



**UNIVERSIDAD DE CHILE**

**Facultad de Artes**

**Escuela de Post Grado**

**MUSICOTERAPIA PARA UN NIÑO CON CANCER.**

**La vivencia de Juan y la musicoterapia.**

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

**Autora: Verónica Andrea Garay Opaso**

Profesora de Educación Musical-Universidad Mayor

**Profesor Guía: Rodrigo Quiroga**

Santiago de Chile, Enero del 2017.

## AGRADECIMIENTOS

*Quiero expresar mi gratitud a la vida.*

*Padre/Madre universal por esta oportunidad,  
a Cecilia y Osvaldo por la creación de mi ser musical,*

*a Mario por estar.*

*A mi sangre envuelta en su cadencia.*

## **INDICE**

<b>Agradecimientos.....</b>	<b>2</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>II.MARCO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1.- Conociendo la Fundación.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2.-Infraestructura.....</b>	<b>9</b>
<b>2.3.- Grupos de apoyo en la Fundación.....</b>	<b>10</b>
<b>2.4.- Actividades extra de la Fundación.....</b>	<b>11</b>
<b>III. MARCO TEÓRICO</b>	
<b>3.1.- ¿Qué es el Cáncer?.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1.1.-Incidencia del Cáncer Infantil.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.2.-Etiología.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1.3.- Diagnóstico.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1.4.- Tratamiento.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2.- Cáncer Cerebral.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3.- Consecuencias psicosociales del cáncer infantil.....</b>	<b>18</b>
<b>3.3.1.- Necesidades humanas y calidad de vida.....</b>	<b>19</b>

3.4.- La Niñez y sus características.....	25
3.5.- El juego en la niñez.....	26
3.6.- El dibujo en los niños.....	29
3.7.- Mundo emocional	
3.7.1.- ¿Qué es la emoción?, entrevista a Juan Casassus.....	30
<b>IV. MARCO TEORICO MUSICOTERAPÉUTICO.....</b>	<b>32</b>
<b>V. JUSTIFICACIÓN DE LA MONOGRAFÍA.....</b>	<b>36</b>
<b>VI.-PROCESO DE INSERCIÓN MUSICOTERAPÉUTICO.....</b>	<b>37</b>
6.1.- ¿Quién es Juan?.....	39
6.2.- Aproximación Diagnóstica.....	40
6.3.- Objetivos.....	42
6.3.1.- Objetivo General.....	42
6.3.2.- Objetivos específicos.....	42
6.4.- Criterios de Evaluación.....	42
6.5.- Metodología y encuadre.....	43
6.6.- Desarrollo del proceso .....	44
6.6.1.- Diagnóstico (sesiones 1 a 3).....	45

6.6.2.- Fase Central (sesiones 4 a 10).....	46
6.6.2.1.- Sesión n°4.....	47
6.6.2.2.- Sesión n°5.....	49
6.6.2.3.- Sesión n° 6.....	52
6.6.2.4.- Síntesis de las sesiones escogidas.....	54
6.6.3.- Cierre (sesión 11).....	55
6.6.3.1.- Reflexión sobre la sesión de cierre.....	58
6.7.- Evaluación del proceso	
6.7.1.- Logro de los objetivos.....	59
6.7.1.1.- Objetivo general.....	59
6.7.1.2.- Objetivos específicos.....	59
6.7.2.- Análisis del vínculo MT – Usuario.....	60
6.7.3.- Autoevaluación de fortalezas y debilidades del terapeuta.....	61
VII.- CONCLUSIONES.....	63
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA.....	66
IX.- ANEXO.....	68

## I.-INTRODUCCIÓN

El cáncer y en especial en los niños, tiene implicancias a nivel socio afectivo, emocional, psicológico, físico y económico no sólo para quien lo padece, sino para todo su entorno familiar y social. Un cambio de perspectivas sobre las creencias de la vida, la muerte, la enfermedad, la salud, la niñez, el proceso, el tratamiento, el sobrellevar la enfermedad dignamente, teniendo calidad de vida, bienestar; la constante búsqueda de soluciones, contenciones a nivel espiritual, emocional, psicológico, que permitan resistir este encuentro cara a cara con la enfermedad, son algunas circunstancias que suceden y que presento aquí.

Esta práctica profesional se efectuó en el segundo semestre del año 2015, en una casa de acogida del sector oriente de la ciudad de Santiago de Chile, donde reciben a madres e hijos con diagnóstico oncológico y tratamiento exclusivo en el Hospital Luis Calvo Mackenna.

Hubo posibilidades de realizar musicoterapia con varios pacientes e incluso grupalmente a las madres, sin embargo, aquí se presenta un trabajo exploratorio realizado con Juan, un niño de siete años de edad diagnosticado con cáncer cerebral, fue operado extirpando el tumor en su totalidad, sólo continuaba tratamiento postoperatorio, y, a pesar de los procedimientos, desdichadamente el niño falleció.

Se realizaron once sesiones, de las cuales las tres primeras fueron para detectar las necesidades en un diagnóstico, luego junto a su progenitora, se decidieron los objetivos a tratar. De ahí en adelante, las sesiones de musicoterapia estaban diseñadas para poder

facilitar en el paciente el reconocimiento de sus emociones y expresarlas. Para ello, se utilizó el juego como plataforma terapéutica. En especial la creación de historias o cuentos del paciente utilizando materiales didácticos y dibujos, para luego recrearlas musicalmente, eligiendo un instrumento musical para cada personaje de su relato y su posterior ejecución sonora de él. Así mismo, el camino de las sesiones de musicoterapia se centraron en “descubrir lo sombrío y poder llevarlo a la luz”, como dice el MT argentino Gustavo Gauna, en vislumbrar el proceso de Juan como una experiencia donde pudo reconocer sus emociones y expresarlas, siendo la música un agente facilitador de gran alcance. En estos meses de acompañamiento musicoterapéutico, se logró crear un ambiente seguro para el niño, basándose en la empatía y confianza paciente- terapeuta, generándose un clima acogedor, armónico, en el cual él pudo expresar el inicio y término de la sesiones, tener el control de ellas, factor importante en este proceso, pues a Juan nunca nadie le explicó a ciencia cierta de su enfermedad, y la manera de enterarse fue un tanto hostil, lo que repercutió inicialmente su encuentro musicoterapéutico y decidir cuándo terminarlo, como un factor altamente necesario para su desarrollo emocional.

En estas sesiones, cabe mencionar -debido a la misma enfermedad- no hubo un seguimiento continuo semana tras semana, pues Juan, no siempre estaba físicamente disponible a causa de molestias post quimioterapias, o un simple resfrío, hacían suspender las sesiones hasta nuevo aviso.

En esta monografía se menciona de una manera fácil de comprender qué es el cáncer, su etiología, diagnóstico, tratamiento, la incidencia del cáncer infantil, el cáncer cerebral, que fue lo que tuvo el paciente; la niñez, el juego, el dibujo y la importancia de ellos esta etapa de la vida. Una entrevista realizada al filósofo, sociólogo y educador

chileno Juan Casassus sobre las emociones, luego el proceso musicoterapéutico vivido, evaluación de éste y conclusiones finales.

## **II. MARCO INSTITUCIONAL**

La práctica de musicoterapia se realizó en una Fundación ubicada en el sector oriente de Santiago de Chile. Una casa de acogida que recibe a familias de diferentes regiones del país que deben venir a Santiago durante el tratamiento contra el cáncer de sus hijos; recibiendo específicamente a madres (o adulto significativo) y su hijo(a).

### **2.1 Conociendo la Fundación**

La fundación Hogar María Jesús inicia sus actividades en el año 1996 y tiene como objetivo asistir a niños y niñas con diagnóstico oncológico de escasos recursos y a sus familias, que debido a esta enfermedad deben abandonar sus hogares y asistir al hospital Luis Calvo Mackenna a realizar el tratamiento a seguir. Se trata de una institución sin fines de lucro que obtiene financiamiento a partir del aporte de socios y voluntarios.

La casa de acogida tiene un contexto religioso existiendo una nítida mirada Mariana la cual tiene como misión: “Acompañar y dar alivio a los niños enfermos de cáncer y a sus mamás, en un hogar cálido que los acoja y les haga más llevadero el sufrimiento a través del cariño y apoyo (Hogar María Jesús, 2006)”, se basan en valores como el amor, la solidaridad, el respeto, la calidez y la alegría. Es dirigido por una orientadora familiar, quien escoge minuciosamente a las personas que tengan el perfil requerido para ingresar.

Asimismo, cuentan con una persona que apoya el funcionamiento diario de la casa, encargándose de la organización entre las madres e hijos, turnos, horarios y otros detalles para el mantenimiento y armonía del lugar.

## **2.2 Infraestructura**

Las instalaciones de la fundación corresponden a una casa es de dos niveles, cuyo primer piso tiene tres habitaciones, las cuales que son compartidas por siete mamás y sus hijos. A su vez, en este nivel se encuentran las áreas comunes. Una de ellas es la sala de estar, equipada con un televisor donde los niños pueden jugar, una mesa larga que se ocupa cotidianamente para almorzar, tomar el té, o cenar. Otra área común es el comedor que se utiliza en menor frecuencia, sólo cuando hay muchas visitas en la casa y es hora de comer; se encuentran en él fotografías de los niños y niñas que han pasado por la casa, oraciones de plegarias y agradecimientos, una imagen de la virgen y un ventanal que ilumina la habitación. Finalmente, la cocina es el lugar más significativo para las mamás, porque diariamente ahí se concentran e intercambian conversaciones entre risas, penas, alegrías, enojos, sueños, siendo el punto neurálgico ya que ellas les cocinan a sus hijos a diario y pueden socializar (dentro de la vorágine cotidiana) cómo les fue en el hospital, qué han sabido de sus hogares, cómo se sienten ; también cuentan con una lavandería, un baño, un patio con algunos juegos infantiles como el balancín, taca taca y columpio, en el fondo de él, una gruta. En el segundo piso se encuentran otras dos habitaciones, una de ellas compartida para seis niños con sus madres y la otra está más aislada con dos camas, para casos específicos que requieran mayor cuidado por la enfermedad. Se manifiesta escasa privacidad en las piezas por el número de personas que las ocupan, los roces entre ellas son normales y aprenden a convivir entre sí, entre la enfermedad y su tratamiento.

Las familias que se alojan en la fundación son exclusivamente las que siguen un tratamiento oncológico en el Hospital Luis Calvo Mackenna y su estadía ahí fluctúa según el diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente. El estar ahí viviendo implica varios desafíos para cada uno de ellos, las mamás en especial, deben tener el valor de ir al hospital acompañando a sus hijos (as), esperando largas horas por ser atendidos, los resultados de los exámenes, que salgan de la quimio o radioterapia, flexibilizándose ante los cambios inciertos. Ellas abandonan físicamente a la otra parte de sus familias mientras se encuentran la casa de acogida, generando un estado de alerta extra que les afecta emocionalmente; por otra parte los niños y niñas también deben tener el valor y la paciencia del tratamiento, no todos saben en qué consiste la enfermedad ni cuál es la evolución de ésta, todo depende de cómo la madre y su familia se lo planteen. A menudo reciben visitas de sus familiares de regiones del país (papás, hermanos, tíos, abuelos) lo que favorece el bienestar de los quienes los reciben.

### **2.3 Grupos de apoyo en la Fundación.**

De manera voluntaria, diversos grupos de personas visitan el hogar para realizar variadas actividades. Entre ellos están las Damas de Club de Leones, que hace más de doce años que realizan una visita mensual a la fundación en la cual preparaban una once comida, llevando presentes a los niños y niñas. También, otros grupos de voluntarios acompañan a los niños (as) realizándoles actividades recreativas, lúdicas y visitándolos semanalmente hace más de cinco años.

## **2.4 Actividades extra de la Fundación**

El hogar realiza diversas actividades en el año conmemorando fechas importantes como el 8 de abril, la misa por la fundadora de esta casa, el día del niño, fiestas patrias, navidad, donde salen de su rutina y le dan cabida al bienestar, a disfrutar entre ellos; también hay bingos solidarios que se realizan para juntar dinero y este año en especial, hicieron una invitación a través de las redes sociales para aportar con un metro cuadrado para el nuevo patio de la fundación, el cual ahora ya terminado, es un beneficio más para las personas del lugar. A la vez, realizan varias actividades sociales para conseguir nuevos socios y también reciben beneficios de empresas privadas que aportan con entradas a centros de entretenimientos como fantasilandia y cine hoyts para los integrantes de la fundación. No hay registro de actividades terapéuticas de ninguna índole para los residentes del hogar y, es primera vez que se realizará musicoterapia en el lugar.

