



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Artes

Escuela de Postgrado

PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO DE UN PACIENTE CON CÁNCER HEMATOLÓGICO

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

Autora:

MARÍA GABRIELA MARTÍNEZ PACHECO

Profesora Guía:

PATRICIA LALLANA URRUTIA

Santiago de Chile, 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi paciente M., por su confianza y entrega. Agradezco también a mis padres por haber sido ejemplo de vida y haberme apoyado siempre en las decisiones que he tomado y que me condujeron poco a poco a la musicoterapia. Por último, agradezco a Pablo por su compañía amorosa y apoyo incondicional, sin el que este proceso no hubiera sido posible.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MARCO INSTITUCIONAL.....	7
3. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1. Hematología.....	9
3.1.1. Sistema Linfático.....	9
3.2. Oncología Hematológica.....	10
3.2.1. Linfoma Periférico de Células T.....	12
3.2.1.1. Características.....	12
3.2.1.2. Diagnóstico.....	13
3.2.1.3. Tratamiento.....	14
3.3. Psicooncología.....	15
3.3.1. Desarrollo histórico y definiciones.....	15
3.3.2. Aspectos relevantes del proceso psicooncológico del paciente.....	18
3.3.2.1. Cuidado clínico.....	18
3.3.2.2. Repercusiones psicológicas de los tratamientos.....	19
3.3.2.3. El duelo oncológico.....	21
3.3.2.4. Estilos de afrontamiento.....	24
3.3.3. Abordaje psicoterapéutico en oncología.....	26
3.3.4. Lawrence LeShan.....	26
3.4. Terapia Gestalt.....	27
3.5. Marco teórico musicoterapéutico.....	29

3.5.1. Gustavo Gauna.....	29
3.5.2. Procesamiento verbal en musicoterapia.....	31
3.5.3. Métodos Receptivos.....	32
4. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO.....	36
4.1. Antecedentes del paciente.....	36
4.2. Aproximación Diagnóstica.....	36
4.3. Objetivos.....	41
4.4. Metodología de trabajo.....	41
4.5. Recursos materiales.....	42
4.6. Criterios de evaluación.....	43
5. DESARROLLO DEL PROCESO.....	44
5.1. Etapa 1: Creando el vínculo.....	44
5.2. Etapa 2: Exploración emocional.....	47
5.3. Etapa 3: Quiebre y apertura.....	54
5.4. Etapa 4: Cierre.....	58
6. EVALUACIÓN DEL PROCESO.....	60
6.1. Evaluación del logro de los objetivos específicos.....	60
6.2. Evaluación del logro del objetivo general.....	64
6.3. Análisis del vínculo terapeuta-usuario.....	64
6.4. Autoevaluación de fortalezas y debilidades.....	65
7. CONCLUSIONES.....	67
8. BIBLIOGRAFÍA.....	69
9. ANEXOS	73

1. INTRODUCCIÓN

La presente monografía consiste en la descripción y análisis de uno de los casos clínicos abordados en la práctica profesional de musicoterapia, llevada a cabo entre marzo y julio de 2017, en la que se realizaron procesos terapéuticos con pacientes con cáncer de la Unidad de Hematología Oncológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

La relevancia de este trabajo consiste en que sistematiza una intervención musicoterapéutica en el contexto de una enfermedad que actualmente es la segunda causa de muerte en nuestro país, que es devastadora y afecta no sólo a quien la padece, si no que a todo su círculo cercano, con repercusiones físicas, sociales, psicológicas y espirituales a corto o largo plazo. En ese sentido, se hace necesario un abordaje transdisciplinario que permita cubrir los diversos requerimientos de estas personas en su paso por la experiencia del cáncer y todo lo que ello significa. A partir de esta necesidad, nace hace unas décadas la psicooncología, rama de la psicología de cuyos conocimientos se nutre también la presente monografía.

Por otro lado, la musicoterapia en el contexto oncológico tiene múltiples recursos en los que se puede utilizar la música, el sonido, la voz, el cuerpo y los instrumentos musicales para, primero, entablar un vínculo terapéutico que permita la confianza y el despliegue de todas las características expresivas y comunicativas del paciente, y luego, trabajar en alcanzar diversos objetivos que se estructuran de acuerdo a las necesidades de cada usuario, pero que en pacientes con cáncer generalmente tienen que ver con la contención, exploración y expresión de sentimientos, cambios positivos en el estado de ánimo, disminución de la sensación de dolor, elaboración del proceso de enfermedad y todo lo que con ello pueda surgir, como temáticas espirituales y lo relativo al vivir y al morir.

Teniendo en cuenta esto, el presente trabajo se estructura de la siguiente forma:

El primer capítulo corresponde al marco institucional, que describe el lugar y las características de la institución en la cual se inserta la musicoterapia como un servicio gratuito en el marco de la realización de una práctica profesional.

El segundo capítulo aborda los conceptos teóricos que contribuyen a comprender las características de la enfermedad que tiene la paciente y por otro lado los conocimientos que aporta la psicooncología al abordaje terapéutico. Aquí se presentan también los conceptos más relevantes de la terapia Gestalt, por haber enriquecido la mirada terapéutica en el proceso realizado. Por otro lado, se exponen los conceptos teóricos relativos al área de especialidad: la musicoterapia, que en este caso fueron tomados del enfoque de Gustavo Gauna y otros autores que podían aportar en los requerimientos particulares de este caso, en el que lo sonoro, corporal, lo artístico y lo verbal estuvo fuertemente vinculado.

El tercer capítulo describe los antecedentes del caso y presenta todos los aspectos de la sistematización del mismo.

El cuarto capítulo describe el desarrollo del proceso musicoterapéutico, a través de una sistematización de cuatro etapas, que va desde la aproximación diagnóstica al cierre de la terapia.

El quinto capítulo abarca la evaluación del proceso, tomando en cuenta el alcance de los objetivos, el vínculo terapéutico y la autoevaluación de fortalezas y debilidades de la terapeuta.

Por último, las conclusiones integran los aspectos más relevantes del proceso llevado a cabo y las apreciaciones personales al respecto.

2. MARCO INSTITUCIONAL

El Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. José Joaquín Aguirre, fue fundado en el año 1952 en Santos Dumont #999, en la comuna de Independencia. La institución expresa su Misión como el deseo de ser el principal Hospital Universitario del país que brinde soluciones integrales de salud, además de realizar investigación, práctica clínica y formación de profesionales de la salud de excelencia.

El Servicio de Oncología del hospital fue creado en 1980 y es la unidad especializada en prevenir, diagnosticar y tratar de forma integral a los pacientes con cáncer. Desde entonces, ha formado alrededor de 30 profesionales del área, además de entregar más de 3000 tratamientos cada año, de los cuales 2000 son quimioterapias endovenosas.

La Unidad de Hematología Oncológica (UHO) tiene por principal objetivo diagnosticar y tratar enfermedades a la sangre que requieren una alta especialización, como Neutropenia, Trombocitopenia, Trombosis, Hemofilia, Leucemia, Linfomas, Mieloma Múltiple, entre otras. La UHO se encuentra en el sector D del segundo piso de la institución, y cuenta con dos unidades de trasplante de médula ósea, que en total suman 12 camas, ubicadas en salas individuales de aislamiento con filtros de aire HEPA para protección de los pacientes. Los tratamientos realizados en esta unidad son: quimioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia, cirugías especializadas, radioterapia, cuidados paliativos y apoyo psicológico, todos ellos llevados a cabo por un equipo multidisciplinario encabezado actualmente por el Jefe de la Unidad, Dr. Guillermo Conte, y conformado por 6 médicos oncólogos, 2 enfermeras, 3 técnicos de enfermería especializados, 1 auxiliar quimioterapia, 1 auxiliar de oncología y 2 secretarías, además de la importante labor de la actual psicóloga María Jesús Ríos, quien fue un nexo

fundamental para la realización de la práctica profesional en la que se llevó a cabo el proceso musicoterapéutico descrito en este documento. En relación con esto, cabe mencionar que desde el año 2006 se han sumado parcialmente a este equipo estudiantes en práctica del Postítulo en Musicoterapia de la Universidad de Chile, con intervenciones individuales y grupales, tanto con pacientes hospitalizados de la UHO, como ambulatorios de la unidad de quimioterapia, y recientemente con parte del equipo médico de la UHO.

3. MARCO TEÓRICO

A continuación se presenta el marco teórico de referencia, de acuerdo a las características del caso clínico abordado durante la práctica musicoterapéutica, correspondiente a una mujer de 52 años con Linfoma No Hodgkin de tipo Periférico de Células T no especificado, en estadio IV, diagnosticado a principios del año 2016.

Para comprender el Linfoma Periférico de Células T no especificado, es necesario conocer los componentes y el funcionamiento del sistema Linfático del cuerpo, que es estudiado por la especialidad de la hematología. Además, se precisa conocer la disciplina oncológica y cómo ambas áreas se relacionan, generando conocimiento acerca de la esfera biológica de esta enfermedad, sus características, sintomatología y tratamiento.

Por otro lado, es imprescindible valerse de los conocimientos desarrollados por la psicooncología, disciplina relativamente nueva, que aborda la esfera psicológica y social del cáncer, y que se relaciona de forma interdisciplinaria con las dos áreas ya mencionadas, lo que permite comprender de mejor forma cuáles son los efectos psicológicos de los tratamientos a los que debe someterse el paciente oncológico, sus necesidades y los aspectos relevantes a tener en

cuenta para realizar un abordaje psicoterapéutico en este contexto.

3.1. Hematología

El término “hematología” proviene del griego “hema”, que significa “sangre”, y “logia” que significa “estudio”, por lo que esta especialidad médica, según Casado, Torrico y Medina (2012) se dedica al “estudio de la etiología, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y prevención de las enfermedades de la sangre y órganos hemolinfoprodutores”, es decir, tanto los que son productores de sangre como los que producen la linfa, dos elementos que a su vez, se relacionan directamente uno con el otro.

3.1.1. Sistema Linfático

Se trata de una red en el organismo que está compuesta por vasos linfáticos, muy similares a los vasos sanguíneos, tejidos linfáticos y algunos órganos que están distribuidos por todo el cuerpo. Estos componentes están categorizados en dos grupos, los tejidos hematopoyéticos y los tejidos linforreticulares (Chuaqui, Duarte, González y Rosenberg, 1992). Dentro de los tejidos hematopoyéticos se encuentra la médula ósea, un tejido que se encuentra al interior de algunos huesos del organismo, y está a cargo de generar nuevas células de la sangre (Palma, Palomo y Pereira, 2009, p.46). Dentro de los tejidos linforreticulares encontramos los vasos linfáticos, una red de conductos que funcionan paralelamente a los vasos sanguíneos, y que tienen una dirección de conducción única hacia el corazón. El excedente de fluido intersticial se llama “linfa”, y la función de los vasos linfáticos es drenar y devolverla a la sangre (Marieb, 2009, p.404). Los ganglios linfáticos, por otra parte, son órganos que se encuentran en el camino de la red de vasos linfáticos, llegando a haber entre 500 y 1000 en el cuerpo humano. Su función es proteger el

organismo deshaciéndose de elementos extraños y generando linfocitos que funcionan en la respuesta inmunitaria. Por otro lado, el bazo es un órgano ubicado en la cavidad abdominal que filtra la sangre de bacterias, virus y otros desechos, la glándula Timo produce hormonas que programan algunos linfocitos (T) para que estos puedan cumplir su función protectora del cuerpo y las amígdalas y placas de Peyer son masas de tejido linfoide ubicadas en la garganta y la pared del intestino delgado respectivamente, que atrapan y eliminan bacterias o sustancias extrañas al organismo. Por último, los linfocitos son un tipo de célula correspondiente al grupo de los leucocitos, comúnmente conocidos como glóbulos blancos que tienden a ubicarse en los tejidos linfáticos, donde cumplen una función importante en la respuesta inmunitaria del organismo humano (Marieb, 2009, p.344). Los linfocitos se originan en la médula ósea, siendo liberados de ésta en estado de inmadurez. Luego pasan a ser linfocitos B (células B) o linfocitos T (células T), dependiendo de la parte del cuerpo en que se encuentren cuando sean inmunocompetentes, es decir, capaces de dar una respuesta inmune a algún antígeno en particular (Marieb, 2009, p.418).

3.2. Oncología hematológica

La palabra oncología proviene del griego “onkos” que significa masa o tumor y “logia” que significa estudio, y se trata de una especialidad médica que estudia las neoplasias, enfermedad comúnmente conocida como cáncer, encargándose de detectarlo, combatirlo y controlarlo. De forma genérica, el término *cáncer* es utilizado para referirse a más de cien enfermedades distintas que tienen distinto origen, tratamiento y pronóstico. Sin embargo, según la American Cancer Society (ACS, 2016), puede entenderse como punto en común que se trata de un crecimiento anormal de células que no responde a ninguna necesidad orgánica, que invade tejidos y se puede diseminar a otros órganos, cercanos o lejanos, desplazando a las células sanas.

