos “estrellas” sin duda fueron el palo de agua, la kalimba, y las campanas tibetanas. Al poco andar, comprendí que debía tener más de uno de estos instrumentos, porque a veces un paciente esperaba que otro lo desocupara para usarlo. Estos tres instrumentos tienen un sonido suave, de volumen

moderado, que queda resonando, no hay un “golpe” de por medio, se podría decir tienen un sonido más horizontal que vertical. Por la reacción, el gesto facial y corporal, y las propias palabras de los pacientes, comprendí que estos sonidos producían una sensación muy reconfortante para ellos.

i. Acercando la práctica a la teoría: la Fenomenología Analítico-Existencial en 3 casos.

- Bélgica es de Vallenar, tiene 36 años, ha viajado toda la noche en bus con su mamá para recibir su tratamiento de quimioterapia, y ambas aceptan gustosas participar de la sesión de musicoterapia. Bélgica toca la kalimba durante la improvisación, y al terminar me cuenta que su sonido le encantó, que tuvo la sensación de que cada sonido resonaba en su cuerpo. Tiene una dulzura al hablar y unos ojos verdes hermosos y tremendamente expresivos que me conmueven mucho. Habla con voz suave, sonriendo todo el tiempo, y siento una fuerza y calma interior en ella detrás de un aire de timidez infantil que me impresiona. Me cuenta que está feliz con la atención que ha tenido en Santiago, ya que en Vallenar nunca le dieron un diagnóstico claro, y está sorprendida y contenta porque no ha tenido efectos secundarios con la quimio, lo cual le ha permitido seguir llevando una vida normal, especialmente en relación al cuidado de sus hijas de 14 y 4 años. Relata que venía un poco cansada con el viaje en bus, pero con una risa me dice que tocar la kalimba la animó totalmente. Le agradezco todo lo que me ha contado, resaltando cómo me llega su optimismo y fortaleza, y ella me agradece a mí la sesión, agregando que su enfermedad

la ha ayudado a darse cuenta que es muy fuerte y que tiene mucho apoyo de su familia.

- La Sra. María tiene 64 años y acude a la quimio acompañada de su hermana de 78. Durante la improvisación experimentó con casi todos los instrumentos y luego tocó el kultrun. Durante la retroalimentación verbal me cuenta que son de Valdivia, y que durante la imaginación que tuvo como tema un recuerdo de la infancia, y luego durante la improvisación, recordó una experiencia hermosa: *“.....pasaba un señor con un niño al lado de mi casa, el señor tocaba trutruka y el niño tocaba kultrún y bailaba alrededor del señor. Yo me unía al niño en su baile y así nos alejábamos por la calle, hasta que me daba cuenta que estaba a muchas cuadras de mi casa y no sabía cómo volver.....tenía como 8 años.....”*. Todo esto me lo cuenta con emoción y nostalgia, y con una sonrisa de satisfacción me dice que tuvo una infancia maravillosa, lo cual le ha dado mucha fuerza para enfrentar su enfermedad. Yo me siento muy conmovida con su relato y le agradezco que me haya contado este recuerdo tan hermoso. A su vez ella está muy emocionada porque siente que gracias a la música “recuperó” este recuerdo.
- Viviana tiene más o menos 40 años, y es la única paciente que ha estado en tres sesiones de musicoterapia. Pero no ha aceptado participar en ninguna. En las tres se mantiene tapada con la frazada, casi hasta la cabeza, como si se estuviera escondiendo, y en ningún momento me mira mientras me presento y comienzo la sesión. Tiene casi siempre los ojos cerrados, escucha música con audífonos desde su celular, y tiene un gesto