### **III MARCO TEÓRICO**

Es conveniente reconocer algunos lineamientos básicos del Cáncer para comprender mejor esta monografía.

#### **3.1.- ¿Qué es el Cáncer?**

De manera simple, el cáncer se reconoce por ser una enfermedad causada por una reproducción anormal de las células que se van multiplicando y formando tumores que luego por el torrente sanguíneo, se pueden propagar por diversas partes del cuerpo generando una metástasis; el doctor Alfredo Alatorre(Alatorre, 2004) plantea que existen causas externas e internas o ambas, que favorecen esta proliferación de células malignas, dentro de las externas encontramos al tabaco, el exceso de sol, los virus, las sustancias, etcétera; y dentro de las internas la herencia genética. En el ADN de cada persona se pueden generar oncogenes y dependiendo del tipo de oncogén que posea puede desarrollar diversos tipos de cáncer. Fernández (2006) señala que existen más de un centenar de cánceres, los cuales reciben su nombre dependiendo del órgano afectado y otras consideraciones, (cáncer de hígado, cáncer de pulmón, gástrico, etc.). Cada uno de ellos evolucionará diferente, teniendo un pronóstico, posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado para su condición. Es por ello que el diagnóstico oportuno es fundamental para afrontar la situación y considerar el procedimiento a seguir.

Según el informe mundial del cáncer, IARC (Sociedad mexicana de oncología, 2016), el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes relacionadas con el cáncer, y se prevé que el número de nuevos casos aumente aproximadamente un 70% en los próximos 20 años. Es decir, esta enfermedad va en aumento a pesar de los avances en los estudios médicos, las tecnologías y los nuevos conocimientos, lo que nos invita como individuos, a relacionarnos, a entenderlo y, a manejar mayor información que nos ayude a comprenderlo.

### **3.1.1.-Incidencia del Cáncer Infantil**

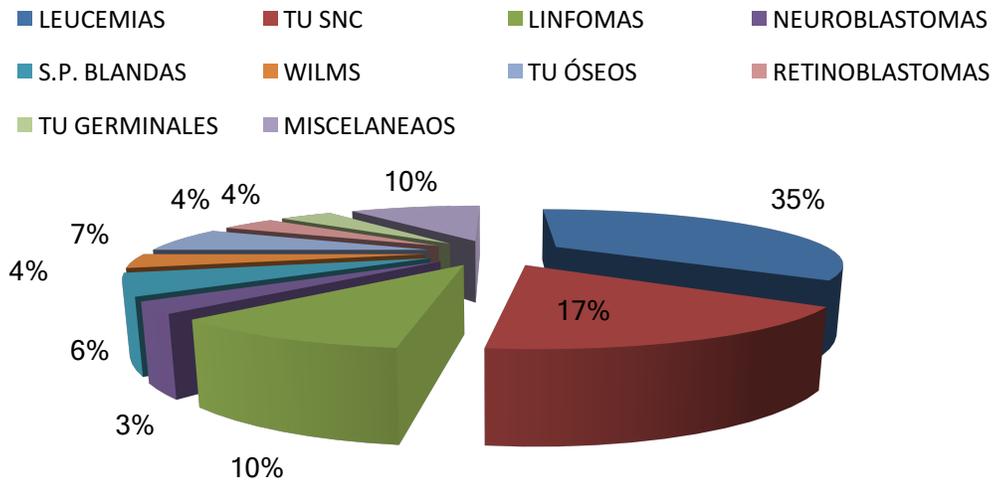
Se estima que cada año surgen 1400 nuevos casos de cáncer infantil, de los cuales una tercera parte corresponden a leucemia (Appel, 2004). Los tipos de cáncer más frecuentes son: leucemias, tumores cerebrales, linfomas y sarcomas. Aun cuando cada tipo de ellos se comporte diferente, teniendo una evolución, tratamiento y pronóstico particular, todos se caracterizan por la proliferación de células anormales completamente descontroladas. Sin embargo, en el cáncer específicamente infantil, se ve una disminución de la mortalidad: “Actualmente los niños con cáncer tienen mejores posibilidades de sobrevivir a la enfermedad. Las tasas de supervivencia para muchos cánceres infantiles sobrepasan el 50%. Los progresos en todos los tipos de tratamiento, han producido enormes aumentos en las tasas de supervivencia. En los últimos cuarenta años las tasas de mortalidad por cáncer infantil han caído en un 60%”(Appel, 2004).

Según la enfermera y doctora en enfermería YairaYohanna Pardo-Mora (2015), en América Latina cada año hay más de 27.000 niños menores de 14 años que son diagnosticados con cáncer y 10.000 fallecen como consecuencia de él. Si se realiza un diagnóstico precoz, la mayoría del cáncer infantil puede ser curado, sin embargo 1 de cada 2 niños fallecerá, frente a una proporción de 1 a 6 en Norteamérica. En Latinoamérica y el Caribe el acceso a la información es insuficiente, no existen programas de detección temprana y la tasa de supervivencia aún es baja. La mayoría de las mortalidades son causadas por leucemias (48.6%), seguidas de los tumores del sistema nervioso central (16.0%) y linfomas no Hodgkin (7.6%)

En nuestro país, Chile, según el Instituto Nacional del Cáncer, el cáncer infantil es la segunda causa de muerte en niños entre 5 y 15 años de edad, precedida sólo por los accidentes. La tasa de mortalidad en 2012 fue de 3.0 por 100.000 menores de 15 años. El cáncer se manifiesta casi siempre en forma violenta y tienden a responder mejor a la quimioterapia, que en el caso de los adultos.

Según la base de datos PINDA del año2011 el cáncer Infantil se puede entender en este gráfico de la siguiente manera:

## INCIDENCIA SEGÚN LOCALIZACIONES CÁNCER INFANTIL 2011 CHILE



LEUCEMIAS	35%
TU SNC	17%
LINFOMAS	10%
NEUROBLASTOMAS	3%
S.P. BLANDAS	6%
WILMS	4%
TU ÓSEOS	7%
RETINOBLASTOMAS	4%
TU GERMINALES	4%
MISCELANEAOS	10%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Casos nuevos año 2011= 540 < de 15 años

Bases de Datos PINDA -2011

Ministerio de Salud(Chile,  
s.f.)

En congruencia con las estadísticas a nivel mundial, las leucemias y los tumores al sistema nervioso central son los tipos de cáncer más frecuentes en nuestro país.

### **3.1.2.- Etiología.**

El Instituto Nacional del Cáncer indica que las causas de la mayoría de los cánceres infantiles aún son desconocidas, se consideran algunos factores de riesgo como los trastornos en los procesos genéticos implicados en el control del crecimiento, la diferenciación celular y ciertos factores ambientales, pero solamente un pequeño porcentaje puede explicarse por estas causas. En los niños, los tumores son de crecimiento rápido, de gran diversidad de síntoma según las diferentes neoplasias.

### **3.1.3.- Diagnóstico.**

Los signos y síntomas del cáncer infantil son inespecíficos y variables, se suelen atribuir a otros cuadros en las primeras evaluaciones, por lo que se retrasa el diagnóstico.

La gran mayoría de los tumores infantiles tienen su origen en las estructuras profundas del organismo humano. En un 80% de los casos los niños presentan metástasis en el diagnóstico ya que los síntomas no se producen al tumor originario, sino a su propagación. Es por eso que se requiere que el diagnóstico sea oportuno con una detección precoz para poder realizar el tratamiento correspondiente lo antes posible y optimizar las posibilidades de curación.

### **3.1.4.- Tratamiento.**

Una vez confirmado el diagnóstico, a través de un protocolo estandarizado, se realiza un tratamiento cuidadoso establecido por el tipo de cáncer específico a tratar, el cual puede sufrir algunas alteraciones según las necesidades y reacciones particulares del niño.

Estos pueden ser quimioterapia, radioterapia o cirugía; los cuales pueden usarse de forma aislada o combinados, dependiendo del tipo de cáncer que se trate.

En términos generales, la quimioterapia es el uso de medicamentos o drogas para combatir la enfermedad e impedir el crecimiento, proliferación y propagación de las células cancerosas. La radioterapia consiste en un tratamiento de radiación intensa de rayos X, rayos gama u otras fuentes, que se utiliza para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores, sin embargo, puede dañar las células sanas. Finalmente, la cirugía es un procedimiento quirúrgico para extirpar el tumor.

Estos tratamientos pueden generar efectos hostiles para el cuerpo como vómitos, náuseas, cansancio, pérdida del cabello, de apetito, úlceras, reacciones alérgicas, somnolencia, dificultad de coordinación y bajas defensas, pero se van diseminando terminado los procedimientos.

### **3.2.- Cáncer Cerebral**

Este tipo cáncer es el que tuvo el paciente de esta monografía, por lo cual se estima conveniente dar una mirada abordándolo más detalladamente.

Indagando en este cáncer específico, según el Instituto Nacional del Cáncer, nos orienta señalando que en el cáncer cerebral la reproducción de las células, que pueden ser benignas o malignas, se focaliza en el tejido del cerebro denominándoles primarios, sin embargo, hay otros que comienzan en otra parte del cuerpo y se expanden hasta el cerebro como metástasis. Todo diagnóstico de esta condición se realiza a través de exámenes neurológicos e imágenes por resonancia magnética, tomografía computarizada o biopsia. El tratamiento debe ser observando los síntomas, viendo si cambian o varían en algún modo.

Los tumores del Sistema Nervioso Central se caracterizan por

- Cefaleas
- Hipertensión Intracraneal
- Compromiso ocular
- Alteraciones de la marcha
- Alteraciones en el comportamiento
- Compromiso de pares craneanos
- Examen neurológico anormal

En la salud pública, a través del ministerio de salud de Chile, se realizan tratamientos sin costo, el cáncer está incluido en el plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) -antes plan AUGE-, tiene por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de Fonasa y las Isapres. Cuando el plan comenzó en julio de 2006 cubría 56 problemas, hoy son 81, número que irá variando en el tiempo. (Instituto Nacional del cáncer, 2016.)

### **3.3- Consecuencias psicosociales del cáncer infantil.**

Las consecuencias que genera esta enfermedad, son de variada índole. Existen necesidades médicas, sociales, psicológicas, emocionales, las cuales se entrelazan y deben ser atendidas íntegra y globalmente, generando un ambiente seguro y acogedor donde el niño pueda sentirse confiado, dentro de su incertidumbre, sin olvidar que es “un niño” y está en continuo crecimiento a pesar de su condición y diagnóstico.

Cuando el cáncer aparece en la vida del niño, los aspectos psicosociales que se ven afectados son a nivel personal, familiar, educativo y social, alterando la calidad de vida. Luego aparecen efectos colaterales del tratamiento ocasionando daños a nivel físico,

psicológico, cognitivo y motor, acompañado de emociones como el miedo, rabia, ansiedad y depresión. Méndez(Méndez, 2004) señala que surgen las necesidades emocionales, el sentirse querido, desarrollar un sentimiento de pertenencia, sentimiento de logro y seguridad, libres de sentimientos de culpabilidad. Necesidades también del niño frente a la enfermedad, hospitalización, tratamiento y necesidades que surgen en el niño con respecto a la muerte, generando múltiples reacciones como temor, ansiedad, soledad, etc.

Además del tratamiento médico, sabemos que hay otros factores que intervienen en la sobrevivencia; una mejora en la calidad de vida, en la esencia y en sus expectativas, como también reducir el impacto social y emocional en los niños y en sus familias; es decir, el sólo hecho de tener acceso gratis al tratamiento si bien alivia la parte económica, no lo es todo en este proceso de la enfermedad, el lineamiento socio emocional cultural es indispensable en la recuperación.

Los factores que necesita una persona para sobrellevar una enfermedad, cualquier enfermedad, tienen que ver con las necesidades básicas humanas, hablamos de las antiguas y aún latentes necesidades humanas que generan la calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud.

### **3.3.1.-Necesidades humanas y calidad de vida.**

Dentro de las consecuencias psicosociales del cáncer, ocuparemos el concepto “calidad de vida” como una noción que se desprende del Sistema de Necesidades Humanas y que proviene de la sociología y la economía(Elizalde, 2005).