Granados y Herrera (2010, p.1208) citan a Olper, quien afirma en 1992 que el cáncer tiene en común ser un padecimiento catastrófico, porque afecta no sólo al enfermo si no que a toda su familia, y que esta situación es muy difícil de tratar, siendo a veces más agresiva que el cáncer mismo. En razón de esto, los autores dicen que según Fawzy en 1995, actualmente se lleva a cabo un manejo multi y transdisciplinario del paciente oncológico, cuyo tratamiento puede necesitar cirugía, quimioterapia, radioterapia, enfermería, trabajo social, cuidados paliativos y apoyo psicooncológico.

Con respecto a las enfermedades oncológicas en el ámbito de la hematología, es decir a las neoplasias surgidas en los sistemas sanguíneo y linfático, se pueden encontrar diversos tipos. Para fines de esta monografía, nos centraremos en los tumores surgidos en los tejidos linforreticulares y hematopoyéticos del organismo, que generalmente son malignos, y que se dividen en tres grupos principales: leucemia, mieloma y linfoma (Chuaqui *et al*, 2015, cap.5). La leucemia es un grupo de enfermedades en las que las células neoplásicas infiltran sobre todo la médula ósea y circulan en la sangre, aunque también pueden afectar otros órganos como los ganglios linfáticos, hígado y bazo. Por otro lado, el mieloma, también conocido como mieloma múltiple, es un tipo de cáncer de la médula ósea en el que existe un trastorno proliferativo de las células plasmáticas, que son las que producen la inmunoglobulina (Encinas y Mateos, 2016, p.9). Por último, los linfomas son un grupo de tumores originados principalmente en los ganglios linfáticos, pero que en algunas ocasiones pueden tener un origen extraganglionar, como en el tubo digestivo, el pulmón, la piel, etc. Existen dos tipos principales de linfomas, el de Hodgkin (HL), llamado así en honor al Dr. Thomas Hodgkin que lo describió por primera vez, y el Linfoma No Hodgkin (NHL). Ambos corresponden a varios tipos diferentes de cáncer que se originan en los linfocitos, pero se diferencian por el comportamiento de las células neoplásicas y

por cómo se propagan y responden al tratamiento (Provencio y Sánchez, 2009, p.9). Con respecto al NHL, existen dos grandes grupos separados según su nivel de agresividad en el organismo, los de progresión lenta que son llamados “indolentes” o “de bajo grado”, y los de progresión rápida, que se llaman “agresivos” o “de alto grado”. A su vez, se dividen también en subtipos según la célula en la cual se originaron, correspondiendo una gran mayoría (85%) a linfomas que comienzan en linfocitos B, mientras que el resto se divide entre linfomas de células T y linfomas de células citolíticas naturales (Pinto, 2014, p.20). Para fines de esta monografía, el tipo de Linfoma No Hodgkin abordado en profundidad será el Linfoma Periférico de células T, que se encuentra dentro del grupo caracterizado como “agresivo”.

3.2.1. Linfoma Periférico de Células T

Como indican Provencio y Sánchez en 2009 (p.9) los Linfomas Periféricos de Células T (PTCL), son un grupo diverso de enfermedades poco comunes con características agresivas, que representan entre el 10% y el 15% de la totalidad de NHL, afectando generalmente a personas mayores de 60 años.

3.2.1.1. Características

Según la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (Leukemia & Lymphoma Society, LLS, 2014, p.2), los signos que presenta este tipo de linfoma varían según el subtipo, aunque lo más común es el agrandamiento de un ganglio en el cuello, la axila o la ingle, además de síntomas como sudoración nocturna, fiebre, pérdida de peso y sarpullido. Para fines de esta monografía, se abordará con mayor precisión el subtipo “Linfoma Periférico de Células T no especificado”, que es el más común de los PTCL y que comprende un grupo de enfermedades de

los linfocitos T que no coinciden en propiedades con los otros subtipos conocidos hasta el momento. Es característico que los pacientes con este diagnóstico tengan afectados algún ganglio, pero también es factible el origen extraganglionar de la neoplasia, en lugares como el hígado, la médula ósea, el tubo digestivo o la piel. Según la LLS en 2014 (p.6), en pacientes que recibieron altas dosis de quimioterapia y posterior autotrasplante, se han demostrado tasas de supervivencia de esta enfermedad de entre el 35 y el 45 por ciento.

3.2.1.2. Diagnóstico

Además de tomar en cuenta los síntomas ya mencionados, el diagnóstico de estos linfomas generalmente se realiza por medio de una biopsia del ganglio linfático agrandado, que a veces debe ser acompañada de exámenes de sangre, tomografía y/o resonancia magnética, dependiendo el caso, para poder dar un diagnóstico más preciso que permita planificar correctamente el tratamiento a seguir, teniendo en cuenta, por ejemplo, la etapa en la que se encuentra la enfermedad. La estadificación que se utiliza más comúnmente en los NHL es la realizada por Ann Arbor que posee cuatro etapas (LLS, 2014, p.3):

Etapa I: El cáncer está sólo en el ganglio linfático o bien en otro órgano o zona donde se originó el tumor, pero en ningún caso se ha extendido a otros órganos o zonas.

Etapa II: El cáncer está presente en dos o más ganglios linfáticos al mismo lado del diafragma.

Etapa III: Hay ganglios linfáticos afectados a ambos lados del diafragma, que también pueden ir acompañados del daño localizado de un órgano o zona extralinfática.

Etapa IV: Diseminación del cáncer a uno o más sitios extralinfáticos con compromiso de ganglio linfático cercano o lejano.

3.2.1.3. Tratamiento

En términos generales, los principales tipos de tratamiento para el linfoma no Hodgkin son: quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y trasplante de médula ósea. Una vez que es realizado el diagnóstico e identificado el tipo y subtipo de NHL se determinará cuál es la mejor opción. Regularmente, los pacientes recién diagnosticados con linfoma periférico de células T se tratan en primera instancia con varias sesiones de quimioterapia, que en términos generales, según Acebo, Dotres y Vicién en 2002 (citados en Bañados y Tamblay, 2004, p.121) es un tratamiento mediante sustancias químicas, que tiene como objetivo reducir de manera sustancial el número de células cancerosas. Las combinaciones de quimioterapia más utilizadas para tratar los NHL (Provencio y Sánchez, 2009, p.17) son: CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona), CHOEP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etopósido, prednisona), EPOCH (etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida, doxorubicina) y Hiper-CVAD: (ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, dexametasona).

Para los pacientes en recaída o con resistencia al tratamiento hay ciertos fármacos que están permitidos, si bien la literatura alienta a los pacientes a consultar sobre ensayos clínicos que pudieran dar mejores resultados, dada la tasa baja de cura de la enfermedad. Estos fármacos son inhibidores metabólicos administrados vía intravenosa. Otra opción vuelven a ser las combinaciones de quimioterapia, que en esta etapa incluyen químicos como ifosfamida, carboplatino, metilprednisona, cisplatino, gemcitabina, entre otros (LLS, 2014, p.4).

Para los pacientes que luego de haber realizado quimioterapia se encuentran en remisión, o bien tienen bajo riesgo de recaída, se recomienda realizar un trasplante de médula ósea, procedimiento que consiste en recolectar células madre hematopoyéticas de la sangre del paciente (autotrasplante) o de un donante compatible (alotrasplante) para poder dar altas dosis de

quimioterapia y radioterapia, y después reponer la médula ósea con las células que fueron recolectadas (Di Marco, Keegan y Valentini, 2015, p.277).

3.3. Psicooncología

3.3.1. Desarrollo histórico y definiciones.

El acercamiento entre la psicología y la oncología tiene sus orígenes a mediados del siglo pasado, cuando se comenzaron a realizar estudios que examinaban la respuesta psicológica de pacientes con cáncer. Un hito importante de esa época fue la creación de la primera unidad de psiquiatría oncológica en el Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering en Nueva York (Álvarez, Robert y Valdivieso, 2013, p.678). En la década del 60, la psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross dirigía su carrera hacia el trabajo con pacientes enfermos de cáncer y terminales, desafiando el tabú existente en esa época con respecto a hablar de la muerte, dándoles a los enfermos la posibilidad de hablar de sus miedos y preocupaciones y de recibir apoyo psicológico en el proceso de la enfermedad (Álvarez *et al.*, 2013, p.679). Más adelante, en el año 1977, Jimmie Holland se hizo cargo del Servicio de Psiquiatría del Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering y actualmente se le reconoce como pionera y fundadora de la psicooncología (Die Trill, 2004, p.185), pues en aquel cargo desarrolló investigaciones que dieron pie a fundamentos teóricos de la disciplina. Sin embargo, según Middleton en 2002 (p.30), recién en la década de los 80 se consideró a la psicooncología como una rama de la psicología, además de fundarse la International Psychoncology Society.

Con respecto a la historia de esta disciplina en nuestro país, las primeras intervenciones psicooncológicas se realizaron en el Instituto Nacional del Cáncer (INC) por parte del equipo de

la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos, y luego, en el año 1999, se creó en la misma institución, la Unidad de Psicooncología que se desarrollaría de forma independiente. En la actualidad, ambas realizan un trabajo en conjunto en pro de las necesidades de los pacientes (Cano, 2015). Por otro lado, alguien que no se puede dejar de mencionar en los avances de la disciplina en Chile es Jennifer Middleton, psicóloga clínica y psicooncóloga, autora de libros y artículos en torno al tema, y co-directora, junto a Jens Bücher, del Centro de Desarrollo de la Persona, dedicado al estudio y abordaje clínico de la psicooncología, lugar en el que han desarrollado un modelo teórico de ésta, y en el que han realizado aportes a la investigación y educación, realizando en 2001 por ejemplo, un curso de estudios superiores en Psicooncología en Santiago y Argentina. Actualmente, se dedica también a la docencia en el Diplomado de Psicooncología de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.

Como se puede apreciar, la unión entre la psicología y la oncología es reciente, por lo que se pueden hallar definiciones de psicooncología desde diversas miradas. Para Gutiérrez y Rojas (2016), la psicooncología es:

Una rama de la psicología de la salud, cuyo objeto se dirige, por un lado, a la prevención de conductas de riesgo para el desarrollo del cáncer y una potenciación de factores de resguardo/protección en la población, y, por otro lado, al soporte biopsicosocial de personas con diagnóstico oncológico, como a sus figuras significativas y al equipo de salud encargado de su tratamiento, propendiendo un incremento positivo de la calidad de vida y experiencia humana de bienestar en cada uno de los implicados. (p.37)

Además de esta definición, en su libro “Psicooncología: aportes a la comprensión y la terapéutica”, de 2016, los autores señalan algunos puntos de vista de diversos lugares y líneas de trabajo. Expresan que, por ejemplo en España, la disciplina en cuestión es más reconocida por algunos como “oncología psicosocial”, pues se le da un lugar más significativo a los factores de este ámbito que a los biológicos de la enfermedad. Desde una visión más cercana a lo biomédico, mencionan que Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez & Oblitas la consideran una subespecialidad de la oncología, que tiene entre sus objetivos la prevención primaria y secundaria dirigidas a identificar factores psicológicos y sociales, que puedan estar influyendo en la aparición del cáncer, la intervención terapéutica, rehabilitación o cuidados paliativos, y la investigación. Otra postura al respecto que recogen estos autores, es la planteada por Malca, que considera a la psicooncología una especialidad de la psicología que ofrece soporte a los pacientes afectados por cáncer, a sus familias y a los profesionales de la salud, teniendo como objetivo ayudar a manejar los cambios que se producen a lo largo de la enfermedad. Existe también una visión propuesta por Sebastián & Alonso, que comprende la psicooncología como una disciplina que estudia la relación de los procesos psicológicos y el cáncer, abocándose al estudio de estrategias y métodos de afrontamiento que sirvan para mejorar la calidad de vida de las personas. Por otro lado, la mirada transdisciplinar propuesta por Alvarado, Genovés & Zapata, refiere la psicooncología como una “dinámica interactiva, recíproca, cooperativa, evolutiva e interdependiente de diversas disciplinas en un campo/sujeto/objeto/contexto determinado como una forma de fusionar su acción en la búsqueda de bienestar del ser humano”.

En conclusión, cabe mencionar que si bien hay múltiples miradas en torno a la disciplina de la psicooncología, entre todas existen ciertos puntos en común que son claves, como que su objetivo principal es el de mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer y de sus personas

significativas y/o cuidadores, sin dejar de lado al equipo interdisciplinario tratante (Gutiérrez y Rojas, 2016, p37).