facial muy serio, casi molesto. Todas las veces intento acercarme sutilmente, con delicadeza, mientras improviso con el resto. Pero claramente no quiere nada con nadie. Me fijo en la enfermera jefe de la sala grupal, Sofía, y veo preocupación y pena en su rostro al mirar a Viviana. Me acerco a Sofía con un leve gesto hacia Viviana, y con lágrimas en los ojos Sofía me relata que es su penúltima sesión de 12 y siempre ha sido igual: no saluda, no sonríe, no se relaciona, no mira. Sofía me dice: *"....es como que quiere desaparecer, que evita.....me da mucha pena que termine sus sesiones y que no haya dado ni un paso en relación a la aceptación de su enfermedad....."* Siente impotencia porque quisiera tener la facultad de pedir una derivación a una psicóloga del Departamento de Calidad de Vida para que pudiera de alguna manera acercarse a Viviana antes que termine su ciclo. Me conmueve enormemente ver a Sofía tan afectada y comprendo que más allá de la perfecta eficiencia de su trabajo está comprometida interiormente con cada paciente. Le propongo que para el informe final de mi práctica puedo sugerir que es fundamental que ella pueda pedir una derivación psicológica para algún paciente porque el tiempo y dedicación sensible que entrega a cada uno durante muchas sesiones la dotan de una intuición que es importante escuchar. Juntas proponemos esta idea, la cual es aceptada de manera positiva.

j. Autoevaluación de fortalezas y debilidades

- Fortalezas: gran empatía e interés por todas las personas, sólida formación musical, apertura y flexibilidad para adecuarme a cada sesión que siempre me ponía una situación muy distinta a la anterior.
- Debilidades: dificultad a veces para llevar la sesión hacia lo grupal, dificultad a veces de poner límites en los tiempos y de cerrar la sesión, falta de uso de la voz en las sesiones.

V. CONCLUSIONES

El paciente con cáncer, que vive sometido a un tratamiento de quimioterapia que puede durar meses, y que a veces tiene un resultado incierto, tiene sin duda un estado emocional delicado. Son muchos los factores que lo afectan: los malestares físicos, la preocupación por aspectos prácticos y económicos, el agobio ante tanta información médica, la incertidumbre de lo que vendrá, y el temor ante la posibilidad de la muerte. Al momento de acudir a la unidad de quimioterapia ambulatoria, se une a estos factores el temor de sentirse mal y saber que se estará decaído por unos días después del tratamiento. Es indudable que todo esto lleva a un alto grado de tensión y ansiedad, que pueden llegar a ser

constantes y contra los cuales se lucha para no preocupar aún más a los cercanos que están acompañando.

Dentro de este contexto, el participar de una sesión de musicoterapia mientras se recibe la quimio, escuchar música en vivo, concentrándose en el cuerpo, probar distintos instrumentos y encontrarse con otros al tocarlos, y hablar de esta experiencia que para todos era nueva, resultaba siempre para cada paciente, una agradable sorpresa y un momento de bienestar. Si bien algunos de los pacientes reciben apoyo psicológico para ayudarlos a enfrentar su enfermedad, la posibilidad de expresarse libre y creativamente a través de la música significó para todos algo insospechado, una corriente de aire tibio y envolvente entre tantos procedimientos técnicos y fríos. Escuchar y escucharse significó para muchos verse a sí mismos y encontrar espacios internos que no conocían y que buscaban ser expresados, recuperar fortalezas que habían olvidado, conocer posibilidades de expandir lo sano en ellos. Y con esto, la posibilidad de vivir como una oportunidad de transformación y crecimiento el tener una enfermedad como el cáncer.