Para la economía tradicional, las necesidades son infinitas y es la economía (el mercado) el que distribuye socialmente los recursos. Fue el psicólogo Abraham Maslow

(1908-1970), en los años 40-50 que introdujo el concepto de necesidades en su pensamiento de Psicología Humanista, contraria al modelo Conductista y el Psicoanálisis. La Psicología Humanista considera la existencia humana vinculada a la salud mental, la cual, Maslow graficó en una pirámide cuya base es la supervivencia, una vez logrado este progreso se consigue la seguridad y así finalmente se alcanza la autorrealización. A pesar de ser un enorme paso en las ciencias sociales, dicha teoría adolece de un grado de mecanicismo en su aplicación. Para llegar a la autorrealización se deben cumplir las etapas anteriores de sobrevivencia, protección, afecto, etc., aspecto que no se cumple en forma mecánica ni jerárquica (Elizalde 2005).

Avances posteriores expresaron las debilidades que la teoría de Maslow representaba. Se desarrollan nuevas corrientes de pensamiento (Mallman- Max-Neef- Elizalde) que consideran las necesidades humanas como un **sistema** en el cual todas las necesidades están relacionadas e interactúan entre sí, definiendo nueve necesidades humanas, las cuales se dividen en necesidades del ser y del tener, las cuales se podrían adecuar a los objetivos del presente trabajo:

- 1) Permanencia o subsistencia que se vincula a aspectos económicos básicos, tales como vivienda, ingresos, etc. En este sentido se puede posicionar al paciente con su grupo socioeconómico de pertenencia.
- 2) Protección, que concierne a los sistemas sociales de ayuda y defensa, como la familia, hospitales, centros especializados de atención.
- 3) Afecto, relacionado a la familia, los médicos tratantes, sus pares.
- 4) Comprensión, tratamientos educativos, procedimientos médicos complementarios, etc.

- 5) Participación, nivel de involucramiento en tratamientos complementarios de sanación.
- 6) Ocio (Recreación) tratamientos complementarios representan aspectos de entretenimiento para el paciente.
- 7) Creación. Tratamientos complementarios se traducen en elementos de elaboración creativos.
- 8) Identidad. Valores socioculturales del paciente.
- 9) Libertad. Es un tema amplio que, en nuestro caso, se puede medir por la facilidad y autonomía que tiene el paciente ante los tratamientos complementarios.

Del sistema de necesidades surge un subsistema de “Satisfactores” de dichas necesidades, refiriéndose a la forma histórica y cultural a través de la cual solucionamos nuestras necesidades humanas fundamentales. Protección, por ejemplo, en una época eran resueltas por curanderos, sacerdotes o videntes. Hoy se solucionan por el sistema médico vigente.

De este enfoque surgen varias hipótesis. Primero, las necesidades humanas son pocas, finitas y clasificables. Las necesidades fundamentales son las mismas en todas las culturas y períodos históricos, lo que cambia en el tiempo y la cultura es la forma y los medios con los cuales estas necesidades se satisfacen. De acuerdo a Elizalde (Elizalde, 2005), “El subsistema de necesidades incluye lo que podríamos llamar nuestra interioridad; nuestras necesidades son algo que está radicado dentro de nuestra piel y que solamente podemos vivenciar de forma subjetiva”. Los satisfactores buscan y de linean las mejores formas de

actualizar las necesidades de sus integrantes, aspecto que abre muchos caminos en la calidad de vida de los enfermos.

La visión sistémica de las necesidades, satisfactores y bienes ofrece una doble representación de la calidad de vida: no sólo se observa como carencia o privación, sino también como potencial para el despliegue de la vida. De ahí resulta que la satisfacción de las necesidades humanas no es una finalidad en sí, sino el motor de los procesos enlazados a la Calidad de Vida y, por este motivo, las necesidades no tienen una jerarquía específica. Todas tienen una importancia similar, por ejemplo, es muy difícil saber si en nuestra salud o calidad de vida, es más importante el sistema nervioso central o el gastrointestinal.

La enfermedad y su envergadura provocan consecuencias a niveles tanto físicos, en las necesidades básicas al experimentar sensaciones de malestares fisiológicos; como psicológicos, en las necesidades de seguridad, al tener la incertidumbre de la misma enfermedad, el proceso, el tratamiento, el cobijo de la familia o los cuidadores, necesidades del Yo, al proceso de aceptación o no aceptación de la realidad que le toca vivir, perder el control de su mundo, la autoestima pasa por un período complejo, pues los por qué de la enfermedad, las culpas, comienzan a brotar; también se manifiestan las necesidades de autorealización al poder cumplir las metas o sueños deseados y de las relaciones sociales, necesidades sociales, el estar en grupo y relacionarse con ellos, es un satisfactor de la necesidad de pertenencia..

Como menciona Die-Trill M.(Die-Trill, 2003) las necesidades emocionales son comunes a todos los niños, estén o no enfermos; el sentirse querido, tener sensaciones de logro y seguridad, libres de sentimientos de culpabilidad. Hablamos de las mismas

necesidades descritas desde el Yo y la autorealización. Dentro de este marco de las necesidades que surgen a raíz de la enfermedad del infante, los sentimientos de culpa, temores, inutilidad, debe propiciársele apoyo, cariño, comprensión, aprobación, amistad, seguridad, compasión y disciplina.

Indagando aún más sobre la calidad de vida, el concepto data de fines de los años 1950 con el economista norteamericano John Kenneth Galbraith, inicialmente estas palabras estaba relacionadas con el cuidado de la salud personal, luego se transformó en la preocupación por la higiene y la salud pública; se extendió posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuando con la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente se amplía a la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y a la propia salud. (Schwartzmann, 2003)

A fines de 1980 que se extiende a Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), dándole mayor importancia al desarrollo de instrumentos de medición e investigaciones que estudiaban la calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud, hace alusión a los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo.

Con respecto a CVRS, Verdugo y Sabeh (Sabeh, 2002) manifiestan que entre las décadas del 1990 y 2000 en adelante, se comienza a estudiar la calidad de vida como concepto holístico y multidimensional en que se considera al niño sobre su bienestar.

La manera de medir la CVRS es a través de instrumentos genéricos como cuestionarios, que ofrecen una visión panorámica del problema de la salud y también a

través de Instrumentos específicos que se concentran en el impacto de un determinado problema de salud, sus síntomas y funcionamiento asociado.(Serra-Sutton, 2006)

Entre algunos cuestionarios e instrumentos Genéricos utilizados para estudios clínicos de niños se encuentran: Auto questionnaire Qualité de Vie Infant Image (AUQUEI), Qualité de Vie du Nourrisson (QUALIN), Child Health and Illness Profile (CHIP) entre otros; entre los Instrumentos Específicos podemos mencionar: Child Hood Health Assessments Questionnaire (CHAQ), Escala de Calidad de Vida del Niño con Epilepsia (CAVE), Escala de calidad de vida para niños oncológicos (ECVNO), Pediatrics Oncology Quality of Life Scale (POQLS), entre otros. Estos instrumentos evalúan principalmente los aspectos psicológicos, físicos y de relaciones sociales, de la CVRS infantil. Pane, (Pane, 2006) señala que estas dimensiones relacionadas con el aspecto social son cómo el sujeto interactúa con el medio: colegio, amigos, familia. También cómo repercute el estado de salud- enfermedad en el contexto en que se desarrolla el individuo, recoge aspectos psicológicos sobre los sentimientos y las emociones negativas /positivas, la depresión, el sufrimiento, la ansiedad y el estado de ánimo; la percepción de sí mismo, la autoestima, la apariencia física, las adquisiciones cognitivas, las conductas en general o de riesgo en especial, los sentimientos relacionados con la percepción subjetiva de la salud física y las sensaciones físicas; la energía y la vitalidad; así como la percepción general de la salud.

Como dice Quiceno (Quiceno, 2007) en su modelo conceptual las dimensiones diversas de la CVRS, ellas están mediatizadas por variables como el contexto cultural, el desarrollo evolutivo y las diferencias individuales, es decir, dependiendo de contexto cultural al que pertenece el niño y se haya desarrollado, se comporta y actúa basándose en

los patrones propios de su medio, donde su familia pasa a tomar un rol relevante pues es el primer agente socializador. La percepción de bienestar del niño sea objetiva o subjetiva, sobre su salud física y mental está influenciada por el contexto cultural en que se ha desenvuelto. Sin embargo, siempre dependerá no sólo del medio, sino también de la etapa del desarrollo en que se encuentre la enfermedad.

### **3.4.- Niñez y sus características.**

En el contexto de esta monografía es imprescindible conocer aspectos básicos de la niñez, ya que el paciente tenía siete años y sus características como niño no son ajenas a cualquier otro niño de su edad, los juegos son importantes para su desarrollo emocional, cognitivo, social; juego y música se conjugan en el desarrollo de las sesiones musicoterapéuticas.

Entendemos por niñez al período entre los 6 y 12 años de edad. Donde el niño se inserta en la escuela y comienza la convivencia con personas de su misma edad. La socialización con los otros compañeros implica el desarrollo desde el egocentrismo a la abertura de su mundo con el otro, a enfocarse ya no él sino en los demás. (Papalia, 2010) La amistad pasa a tomar valor en esta etapa, dando paso a los mejores amigos con los que juega; a la vez, en esta periodo se van desarrollando las funciones cognoscitivas como la percepción, el razonamiento, la memoria, junto con ello las funciones afectivas, en donde el niño comienza a salir del ambiente familiar de cariño y seguridad para incorporarse a otro ambiente donde es uno más, con ello va aprendiendo el sentimiento del deber, del respeto hacia los demás, su autoestima, y finalmente las funciones sociales en donde la escuela

ayuda a propiciar las relaciones sociales que influirán de cierto modo también en su personalidad.

### **Características principales en la Niñez**

- Se comienza a desarrollar su interioridad, aprende a no exteriorizar todo.
- Imitan los ejemplos que reciben.
- El niño comienza a ser más objetivo, percibiendo más nítidamente la realidad.
- Suma, resta, multiplica y divide cosas, no números.
- Adquiere un comportamiento más firme sobre sus realidades emocionales.

Con esto queremos destacar que la niñez, pasa a ser parte esencial de la vida, la socialización, el aceptar al otro y a sí mismo, el abrir el mundo interno, pero cuidando lo que va sintiendo, un mundo nuevo que experimentar y vivir.

### **3.5.-El juego en la Niñez.**

Según Winnicott (Winnicott, 1972) “Un rasgo importante del juego es que en él, y quizás sólo en él, el niño o el adulto están en libertad de ser creadores”. Con esto, nos lleva a entender el juego no como el simple hecho de recreación que los adultos podríamos observar, porque más allá del entretenimiento que produce, los factores cognoscitivos, beneficios a nivel emocional, personal, grupal, físico, psicológico y emocional está la

creación, la libertad de la creación que nos da expansión del ser, ayudándonos en nuestro desarrollo personal.

El juego en la niñez tiene un papel crucial en el desarrollo integral favoreciendo procesos cognitivos y sociales. Así nos deja en claro la doctora y académica en neurociencias Amanda Céspedes(Céspedes, 2015) El juego es el más poderoso reforzador, pues el cerebro posee sistema de gratificación que nos hace experimentar un goce o satisfacción frente a determinadas experiencias y desear repetir las, sus neuronas liberan dopamina “se encuentra en el circuito del accumbens”, una pequeña zona oculta debajo de la gran corteza cerebral. Cuando el niño nace, este circuito en su cerebro se dispone a ser activado por las experiencias ligadas al apego. Las caricias maternas y paternas, el amamantamiento, y la seguridad de los primeros cuidados son poderosos estímulos de goce. Luego durante la primera infancia, las experiencias sociales vinculantes continúan siendo estímulos de satisfacción como, por ejemplo: el contacto con la naturaleza, jugar, los objetos que estimulan los sentidos con colores llamativos, sonidos y movimientos, las golosinas coloridas y dulces. Después entre los 7 años y la pubertad son estímulos de goce el explorar, descubrir, aprender, hacer, crear, jugar; el tomar contacto con la naturaleza, (excursiones, paseos fuera de la ciudad), compartir con otros, recibir amor y caricias.

El juego incrementa las habilidades de atención espacial y focal de la memoria, propicia el desarrollo del pensamiento abstracto, fortalece las funciones de organización, planificación, persistencia, flexibilidad cognitiva, el autodomínio o autocontrol de la ira, la frustración (aprender a perder), desarrolla la empatía, el altruismo, la mentalización, a la vez despliega la imaginación y la creatividad, crea una poderosa sensación de libertad

interna, fomentando el optimismo, la vitalidad, la liberación de emociones especialmente de la ansiedad.