3.3.2. Aspectos relevantes del proceso psicooncológico del paciente con cáncer.

3.3.2.1. Cuidado clínico

Tal como se ha mencionado, el cáncer es un evento que se asocia con la idea de muerte, incapacidad y disrupción de la relación con otros, entre otros sentimientos, siendo un escenario de frecuentes malas noticias que deben ser comunicadas por un médico o equipo médico (Almanza y Holland, 2000, p.197). Este procedimiento es un factor clave en las posibilidades de afrontamiento que el paciente puede desarrollar para la enfermedad, por lo que es fundamental que se realice con una adecuada preparación y manejo. La psicooncología ha entablado una serie de principios generales a tomar en cuenta para la comunicación de malas noticias, que tienen que ver con conocer la historia médica, las expectativas del paciente, elegir el momento, cantidad de tiempo y lugar adecuados, dar la información en términos simples y claros, permitir la expresión de diversas reacciones emocionales, estar consciente del grupo familiar, ser consciente de la importancia de creencias religiosas o espirituales para el paciente, entre otros (Almanza y Holland, 2000, p.198). Por otro lado, se ha observado que, transversalmente a toda intervención en oncología, es fundamental el apoyo emocional desde el equipo médico y multidisciplinario, manifestado en crear un ambiente acogedor, empático, de amor y contención, facilitando el tránsito del paciente oncológico y su familia por el proceso de la enfermedad y todo lo que conlleva, de la forma más tranquila posible (Álvarez et al., 2013 p.681).

3.3.2.2. Repercusiones psicológicas de los tratamientos

El “distress” es un término que se puede definir como “una experiencia emocional displacentera (psicológica, social y/o espiritual), que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente el cáncer y su tratamiento” (Álvarez et al., 2013 p.677), y se empezó a utilizar para identificar la presencia de una gama de sentimientos asociados al cáncer que pueden ir desde tristeza, temor y ansiedad hasta un nivel más extremo caracterizado por crisis de pánico, aislamiento y estados de depresión (Di Marco *et al.* 2015, p.278). El distress debe ser detectado y tratado tempranamente, para evitar que estos sentimientos se profundicen y generen efectos negativos en la salud general y la calidad de vida del paciente, además de impedir que interfieran en el adecuado tratamiento de la enfermedad, por ejemplo, a raíz de una falta de adherencia a este. El distress puede aparecer desde el momento del diagnóstico en adelante, pudiendo agudizarse en los momentos previos y durante la realización de los tratamientos médicos. Por ejemplo, en los procedimientos quirúrgicos, Granados y Herrera (2010, p.1210) afirman que suele ocurrir un aumento del miedo a distintas situaciones como la muerte, el sentir dolor, los posibles efectos negativos de la anestesia, la mutilación de alguna parte del cuerpo y el postoperatorio con sus consecuencias.

Por otro lado, la quimioterapia (QT), por ser un tratamiento agresivo debido a su poca especificidad para atacar exclusivamente las células neoplásicas, tiene altos niveles de toxicidad que afectan el organismo en distintos aspectos. Según De Juan, García, López J., López C., López A., Ramos, Rivera y Vega (2004, p.138), existen efectos secundarios de la QT que pueden aparecer en horas, días, semanas o incluso meses y años, pero que pese a esto se sigue utilizando porque generalmente los beneficios que otorga superan los efectos adversos. Los autores mencionan además, que la toxicidad derivada de la QT puede ser de tipo hematológica o

extrahematológica. En el primer grupo encontramos la mielodepresión o mielosupresión, que es una afectación que reduce la actividad de la médula ósea, por lo que hay menos glóbulos rojos, blancos y plaquetas (leucopenia, trombopenia, neutropenia, anemia). Dentro de este efecto secundario se podría presentar la fiebre neutropénica, que es grave y potencialmente fatal, debiendo ser valorada y tratada en forma urgente (De Juan, *et al.* 2004, p 139). La QT debilita el sistema inmune de los pacientes oncológicos que ya están de por sí debilitados por su neoplasia, encontrándose muy vulnerables a cualquier infección. Por otro lado, según De Juan *et al.* (2004), aunque la anemia es menos recurrente, la fatiga secundaria a esta (astenia) es la mayor dificultad para mantener la calidad de vida, además de disminuir la función cognitiva de las personas. Con respecto a la toxicidad extrahematológica, podemos encontrar del tipo digestiva (mucositis, náuseas y vómitos, estreñimiento, diarrea, hemorragia digestiva, otros) cardiovascular, pulmonar, neurológica, renal o vesical, alergias o reacciones de hipersensibilidad (HPS), alopecia, trastornos de pigmentación, lesiones en la piel, toxicidad gustatoria, olfativa y gonadal, disfunción sexual y carcinogénesis. De todos estos efectos secundarios, los que son más conocidos respecto de la QT son la mielodepresión, la alopecia y la astenia, que en conjunto con la toxicidad digestiva y las reacciones alérgicas, son los que más preocupan a los pacientes (De Juan *et al.* 2004, p.140). Según Love en 1984 (citado en Granados y Herrera, 2010, p.1211), “el delirio, los síndromes orgánicos cerebrales y el deterioro cognitivo, la depresión y la ansiedad, además de las repercusiones familiares: deterioro de las relaciones y la funcionalidad familiar, así como la calidad de vida” serían los trastornos psíquicos relacionados con la quimioterapia.

Con respecto al tratamiento de radioterapia, según Granados y Herrera (2010, p.1211), es frecuente que la angustia que provoca en los pacientes sea mayor en un comienzo del tratamiento por la incompreensión del procedimiento en sí y de los posibles efectos secundarios como la

alopecia, náuseas, diarrea, cambios en la piel, fatiga y otros dependiendo del lugar del cuerpo en el que se recibió la radiación. Los efectos psicológicos de esta terapia son similares a los de la QT, encontrándose el trastorno de ansiedad por sobre los demás (Pinto, 2014, p.37).

En relación al trasplante de médula ósea (TMO), Bellver y Moreno, 2009 (citados en Di Marco *et al.* 2015, p.278), mencionan que es un proceso terapéutico de varias etapas, en las que cada una de ellas provoca diferentes necesidades y reacciones psicológicas, tanto al paciente como a su familia, generando altos niveles de distress. El período de hospitalización posterior dura entre 3 y 5 semanas y es especialmente difícil ya que por la inmunosupresión, el paciente se encuentra más vulnerable a infecciones y debe permanecer en una zona protegida y en aislamiento. Según Di Marco *et al.*, 2015 (p.279), a pesar de las explicaciones previas sobre los riesgos del TMO, casi todos los pacientes y sus familias comienzan el tratamiento con la expectativa de que el trasplante no fracasará.

3.3.2.3. El duelo oncológico

La palabra “duelo” viene del latín *dolium*, que significa dolor o aflicción, y se refiere a la reacción natural, tanto emocional como de comportamiento, de una persona ante la pérdida de ser querido, un objeto, un evento significativo o el término de un vínculo afectivo (Castillo, García, Martínez, Meza, Torres y Sauri, 2008, p.28). Es un proceso sano, adaptativo y necesario, que incluye elementos psicológicos, físicos y también sociales, cuya intensidad y duración dependen de la magnitud y el significado que la pérdida tenga para la persona. Suele relacionarse el proceso de duelo al contexto de la muerte de un ser querido, pero la verdad es que en todo tipo de situaciones de la vida pueden producirse ciertos grados de aflicción y duelo. En lo concerniente a la enfermedad oncológica, el duelo tiene que ver con una serie de pérdidas que no

sólo se refieren a la salud, sino que también a la estabilidad, seguridad y control, a la pérdida de lo cotidiano, del rol dentro de la familia y del mundo social o laboral, entre otras. Dentro de éstas, se ha observado que la pérdida de control puede llegar a ser una de las pérdidas más desestabilizantes y desestructurantes del ser humano (Álvarez et al, 2013, p.679).

El proceso de duelo consta de algunas etapas en las que la persona va elaborando y re-significando estas pérdidas. La etapa inicial se caracteriza por una reacción de rechazo, de incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestándose en un comportamiento tranquilo e insensible, o, por el contrario, alterado. La persona que ha sufrido la pérdida activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información como un sistema de defensa (Meza *et al*, 2008, p.29). Luego, comienza la etapa central, que es la de mayor duración, caracterizada por un estado depresivo en el que la persona vive replegada sobre sí misma. Al comienzo del tratamiento, los sentimientos de miedo e incertidumbre pueden llegar a ser paralizantes y se pueden manifestar durante todo el tratamiento y más allá de este. Otros sentimientos recurrentes en esta etapa son los de tristeza, indefensión y desesperanza, además de rabia y la sensación de estar solo en esto. Existe una tendencia al aislamiento y la irritabilidad, manifestaciones de la frustración sentida por estar en una situación de enfermedad crónica y de alta complejidad como el cáncer (Álvarez et al, 2013, p.680). Por último, en un contexto de duelo no patológico, se llega a un momento en el que la enfermedad es asumida y aceptada por el paciente. Es importante tener en cuenta que estas etapas pueden ser diversas y dinámicas para cada persona, yendo y viniendo en su proceso de elaboración, a medida que va conociendo todo lo que implica el tratamiento y las reacciones de su cuerpo, lo que puede colaborar en que vaya derribando mitos en torno al cáncer, sintiéndose poco a poco más seguro y tranquilo, adaptándose al tratamiento y a la enfermedad, interesándose en nuevos objetivos y sintiendo

nuevos deseos.

Otra visión sobre el duelo proviene de Elisabeth Kübler Ross, una psiquiatra y escritora suizo-estadounidense que abocó su carrera al trabajo con enfermos terminales, abordando muy profundamente la temática de la muerte y los procesos de duelo, tanto de los pacientes en su situación de enfermedad, como de los familiares que han perdido a un ser querido. Ella concibe el duelo como un proceso que tiene 5 etapas que pueden ser experimentadas de distinta forma en cada persona, quizás presentándose algunas simultáneamente, sin un orden determinado, y pudiendo también ir y venir de una etapa a otra (Kübler-Ross, 2001, p.34). En relación a esto, la autora afirma que no se debe forzar a las personas a cambiar de etapa, pues a veces los pacientes necesitan quedarse más tiempo negando el problema o botando su rabia, por ejemplo, incluso hasta el momento de la muerte. Lo que se debe hacer es acompañar al paciente y ayudarlo a avanzar en las fases cuándo él esté preparado, no cuando el terapeuta crea que es lo mejor (Kübler-Ross, 2001, p.44). Las etapas mencionadas son Negación, Ira, Pacto, Depresión y Aceptación, explicadas por la autora en su libro *Sobre la muerte y los moribundos* (1993). La negación es una defensa provisional que funciona como un amortiguador luego de recibir una mala noticia, pensando cosas como “no es posible que esté pasando esto” o “es un error”. La etapa de la ira ocurre luego que el paciente comprende que sí es verdad lo que está ocurriendo, comienza una reacción de enojo, envidia y resentimiento, entre otros sentimientos, en la que generalmente surge la pregunta “¿por qué a mi?”. La etapa del pacto es intento de posponer los hechos, que incluye una especie de “premio a la buena conducta” y un plazo de "vencimiento" impuesto por el paciente, como hacer algo o ver a una persona por última vez. El paciente suele prometer que si se le concede este deseo no volverá a pedir nada más. Por lo general este pacto es realizado en el ámbito espiritual o religioso. La etapa de la depresión comienza cuando el

paciente se va sintiendo cada vez más débil y agotado por los tratamientos, hospitalizaciones y el avance de la enfermedad, sumándose a esta situación otras como la carga financiera y/o problemas laborales. Esta etapa se caracteriza por el sentimiento de pérdida que inunda al paciente. Por último, puede ocurrir la aceptación, en la que su destino no le causará mayor pesar si es que el paciente ha tenido tiempo suficiente y se le ha acompañado mientras pasa por una y otra etapa. Este es un momento que se caracteriza por estar prácticamente ausente de sentimientos y en el que el paciente siente menos interés hacia el mundo que le rodea. Kübler-Ross indica que si bien estas fases pueden reemplazarse unas a otras o incluso coexistir, un elemento que acompaña todo el proceso es la esperanza, incluso en la fase final cuando el paciente ha aceptado su muerte inminente.

3.3.2.4. Estilos de afrontamiento

Lazarus y Folkman en 1986 (citado en Chau, Morales, Wetzell, 2002, p.97) definen el afrontamiento como “el proceso por el cual un individuo se esfuerza cognitivamente y conductualmente para enfrentar una situación considerada estresante para después ejecutar una acción”, es decir, el conjunto de técnicas o métodos que el individuo elabora en respuesta a una situación estresante considerada desbordante, que tiene como función reducir la tensión y devolver el equilibrio al organismo. Existe el afrontamiento situacional que es dinámico, cambiando en el tiempo y por las circunstancias, y el disposicional, que se refiere a un estilo personal, relativamente estable. Ambos tipos están relacionados.

Carver, Scheier y Weintraub en 1989 (citados en Chau et al. 2002, p.98) proponen varios estilos:

Estilos de afrontamiento enfocados en el problema:

- Afrontamiento activo: actuar con el fin de solucionar el problema.
- Planificación: elaborar una estrategia.
- Supresión de actividades competentes: dejar de hacer otras actividades para concentrarse en el problema.
- Postergación del afrontamiento: esperar el momento adecuado para actuar
- Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales: buscar el consejo de los demás, alguna opinión o información relevante, etc.

Estilos de afrontamiento enfocados en la emoción:

- Búsqueda de apoyo social por motivos emocionales: buscar apoyo moral.
- Reinterpretación positiva y crecimiento: ver el lado positivo o bueno del problema.
- Aceptación: aceptar y asumir el problema.
- Acudir a la religión.
- Negación: negar que exista el problema.