Para mí, el haber sido parte de este proceso y ser testigo de la disposición alegre y agradecida de los pacientes en las sesiones, el valor y coraje que tienen de re-mirarse gracias a su enfermedad, así como su fortaleza y dignidad ante su sufrimiento, han significado un aprendizaje que siempre guardaré como un tesoro.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Ferrer, A. 2007. The Effect of Live Music on Decreasing Anxiety in Patients Undergoing Chemotherapy Treatment. *Journal of Music Therapy*, XLIV (3), pags. 242-255.
- Gauna, Gustavo. (1996). *Entre los Sonidos y el Silencio*. Argentina: Editorial Artemisa.
- Memoria 2014 Fundación Arturo López Pérez
- Robert, V.; Alvarez, C; Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24 (4), pags. 677-684.
- Sanz, J., Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: Un modelo de interacción. *Psicooncología* Vol. 1, Num. 1, pags. 3-12.
- Schapira, D.; Ferrari, K.; Sánchez, V.; Hugo, M. (2007). Musicoterapia Abordaje Plurimodal. Argentina: ADIM Ediciones.
- Standley, J. 1992. Clinical Applications of Music and Chemotherapy: The Effects of Nausea and Emesis. *Perspectives*, Vol. 10, Issue 1, pags. 27-35.
- Taylor, D. (2010). Fundamentos Biomédicos de la Musicoterapia. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Yalom, I. (1996). Guía Breve de Psicoterapia de Grupo. España: Editorial Paidós.
- FALP ¿Quiénes somos? – Historia. Recuperado de <http://www.falp.cl/> con fecha 10-04-2016.

- Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol> con fecha 10-04-2016.
- Karagozoglu, S. (2013). Effects of Music Therapy and Guided Visual Imagery on Chemotherapy-induced anxiety and nausea vomiting. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 22, Issue 1-2, pags. 39-50. DOI: 10.1111/jocn.12030.
- Längle, A. (2007). Intuir lo que mueve: Fenomenología en la práctica (analítico-existencial). Recuperado de http://www.icae.cl/wp-content/uploads/2013/06/Fenomenología_2007_GLE.pdf con fecha 5-05-2016.
- López-Yarto, L. (2002). Irvin Yalom: lo sanador de un grupo. *Revista de Psicoanálisis*. No. 10. Recuperado de www.Aperturas.org/10lopezyarto.html con fecha 10-07-2016.

VII. ANEXOS

a. Tabla de registro de sesión

Registro sesiones grupales
Unidad de Quimioterapia Ambulatoria
Fundación Arturo López Pérez

Sesión No. _____ Título sesión _____

Fecha _____

Nombre	Edad	Número de sesión de quimio	Estado y actitud general al momento de la sesión	Antecedente de enfermedad - Razón de quimio	¿Participó? ¿De qué manera?

Objetivos:

Actividades:

Evaluación, comentarios y sugerencias próxima sesión:

b. Pauta de evaluación para el paciente

Pauta de Evaluación
Unidad de Quimioterapia Ambulatoria
Fundación Arturo López Pérez
Fecha _____

1. Seleccione una alternativa que refleje mejor su sentir en este momento.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente
He sentido un cambio positivo					
Tuve mayor conexión con mis compañeros					
Me siento más activo/a					
Me siento más relajado/a					
Me gusta esta actividad					
Recomendaría participar en musicoterapia					

2. Marque una calificación para la sesión de hoy.

Insuficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
--------------	---------	-------	-----------	-----------

3. Comente brevemente, si tuvo un cambio en su estado general, antes y después de la sesión.

4. ¿En qué momento de la actividad sintió más conexión, y por qué?

5. Indique si tiene alguna expectativa en particular, o comentario que agregar, para futuras sesiones de musicoterapia.

c. Pauta de evaluación para las enfermeras

Pauta de Evaluación
Fundación Arturo López Pérez
Unidad de Quimioterapia Ambulatoria
Fecha Evaluación _____

1. De acuerdo a su apreciación, ¿cómo siente que influye en los pacientes la sesión de musicoterapia?

	Nada	Poco	Mucho	Totalmente
Están más relajados				
Tienen menos ansiedad				
Se conectan más con sus compañeros				
Sienten mayor bienestar				
Es una experiencia significativa				

2. De acuerdo a su apreciación, ¿cómo siente que influye en Ud. y en su trabajo la sesión de musicoterapia?

	Nada	Poco	Mucho	Totalmente
Estoy más relajada				
Estoy con mejor disposición				
Me conecto más con los pacientes				
Siento mayor bienestar				
Es una experiencia significativa				

3. Otras apreciaciones sobre el efecto de la musicoterapia en la Unidad de Quimioterapia
4. Comentarios o sugerencias para las intervenciones de musicoterapia

d. Imágenes de una sesión