Cuando un niño juega experimenta intenso placer, percibe claramente el logro, el progreso hacia un objetivo, descubre capacidades que desconocía, incrementa su autoestima, se siente protagonista de algo muy trascendente al mismo tiempo que divertido. Los beneficios son múltiples, desde los bebés y niños pequeños van descubriendo y aprendiendo a conocer su cuerpo, su entorno; además se considera como un ejercicio físico donde se mueven, se ejercita y van desarrollando su coordinación, psicomotricidad, motricidad fina y gruesa. Cabe mencionar que también ejerce beneficios en el desarrollo sensorial y mental mediante la diferenciación de formas, tamaños, texturas, colores; también su mundo afectivo va evolucionando al experimentar emociones como la sorpresa, expectación o alegría. Ayuda a la resolución de conflictos emocionales al satisfacer sus necesidades que en la vida real no podrán suceder. Otra acotación fundamental es que despierta la imaginación y la creación, entrega hábitos de cooperación al jugar con otros, esto ya comienza en la etapa escolar: el juego en el colegio, luego al llegar a casa, imitando la realidad, representando por medio del juego simbólico lo vivido y lo que quieren vivir exteriorizando sus emociones.

El juego es un elemento básico en la vida del niño necesario para su desarrollo integral fomenta el aprendizaje, su autoestima, favorece lo cognitivo, emocional y físico. En él pueden explorar, buscar, probar, descubrir el mundo de manera divertida.

### **3.6.- El Dibujo en los niños**

El dibujo es un lenguaje que nos va revelando parte de la personalidad del niño, da señales, da símbolos, de su realidad que a través de un intermediario, va acercándonos a conocer más del niño.

Roseline Davido (Davido, 2006) expresa la importancia del lenguaje de los colores de la asociación de estos con características o elementos cotidianos y los animales obedece a una relación afectiva, simpático o no, tienen carácter y a veces prefieren dibujar animales que humanos; otra vez pueden ser ellos mismos, o su relación con el exterior; señalo esta parte en el marco teórico, porque en esta monografía, Juan, experimenta con los juegos, los dibujos, colores, las plasticinas, los instrumentos musicales, la creación de cuentos y relatos y nos va enseñando parte de su mundo, nos va compartiendo sus vivencias, nos da pie a realizar este trabajo demostrando que la niñez, el juego, los dibujos, la música, el acercamiento paciente terapeuta, van tejiendo un bienestar en él y su entorno.

“Cuando hablamos de lenguajes nos referimos a las distintas maneras en que los niños representan, comunican y expresan su pensamiento por diferentes medios” (Vecchi, 2013) que se construyen en las vivencias cotidianas y en las experiencias compartidas. El goce está en dejar ser y hacer al niño y la niña, con total libertad, descubrir la magia que tiene el color y cómo interpretan sus dibujos por medio de sus narraciones.

En los niños y niñas de edad escolar las artes plásticas permiten crear, cambiar, disfrutar, diseñar, compartir experiencias y aprender, si se complementan con el juego hacen descubrir el movimiento, la libertad, las formas y los colores son parte de un aprendizaje y un lenguaje. Así mismo, menciona Vecchi (Vecchi, 2013) que el dibujo se puede leer como

una herramienta para conocer el inconsciente, mucha información puede descubrirse en los dibujos y pinturas gráficas del paciente siendo relevante para esta monografía, pues revela desde lo escondido, lo velado, no visto y no relatado, una parte de su vida.

“Hoy en día es imperdonable ignorar los dibujos de los niños, pues son un medio privilegiado de acercarnos a su personalidad. No sólo un juego, ni un solo sueño, sino un juego, un sueño y una realidad al mismo tiempo”(Davido, 2006)

### **3.7.-Mundo emocional.**

#### **3.7.1.-¿Qué es la emoción?**

Según Juan Casassus, en una entrevista realizada en el colegio Saint George´s en el mes de diciembre del año 2016, comenta que hay varias definiciones de emoción ya sean de corrientes Freudianas, Lacanianas, Corporalistas, de estructuras sociales y hasta antropológicas; cada cual presenta su postulado, exponiendo sus puntos de vista. Fisiológicamente también describe al cerebro que cumple una función primordial viniendo desde el sistema límbico y el cortex prefrontal se comienzan a expandir; sin embargo para él, como una referencia en Chile en la educación emocional, de manera muy explícita dice que las emociones son flujos (no cosas), flujos de energía encarnadas dentro de nosotros de carácter relacional, siempre aparecen cuando hay una relación que impulsa a actuar, de aquí emerge la energía-emoción que lleva información a la construcción de sí mismo y el mundo en que vive. Cada uno es el contexto y es muy importante explorar su relación con el mundo abriendo su propio mundo interno, es así como se obtendrá información de uno mismo. Existe un gran mundo emocional al descubrir el mundo interior. Las emociones a

su vez son las energías más importantes para los procesos de aprendizajes. Todo lo que hacemos depende de la emoción, la conducta indica que algo está pasando. No es un proceso mecánico, hay una gama de conductas y acciones que están llevando a una revolución emocional fuerte en estos años. El proceso educativo de las emociones implica una conciencia emocional, darse cuenta que el mundo emocional es propio e individual, completamente personal. Explorar la emoción es humanizar, con visión al presente y futuro. En esta educación emocional existen ocho Competencias Emocionales:

1. Apertura al mundo emocional
2. Nombrar
3. Ligar emoción y pensamiento
4. Interpretar la información del mundo emocional
5. Regular la emoción
6. Aprender a modular
7. Capacidad de conexión
8. Capacidad de escucha, siendo ésta la principal y base de todas. Esta capacidad nos invita a tener una actitud receptiva, sin juicios ni críticas es aceptar al otro.

Urge tener una educación emocional para poder convivir sanamente con uno mismo y los demás.

Urge aprender a educar las emociones, tanto en niños como en adultos.

Urge conocer el mundo interior propio.

Urge la conexión para que el otro se sienta aceptado tal cual es y uno aceptarse de la misma manera.

Señala Casassus que hay palabras que denotan emociones como:

Agitación, agotamiento, agradecimiento, agrado, alegría, ánimo, angustia, ansiedad, calma, celos, desesperación, entusiasmo, nerviosismo, fascinación, molestia, orgullo, pánico, tristeza, simpatía, relajamiento, entre otras.

A la vez hay palabras que se usan como emociones, pero son expresiones de desresponsabilidad (interpretación de lo que estoy sintiendo, pero culpo al otro) como:

Abandonado acusado, atacado, burlado, culpado, despreciado, humillado, inadecuado, ignorado, juzgado, no aceptado, no amado, no escuchado, protegido, entre otras.

Partir el camino del conocimiento propio, de sí mismo en la niñez, una ventaja donde al reconocer qué se está sintiendo, qué me está pasando, pasa a ser una fortaleza en la vida. Cada uno a su ritmo, según su edad, su tiempo, su historia; concéte a ti mismo, frase ligada al mundo interior de cada ser humano. Tarea difícil, llamados a realizar constantemente.

#### **IV.- MARCO TEORICO MUSICOTERAPÉUTICO**

Facilitar la comunicación expresiva de emociones es un objetivo que se tiene con Juan en estas sesiones musicoterapéuticas. En el proceso se comienza dar espacio para que el paciente descubra sus emociones y pueda expresarlas a través del juego, de los dibujos, las creaciones de cuentos, la sonoridad de ello y así dar cabida a la comunicación entre paciente y terapeuta. Entender y comprender conceptos de personalidad expresiva, de exponer a la luz, de generar vínculos, objeto intermediario, hacen reconocer el proceso

musicoterapéutico como una instancia facilitadora de la expresividad generando una lectura al paciente y su mundo.

Dentro de la musicoterapia desde una mirada humanista, cabe mencionar al musicoterapeuta argentino Gustavo Gauna, presenta la expresividad desde lo oscuro u escondido para llevarlo a la luz, donde a través de lo manifestado en las sesiones, se develan circunstancias del paciente que las expone comenzando un camino al conocimiento propio. A la vez, propone la protección de un espacio donde la persona en terapia pueda articular un lenguaje dando significado a su expresividad, como un recurso lingüístico. Es así que el devenir expresivo salga de la oscuridad para establecerse en lo sombrío, de esta forma sin ser luminoso, podrá ser reconocido desde su forma (Gauna, 2001).

A través del símbolo (el dibujo) como un elemento intermediario, permite mostrar, sin exponer a la luz, favorece un movimiento estético de lo traumático, lo enfermo, lo estático y lo riesgoso. El paciente expone hasta donde quiere mostrar, generando un control sobre la sesión en las actividades como en su proceso, es la movilización de energía sin exponerla a la luz directa, el decir sin decir, es la expresión de la problemática y su importancia. Juan, en este caso, se expresa a través de dibujos y materiales didácticos para representar personajes de sus cuentos como animales, figuras, comidas, etc., en donde su relato va expresando a través de ello, su ser, es decir, va compartiendo con el terapeuta sus cuentos, los hace sonoros y va develando su condición de niño, sus preocupaciones, sus creaciones lúdicas que hacen “poner a la luz” lo que estima conveniente. También tiene el control de las sesiones al iniciar y terminar, lo que genera un ambiente sostenedor y seguro para él.

El autor, Gauna, trabaja el concepto de “personalidad expresiva”, el que se logra en la medida que se produce cuando existe una apertura expresiva en la persona, lo que moviliza su forma de comunicación. De esta manera la personalidad expresiva pasa a ser un pasaje entre la emoción y la representación de la persona. La empatía con el paciente pasa a tener una importancia relevante, porque desde la apertura a la expresividad, desde la confianza paciente terapeuta se genera el vínculo facilitando la comunicación. La personalidad expresiva se compone por núcleos de salud, los cuales existen en las personas, se van reconociendo a medida que se comunican y se despliegan concretándolos bajo su accionar en el mundo. Es así que se produce un proceso bidireccional donde lo nuevo se comprende desde el desarrollo expresivo. Por su parte lo viejo, se somete a un juego de simbolismos, que van a generar un criterio propio de lo saludable, propiciando una tendencia hacia el equilibrio y la estabilidad.

Todo este desarrollo y flujo de la personalidad expresiva, concibe también la presencia del “material mensaje”, que va a conformar la relación dinámica paciente-terapeuta y terapeuta-paciente. A través de éste puente que se compone de cargas emotivas, se genera un espacio compartido entre paciente-terapeuta, para que se vayan descubriendo progresivamente los núcleos de salud de la persona en terapia. A partir de ello el terapeuta puede generar una lectura en tres niveles:

- a) Material como significativo, donde se abordan los modos o maneras en que se expresan los contenidos psíquicos de la persona.
- b) Asociación del material mensaje, con la historia de la persona.
- c) Proceso de desarrollo en la entrega del material mensaje, donde se deposita la confianza en los núcleos de salud de la persona.

Conocer la personalidad expresiva de la persona en terapia, permitirá enriquecer la expresividad de los usuarios generando la movilidad de la expresividad, que es uno de los objetivos propios de la dinámica musicoterapéutica. Es así que el musicoterapeuta debe pensar en la terapia como un proceso, y no verlo como un cúmulo de métodos y técnicas a aplicar en la persona. Es de vital importancia escuchar al paciente y reconocer sus expresiones. De igual forma, es importante no centrarse en atacar algún síntoma o la falta, sino que es fundamental generar energías para el movimiento interno, cuando sea necesario.

Un método relevante utilizado en este proceso en la sesión de cierre, fue la creada en la década del setenta por Helen Bonny que se denominada GIM, (imagen guiada con música). Es un método especializado de musicoterapia receptiva, utiliza música clásica y las imágenes que ésta ayuda a generar, para mover cambios y transformaciones internas considerándose un modelo de trabajo que permite abarcar globalmente los aspectos de la persona usando la música. Si bien la música escogida no fue clásica para realizar la sesión, sí hubo la generación de imágenes, simbólicas o metafóricas, la integración y reflexión de las experiencias del proceso; Juan al escuchar la música va siendo guiado en un relato ingresando a su mundo interno realizando un viaje imaginario en donde pudo encontrar tranquilidad.

“La música puede crear un ambiente en el que es posible que uno libere emociones intensas, se retrotraiga a estados del proceso primario, exprese su creatividad e imaginación, y contribuya a una experiencia máxima o cumbre” (Bonnie, 2002)

En la sesión de cierre con Juan si bien las expresiones de las emociones siempre fueron pilares en el proceso, ésta varió, pues tuvo otro objetivo musicoterapéutico: relajarlo. Es ahí donde se integra la imaginación en su forma más pura a este proceso de reconocimiento de emociones.