Estilos de afrontamiento enfocados en la percepción, o evitativos.

- Enfocar y liberar emociones: liberar las emociones de manera abierta.
- Desentendimiento conductual: dejar de actuar a fin de solucionar el problema.
- Desentendimiento mental, es decir, tratar de distraerse para no pensar en el problema.
- Uso de alcohol y drogas.
- Recurrir al humor.

3.3.3. Abordaje psicoterapéutico en oncología

Desde la mirada de la psicooncología, un correcto abordaje en pacientes con cáncer debe contemplar, entre otras cosas, conocer el curso de la enfermedad, plantear una intervención flexible que se adapte a los cambios que surjan en el transcurso de la enfermedad y también en términos de tiempo y de espacio, contemplando sesiones más breves o más extensas y la posibilidad de realizarlas en el hospital o la casa del paciente, por ejemplo. Además, se plantea el abordaje de las defensas del paciente reconociendo que son mecanismos de afrontamiento más que barreras de resistencia, el atender aspectos de la calidad de vida del paciente y manejar adecuadamente la transferencia y contratransferencia.

Por otro lado, Almanza y Holland (2000, p.202) se establecen algunos objetivos terapéuticos claves en pacientes oncológicos, como: amenaza básica de la integridad narcisista, sensación de pérdida de control, dependencia, miedo al abandono, pérdida de la identidad, aspectos relativos al tratamiento, significado de la enfermedad y miedo a la muerte.

3.3.4. Lawrence LeShan

LaShan es un psicólogo estadounidense, autor del libro “Luchar con el cáncer” (1994, p.10), en el que afirma que el sistema inmunológico se ve afectado por los sentimientos, y que existen acciones que todos pueden realizar para que esta afectación sea positiva, movilizand o así las capacidades de autocuración y autorrecuperación para que colaboren con el tratamiento médico que se esté recibiendo. En el libro comenta también que él trabaja desde el enfoque holístico, en el que todos los niveles del ser humano deben ser tomados en cuenta, es decir, los físicos, psicológicos, espirituales y sociales.

Su trabajo se ha fundamentado en el hecho de que identificó que muchas personas que

enfermaron de cáncer habían perdido, por distintas razones, la esperanza de vivir de una forma que realmente los hiciera sentir satisfechos (LeShan, 1994, p.25) Muchas veces esa pérdida se debía a que la persona había perdido su principal forma de relacionarse y de expresarse, siendo incapaz de encontrar una nueva forma que le volviera a dar sentido a todo.

El autor (1994, p.28) afirma también que con respecto al agotamiento en la vida existen dos tipos, uno llamado intenso, para el cual es necesario sólo descansar, y otro llamado crónico, que se debe a un bloqueo de energía más que a la ausencia de esta, y que, para restablecer el equilibrio, es necesario un cambio en la ecología de la persona, es decir un cambio en el flujo de energía, de cómo entra y cómo sale. En relación con lo mismo, afirma que este bloqueo de energía se vincula directamente con el bloqueo de la percepción, canal por el que fluye nuestra energía hacia dentro, y con el bloqueo de la expresión, canal por donde fluye la energía hacia el entorno.

3.4. Terapia Gestalt

Es un enfoque terapéutico considerado dentro de la mirada humanista, que fue creado por Fritz Perls a mediados del siglo XX, influenciado por diversas corrientes, entre ellas la filosofía existencial, fenomenología, psicodrama y otras (Ruiz, s.f.). Gestalt es una palabra de origen alemán que significa “forma” o “configuración”, y es un concepto que intenta explicar que lo percibido conscientemente viene dado como un todo y que este todo es más que la suma de las partes que lo componen. Además, es un todo con significado, que dependerá de las necesidades, motivaciones y experiencias previas de las personas. Este enfoque pone énfasis en la conciencia de lo que sucede en el presente a nivel corporal, afectivo y mental, de forma integrada, siendo más importante la vivencia de las emociones que su interpretación, por lo que se enfatiza en el

“cómo”, más que en el “por qué”. Para la Gestalt, las personas cuentan con los recursos necesarios y suficientes para alcanzar un grado de felicidad aceptable, y se considera a una persona sana a aquella en la que constantemente se forman y destruyen gestalts, de forma permanente y sin trabas.

Algunos conceptos básicos de este enfoque terapéutico, mencionados por Ruiz (s.f.) son:

- Relación figura-fondo: En una percepción, la figura es lo que sobresale, con una forma definida, y el fondo es la base que envuelve a esta figura, con forma indefinida. Esta noción de organización se concibe también en el ámbito psicológico, y se ordena de acuerdo a las necesidades de la persona. Por otro lado, cuando una emoción o sentimiento se convierte en la figura, debe encontrar su modo de reconocimiento o expresión en la persona, de lo contrario quedará como enquistado, lo que se llama “gestalt inconclusa”, que tiende a repetirse y no permite a la persona vivir plenamente nuevas experiencias.

- Presente: En terapia Gestalt se valora el aquí y ahora, lo que a la persona le está ocurriendo en el presente, que es fundamentalmente una experiencia de contacto consigo mismo, con los otros y con el entorno.

- Darse cuenta: es la capacidad que tiene una persona de percatarse de lo que sucede dentro de sí misma y en su entorno, lo que permite ir integrando partes de sí misma. Se trata de una reacción vivencial, tomando contacto a nivel emocional con un sentimiento o sensación que estaba pero que no era percibida.

- Responsabilidad: es la habilidad de encontrar respuestas a las propias necesidades y hacerse cargo de satisfacerlas.

- Polaridades: Perls utiliza este concepto para referirse a los conflictos que tienen las personas y que provienen del rechazo a características personales que son percibidas como

negativas, lo que hace que se mantengan ocultas y le resten riqueza a la personalidad, siendo que todas las emociones son valiosas porque brindan diversa información sobre sí mismos y el entorno. En Gestalt se comprende la salud como la posibilidad de integrar todas las partes del ser y utilizar una u otra característica dependiendo del contexto, y en psicoterapia se invita a experimentar estos aspectos con sus opuestos, integrando las polaridades como características propias.

- Atención al cuerpo: Desde la Gestalt el cuerpo es una especie de caja de resonancia de las emociones y los sentimientos, una referencia básica para comprender lo que está pasando dentro de la persona. Cada persona sitúa las sensaciones corporales que le provocan las diversas emociones en alguna parte del cuerpo, y el objetivo del proceso terapéutico consiste en ayudar a hacerlo consciente para poder trabajar en ello.

3.5. Marco teórico musicoterapéutico.

A continuación, se expondrán los conceptos teóricos desarrollados por Gustavo Gauna, además de los fundamentos teóricos que tiene el uso de la palabra en relación con la musicoterapia y también los métodos receptivos de esta disciplina, incluyendo experiencias mixtas y recursos artísticos y corporales, por haber sido elementos vinculados en el desarrollo del proceso terapéutico en sí, dadas las características y necesidades propias del usuario.

3.5.1. Gustavo Gauna

Para Gauna (2008, p.66), la musicoterapia es una propuesta terapéutica que valora la apertura expresiva como dirección de la cura, sin pautas ni reinterpretaciones y con un terapeuta que mantiene la mínima distancia corporal, lo que moviliza los modos de comunicación del

paciente y se convierte en un modelo estructurante para él, apuntando a su salud mental. Dentro de esto, la improvisación libre es el espacio-tiempo en el que el sujeto que sufre reconoce la posibilidad de modificar su percepción y su formalización sobre la propia historia, ya que en esta improvisación el material sensible es susceptible de nuevas vivencias, dinámicas y ubicaciones. Además, según Bennardis, citada por Gauna (2008, p.37-39), la experiencia de pasar por la improvisación libre podría pensarse como un fenómeno estético en el que sucede un acontecimiento único, que forja sus propias leyes de constitución, dependiendo de las interrelaciones, forma y sentido que el sujeto productor le asigne a la materia sonora o materia significativa, llamándose todo esto un “discurso”. En relación con esto, la labor del musicoterapeuta es brindar las posibilidades de producción de este discurso, permitiendo que mute y que el sujeto vaya reconociendo alternativas estéticas. A partir de esta idea, se concluye que, según el autor, lo que está estático es una instancia de enfermedad y lo que es estético, susceptible de cambio, es saludable.

Uno de los conceptos importantes de la mirada de Gauna (2008, p.73) es el de “núcleo de salud” que él define como la capacidad de otorgar un sentido a lo propio, siendo un proceso permanente en el ser humano, con un carácter dinámico y expansivo pues al momento de descubrir un sentido se comienza un proceso en dos direcciones: prospectivo, dándole sentido a algo nuevo, y retrospectivo, ya que lo viejo también se somete al proceso por las nuevas significaciones adquiridas. En relación con esto, la musicoterapia es interpretada por el autor como un proceso de descubrimiento y afianzamiento de los núcleos de salud, que según el autor, existen hasta en las enfermedades más graves, pudiendo encontrarse más activos o inmovilizados según el caso.

Otro concepto importante de la mirada de Gauna es la llamada personalidad expresiva,

definida como la “característica particular, personal, definida, que cada sujeto posee y utiliza consciente o inconscientemente, como modo de expresión y comunicación, que denota las estructuras psíquicas en un muestrario de las posibilidades e imposibilidades individuales” (2008, p.67). Este concepto también puede ser entendido como el conjunto de permanencias que tiene la expresividad del paciente, que conforma una manera única de relacionarse con el exterior, incluyendo objetos y sujetos. Esta permanencia es estructurada en un tiempo y contiene los elementos propios de la música: duración, textura, cadencias, alturas, pausas, etc. En relación a esto, según Gauna, todos los procesos musicoterapéuticos tienen como objetivo enriquecer esta personalidad expresiva y buscar su movilidad, pues en las situaciones de patología los núcleos enfermos van coartando las posibilidades de la personalidad expresiva, por lo que se debe movilizar la emotividad del paciente y ofrecer nuevas posibilidades de modos y representaciones. Gauna ve el núcleo de salud como un espacio cargado de potencialidades, que están imposibilitadas de ordenarse en un tiempo y necesitan el acoplamiento de otro para la apertura expresiva. Desde esta expresión emocional se desarrolla un despliegue de actitudes que apuntan al escucharse, al reflejo propio del paciente, y con esto, a la salud y el bienestar.

3.5.2. Procesamiento verbal en musicoterapia

Nolan, citado en Grocke y Wigram (2008, p.31) menciona que el procesamiento verbal es una “parte integral de la práctica musicoterapéutica” y que es algo en lo cual los terapeutas se apoyan bastante, a fin de conocer cómo ha estado el paciente desde la última sesión, encontrar un foco para trabajar durante la sesión, comprender las respuestas de una experiencia musical, reunir más información sobre la vivencia del paciente y guiarlo hacia una nueva experiencia musical más profunda, dar feedback al paciente en caso necesario, interpretar lo que hace el

paciente o lo que ocurre cuando sea necesario y cerrar una sesión. Según Pérez (2012), es fundamental que los musicoterapeutas tengan herramientas para realizar una intervención verbal adecuada con los pacientes que lo demandan, pues le permite a estos ordenar su mundo interno, tomar conciencia de lo que ocurre y adquirir recursos para ir identificando y expresando esas emociones. En la misma línea, según Grocke y Wigram (2008, p.31), los musicoterapeutas necesitan capacidades del procesamiento verbal para “animar al cliente a explorar sentimientos, emociones y pensamientos después de una experiencia de musicoterapia”, capacidades que pueden ser particularmente relevantes en terapias con pacientes que pueden construir diálogo verbal desde lo articulatorio y cognitivo. Los autores mencionados también citan a Egan (p.35), que enumera algunas de estas capacidades, como son el tener una audición activa, el reflejar, el parafrasear, el realizar preguntas abiertas y preguntas dirigidas, el ofrecer opciones, entre otras.

Con respecto a modelos de musicoterapia que hayan tomado el lenguaje verbal dentro de su enfoque, destaca el modelo Priestley, que, según Bruscia (2010, p.113), se define como “el uso de palabras y música simbólica improvisada por el paciente y el terapeuta, con el propósito de explorar la vida interna del paciente y facilitar su desarrollo”. Este enfoque es tan verbal como musical, pues el terapeuta y el paciente interactúan por medio de ambos lenguajes, debatiendo sobre las preocupaciones del paciente, titulando las improvisaciones y hablando sobre las mismas. Según Priestley (citada en Bruscia 2010, p.127), “el terapeuta debe encontrar la música en las palabras y las palabras en la música y buscar en toda su vida de trabajo el significado de ambas”.

3.5.3. Métodos receptivos

Según Bruscia (2007, p.104), los métodos receptivos son experiencias en las cuales el

usuario escucha música y responde a esta de alguna forma, silenciosa, verbal u otra. La música utilizada puede ser grabada o en vivo, ejecutada por el usuario, terapeuta u otros, pudiendo ser composiciones musicales de diversos estilos o bien improvisaciones. El autor expone los principales objetivos que se persiguen con este tipo de experiencias, que son: promover la receptividad, evocar reacciones corporales específicas, estimular o relajar a la persona, desarrollar habilidades motoras y auditivas, evocar estados y experiencias afectivas, explorar las ideas y los pensamientos de los demás, estimular la memoria, la reminiscencia y la regresión, estimular la imaginación y la fantasía, conectar al oyente con una comunidad o grupo sociocultural, y estimular experiencias cumbre y espirituales.