En esta última sesión Juan se despide y espera el avión ambulancia para ser trasladado a su ciudad. Fallece el 14 de enero del año 2016, en Taltal.

## **V.- JUSTIFICACIÓN DE LA MONOGRAFÍA.**

Las necesidades que se presentan en el cáncer infantil tanto psicológicas, sociales, emocionales, físicas, son las que motivan para realizar esta monografía; la música, a través de la musicoterapia en sí, lleva al paciente a enfrentar su enfermedad, a darle un alivio entre las consecuencias de ella; siendo un apoyo tanto para el paciente como para la familia, pues, si bien el cáncer afecta al niño, también la familia se ve perturbada; ella es un pilar fundamental en la evolución del tratamiento pues el niño necesita el apoyo psicológico e incondicional de sus padres y cercanos, aquí en las sesiones de musicoterapia, se pretende otorgar herramientas para sobrellevar la enfermedad de manera amable y en un ambiente seguro a través del juego, los dibujos, los cuentos y relatos creados por él. La empatía es imprescindible para el seguimiento de las sesiones pues al sentirse contenido, aceptado, querido, asistido, le otorga fuerzas para continuar.

El impacto emocional que tiene en el paciente y en su entorno está marcado por la angustia, la desesperación, la depresión, el stress, la incertidumbre, la tristeza, el miedo; es la música la que da un espacio de apertura emocional, tanto consciente como a nivel

inconsciente donde entre sonoridades, instrumentos, cantos, relatos, cuentos, dibujos, juegos, imaginaria se otorga bienestar al paciente; donde puede expresarse, puede libremente manejar los tiempos de comienzo y término de las sesiones, puede disfrutar y denotar un sesgo seguro en ese instante, es decir, en los encuentros musicoterapéuticos Juan pudo manifestar abiertamente que le gustaban las sesiones y se sentía bien “jugando con la música”. La elaboración de los temas que preocupan al paciente de este impacto emocional muchas veces no sale a la luz empíricamente, pero a través de la metodología utilizada, fue generando información relevante para el desarrollo de las sesiones.

Surge la necesidad imperiosa de elaboración en varios contextos, y desde las conversaciones realizadas con la madre y las sonoridades, dibujos y expresiones de Juan, hacen burbujear los temas emocionales mencionados. La finalidad de estas sesiones musicoterapéuticas o llámese objetivos definidos con la progenitora, han sido facilitar la expresión de emociones y sentimientos de Juan; Crear un vínculo afectivo sólido donde Juan pueda encontrar seguridad dentro de su fragilidad.

## **VI.- PROCESO DE INSERCIÓN MUSICOTERAPÉUTICO:**

El proceso de intervención terapéutica comenzó en el mes de agosto del año 2015 culminando en diciembre del mismo año. La flexibilidad fue la característica principal de este acompañamiento musicoterapéutico, tanto con los acontecimientos de la fundación y con el mismo paciente. Al tener esta enfermedad, un simple resfrío hacía suspender la sesión hasta que se sintiera mejor, pues sus defensas a nivel biológico estaban bajas y había que tener mayor cuidado ante las alteraciones climáticas del medio ambiente.

Se realizaron 11 sesiones los días viernes de 15.00 a 16.00 horas aproximadamente, algunas variaron según el estado de ánimo y de salud física que tenía Juan.

Las primeras tres semanas se realizaron las primeras entrevistas con:

1ra semana:

La directora del lugar, para explicarle los desafíos que planteaban la práctica de la universidad y el desarrollo de la intervención musicoterapéutica. Ella da la autorización para el desarrollo de una reunión con las mamás y tutores para exponer nuestro tema y saber si hay personas interesadas en esta terapia relacionada con la música y ver quienes querían participar siendo los pacientes.

2da semana:

Reunión con las mamás con el mismo objetivo, explicarles de qué se trataba la musicoterapia y la necesidad de realizar un trabajo individual con sus hijos.

3ra semana:

Nos reunimos con las mamás que estaban interesadas en que sus hijos tomaran musicoterapia y surgieron cuatro personas que se interesaron con esta práctica que se estaba presentando en esta fundación, sin embargo, en esta monografía se remite al caso de Juan, con quien sí pudimos mantener relativamente estable las sesiones de musicoterapia.

4ta semana entrevista con la madre de Juan.

Luego, los siguientes meses se dividieron en once sesiones que estaban destinadas en buscar qué emociones tenía Juan, cómo se sentía, qué le gustaba hacer, pudiendo llegar a expresarlas a través de los juegos musicales, que detallaré en la sección 6.6.

Hubo encuentros con Juan en que estaba motivado para realizar la sesión, (cuando el dolor desaparecía, pasaba a un segundo plano o simplemente su cuerpo no le molestaba) donde podía disfrutar creando historias, personajes, dibujando, cantando, tocando instrumentos, y otros, luego de la quimioterapia, en que no era capaz de mantenerse en pie y con un hilo de voz decía que lo dejáramos para después.

Como señalé, la continuidad semanalmente se perdió debido a la enfermedad, ya que si Juan estaba descompensado por algún resfrío común, fiebre, dolor muscular, se suspendía; o si había actividades en la fundación a la misma hora del encuentro, buscábamos otro horario, también suspendiendo y esperando encontrarnos prontamente; sin embargo, cada sesión fue disfrutada por él, siendo reflejado en su rostro al observar los videos. Cada una de ellas fueron significativas en algún grado para Juan, sin embargo, opto por mencionar sólo algunas que considero relevantes en el proceso.

### **6.1.- ¿QUIÉN ES JUAN?**

Juan es un niño de siete años, oriundo de la segunda región de Chile, padres separados, tiene un hermano gemelo. El entorno cercano de Juan son sus abuelos que viven cerca de su casa, siendo el apoyo y compañía diaria fundamental para su crecimiento; el ambiente en que se desarrolla es de un estatus socio económico medio; la madre es universitaria ligada en cierto modo al mundo de la educación, sus abuelos y tíos, profesores. Posee una cercanía con los abuelos que lo hace sentir contenido en su ambiente;

la relación con su hermano gemelo es estrecha y cercana, le gusta jugar continuamente con él y sus mascotas. La música que escucha es la de la serie de televisión Dragon Ball Z.

Se le descubrió el tumor cerebral hace un año (2014) llegando a la fundación y fue sometido a cirugía en el Hospital Luis Calvo Mackenna, se extirpó el 100% del tumor, sin embargo, tuvo daños colaterales al sistema nervioso central, que se observan a simple vista. Llegaron a la casa de acogida siguiendo el tratamiento médico indicado, realizando cada uno de los lineamientos que desde el hospital les eran dados.

Juan estaría en la casa de acogida hasta el 15 de enero donde le darían el alta médica y podría regresar a su pueblo natal.

## **6.2.- Aproximación Diagnóstica**

En esta aproximación diagnóstica se pudo percibir las necesidades de Juan, no sólo en conversaciones con él y en las sesiones de diagnóstico, sino la entrevista con la madre tiene un valor preciso, pues coincidimos en los objetivos de este proceso musicoterapéutico que Juan comenzaría.

Uno de los primeros pasos en este proceso fue la entrevista con la madre de Juan quien habla desde su embarazo, su hijo, la enfermedad, el entorno, la familia y lo que ella esperaba de estos encuentros musicoterapéuticos sin saber nada de este procedimiento, pero si tenía que ver con música, era muy probable que Juan se motivaría pues su hermano mayor (tío de Juan) estaba ligado con la música y jugaban a hacer obras musicales, pensó que disfrutaría de esta nueva terapia. La mamá de Juan tuvo un embarazo doble, junto a él

también venía su hermano gemelo, todo estuvo normal en el proceso del embarazo y sus vidas fueron completamente normales para niños de su edad. Del padre habla poco, no estuvo presente en la entrevista que relataba hasta casi el final en el cual señala explícitamente que “no vale nada”, que nunca se sintió apoyada por él; su familia en cambio, sus padres y hermanos estuvieron y siguen estando presentes. De ellos siente un gran apoyo y contención. Señaló además que la relación de Juan con su hermano gemelo es completamente unida, se llevan muy bien, son cómplices y se desarrollan armónicamente. Sobre la enfermedad me indica que cuando le descubrieron el cáncer al cerebro fue operado extirpando el 100% del tumor, pero que lamentablemente en esa operación, si bien le salvó la vida, le pasó a llevar parte del sistema motriz, por el cual Juan tiene notorios problemas para caminar y utilizar su mano izquierda.

Luego Juan es invitado por su madre a las sesiones de musicoterapia indicando que le harían bien en el proceso de la enfermedad que se encontraba y ella sentía que podría expresarse aún más. No conocían la musicoterapia, pero si era con música todo se facilitaría.

Se le explicó que comenzaría con una etapa de aproximación diagnóstica para luego volver a conversar con ella sobre lo observado y proponer en conjunto los objetivos de Juan; fue así como después de tres semanas, visualizamos lo que Juan necesitaba.

### **6.3.- Objetivos**

#### **6.3.1.- Objetivo general:**

- Facilitar la expresión de las emociones a través de la musicoterapia.

#### **6.3.2.- Objetivos específicos:**

- Generar bienestar a través de actividades lúdicas sonoro-musicales.
- Generar un vínculo MT paciente

### **6.4.- Criterios de Evaluación**

Los criterios de evaluación se realizan observando el proceso de Juan desde el principio hasta el final, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Expresa sus emociones
- Disfruta realizando las actividades
- Ejecuta instrumentos musicales siguiendo las actividades
- Da inicio y término de la sesión.

Los métodos para observar los cambios terapéuticos fueron los videos, las notas realizadas durante el proceso, las verbalizaciones al inicio y final de cada sesión, los dibujos, material didáctico ocupado que se presentarán en la exposición de esta monografía.

## 6.5.- Metodología y encuadre

En esta sección cabe destacar la música en terapia, es decir, dentro de la sesión ocuparemos siempre la música como recurso expresivo generando movimientos y cambios en el paciente. También se utiliza material didáctico como otros recursos expresivos como lo son los dibujos, los lápices, plumones y las plasticinas.

- La metodología utilizada fue activa y participativa.
- La duración promedio de cada sesión fue de 30 minutos, algunas 20 cuando se sentía decaído y otras llegaron a pasar los 50 minutos.
- El enfoque fue completamente humanista, acompañando en el proceso más que interpretar o modificar comportamiento es lo que se generó en las sesiones.
- Setting de instrumentos utilizados en las sesiones:

1 metalófono cromático

8 campanitas afinadas en la escala de Do M

1 arquín

1 caja china

2 pares de claves

2 panderetas

1 güiro de metal

2 toc-toc

4 pares de maracas

1 shake

1 Deyembé

- 1 Kultrún
- 3 sonajeros
- 1 Afuché
- 3 pares de huevitos
- 1 triángulo
- 1 kalimba

- El lugar físico donde se realizaron las sesiones fueron en la sala comedor, sin embargo, hubo sesiones que las realizamos en su pieza y otras en el living por requerimientos de la fundación.

#### 6.6.- Desarrollo del proceso

El desarrollo del proceso fue en 11 sesiones divididas en diagnóstico, desarrollo y cierre que se detallan en el siguiente cuadro:

SESIONES:

Sesión	Fecha	Contenido de Sesiones	Fase
1	4/9/15	Exploración	Diagnóstico
2	25/9/15	Exploración	Diagnóstico
3	2/10/15	Exploración	Diagnóstico
4	9/10/15	¿Qué siento?	Desarrollo
5	16/ 10/15	¿Qué es la felicidad?	Desarrollo
6	23/10/15	¿Qué me gusta hacer?, ¿qué quiero ser?	Desarrollo
7	20/10/15	¿Cómo me siento hoy?	Desarrollo
8	27/10/15	¿Jugamos a hacer una comida?	Desarrollo
9	6/11/15	¿Cómo suena?	Desarrollo
10	13/11/15	Reconociendo mis emociones	Desarrollo
11	14/12/15	Relajación guiada	Cierre

### **6.6.1.- Diagnóstico (sesiones 1 a 3)**

Es relevante destacar en la primera sesión Juan no quería comenzar el encuentro musicoterapéutico porque estaba ocupado viendo una película y la mamá lo obligó, diciéndole que cuando uno tomaba un compromiso tenía que cumplirlo, sin embargo, se conversó y se solucionó el conflicto. Comenzamos hablando de los temblores ya que la semana anterior aconteció uno de intensidad fuerte y lo sintió, tomando en cuenta esa situación se realizó un caldeamiento aprovechando el movimiento que genera el temblor sincronizándolo con los movimientos corporales e iniciamos las sesiones de diagnóstico.

En este diagnóstico se pretendía observar las necesidades que emergen en las sesiones. Se realizaron actividades lúdicas de imitación de sonidos de animales, cómo sonarían estos animales si tuvieran que ser instrumentos musicales, pudiendo ver que existía en Juan una cierta continuidad de imágenes de animales feroces que se repetían en la sesión 1 y 2; la sonoridad justamente era intensa, aparecían tiburones (utilizando el afuché), cocodrilos (utilizando las maracas), gorilas (utilizando cascabeles) que se pueden considerar como amenazas ya que sonoramente, la motricidad era casi nula, tomaba los instrumentos con una sola mano y se percibía una rigidez sonora, fuerte e intensa en su volumen. Vale mencionar, que después de la operación al cerebro para extirpar el tumor, se pasó a llevar el área referida a la motricidad, sin embargo, todo puede suceder en este contexto musicoterapéutico. En la sesión 3 del diagnóstico se le preguntó dentro de las actividades, si recordaba la sesión anterior y comenzó a ejecutar fuertemente los instrumentos equiparando animal feroz, sonido intenso y ritmo rápido. Se observa que Juan disfruta las sesiones, comienza siguiendo una canción de inicio y luego él mismo improvisa

cantando que se comienza la sesión, lo mismo acontece al terminar el encuentro musicoterapéutico, sin embargo, también se observa en las conversaciones que él siempre se encuentra feliz.

### **6.6.2.- Fase Central (sesiones 4 a 10)**

En este período Juan comienza a utilizar las dos manos ejecutando los instrumentos, que lo puedo considerar como un logro no esperado, no estaba considerado dentro de los objetivos la movilidad de su extremidad afectada por la operación. En el desarrollo de estas sesiones se observa un disfrute del juego, del cuento que crea, de los dibujos y sus historias, facilitando su expresividad, reconociendo emociones poniéndoselas a sus personajes creados en las actividades, generando una empatía paciente terapeuta, siguiendo los objetivos planteados en esta monografía. Aquí presento tres sesiones que fueron relevantes a mi modo de ver en esta práctica teniendo todas el mismo objetivo: Reconocer sus emociones a través de actividades lúdicas sonoras. Se utilizaron los mismos instrumentos musicales o setting musical, siempre realizando una rutina de inicio y final, lo que varió fue dónde se realizó físicamente las sesiones porque debido a circunstancias ajenas a los encuentros musicoterapéuticos, la fundación tenía otras actividades a realizar, flexibilizando cambiando de ambiente, fluctuamos entre la pieza de Juan, el sala comedor y el livingroom.

#### 6.6.2.1.-Sesión n° 4

Al comenzar la sesión como es rutina, se realizó un recuento de la semana anterior con una canción improvisada de un ritmo rápido y contagioso acompañándolo de los instrumentos y la voz, luego un caldeamiento corporal en el que siguió todas las consignas que eran dadas de manera lúdica.

Se propuso el tema de las emociones, le pedí que recreara con plastilina lo que quisiera y que dijera qué emoción tenía. Comenzó a contar un cuento, escogió realizar un gusano de color amarillo que representaba a la felicidad, luego un instrumento para personificarlo y eligió la campana, sin embargo, al momento de realizar el sonido, cambió a la pandereta –“el gusano tiene hambre”- y luego dijo –“tiene sueño quiere descansar y quiere descansar siempre y siempre va a estar alegre-”. Así mismo siguió su cuento entre colores de plastilinas, personajes que iban surgiendo y les colocaba el instrumento que sonaría en cada uno de ellos. Cabe mencionar lo increíble del entretenimiento lúdico, cómo el niño se sumerge en su cuento, en su relato y como emergen situaciones que le están pasando, claramente tenía hambre y lo reflejó en su relato, estaba cansado y quería dormir, corroborándolo al término de la sesión con su madre; luego en el transcurso del cuento se vislumbra la familia, su padre, su madre, los hermanos y amenazas que surgen como el ladrón, el policía y el accidente; se podrían considerar las amenazas como la misma enfermedad que no puede controlar. Los colores lo motivan a realizar el amoldamiento de la plastilina y semejarlos a sus personajes, comienza a utilizar las dos manos para amasarla y tocar los instrumentos. Queda muy bien definido sonoramente el final de la improvisación

y comienza otra con otro cuento pero que está relacionado con el anterior. Sigue una secuencia de plasticina, color y ejecución musical. Esta vez emerge el tema de los “pinchazos” luego de un accidente en que el personaje debe ir al hospital a pincharse y comienza a relatar que llora y suena un sonajero, sin embargo, el dolor se va y se siente bien y suena una maraca, me indica que tome los huevitos, primera vez toma las dos maracas una en cada mano agitándolas. Para finalizar advierte: -“casi va a terminar la película”- dice, y cierra con la palabras “dormir y se acabó”. Le pregunto si quiere ocupar algún otro color para terminar la sesión y dice celeste, toma una clave, la deja y luego toca los huevitos, amarillo y verde (nuevamente las dos manos) y también me indica que toque otros huevitos. Comienza a improvisar una canción de término agitando los instrumentos enérgica y alegremente. Le pregunté para finalizar que fue lo que más le había gustado en esa sesión y respondió el cuento que hicimos. El próximo encuentro quiere hacer un cuento de fantasmas. “Se llamará el fantasma guapetón”-dice- terminando con un aplauso.

Se escucha y observa bastante intensa la ejecución de los instrumentos, tanto en el ritmo veloz y la sonoridad en sí, en todo el relato de su cuento, sin discriminación de intensidades, parejo. Las improvisaciones de cada personaje son breves pero penetrantes.

Juan se observa entretenido y concentrado en el cuento que va creando, le agrada el material didáctico, y a medida que éste va transcurriendo va generando velocidad al elegir los instrumentos a ejecutar. Se manifiesta por primera vez instancias en que Juan toca con ambas manos. Va expresando sus emociones relatando su cuento, de una manera inconsciente tal vez, va exponiendo a la luz lo que le pasa.

### 6.6.2.2.- Sesión nº 5

Comenzamos la sesión contextualizando la semana anterior, esta vez con la lluvia que aconteció para realizar un caldeamiento cantando una canción improvisada de la lluvia y él responde en un momento de silencio, y comienza a mover desde la cabeza hasta las piernas. Luego elige un instrumento para decir cómo se siente el día de hoy, ejecuta un metalófono cromático y responde ¡Bien!, luego se le invita a musicalizar su estado de ánimo e inicia tocando una melodía y lo acompaño realizando un ostinato rítmico en una sola nota pedal y luego del minuto realizamos variaciones melódicas. La improvisación duró 1.30 minutos. Luego continuamos con las actividades, esta vez dibujar y expresa que quiere dibujar “la historia de un escarabajo que le gusta el sol...o una serpiente mejor”, le doy la consigna: a dibujar y luego relatas la historia, le enseño el block con todos los lápices de colores y dice mmmmm...-como saboreando- comienza a pintar –“ya hice el pasto y ahora la serpiente, tenía hambre estaba comiendo una manzana y mordió al humano, necesito el rojo, porque las manzanitas son rojo- la serpiente cuando mordió dijo lo siento y después vio una serpiente pero muy bonita”...es así como comienza su nuevo cuento, entre dibujos, colores e instrumentos musicales. Pido disculpas al lector por describir tan detalladamente esta sesión, pues considero relevante en esta monografía describir casi literalmente lo acontecido pues surge el dolor y valentía, la quimioterapia y el pinchazo reflejado en sus relatos: “los hermanos lloraron por el pinchazo, el doctor lo pinchó, salió sangre por ahí y luego dijo que ya está listo”.

- ¿y pincharon a los dos?, le pregunté–“no, a uno no más y el otro dijo, ay, no pinchen a mi hermano”, sigue luego una conversación sobre el pinchazo, el otro no tenía que pincharse, y ¿por qué? - le pregunto, y dice “porque él no

tiene quimio” y ¿qué le dijo el hermano?, “oye- ¿te dolió?, no le dolió, porque es muy valiente”- y qué más pasó en esta familia tan linda, le pregunto, duda... “comieron comida china responde, que delicioso, y después el fin.” ¿Algo más que agregarle a tu dibujo?, sí,- el sol- ¿algo más?, las nubes con azul. Tres nubes. Le pido que lo observe, y nombro todo lo que aparece y vuelvo a preguntarle si faltará algún detalle, “sí falta el último cuento, cuando ellos estaban paseando con sus hijitos vio un ladrón, y su padre le pegó como un super héroe, y le devolvió la cartera a la niña que se la había robado”. –y los hijos sabían que el papá era un super héroe?, sí!, y que sentían los hijos por tener un papá super héroe?, “-Emocionados” dice- y la señorita ¿que sentía al tener a su pareja super héroe?, - “estaba feliz”- ahora dibuja la escena en que llevan al ladrón a la cárcel y lo hace tras unos barrotes, ¿algo más le quieres agregar al dibujo?, “no, es el fin”, comenta.

- Le pido que con los instrumentos representara el cuento. Elige una campana para el papá, otra campana para la mamá, para los hijos el metalófono cromático, y me indica que lo toque cuando en el relato aparezcan los hijos; elige la kalimba representando al ladrón me dice, y afuché a los carabineros. Le digo la consigna que vamos a hacer el cuento sólo con los instrumentos, sin decir palabra y accede.
- Comienza precisamente siguiendo el cuento utilizando las dos manos, ejecutando los instrumentos, me indica cuándo tocar, y continúa sin decir palabra siguiendo su relato, la improvisación dura un minuto exacto. Le pido que elija otro instrumento para interpretar todo el cuento (elige el del papá) la campana y yo el ladrón (la kalimba) realizando una improvisación de

cuarenta segundos. Le pido que hagamos el momento cuando pinchan al niño, y elige el güiro raspándolo constantemente y lo reflejo realizando el mismo ritmo con el afuché por unos instantes, luego hay variación rítmica, imitación y pregunta respuesta, luego de la improvisación de un minuto con diez segundos y para parar se queda inmóvil y dice: -“me quedé pegado”- lo invito a realizar sonoramente el momento en que se encuentran las serpientes, elige ser la serpiente mamá con el triángulo, y yo la serpiente papá con un sonajero, dura un minuto y diez segundos.

- Para terminar, le pregunto: ¿cómo lo pasaste?, ¿cómo te sentiste?, bien, contestas a las dos preguntas. ¿Qué fue lo que más te gustó hacer hoy?, el cuento, porque me gustó cuando nacieron los bebés porque fue rápido, me gustó cuando la serpiente se convirtió en super héroe. ¿Qué sentimientos tienen la serpiente y los hijos serpiente después de haber tocado los instrumentos?, “están bien, se sienten feliz”- dice-
- Para concluir elige instrumento el afuché, comienza a tocar y a cantar: “ya terminó, ya terminó, nos vemos la próxima semana”, con una sonrisa.

En esta sesión Juan continúa ejecutando los instrumentos con pocas variaciones de intensidad, todo fuerte, surge el tema de la quimioterapia, nuevamente el pinchazo y el hambre. Las emociones que tiene van surgiendo a través del dibujo, el relato y los sonidos. El juego de crear le es interesante y divertido. Se observa una relación paciente terapeuta que va en aumento, porque el juego hace que se genere una complicidad al contarle y luego tocarlo; hay más expresividad en el relato y sonoramente no hay variaciones de intensidad, sigue siendo todo fuerte.

Cada vez más está utilizando sus dos manos al ejecutar los instrumentos, se observa con disposición a la sesión. Emergen temas de la familia, el hecho de tener padres separados quizás hace magnificar la imagen del progenitor como super héroe, el ladrón regresa a otro cuento, las serpientes son parecidas a las orugas y gusanos pasados. Se van repitiendo elementos. El cuento cambia constantemente y hace florecer los pinchazos, las quimioterapias, el dolor, el llanto y luego la valentía. Se observa el apoyo del hermano. Decide no hacer el escarabajo y realiza lo que quiere, punto importante en la toma de decisiones que puede controlar. Las emociones emergen con los personajes, nunca las ha reconociendo como propias, pero se vislumbra su ser en el relato.