Según Bruscia (citado en Grocke y Wigram, 2008, p.21) existen muchas variaciones de métodos receptivos, de las cuales se expondrán, para fines de esta monografía, los siguientes: relajación con música para adultos, imagen musical dirigida y métodos receptivos combinados medios artísticos.

- Relajación con música para adultos: Grocke y Wigram en 2008 (p.105), afirman que puede ser utilizada como método terapéutico en sí mismo o bien dentro de una sesión de musicoterapia, pudiendo ser corta o larga según el contexto y el objetivo terapéutico. Según los autores es una capacidad vital para ser practicada con usuarios para su salud mental y física. En contextos médicos, este método tiene los siguientes beneficios: mitigar la tensión y el estrés, reducir la ansiedad antes de una intervención médica, aliviar el dolor y la intensidad del mismo durante procedimientos médicos, y regular la respiración (Grocke y Wigram, 2008, p.106). Para este método deben tenerse en cuenta algunos elementos como la posición del usuario, el nivel de luz y oscuridad de la habitación, las posibles interrupciones del espacio y una constante supervisión de la intensidad de la música utilizada. Con respecto a esta última, siempre es más

eficaz utilizar una música que sea de preferencia del paciente y seleccionada por él.

Existen diversos tipos de inducciones de relajación con música, entre ellas las siguientes que fueron utilizadas en el proceso terapéutico descrito en esta monografía: la relajación corta que es breve en términos de tiempo y en la que se va haciendo un recorrido por las partes del cuerpo, la de tipo autógena en la que el usuario va tomando conciencia de su cuerpo y se va relajando a su medida, las inducciones con luz en las que el usuario imagina una luz que recorre o irradia su cuerpo mientras se relaja, y la relajación muscular progresiva (RPM) basada en Jacobson, en la que el paciente produce tensión en una zona para luego relajarla, entre otras. Otra técnica, que fue muy utilizada en el proceso musicoterapéutico abordado en esta monografía, es el baño sonoro, que, según Lecourt (citada en Zain, 2014, p. 140), “está ligado a experiencias de cuidado y sostén, a la experiencia de ingravidez, de ser llevado, a la función del ambiente”. En esta técnica el paciente se encuentra en un estado receptivo, por lo general recostado y con los ojos cerrados, y es literalmente “bañado en sonidos”, sonidos que son producidos por el terapeuta con diversos instrumentos y/o con su voz, cuidando proporcionar una experiencia segurizante, placentera, de relajación física y emocional en la que el paciente pueda confiar y dejarse llevar (Zain, 2014, p.140).

- Imagen musical dirigida: Según Bruscia (citado en Grocke y Wigram, 2008, p.154), esta se define como una experiencia en la que el paciente evoca imágenes que el terapeuta le va presentando mientras escucha música en un estado de consciencia alterado, pudiendo realizar una especie de “viaje”. Tanto la música como el guión pueden crearse o adaptarse a las necesidades del usuario y al objetivo terapéutico en particular.

- Métodos receptivos combinados con medios artísticos: Esta opción permite al usuario expresar su mundo interno de diversas formas plásticas en conjunto con la audición de música.

Dentro de estos métodos se encuentra “el collage musical”, que es una imagen creada por agregación de ilustraciones, fotografías, trozos de papel o tela, palabras, dibujos, etc. sobre una hoja o cartulina, que puede representar el estado de ánimo o situación vital de los pacientes, por ejemplo. Es un método que se ha demostrado particularmente eficaz para ciertas poblaciones, como personas en residencias geriátricas, psiquiatría adulta, cuidados paliativos, adultos hospitalizados, niños y adolescentes afligidos (Grocke y Wigram, 2008, p.226). Otro método es el dibujo proyectivo con música, en el que el usuario dibuja mientras o después de haber escuchado la música (Bruscia, 2007, p.108).

Por otro lado, según Ferrari (2013, p.76) y desde la mirada del Modelo de Musicoterapia Dinámica (MTD), las experiencias musicales receptivas son “experiencias activas de cambio interno”, lo que cambia la forma de pensar la escucha, de un acto quieto e inmóvil, a un acto en el que el cambio se da en forma interna cuando los pacientes se conectan con su historia, situación actual, emociones y deseos, movilizándose internamente aunque en apariencia no se perciba tal movimiento. A partir de esta concepción, la MTD ha clasificado algunos tipos de experiencias, de los cuales los siguientes son pertinentes para esta monografía:

- Escucha de música editada conocida: puede ser usada para comenzar a conocer la singularidad musical expresiva del paciente, su historia personal y en algunas ocasiones para evaluar funciones neurocognitivas como memoria y atención.

- Experiencias mixtas: Suelen darse de forma espontánea ya que la escucha de una canción conocida anima al paciente a cantar y/o ejecutar un instrumento, facilitando la aparición de la ejecución instrumental o vocal en caso de que esta resulte compleja. En este sentido, la música editada funcionaría como un soporte positivo para que el paciente experimente estas posibilidades sonoras y despliegue su musicalidad.

4. PROCESO MUSICOTERAPÉUTICO

4.1. Antecedentes del paciente

Paciente femenina de inicial M., de 52 años de edad con Linfoma No Hodgkin de células T no especificado, en estadio IV, diagnosticado a principios del año 2016 a raíz de un tratamiento por vasculitis. Hermana mayor de cuatro hermanos hombres, separada del padre de sus dos hijos también hombres, uno de 23 años con quien vivía, y otro de 35 años, que vivía relativamente cerca de ella, y de quien tenía una única nieta, de 18 años.

M. era contadora de profesión, trabajó 35 años en la misma institución hasta que le diagnosticaron cáncer, cuando se retiró con licencia médica, momento desde el cual no volvió a trabajar. Desde entonces pasó por 18 sesiones de quimioterapia de dos tipos distintos, el primero que requería internación hospitalaria por cinco días, y el segundo que era ambulatorio y tardaba cierta cantidad de horas. M. fue derivada a musicoterapia por la psicóloga de la UHO, quien la describió como un “desafío” terapéutico, muy racional y verborreica. Con respecto a las enfermeras que atendían a M. durante sus hospitalizaciones, se apreciaba una relación cordial y afectuosa, pues se referían a la paciente con el diminutivo de su nombre, de forma muy cercana y afectiva, y comentaban que era una mujer alegre y que “no molestaba”, en relación a que no era muy demandante como paciente.

4.2. Aproximación Diagnóstica

Esta etapa del proceso constó de un primer encuentro con la paciente en el que se le ofreció el servicio de musicoterapia, y posteriores tres sesiones terapéuticas. En este período se llevaron a cabo algunas experiencias que ayudaron a recabar información acerca de M., como el

cuestionario de la historia sonora musical, la presentación y exploración de instrumentos musicales, la improvisación libre, el baño sonoro, la escucha de canciones significativas, con posterior canto y acompañamiento instrumental, y la verbalización de todas estas experiencias, así como también de vivencias cotidianas, emociones y recuerdos. A partir de estas actividades se realizaron las observaciones que se detallan a continuación, relacionadas con las características personales de la paciente, plasmadas en sus formas de expresión y comunicación verbales y no verbales, es decir, sonoras, corporales y musicales.

En un primer contacto con M., cuando se le ofreció el servicio de musicoterapia, se mostró muy escéptica, y, aunque aceptó, lo hizo con bastante desidia y manifestando que no tenía ningún talento artístico y que lo hacía exclusivamente para ayudar a la terapeuta en su práctica profesional. Se puede percibir a M. como una mujer con carácter fuerte y que se maneja muy bien con el lenguaje verbal. En relación con esto, se apreció un acierto de la psicóloga de la UHO en tanto M. verbalizaba constantemente, incluso durante el desarrollo de experiencias sonoras, interrumpiendo el desarrollo de estas y el nivel de conexión que pudiera estar teniendo lugar en esos momentos.

Con la aplicación del cuestionario de la historia sonora musical se pudo apreciar que la música no era un elemento importante o cercano para M., ya que dijo nunca haber tocado un instrumento musical, no tener recuerdos sonoros de su familia o entorno, no tener un tipo de música preferido ni escuchar música de alguna radio en particular, y que tenía más contacto cotidiano con la televisión, en la que le gustaba ver los matinales, teleseries y noticias, es decir, gente hablando. Sin embargo, toda esta información contrastó con lo que M. fue manifestando en las siguientes sesiones: aparecieron nombres de cantantes y estilos de música de su gusto y recordó el hecho de que en su juventud le encantaba bailar y que lo hacía con mucha regularidad.

Con respecto a la relación de M. con los instrumentos del setting, su primer acercamiento fue más bien inestable, dado que en algunos momentos tomó algunos instrumentos y los exploró o incluso improvisó brevemente, pero logrando altos niveles de conexión con su mundo interno, y en otros, rechazó acercarse a ellos. Los instrumentos que escogió espontáneamente en la primera sesión fueron los cascabeles, el triángulo y un siku, y en las sesiones siguientes volvió a elegir los cascabeles, y además los huevitos. Desde lo corporal, se observó la realización de los movimientos mínimos necesarios para hacer que el instrumento escogido sonara. En lo referido a las improvisaciones, se realizaron dos: la primera fue más bien espontánea por parte de M. al explorar el triángulo, con duración de 1 minuto aproximadamente, en la que se conectó con sus emociones e incluso lloró, comentando luego que mientras lo hacía su mente pensaba en nada y todo a la vez, y que había llorado poco porque no quería que su familia la viera sufrir. La segunda improvisación fue propuesta por la terapeuta y en esta oportunidad M. presentó muchas resistencias verbales y se observó poco agrado, incomodidad y bloqueo emocional. Dentro de las resistencias verbales se observó un tópico que se repitió durante las diversas experiencias sonoras, con respecto a su creencia de tener poca habilidad para realizar actividades artísticas, diciendo que era “nula”, “fome”, y que dudaba que algo de esto resultara con ella, ya que “servía sólo para los números”. Esto evidenció la necesidad de movilizar la percepción que M. tenía de sí misma y reforzar su autoestima.

La escucha de canciones fue una actividad recibida con más agrado por la paciente y en la que se percibieron avances progresivos de una sesión a otra, pues se observó que M. emitió espontáneamente la melodía con el sonido “m” o directamente cantó algunas frases que sabía de memoria, siempre en voz baja, pero demostrando disfrute, sin observarse nerviosismo o vergüenza. A raíz de esto se propuso continuar realizando esta experiencia musical mixta,

acompañando las pistas de audio con instrumentos y trayendo la letra de las canciones para poder cantarlas completas. Con respecto al acompañamiento instrumental, M. escogía los huevitos o los cascabeles en cada oportunidad, marcando el pulso a tiempo constante y realizando algunas subdivisiones sencillas en los términos de frase o cambio de sección de la canción. Con relación a las verbalizaciones en torno a estas experiencias, M. manifestó no sentir nada en especial, ni pensar, recordar o evocar nada en especial tampoco, limitándose a decir que había sido entretenido hacerlo. A pesar de esto, se observó una mayor apertura de M. hacia el mundo musical, pues mostraba interés en escuchar nuevas canciones propuestas por ella e iniciativa personal para buscar música de su agrado y tenerla en el celular para escucharla cuando quisiera.

A partir de estas sesiones y con respecto al ámbito emocional de M., se pudo observar tristeza, frustración y fatiga en relación a la experiencia de cáncer, además de un cierto nivel de aislamiento producido por la pérdida del cotidiano laboral, pero también por una negación de M. a encontrarse con amigos o conocidos en su estado de enfermedad. Su principal pasatiempo era ver televisión, y al respecto expresaba que le gustaba porque la hacía no pensar en nada acerca de lo que le estaba pasando y se sentía acompañada con la gente que conversaba en los programas. En relación con esto, se pudo hacer una relación con lo descrito por LeShan (1994) con respecto a los canales de expresión bloqueados por la falta de energía en el organismo debido a su pérdida de contexto habitual, en este caso el mundo laboral de M. que además estaba ligado a su mundo social, lo que fue desestructurante ya que era lo que había dado significado a sus días los últimos 35 años. A M. no parecía interesarle nada realmente, más que estar en su casa y ver televisión. Incluso la relación con su hijo J. era más bien práctica y la dinámica cotidiana, según lo contado por ella, fluía sin mayor profundización emocional. Por otro lado, se percibió frustración por no tener claridad de lo que ocurría en su cuerpo, pero a la vez cierto temor de abordar el tema con su

doctor especialista, por lo que evadía el tema y prefería no saber más. Por todo esto, se infirió que M. abordaba el distres con un estilo de afrontamiento evitativo de desentendimiento mental, en una etapa emocional del duelo oncológico que podría clasificarse según Kübler-Ross (1993), entre la negación y la ira.