#### **6.6.2.3.- Sesión n° 6**

Como es habitual se comienza con un caldeamiento corporal, subiendo y bajando por el cuerpo como una corriente eléctrica, siempre de manera lúdica. Luego toma las campanas, con las dos manos, sin recibir alguna consigna y las toca comenzando a cantar que la sesión está comenzando.

- En esta sesión descubrirá sus gustos, cómo es y qué le gustaría ser cuando grande, los pondrá en una hoja representándose como un sol, cada rayo será una de las actividades que le gusta realizar cotidianamente escribiéndolo en su hoja. Recibe el material didáctico una hoja y lápices de colores, comienza a escribir su nombre al centro de color amarillo, pero luego pide ayuda, le cuesta escribir así que decide dictarme él las cosas que le gusta hacer y las anoto en Su Sol con un lápiz rojo (me señala). Comienza a surgir nuevamente el gusto por los colores. Comienza a

dictarme sus preferencias de juegos, con su hermano, sus mascotas, comidas etc. y ¿cómo eres?, le pregunto, “soy feliz y un poquito enojón”, (color celeste, me pide), y ¿qué te gustaría ser cuando grande? “ser doctor y bombero” (color verde, me dice), lo noto un poco cansado.

- Lo invito a expresar en música tocando los instrumentos lo que le gusta y accede a las campanas, me pide que tome las maracas y comienza a agitarlos, la improvisación es de un minuto y cinco segundos la intensidad fuerte.
- Luego se le invita a tocar lo que quiere ser y elige el triángulo y me pide que tome unas claves. La improvisación dura treinta segundos, no hay variaciones en la intensidad.
- Finalmente le pido que tome otro instrumento para decir cómo era y elige el afuché, para mí los huevitos. Se percibe un leve cambio en la ejecución, la intensidad bajó, siendo media. Se nota decaído. Concluimos la sesión y regresa a su pieza.

Nuevamente no existen claras variaciones en la intensidad de su ejecución, aunque levemente al ejecutar el afuché varió el volumen, pudiendo haber sido por el peso del instrumento en su mano, sin embargo, sí observo que esta vez interpreta con menos énfasis, por las improvisaciones de más corto tiempo y percibo que está cansado, aunque el juego lo motiva a pesar del cansancio. Cuando el dar indicaciones de qué instrumento debo utilizar para acompañarlo en la sonoridad le otorga confianza en él, decisiones que toma, indicándome qué instrumento utilizar, se percibe que aumentan su seguridad. Las emociones surgen en su cuento y las expresa ejecutando los instrumentos musicales escogidos por él y en el relato mismo.

Se observa además que le cuesta tomar los lápices y pide ayuda; su parte motora se ve afectada, sin embargo, ha tocado los instrumentos con las dos manos.

Juan tiene claro lo que le gusta hacer, las actividades que aún realiza y las que realizaba estando en Tal Tal. Toca intensamente fuerte los instrumentos exceptuando el afuché, esta vez sus improvisaciones fueron más cortas en tiempo que algunas otras.

#### **6.6.2.4.- Síntesis de las sesiones escogidas.**

Al elegir estas tres sesiones para la monografía, debo destacar el hilo conductor que se observa: un continuo placer al jugar, al crear sus historias, al dibujarlas, al interpretarlas musicalmente, es importante para él tener el control del juego, ya que hay aspectos en su vida que no puede controlar. El hecho de no querer comenzar con la primera sesión me puso en estado de alerta, pero al ir desarrollándola se fue generando un bienestar, comenzó a introducirse en las consignas y jugar, como todo niño de siete años. Al continuar el proceso, el vínculo paciente terapeuta comenzó a fortalecerse, mostrándose interesado en participar en la próxima sesión, diciéndole a su mamá si hoy le tocaba musicoterapia y ella le comentaba que faltaban algunos días, que tuviera paciencia; el recibimiento de su parte al llegar a la sesión era abierto y cariñoso, incluso, si por motivos de salud debíamos suspender algún encuentro y me veía en la fundación, me preguntaba cuándo la realizaríamos, en ese momento, la mamá le decía que cuando estuviera más fuerte ella me llamaría para juntarnos otra vez, y así lo hacía, hasta conversábamos por teléfono diciéndome él mismo el día y la hora.

Las imágenes que se observan en los cuentos que relata, inconscientemente va hablando de él y su proceso en esta vida. El gusano, la oruga, los hijos, el ladrón, el carabinero, el tiburón, el gorila, etc., van mostrando lo que siente, lo que piensa sin decirlo explícitamente. Se podrían señalar algunos de ellos como animales más bien feroces y si escuchamos la reproducción sonora se percibe cierta agresividad en la ejecución. El único momento en que varía la intensidad por un instante es cuando se encuentra cansado tocando el afuché en la sesión nº6, que personalmente, creo que era porque el instrumento es pesado y su estado físico comenzaba a deteriorarse.

Considero que estas sesiones representan un destello inconsciente de hablar sin hablar de su enfermedad y de él mismo, de expresar sus emociones, sus sentimientos, favoreciendo su calidad de vida, las necesidades de niño, contención, apoyo, recreación, a la vez ligado con su libertad, generando inicios y términos, sonidos y silencios, cuentos y juegos.

### **6.6.3.- Cierre (sesión 11)**

El cierre fue la sesión nº11 de la cual no tengo registro visual debido a la condición de Juan y el respeto ante la situación.

El cierre, esta última sesión fue diferente, en la cual, pasada dos semanas sin vernos debido a exámenes que se estaba realizando y el poco ánimo que tenía, recibí una llamada telefónica de su madre y me dice:

- “ahora sí que te necesito, a Juan le descubrieron nuevos tumores en el cerebro y los doctores no le dan largas expectativas de vida; necesito que se relaje para que no sienta tanto dolor y este tranquilo”.

Tomando en cuenta la llamada el objetivo musicoterapéutico esta vez varió, relajación era lo que se quería y necesitaba conseguir.

Juan estaba decaído, acostado en la cama, su mamá le estaba dando la comida y llegó el papá que le traía agua. No quiso comer más, sólo tenía sed. Le pregunté si quería hacer un viaje con la música y si quería que estuvieran sus papás, a lo cual me dijo “sí”. Junto a ellos creamos un ambiente cerrando cortinas y bajando la luminosidad de la pieza. Seleccioné una música de relajación y realicé una técnica de musicoterapia receptiva, un viaje donde él quisiera ir; ¿cuál es tu lugar favorito?, le pregunté y me dice: “el mar”, quería regresar al mar de Tal Tal, su pueblo natal; así que comenzó a sonar la música y comencé el relato de un viaje, nos subimos una nube y veíamos el cielo celeste, detallando el paisaje, colocando colores a las imágenes, olores, sensaciones, y pasamos por el desierto árido, caluroso y llegábamos al mar de Tal Tal, respiramos el aire, lo sentíamos en el cuerpo, escuchábamos las gaviotas, le pregunté: ¿de qué color se ve el mar? y susurrando me dijo “celeste”. ¿te quieres meter al mar?, “Sí” contestó ¿cómo se siente?, “fría” ¿quieres nadar? Y asentó con la cabeza, y comenzó a mover sus brazos como nadando, le pregunté ¿hay alguien contigo? Y me dice que sí, “hay un tiburón”, ¿le tienes miedo?, ¿vamos a conversar con él?, “sí, ya no le tengo miedo, el tiburón se convirtió en ballena” , luego lo invité a nadar bajo el mar ahora no tenía miedo le pedí que llamara a la ballena para continuar el viaje y hace el ademán de llamar por teléfono y con un juego de voces dijimos:- ¿sí?, ¿con quién hablo?, ¿qué quieres?, ¿qué necesitas?, ¿te puedo ayudar en

algo?- y el responde: “-Soy Juan, quiero que vengas, tengo miedo”- Inmediatamente voy! le contesté y comenzó un diálogo entre la ballena y Juan con aires de despedida comentando que tenía miedo; le invité, como ballena, a dejarse llevar por el mar de Tal Tal en su lomo y seguimos viajando por debajo del mar, tenue, tranquilo, respirando profundo, escuchando siempre la música, sin interrumpir, cuando en un instante Juan abre los ojos y me dice: “tía te quiero” y me aprieta la mano, a lo cual, se salió de la imagería y con sus ojos semi cerrados me dice: “te voy a extrañar”, podemos seguir en contacto, le digo, “es que me voy de vacaciones a Tal Tal” y le comento: cuando las personas se quieren, a través del corazón, siguen manteniendo contacto, o a veces, uno simplemente sueña con ellas y las recuerda. En ese momento se le pusieron los ojitos llorosos. No me atreví a preguntarle qué le pasaba, qué sentía, porque di por entendido que las separaciones las siente. ¿quieres regresar al mar y la ballena?, “sí” me dijo y nuevamente llegamos a Tal Tal en el lomo de la ballena, sentimos el aire, escuchamos las gaviotas, y la ballena le decía que no tuviera miedo, que ya no estaba solo.- Se siente relajado- en su rostro se puede ver que consiguió traer paz a su ser. ¿cómo te sientes?, Bien, relajado.

¿Te acuerdas cuando estábamos con los instrumentos?, “sí, los animales, yo tengo a Skype, (un perrito de mascota) pero se fue” (silencio) “pero voy a Tal Tal”, que rico que regresas, le comento. Juan y ¿cuál ha sido la sesión que más te ha gustado? “esta” y ¿por qué? “Porque me relajé” fue su respuesta. Si tienes ganas mañana podríamos jugar nuevamente con la música, “ya tía”. En ese momento el papá interrumpe y le dice que alguien viene a verlo, y llama al abuelo, Juan le dice “Tata” y se acerca y comienzan a conversar. En ese instante salí a hablar con la mamá y me comenta que le encontraron varios tumores en la cabeza y que sólo un milagro podría sanarlo, el miércoles tendrían una

nueva junta médica ya que decayó muy rápidamente y ese es el miedo que tiene, que se vaya así de rápido también y no alcance a llegar a Tal Tal. Sólo esperaban el avión ambulancia. Le agradecí que me llamara que si necesitaba algo más me avisara, que estábamos con ella. “me estoy conteniendo” me dice “aún no es el momento, tengo que estar firme. Regresamos a la pieza y me despedí de Juan, señalándole que si él quería podíamos hacer música al siguiente día y si no quería también estaba bien. Esa fue la última vez que vi a Juan. Luego de unos días pudieron tomar el avión y regresó a su tierra, me contaron que hizo todo lo que quiso hacer...falleció el 14 de enero del año 2016.

En esta sesión una variación de la técnica GIM fue la que utilicé, ya que al ver la necesidad de relajación fue una herramienta precisa que tuvo un resultado necesitado.

#### **6.6.3.1.- Reflexión sobre la sesión de cierre.**

Aquí en esta última sesión, se puede observar la confrontación directa de los miedos, desde que lo expresa literalmente, hasta el tiburón (figura del miedo) que pasa a transformarse en ballena, imagen más suave que la ferocidad del anterior, y es en ella donde sigue viaje imaginario escuchando la música. Las emociones emergen en todo el encuentro; manifiesta aprecio por mí, en el “tía te quiero, te voy a extrañar”; el juego se transforma en un relato descriptivo ahora dirigido por la terapeuta, no por él, sin embargo, su esencia de niño permite seguir el cuento, los diálogos, su imaginación activa, a pesar de los dolores, en ese momento de relajación, consigue sentirse mejor: lo expresa y lo vive. La necesidad de sentirse relajado se cumple y lo dice, siendo ésta sesión la más querida y apreciada de todas las anteriores. Aquí mismo, no me atreví a preguntarle el porqué de sus ojos húmedos, creí que sería invadirlo, dejé pasar el momento sintiendo una

contratransferencia, su despedida era por las vacaciones, no por enfrentarse a la muerte, sin embargo se despidió. Los objetos referenciales emergen también, expone sin poner a la luz. Considero que el objetivo de esta sesión fue logrado con creces.

## **6.7.- Evaluación del proceso**

### **6.7.1.- Logro de los objetivos**

#### **6.7.1.1.- Objetivo general:**

- Facilitar la expresión de sus emociones a través de la musicoterapia.

Considero el objetivo general no se cumplió a cabalidad, faltó más desarrollo de las variadas emociones. En los encuentros, las emociones que emergían eran las mismas, no hay un descubrimiento de más emociones. Puede ser que en ese instante del proceso eso era lo que Juan necesitaba, sin embargo, me hubiera gustado que descubriera otras emociones y las pudiera haber expresado a través de la musicoterapia.

#### **6.7.1.2.- Objetivos específicos:**

- Generar bienestar a través de actividades lúdicas sonoro-musicales.
- Generar un vínculo MT paciente.

El objetivo específico: generar bienestar a través de actividades lúdico-musicales, considero que si se cumplió; ya que, sesión tras sesión, se expresaba tanto sonora como lúdicamente; iba jugando, involucrándose en sus relatos, sus dibujos, sus figuras hechas con plastilina, de manera activa y participativa creando sus historias, películas y

cuentos, iba relatando lo que le ocurría a sus personajes y cómo se sentían. La musicalización de ellas si bien, no tuvo una variación notable en el aspecto de intensidades y rítmicas, se vio que desde la cuarta sesión en adelante que Juan demostraba una destreza motora con su mano derecha que no utilizaba, ni siquiera fue un objetivo planteado, sino que aconteció.

El generar un vínculo paciente MT también considero que se cumplió, ya que la cercanía con Juan fue acrecentándose, no sólo al realizar las sesiones, sino porque también me veía otro día distinto en la semana, donde realizábamos los encuentros con las madres y siempre nos saludábamos y nos preparábamos para el nuestro. Además, seguía las consignas de cada sesión, en el cierre final explícitamente dice “tía te quiero, te voy a extrañar”, eso fue intenso para mí. Al escucharlo pude comprobar que el vínculo se había realizado. A su vez, la mamá tuvo la confianza suficiente para llamarme y realizar la última sesión.

### **6.7.2.- Análisis del vínculo MT – Usuario**

Como planteo en el punto anterior de logro de objetivos, el vínculo paciente MT se fue acrecentando con el transcurso de las sesiones. Favoreció el hecho de que a Juan le gustara la música, que junto a su tío hacían obras musicales, eso le hizo acercarse a lo que se le proponía en los encuentros musicoterapéuticos; a la vez el uso de instrumentos de colores, como las campanitas, fue más llamativo y lo motivó a utilizarlos; el juego también pasó a ser parte importante del desarrollo de las sesiones, ya que por él creaba historias, se divertía y las interpretaba en los instrumentos musicales. Los dibujos y su involucración en

ellos, daba paso a continuar el desarrollo de las sesiones pudiendo expresar sus emociones indirectamente a través de los personajes que surgían. La confianza fue aumentado a medida que transcurrían los meses, porque al iniciar los encuentros y explicarle en qué consistiría la sesión, Juan se disponía a “entretenerse, a jugar”, como todo niño; logramos una comunicación fluida y certera. El hecho de recurrir a los cuentos y juegos junto a la música fue esencial para la intimidad que se fue generando. También la disposición para la sesión de cierre y sus palabras: “tía te quiero, te voy a extrañar” demuestran la cercanía que tuvimos.

Lo que limitó este proceso, fue su salud, su estado anímico y físico, pues cuando estaba descompensado era imposible realizar las sesiones; lamentablemente no fueron constantes las intervenciones musicoterapéuticas, pero se lograron objetivos. Otra limitante fue la misma fundación, al no avisar si tenían alguna otra actividad calendarizada, teniendo que llamar semana a semana para saber si se encontraría disponible para realizar el encuentro, además estaban en proceso de mejoramiento de la casa, hubo unas semanas en que nos encontrábamos con maestros arreglando el patio, el comedor, y debíamos cambiar el horario y/o el lugar físico para poder realizarla.

### **6.7.3.- Autoevaluación de fortalezas y debilidades del terapeuta.**

En esta autoevaluación mis fortalezas fueron sin lugar a dudas la capacidad de improvisación frente a sucesos de las sesiones, entre las suspensiones por enfermedad, por actividades de la fundación, tuve que flexibilizar mis ideas de perfección en el proceso musicoterapéutico a la fluidez sesión tras sesión. También el hecho de ser profesora de

música de niños y conocer de cerca la infancia y niñez, facilitó el vínculo Paciente y MT. La empatía también la considero una fortaleza; la disponibilidad para variar el horario de las sesiones fue indispensable, si Juan no estaba disponible el día en que tenía su encuentro musicoterapéutico, lo cambiábamos para otra tarde en que se sintiera mejor y tratar en lo posible de tener sesiones continuas y no romper la rutina ya establecida, pero a veces era francamente imposible. Tuve la posibilidad de ir a Buenos Aire, Argentina y establecer contacto con musicoterapeutas de allá y tuvimos pláticas de este proceso de intervención en la fundación en donde encontré apoyo emocional y se fue acrecentando mi seguridad frente a esta monografía.

Al ver las debilidades, siento que debí introducirme más tempranamente en el tipo de cáncer que tenía Juan, aunque también pienso que eso jugó un poco a favor pues no tenía restricciones emocionales que pudieran intervenir, como por ejemplo encontrar dentro de mí, juicios o miedos del propio cáncer. Pero, sin embargo, mi deber era saber más del caso en cuestión y acercarme al hospital donde era tratado para poder obtener información de parte de médicos y sicólogos que seguían su proceso. A su vez, debí concentrarme aún más en el mismo proceso musicoterapéutico y relacionarlo con la literatura entregada en las clases e indagar más al respecto. El tiempo me jugó una mala pasada, no pude organizarlo por el hecho de trabajar y estar atenta a los requerimientos que me eran pedidos desde la institución. Hubo varios cambios en ella este año, con cinco nuevos jefes que solicitaban el máximo de entrega en el establecimiento.

## VII.- Conclusiones

Para mí, fue una experiencia inolvidable.

El realizar esta práctica profesional junto a Juan hizo germinar en mí más profundamente el dejar fluir, el observar y fluir, el acatar y fluir, no ser resistente a los cambios, fluir con ellos. Que las necesidades humanas declaradas hace varios años, son contingentes y vitales en la enfermedad. Hubo variaciones tanto en los encuentros musicoterapéuticos con él, como en la misma casa de la fundación; mi YO como terapeuta se vio minimizado, en el sentido que no tengo soluciones en mis manos para cambiar las situaciones que acontecen, el establecer que todo es relativo y cambia, que no puedo tener la solución para aquellas cosas que daría lo que fuera por unos años más de vida para Juan, pensando que era un niño con sueños, esperanzas, alegrías, que solamente llegó a tener siete años.

El vínculo que generamos fue intenso, si bien algunas sesiones no las realizábamos el día indicado (fundamentalmente por su estado de salud) él quería que las retomáramos y cuando lo iba a saludar el día en que hacíamos la terapia a las mamás, él me preguntaba: - “tía, ¿vamos a hacer música?”, y le comentaba que por esa vez no, que era el turno de las mamás, pero nos pondríamos de acuerdo para realizarlo pronto y retomábamos. El hecho de que él quisiera y de decirlo fue emocionante, no era yo, era que él experimentaba en las sesiones de musicoterapia satisfacción, alegría, juego, música en terapia, fluidez en él mismo cuando llegaba el momento del encuentro, pudiendo corroborarlo al observar los videos grabados de las sesiones.

De los objetivos planteados, desde el general y los específicos se fueron desarrollando paulatinamente en el tiempo; no creo que el reconocimiento de las emociones se cumpliera en un 100%, pero la expresividad y el vínculo a pesar de la discontinuidad del tiempo de las sesiones, se van demostrando a través de los juegos, cuentos creados, la musicalidad de ellos, la confianza; el vínculo también se generó al saber que quería retomar los encuentros musicoterapéuticos a pesar de su estado de salud. Me sorprendió que comenzara a usar sus dos manos al ejecutar los instrumentos, ya que en un comienzo sólo utilizaba la derecha, se produce aquí un beneficio oculto para mí que no lo había considerado. Decididamente la musicoterapia aportó en el desarrollo de la emocionalidad de Juan, si bien, nunca dijo que sus personajes eran él y su familia, se puede deducir que pudo expresar a través del juego y la música lo que estaba sintiendo en ese momento. Aportó en su motricidad; aportó en su calidad de vida, sintiéndose contento en las sesiones. Aportó en su individualidad, en su libertad, en sus decisiones y en su vida.

Me di cuenta que cada trozo elegido en el marco teórico fue indicado para esta presentación, por ejemplo en lo que son las necesidades humanas y la calidad de vida relacionada con la salud, para cada persona y más Juan, es necesario cubrirlas, entregando estabilidad, refugio, contención, libertad, apoyo tanto en la parte médica como en lo psico social y estamos en camino hacia ello; la musicoterapia es complementaria a los múltiples beneficios para el ser humano.

Viví aprendizajes extremos, ante la vida y la muerte, aprendizajes a fuerza, ante la pequeñez de uno en este mundo, aprendizajes intensos, aprendizajes que dejan huella en este camino musicoterapéutico que estoy comenzando a transitar más conscientemente, más vívidamente, aprendí a que debo ser cuidadosa con los procesos de Juan o a cualquier

próximo paciente que tenga frente a mí; aprendí que el hecho de grabar las sesiones y luego verlas detenidamente, puedo rescatar mucha información que quizás no percibí nítidamente en ese encuentro específico, aprendía a valorar cada encuentro como único e irrepetible, aprendo que sigo aprendiendo.

## VIII. Referencias Bibliográficas

- Alatorre, A. (2004). ¿Qué es el cáncer? En A. L. Mendieta, *¿Qué es el cáncer?, respuestas a las preguntas más frecuentes*. (pág. 121). México D.F.: Selector.
- Appel, S. (2004). *Cáncer Infantil. Diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: Fundación Natalí Dafne Flexer.
- Bonnie, H. (2002). *Music & consciousness: The evolution of guided imagery and music*. Barcelona: Barcelona Pub.
- Céspedes, A. (2015). Esos locos bajitos. En A. Céspedes, *Esos locos bajitos* (págs. 172-174). Santiago: Ediciones B Chile, S.A.
- Davidó, R. (2006). *El dibujo, ese desconocido*. Barcelona: Sirio S.A.
- Die-Trill, M. (2003). El niño y el adolescente con cáncer. En M. Die-Trill, *El niño y el adolescente con cáncer* (págs. 86-101). Madrid: Ades.
- Elizalde, A. (2005). Desarrollo humano y ética de la sustentabilidad. En A. Elizalde, *Desarrollo humano y ética de la sustentabilidad*. Santiago: PPC editorial y Distribuidora S.A.
- Fernández. (2006). Breve manual de oncología para informadores de la salud. En Fernández, *Breve manual de oncología para informadores de la salud* (pág. 9). Salamanca: Divulga, SL.
- Gauna, G. (2001). *Del arte, ante la violencia*. Neuquén, Argentina: Nueva Generación.
- Méndez, X. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psiconcología Vol. 1, Nº1*, 143.
- Mora, Y. Y. (2015). Estrategias de APS para la detección temprana del cáncer infantil Vol.17 (3). *Med UNAB*, 19-21.
- Pane, S. S.-S. (2006). *Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica*. Recuperado el 23 de 12 de 2016, de [http://www.neumologia-pediatria.cl/PDF/20083\(sup1\)/CalidadVida.pdf](http://www.neumologia-pediatria.cl/PDF/20083(sup1)/CalidadVida.pdf): [http://www.neumologia-pediatria.cl/PDF/20083\(sup1\)/CalidadVida.pdf](http://www.neumologia-pediatria.cl/PDF/20083(sup1)/CalidadVida.pdf)
- Papalia, D. W. (2010). *Desarrollo Humano*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Quiceno, J. (2007). *Calidad de vida infantil*. Madrid, España.
- Sabeh, V. y. (2002). Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297229855006.pdf>

- Schwartzmann, L. (21 de 9 de 2003). <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/cvrs.pdf>.  
Recuperado el 20 de 12 de 2016, de <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/cvrs.pdf>
- Serra-Sutton, V. E. (2006). Instrumentos de calidad relacionada con la vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Barcelona, España.
- Sociedad mexicana de oncología, A. (2016). Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer. En A. Sociedad mexicana de oncología, *Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer* (pág. 3). Ciudad de México: Permanyen, México.
- Vecchi, V. (2013). *Arte y creatividad en Reggio Emilia*. Madrid: Morata S.L.
- Winnicott, D. (1972). Realidad y juego. Bs Aires: Gedisa.
- [www.hogarmariajesus.cl](http://www.hogarmariajesus.cl). (14 de noviembre de 2016). Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de <http://www.hogarmariajesus.cl/blank>

- Anexos:

DVD presentación defensa realizada en marzo de 2017 junto al texto presente.