Con respecto al lenguaje corporal de M., se observaba rígido, con poco nivel de energía y cerrado, lo que se evidenciaba en su postura en la que generalmente tenía la espalda encorvada y estaba cruzada de brazos y/o piernas, realizando mínimos movimientos o cambios durante las sesiones, con lo que se intuyó nuevamente un bloqueo de expresión.

Sin embargo, a pesar de estas características descritas, se pueden observar en M. algunos núcleos de salud importantes como el humor, al que recurre constantemente y que la ayuda a relacionarse con los demás, elevar o cambiar su estado de ánimo y no deprimirse en demasía, a pesar de las circunstancias adversas. Por otro lado, si bien la característica de la verbalización continua fue descrita con un dejo de negatividad por parte de la psicóloga, se percibe más bien como un recurso conocido, no amenazante y manejado a muy buen nivel por M., lo que sin duda es positivo para ayudarla a enfrentar la experiencia de cáncer que es tan desestructurante. Por otra parte, las experiencias sonoras realizadas permitieron observar que la musicalidad de M. estaba mucho más desarrollada de lo que ella misma creía, siendo un núcleo de salud más que necesitaba las condiciones para desplegarse.

A partir de toda esta información recabada, se propuso una construcción del vínculo y un desarrollo de la terapia que, por un lado, brindara un espacio de contención que acogiera las características de la forma de ser y estar en el mundo que tenía M., como su constante comunicación verbal, la etapa emocional en la que se encontraba y su estilo de afrontamiento, y, por otro lado, la invitara a vivir experiencias que favorecieran el desbloqueo emocional y

movilizaran aspectos de su percepción, conexión y expresión, potenciando estos núcleos de salud en pro de su bienestar integral.

4.3. Objetivos

- General:
 - Reforzar los núcleos sanos de M., utilizando técnicas musicoterapéuticas, corporales y artísticas.

- Específicos:
 - Desarrollar la capacidad de escucha emocional.
 - Aumentar la conexión emocional.
 - Potenciar la expresión no verbal.

4.4. Metodología de trabajo

El proceso de musicoterapia se extendió por una cantidad de 16 sesiones, comprendidas entre Marzo y Julio de 2017, realizadas con periodicidad semanal y buena regularidad, ya que sólo en dos oportunidades se debió esperar quince días entre una sesión y otra. El tiempo de duración de las sesiones era variable entre 1 y 2 horas aproximadamente, y se realizaban en dos lugares distintos dependiendo de la situación médica de M. En la primera sesión, la paciente se encontraba internada para la recolección de células madres, por lo que la terapia se inició en el hospital. Desde la segunda a la novena sesión, M. se encontraba con alta médica en espera de que la llamaran para realizarse el trasplante de médula ósea, por lo que estas sesiones fueron en su departamento, ubicado a 15 minutos del hospital en la comuna de Independencia. Entre la sesión

10 y la 14, la terapia volvió a realizarse en el hospital, por haberse llevado a cabo el trasplante con el posterior período de recuperación, hasta que nuevamente le dieron el alta, por lo que se finalizó el proceso con las sesiones 15 y 16 en su domicilio. Cuando las sesiones eran en el hospital, estas se veían sujetas a la dinámica de la Unidad de Hematología Oncológica, requiriendo flexibilidad por parte de la terapeuta para manejar interrupciones por diversos procedimientos u horarios pre-establecidos, por ejemplo para las comidas.

Para llevar a cabo la terapia y lograr los objetivos, las sesiones fueron de estructura libre y se centraron en la realización de actividades musicales receptivas, mixtas, de improvisación, de consciencia corporal y también artísticas.

4.5. Recursos Materiales

- Computador, parlantes, celular con internet.
- Setting instrumental: Sonajeros con cascabeles metálicos, sonajero con conchas de mar, huevitos, pin armonizador en la menor, tubalófono en Do Mayor, djembé, triángulo, flauta dulce soprano, flauta dulce contralto, siku arka, siku ira, ocarina, armónica en do mayor, kalimba, guiro de madera con semillas, pandero, clave embutida, variante de tamborin.
- Hojas blancas, lápices cera de colores, recortes de revistas, cinta adhesiva, palabras impresas sueltas (adjetivos, sustantivos, sentimientos, emociones).
- Material sensorial: objetos de la naturaleza (piedras, conchas, flores, etc.), productos comestibles (té, especias), plumas de colores, pelotas texturadas.

4.6. Criterios de evaluación

El primer objetivo específico “desarrollar la capacidad de escucha emocional”, se evaluará a partir de la forma de percibir las experiencias musicales receptoras M., según la clasificación propuesta por el Dr. Gregorio Pereira (citado en Ferrari, 2013, p. 89), acogida en el Modelo de Musicoterapia Dinámica. Esta clasificación, que permite identificar distintos tipos de escucha en el contexto de una experiencia musical en musicoterapia, es la siguiente:

- Física
 - Receptiva Fisiológica: reacciones orgánicas (involuntarias, Como dolor, escalofríos, calor, mareos, alteración del ritmo cardiaco, sopor, etc.)
 - Interactiva Cinestésica: reacción por movimientos del cuerpo voluntarios o cuasi reflejos, como palmas, golpes con los pies, etc.
- Emocional
 - Receptiva Sensitiva: reacción por la exacerbación de sentimientos o de la memoria emocional.
 - Interactiva Imaginativa: reacción por la creación de imágenes (fantasía imaginativa, pictórica y simbólica).
- Intelectual
 - Receptiva Asociativa: Reacción por asociación de cualidades (música dulce, violenta, alegre, misteriosa, etc.)
 - Interactiva Analítica: Reacción por raciocinio evaluador (o pensar crítico, raciocinio por comparación técnica, evaluación lógica)

La tabla I (ver anexos) describe lo observado en las experiencias musicales receptivas realizadas en cada etapa del proceso, clasificando el tipo de escucha a partir de lo verbalizado por la paciente.

El segundo objetivo específico: “aumentar la conexión emocional”, se evaluará a partir de un análisis cualitativo tomando en cuenta tópicos o frases claves que surgieron en las cuatro etapas del proceso.

El tercer objetivo específico “potenciar la expresión no verbal”, se evaluará a partir de lo observado en las experiencias activas de simbolización sonora e improvisación y en las experiencias de creación plástica.

5. DESARROLLO DEL PROCESO

A continuación se describirá el proceso de práctica llevado a cabo en 16 sesiones, divididas en 4 etapas que comienzan y terminan en hitos del desarrollo de la terapia, y que fueron llamadas: creando el vínculo, exploración emocional, quiebre y apertura, y cierre.

5.1. Etapa 1: Creando el vínculo

Esta primera etapa corresponde a la aproximación diagnóstica, es decir los 4 primeros encuentros con M., de los cuales 3 fueron sesiones de musicoterapia.

El comienzo del proceso fue con un gran desinterés y rechazo por parte de M., que sostenía continuamente el argumento de haber aceptado la terapia para colaborar con el proceso de práctica profesional, lo que fue acogido como una opción válida que podría o no cambiar en el tiempo, dependiendo del significado que fuera adquiriendo el proceso para ella, y con la

intención de darle tiempo y contención sin presionarla, buscando estrategias de abordaje que le brindaran bienestar y un espacio que le resultara agradable. Luego de este primer encuentro se realizó la sesión uno, en la que se puso de manifiesto que la terapia sería tan verbal como musical, dadas las características de comunicación de M. En relación con el primer aspecto, la relación verbal, los principales tópicos abordados durante la aproximación diagnóstica fueron la preocupación y angustia de M. sobre estar hospitalizada y querer estar en su casa, durante la primera sesión, y luego, en la segunda y tercera sesión realizadas en su domicilio, sobre volver a internarse en un futuro cercano para el trasplante de médula ósea. Además, expresaba recurrentemente el no querer llorar y ser positiva para mostrarle a su familia que había que enfrentar lo que estaba pasando con valentía. En relación con lo mismo, le inquietaba la comunicación con su hijo menor, pues sentía que habían cosas pendientes que la preocupaban, pero no sabía cómo comenzar una conversación con él sobre el llamado “plan b”, que era la posibilidad que ella muriera, pues no quería adelantar innecesariamente una situación que quizás no ocurriera, dado que tenía todas sus esperanzas puestas en el futuro trasplante. Algunos de estos temas fueron llevados del plano verbal al musical, pero a partir de la siguiente etapa del proceso, dado que al proponerle algunas experiencias a M. en estas primeras sesiones, las rechazaba, por lo que el objetivo principal se mantuvo en la formación del vínculo y en incentivarla a tener experiencias musicales que no necesariamente la llevaran a centrar su atención en las temáticas mencionadas, pero que sí permitieran realizar observaciones sobre ella para establecer los objetivos y la metodología de la terapia.

Con respecto a estas experiencias musicales, se comenzó con tres en la primera sesión: la exploración de instrumentos, la improvisación libre y el baño sonoro. De estas, la que logró mayor nivel de conexión emocional en M. fue la primera, ya que de forma espontánea improvisó

durante unos segundos al explorar el triángulo y se emocionó hasta las lágrimas. Al verbalizar sobre esto dijo que había llorado muy poco, y que le daba pena la situación en la que estaba, pero que había tocado sin intención, sólo de forma instintiva. Por otro lado, en la improvisación libre verbalizó mucho sobre ser “fome” y “nula” para lo artístico, diciendo también que tocar el cascabel era su “gran aporte”, en un tono muy despectivo hacia ella misma, y que no entendía a qué nos iba a llevar todo eso. Para terminar esa sesión, el baño sonoro fue una experiencia que duró tres minutos, momento en el que ella habló y preguntó sobre el campo laboral de la musicoterapia. En estas experiencias quedó de manifiesto el nivel de intelectualización de M. en relación con su percepción sensorial, por lo que en lo sucesivo se pensaron algunas estrategias que pudieran llevar su tipo de escucha desde un tipo intelectual hacia uno más emocional.

En el siguiente encuentro surgió un aspecto importante para la construcción del vínculo y el desarrollo de la terapia: escuchar canciones que ella misma proponía, pues si bien en la entrevista musicoterapéutica manifestó tener casi nulo contacto con la música, tanto en lo cotidiano como en los recuerdos, mencionó a Monserrat Bustamante como una cantante de su gusto, lo que fue la puerta de entrada a otras experiencias en la que M. se mostró mucho más abierta a lo sonoro, cantando y llevando el ritmo suavemente con el cuerpo, de forma muy espontánea y fluida. Estas experiencias mixtas se realizaron en la segunda y tercera sesión con más canciones de la misma cantante, con acompañamiento instrumental y con canto, con muy buena acogida y despertando el interés de M., quien al finalizar la sesión tres, comentó muy entusiasmada que decidió pedirle ayuda a su hijo para que le bajara esas canciones desde internet y tenerlas en su celular para escucharlas cuando quisiera, actividad que nunca había deseado antes.

En relación a cómo M. iba vivenciando las sesiones, se apreciaba un desarrollo positivo,

pues luego de la primera sesión dijo que por ella no repetiría la experiencia, pero que lo haría de todas formas sólo porque se había comprometido. Al finalizar la segunda sesión dijo que se había sentido más cómoda y que se le había pasado rápido el tiempo, siendo que había pensado que no sería así. Luego, al comienzo de la tercera sesión, manifestó haber quedado con mucha energía después del último encuentro, por lo que ese día tenía mejor disposición. Y por último, en esa tercera sesión mencionó haberse quedado con la misma sensación positiva.

Por todo lo relatado anteriormente, quedó claro que el vínculo estaba formado y M. poco a poco se entregaba y confiaba en el espacio musicoterapéutico, por lo que se iban abordando temáticas más profundas. Además, se había despertado en M. un interés en la música que era nuevo para ella, hito con el que terminó la etapa de aproximación diagnóstica y se dio paso al tratamiento propiamente tal, conformado por dos subetapas: exploración emocional, y quiebre y apertura.

5.2. Etapa 2: Exploración emocional

Esta etapa constó de 6 sesiones, todas realizadas en el departamento de M., hasta justo antes de volver a internarse en el hospital para que le realizaran el trasplante de médula ósea.

En la sesión 4, M. habla sobre una nueva canción que recordó que le gustaba mucho, “Wonderful Life”, así que se propone una escucha con dibujo proyectivo, que acepta. El resultado plástico fue varios cuadrados de colores uno al lado del otro, que formaban un cuadrado más grande, sobre lo que dijo haberlo hecho sin pensar en nada, que dibujó un cuadrado y luego otro y otro para formar un “algo”, y que luego le recordó las mantas tejidas con cuadrados de colores. Al preguntarle luego si esta canción le producía alguna emoción o sensación en particular, dijo que no le producía nada, que la encontraba linda.

Luego M. comentó una nueva preocupación por su situación laboral en la que recibió una “sugerencia” por parte de su jefe para que renunciara, dada su extensa licencia médica, y a raíz de esta verbalización se le solicitó escoger las palabras claves y simbolizarlas sonoramente con algún instrumento. Lo hizo con todos, aunque de forma breve en cada uno. Para la palabra “renuncia” escogió el siku, por parecerle un sonido bajo y triste. Para la palabra “deudas” escogió el pin armonizador, para la palabra “jefe” escogió el djembé, por su volumen fuerte, para la palabra “preocupación” escogió el sonajero de conchitas, aunque con bastantes dudas, para “trasplante” escogió los huevitos, para “quimioterapia” escogió el toc-toc, y para “atrapada”, el siku. Las primeras palabras (renuncia, deudas, jefe) las realizó de manera ágil, incluso con un grado de ironía y humor, pero el semblante de M. fue cambiando al buscar sonidos que representaran preocupación, trasplante, quimioterapia y atrapada, en las que se tomó más tiempo y se mostró afectada emocionalmente. Luego de terminar, volvió a expresar su preocupación por comunicarse con su hijo y su deseo de que antes de que le pase algo a ella quisiera que él terminara sus estudios y fuera más independiente. Mientras hablaba comenzó a llorar y comentó que no quería deprimirse, que era bueno tener buena onda para lo que ella estaba haciendo. A raíz de esto, le propongo realizar una conversación simbólica con su hijo, a través de algún sonido, para lo que tomó el sonajero de conchitas y lo giró suavemente hacia un lado y otro. Luego de unos segundos se detuvo y dijo que lo único que le diría era que lo quería mucho. Al finalizar la sesión se observa a M. muy decaída producto de las temáticas abordadas. Efectivamente ella mencionó luego que esa sesión no había sido tan entretenida como las anteriores, pero que estaba bien.

En la sesión 5, M. solicitó una inducción de relajación, frente a lo que le propuse realizar también una imaginería. Durante esta experiencia se pudo observar concentrada y sin realizar

interrupciones verbales. Al finalizar comentó no haber logrado conectarse mucho, pero que de todas formas fue una experiencia agradable y distinta, por lo que le propuse “ejercitar” la experiencia para tenerla como una herramienta mental/emocional para la futura hospitalización, y le gustó la idea. De forma espontánea M. puso música en el celular mientras hablábamos de esto, a raíz de lo cual recordó que antes bailaba, fumaba y tomaba, y que dejó de hacerlo al quedar embarazada, de un día para otro y consideraba que tenía muy buena voluntad como para lograr eso. A partir de eso, la invité a que escribiera otras virtudes de ella misma en una hoja, pero no escribió nada más que “fuerza de voluntad”, y al contrario, mencionó algunas cosas negativas impaciente, fría y mala madre. Frente a esta situación no quise profundizar en sus creencias negativas con alguna experiencia sonora, y opté por reflejarle las virtudes que yo observaba en ella, con lo que pudimos cerrar la sesión en un ambiente más grato.

La siguiente sesión comenzó con una inducción de relajación y una imaginería del lugar favorito, frente a lo cual M. comentó que se relajó al punto de casi dormirse. Su postura corporal fue como las ocasiones anteriores: sentada en el sillón con los brazos cruzados sobre el pecho y la cabeza apoyada atrás. También verbalizó en torno a qué debería pensar o sentir durante las experiencias porque en algunos momentos se ponía tensa pensando lo que “debería pasar” sin saber lo que estaba buscando realmente, y que si bien en esta oportunidad logró visualizar algunas imágenes estaba confundida al respecto. La tranquilicé y le propuse realizar una próxima experiencia con su hogar como escenario de la imaginería, lo que aceptó con mucho interés. Luego retomamos la última experiencia de la sesión anterior, recordamos las cosas que surgieron ahí y a partir de eso la invité a escribir una lista de personas que eran importantes para ella. Anotó a su mamá, a una amiga, a sus dos hermanos y a sus dos hijos. Luego le pedí que anotara las cualidades positivas que consideraba que ellos tuvieran, frente a lo que respondió que eran

todos normales, así que no tenían cualidades positivas o especiales, que eran como eran todas las personas buenas: que no se drogaban ni eran delincuentes. Finalmente logró identificar algunas cualidades en ellos: sano, paciente, tranquilo, divertido y cariñoso. Al preguntarle si creía compartir algunas de esas virtudes dijo que sí, que se consideraba paciente, tranquila y sana. Durante la conversación surgió el tema de la puntualidad y responsabilidad como una temática importante para ella, que ella cumplía y por lo tanto demandaba a los demás a que cumplieran, molestándose mucho con la gente irresponsable o impuntual. Cerramos la sesión comentando estas nuevas virtudes visualizadas en ella.

En la sesión 7 M. me invitó a tomar un té antes de comenzar, momento en el que se conversaron algunas temáticas de su vida de forma espontánea. Yo no capté lo que ella estaba trayendo a la sesión y su necesidad de expresarse o indagar en esos temas, por lo que luego del té hicimos la inducción de relajación y la imaginación prometida la sesión anterior, con su departamento como escenario, experiencia en la que M. no logró conectarse en absoluto por haberse quedado pensando en algo de la conversación previa, que si bien no era algo de mucha importancia a primera vista, dio pie al siguiente ejercicio, en el que le fui mostrando algunas emociones escritas (alegría, rabia, orgullo, miedo y tranquilidad) y le pedí que las relacionara con alguna vivencia o recuerdo de su vida que le surgiera al ver la palabra. En general lo solicitado le costó y se detuvo a pensar, recordar, buscar y explicarse frente a cada palabra que se le mostraba. Para alegría, después de pensar varios minutos, mencionó la graduación escolar de su hijo menor hace años atrás; para rabia, dijo que no sentía rabia nunca. Luego, frente a la palabra “miedo”, dijo que el no saber lo que pasaría con ella en unos meses más le daba miedo, momento en el que se le cayeron unas lágrimas y adoptó una actitud de autocontrol para no llorar. Después, con la palabra orgullo, dijo que podría decir que estaba orgullosa de sus hijos

por que trabajaban y estudiaban, pero que en realidad no era así porque eso era lo normal, lo que correspondía, la ley de la vida, y por lo tanto no era motivo de orgullo. Finalmente, para la palabra “tranquilidad” mencionó el hecho de que en su vida no había tranquilidad nunca, y que el último momento de tranquilidad fue antes de que le diagnosticaran el cáncer. Dijo que para nadie más habían cambiado las cosas, sólo para ella, pero por dentro, esa sensación de que vivía tranquila y ahora no. Habló de esto muy afectada y llorando, pero siempre tratando de controlarse. Al preguntarle qué sentía, respondió que siente pena, una angustia en el pecho, ganas de llorar. Dijo que le servía llorar, pero que en cuanto se quedara sola se metería en su rutina de nuevo y no seguiría llorando. Para finalizar y tranquilizar a M. realizamos una actividad corporal de acariciar y masajear ella misma sus manos, sus brazos, hombros y cuello. Comentó haber disfrutado esto y sentirse más tranquila respecto de la emoción anterior de pena.

En la sesión 8 M. pidió una inducción de relajación, sin imaginería, por lo que fue la primera experiencia de la sesión. En relación a las temáticas traídas a la sesión, M. expresó inquietud por un cambio en los procedimientos médicos, pues fue informada de que recibiría radioterapia, algo por lo que no había pasado nunca. A raíz de esto invité a M. a profundizar en las emociones que eso le causaba, trabajando los polos emocionales de la situación médica actual, por un lado lo que ella quería que pasara, que era tener que estar hospitalizada el menor tiempo posible y que resultara todo bien, y por otro, la posibilidad de que ocurrieran cosas que ella no quería, es decir que el procedimiento tuviera complicaciones y la hospitalización fuera larga, o que no diera el resultado esperado con el linfoma. Le pedí escoger instrumentos para cada polo. Escogió los cascabeles para lo primero, diciendo que lo eligió porque tenía sonidos bonitos, alegres y variados, no uno solo. Dijo además que lo escogió porque para que sonara no tenía que hacer nada, sólo sostenerlo, porque la cosa musical era una veta desconocida para ella y

estaba profundamente escondida. Para lo que “no quería” escogió un siku, diciendo que tenía un sonido triste. Lo tocó de la misma forma en que simbolizó la palabra “renuncia” en la sesión anterior. Le sugerí tocar juntas. Hicimos una breve improvisación, ella con los cascabeles y yo con el siku, tocándolo como ella lo había hecho antes. Al comienzo habló mientras tocaba, pero de una forma rítmica, integrando las palabras a la improvisación (“va a estar todo bien, todo bien, todo bien”) y luego sólo tocó. Al finalizar volvió a decir “ojalá que me vaya bien” y se rió. Luego la invité a hacer el mismo ejercicio pero desde lo corporal, con alguna postura con la que pudiera representar ambos polos. Para representar “lo que quería”, se quedó sentada tal como estaba, con las manos tomadas entre las piernas y esbozando una sonrisa. Yo la imité para que ella pueda ver la postura, y me explicó que estaba representando que estaba contenta pero que no quería ser tan expresiva, porque en general cuando estaba contenta ella no era tan expresiva. Yo percibía que era una postura cerrada, de desconfianza y de cansancio emocional, pero no de alegría por el supuesto escenario positivo. Sin embargo, al preguntarle qué percibía ella al verme en esa postura, insistió muy firme con que ella pensaría que yo estaba contenta y que me estaba yendo bien en la vida, porque esa era la postura que ella relacionaba con la alegría. Para mí era claro que se trataba de una construcción intelectual deliberada para no entrar en el plano emocional, pero no supe cómo profundizar y continué pidiéndole que hiciera la otra postura, para lo que se recostó en el sillón en posición fetal, apoyando la cabeza sobre las manos y cerrando los ojos. Al imitarla para que pudiera verla me comentó que tenía que ser con los ojos cerrados, para poder dormirse y no despertar más hasta que todo hubiera terminado. Al finalizar la sesión volvió a decir, como lo hacía frecuentemente, que no sabía a qué nos llevaría lo que estábamos haciendo, pero que esperaba que al terminar llegáramos a la conclusión de que a las dos nos había ido bien, aunque todavía veía oscuro el camino de la musicoterapia.

En la sesión 9, M. quiso partir con una relajación. Le propuse probar una versión distinta y aceptó, así que realizamos la relajación muscular progresiva, luego de la que dijo sentirse bien, porque le gustó que comenzara desde los pies hacia arriba y le era más fácil tensar y luego relajar. Luego surgió el tema del cáncer y al preguntarle cómo era su relación con la enfermedad más allá del tratamiento o de las hospitalizaciones, dijo “es súper desconocida, no sé dónde está, qué es lo que me falla” y “trato de no pensar en la enfermedad”. Le propuse hacer el ejercicio de visualizar el linfoma e intentar alguna forma de comunicación con él para que le dijera lo que ella quisiera. Lo visualizó como una masa densa, redonda y grisácea sin expresión ni movimiento de ningún tipo. Dijo muy tensa: “Quisiera decirle que se vaya”. La invité a que escogiera un instrumento para comunicarse con el linfoma y tomó el siku arka, tocando el tubo más grave. Dijo que ese era el sonido del linfoma, un sonido bajo y seco, corto, y que le hablaría con ese mismo sonido para que él le entendiera. Al tocar, ejecutó un ritmo en 6/8, tres corcheas y una negra con punto, tocando en los dos tubos más graves del siku arka, varias veces, con los ojos cerrados. Terminó de tocar y dijo “Le dije que se fuera. Que se vaya, que se vaya. No tengo nada más que decirle. Que no lo conocí ni quiero conocerlo. Que se vaya achicando hasta que desaparezca” Frente a la pregunta de qué emoción le surgió dijo que ninguna en especial, pero se observa afectada, con lágrimas en el rostro y facciones muy tensas, que expresaban esfuerzo por autocontrolarse. “no sé dónde está el linfoma, no sé si me duele. Sé poco y tampoco quiero saber más. Quiero que desaparezca en algún momento”. Para cerrar la experiencia la invité a acariciarse a sí misma, partiendo por las manos y ampliando el gesto hasta abrazarse, lo que la tranquilizó.

Para sintetizar lo que fue esta segunda etapa, se puede apreciar que M. pudo profundizar en la exploración de sus emociones y con esto ir desbloqueando la expresión de las mismas un

espacio de contención. El tono de las sesiones fue cambiando de algo que M. había percibido muy lúdico en la primera etapa, a algo más serio y profundo, por lo que no siempre terminaba de buen ánimo, sin embargo esto se perciba como una señal de que poco a poco ahondaba en su mundo interno, si bien seguía manteniendo un gran control mental.

5.3. Etapa 3: Quiebre y apertura

Esta etapa constó de 4 sesiones, y comenzó cuando hospitalizaron a M. para la realización del trasplante de médula ósea. Nuevamente las sesiones se vieron atravesadas por la dinámica de la UHO, por lo que hubo interrupciones frecuentes en las diversas experiencias.

En la sesión 10 M. estaba con náuseas, dolor de cabeza, y malestar general ya que llevaba un par de sesiones de radioterapia, pero a pesar de eso estaba de bastante buen ánimo. Esta sesión fue particularmente importante porque se dio en el contexto médico que M. había estado esperando por semanas, lo que puso en juego algunos factores como la angustia de M. de por estar hospitalizada de nuevo, y además porque de forma espontánea pudo participar su hermano menor C. Durante la sesión realizamos una inducción de relajación muscular progresiva de aproximadamente 15 minutos, una actividad corporal en la que se acariciaron el uno al otro con pelotas texturadas, que les resultó muy lúdica, y finalmente se intentó una improvisación musical que no tuvo resultado como tal.

Con respecto a los emergentes verbales, M. expresó en dos momentos de la sesión sus inquietudes con respecto a los objetivos de la musicoterapia, diciendo que ella había pensado que era para que sus células de alguna forma se abrieran y recibieran mejor los medicamentos para finalmente sanarse, pero que se había dado cuenta que no, que sólo servía para que estuviera relajada y que no la iba a sanar. Luego continuó diciendo que pensaba que ella no era una

persona que necesitara ir al psicólogo, porque si bien sabía que hablaba mucho, de sus temas personales le costaba más y pensaba también que no necesitaba a alguien para que no se deprimiera, porque no era una persona depresiva, entonces no entendía cuál era el objetivo de la musicoterapia. Por último, cuando los invité a comunicarse por medio de la música, C. se mostró abierto y muy interesado en la experiencia, pero justo en el momento en que iban a comenzar a tocar, M. habló y dijo que no tenía nada que decirle con la música, y que si quería decirle algo se lo diría con palabras, cuando ella quisiera. Dijo que encontraba infantil y que le “daba plancha” eso de comunicarse con los instrumentos. Su hermano reaccionó con un par de chistes, diciéndole que la quería mucho y que le “echara pa’ adelante”, con lo que M. se quebró y comenzó a llorar muy afligida. Frente a esto, se puede inferir que la aparición de C. hizo que M. tuviera que compartir ese espacio que había sido muy íntimo para ella durante 9 sesiones, lo que por un lado aportó tensión en ella, pero también enriqueció la instancia ya que él se mostró desde un comienzo muy receptivo y afectivo con su hermana, cercano físicamente en las experiencias, lúdico en su forma de expresarse verbalmente y con profundidad para conectarse a pesar de que se tratara de su primer acercamiento a la musicoterapia.

La sesión 11 se realizó tres días después, en el momento justo antes de realizarse el trasplante de médula ósea, por lo que M. se encontraba en preparación, al igual que su habitación y no fue posible grabar. Fue un encuentro breve, en el que M. se sentía muy mal físicamente, pero con buen ánimo para conversar. En lo verbal no volvió a expresar inquietudes con respecto a la terapia ni ninguno de sus anteriores cuestionamientos, sólo comentó que le había encantado que su hermano hubiera participado la sesión anterior. Por otro lado, confesó algo que no había sido mencionado nunca ni siquiera indirectamente, y era el hecho de que sostenía una relación de pareja por hacía más de 16 años, animándose además a compartir su nombre tatuado en un

costado del vientre. Habló de la relación que tenían, que no convivían por decisión de ambos y que ella era feliz así, con su espacio propio y sus tiempos, sin tener que explicarle nada a nadie. Para finalizar esa sesión, M. pidió una relajación, que fue adaptada a ese pensamiento recurrente de las “células abiertas” que ella mencionaba, y con la que se quedó dormida.

La sesión 12 se realizó una semana después, y esta vez fue M. quien solicitó que no hubiera grabación porque estaba con náuseas y vómitos constantes. Tenía muy poca energía, así que se mantuvo acostada, hablando poco a un volumen muy bajo y ritmo muy lento. Al igual que la sesión anterior pidió una relajación, comentando de paso que la semana pasada había imaginado las células de su cuerpo abriéndose para recibir el trasplante. Como en esta oportunidad ella no tenía fuerzas para realizar ninguna actividad le ofrecí un baño sonoro. Nuevamente se quedó dormida con la experiencia, pero luego despertó y dijo que con la música se había imaginado que ella era una “alcachofa” abierta y que sus células recibían la música que escuchaba.

En la sesión 13 M. se encontraba mejor físicamente y ya en espera de que le dieran el alta médica en los próximos días. En lo verbal mencionó que durante los días de hospitalización se sintió muy acogida y acompañada por todo el equipo médico, y que había hecho algo que no había hecho antes: llamar a una amiga para desahogarse con ella en un momento en que tenía mucha pena. Se dio cuenta de que le hizo muy bien hablar con ella, y también con la psicóloga en otro momento, y que sus constantes chistes y humor también la ayudaban. Además, volvió a buscar música para escuchar, como lo había hecho antes, pero esta vez eran sonidos de la naturaleza, como pájaros y agua en movimiento. En esta sesión invité a M. a realizar una experiencia de percepción corporal con diversos objetos como piedras, conchas de mar, flores, especias y plumas de colores, para que experimentara con ellos a través de los distintos sentidos.

La experiencia fue realizada con sus ojos tapados para que pudiera llevar la atención a los otros sentidos, y a pesar de que intentó constantemente adivinar *qué era* lo que tocaba u oía, logró describir texturas, temperaturas, imaginar colores e incluso asociar con situaciones cotidianas. El último objeto que le pasé fueron las plumas, y al finalizar la experiencia me pidió algunas para guardarlas de recuerdo: las puso en su agenda, anotó la fecha y mi nombre, diciendo que sería el recuerdo de la musicoterapia que la había ayudado a salir adelante a pesar de que ella no le tenía fe. Dijo “me ha ayudado en el sentido de que sin tener ni una esperanza en esto, con los días, con el tiempo, me he dado cuenta de esto era necesario, que tenías que llegar a mi vida a darme esta lucecita, porque dios te mandó, porque esta semana yo me he puesto así, con todas mis células abiertas a esperarte”

Otro tema que tocó fue el del “plan b”, esta vez para decir que no estaba dispuesta a pasar de nuevo por lo mismo, que si le decían que necesitaba volver a hacerse tratamientos, prefería quedarse con el tiempo que le quedaba de vida en su casa, con su familia, y que si ellos llegaran a negarse, les diría que los quería y los amaba mucho, que fueran felices, pero que ella no volvería al hospital. Por otro lado, habló sobre las ganas que tenía de viajar con sus hijos a la playa, aunque fuera unos pocos días, para descansar y compartir con ellos en un lugar distinto. Para este plan sacó la cuenta de su posible recuperación y esperaba poder realizarlo en octubre.

A modo de síntesis, esta etapa partió con el hito de un quiebre producto de las expectativas de la paciente en relación con la terapia, en el que como terapeuta me sentí cuestionada y confundida, pero a pesar de esto, no perdí de vista el hecho de que todo lo ocurrido estaba atravesado por el nivel de angustia y malestar corporal de M. al enfrentarse a su última oportunidad concreta de recuperación, situación que había sido esperada por semanas y expresada en casi todas las sesiones anteriores, de una u otra forma, con sus esperanzas y

temores. Sin embargo, la fortaleza del vínculo logró que este quiebre diera paso a nueva apertura de M. hacia la terapia, lo que, unido a los buenos resultados médicos, desarrolló una mirada más optimista de M. hacia su vida y que comenzara a pensar en su futuro, hito con que inicia la cuarta etapa del proceso terapéutico: el cierre.

5.4. Etapa 4: Cierre

La etapa de cierre abarcó las últimas tres sesiones de todo el proceso y comenzó a realizarse a partir de la sesión 14, con M. aún hospitalizada por su período de recuperación tras el trasplante de médula ósea.

Durante la sesión 13 ya había anticipado a M. con respecto a la proximidad del término de la terapia y mi intención de realizar algunas experiencias con las que pudiéramos sintetizar el proceso integrando diversos elementos, por lo que durante la sesión 14 invité a M. a crear un collage con imágenes de revistas. Para esto, M. puso sonidos de la naturaleza en su celular de forma espontánea, y necesitó 6 hojas de block. Mientras escogía las imágenes hablaba sobre sus ansias de que pasara el tiempo e ir de viaje a algún lugar cerca de algún río o del mar. Luego, cuando comenzó a armar el collage, por un período de aproximadamente 20 minutos, no habló más. Al finalizar y observar su collage, verbalizó lo siguiente: “gente joven, contenta, feliz, disfrutando de la vida, el milagro de la madurez, el amor, aquí hay un poquito de pena, y ella media golpeada, y la salud, por allá. Muy muy lindo mi collage. Y eso de allá, es lo que quiero hacer: disfrutar, disfrutar, disfrutar”. Luego dijo “en unos meses más, en un año más, cuando yo recuerde todo lo que he vivido, por todo lo que he pasado, voy a pensar que yo soy parte de los recuerdos de esa mujer”, a lo que respondí que eso era lo lindo de trabajar con personas, el poder compartir momentos, con lo que se emocionó y lloró: “Yo quisiera no recordar nada, que viniera

un chispazo en mi mente y no tener que pensar en nada, estoy tan cansada”, pero luego se animó y pensó en los pocos días que le quedan de hospitalización y lo bien que resultó el trasplante según lo que le había dicho su médico. Finalmente pidió un baño sonoro con algunos instrumentos, pero antes comenzó a preguntarme si yo me acordaría de ella en unos meses más, y que quizás no sería así porque yo también tenía otros pacientes que ver, frente a lo que le respondí que ella era mi primera paciente de la vida y que no la iba a olvidar, con lo que comenzó a llorar nuevamente, entonces le tomé las manos y nos quedamos en silencio unos minutos hasta que me pidió que le hiciera el baño sonoro.

La sesión 15 fue en el domicilio de M. Se encontraba relativamente bien, pero muy agotada. Comentó que comunicó a sus hijos que en caso de tener que pasar por lo mismo de nuevo, ella se negaba, y sus hijos lo aceptaron. Para la sesión llevé preparada una experiencia similar a la de la sesión anterior, pero con palabras. Llevé muchas palabras escritas (sentimientos, emociones, sensaciones, sustantivos, adjetivos) para que ella eligiera pensando en su proceso de musicoterapia y pegara en una hoja como quisiera. Utilizó dos hojas de block y seleccionó cerca de 50 palabras, ordenándolas de forma cronológica a como se fue dando la terapia. Mientras lo hacía puso música romántica en inglés, y no habló por cerca de 20 minutos. Luego me explicó lo que hizo, que pasó por lo mal que estuvo cuando le diagnosticaron el cáncer, su desconfianza inicial en la musicoterapia, los cambios de percepción que tuvo al respecto y lo bien que se sentía en ese momento después de todo. Finalizamos con un baño sonoro solicitado por M.

En la última sesión invité a M. a reflexionar por última vez sobre el proceso que vivió desde marzo. Dijo que se había dado cuenta que la terapia sí podía sanarla, desde un sentirse bien y de buen ánimo, pero que dependía de la persona que estaba recibiendo, es decir ella, y que por

eso las últimas semanas había estado con una predisposición distinta, porque creía que efectivamente de esa forma funcionaría mejor. Dijo que fue una buena experiencia, que era un encuentro una vez a la semana de hacer algo distinto, en la que había hablado, llorado y botado tensiones. “En un momento vi dos opciones, o le digo a la Gabriela que no venga más, o me entrego a esta cuestión. Y dije no, ya me comprometí con ella, así que me voy a abrir a esto”.

Sobre sus planes a futuro habló que antes de todo tenía puesta su mente en descansar y recuperarse, pero luego quisiera salir de Santiago unos días y retomar algunas cosas que antes le gustaban, como coser. Habló de esto con mucha calma, no quería apresurarse y quería ver cómo se iba sintiendo ella y cómo se iban dando las cosas. Con respecto a su vida dijo que le gustaría que fuera tranquila y sin miedos, y pensaba que podría buscar asesoría para cambiar su alimentación para fortalecer y cuidar su sistema inmunológico.

Para finalizar la sesión, invité a M. a escoger algunos instrumentos que representaran el proceso de terapia. Escogió los cascabeles para representar el comienzo y el triángulo, que dijo era lo que más disfrutaba en los baños sonoros. Luego, con esos instrumentos acompañamos la canción “Wonderful tonight” de Eric Clapton, que le gustaba mucho y era recurrente en las sesiones cuando ella ponía música de fondo. Al terminar dijo sentirse bien, me deseó lo mejor en mi proceso de término y nos dimos las gracias mutuamente por lo compartido y aprendido.

6. EVALUACIÓN DEL PROCESO

6.1. Evaluación del logro de los objetivos específicos

- Desarrollar la capacidad de escucha emocional:

En la tabla I (anexos), se puede apreciar que durante la etapa de aproximación

diagnóstica, las experiencias receptivas realizadas con M. pudieron ser principalmente clasificadas dentro del tipo de escucha “analítico”, esto inferido a partir de las verbalizaciones de la paciente, lo que corresponde a una percepción de tipo intelectual, y también “cinestésico”, dado que M. respondía a la música con movimientos corporales voluntarios como balanceos, movimientos de cabeza y marcación del pulso con los pies, lo que corresponde a una percepción de tipo física. Esta clasificación se mantuvo para las experiencias receptivas de la segunda etapa del proceso, y se agregó en una ocasión un tipo de escucha fisiológica, correspondiente a la percepción física, en la que las sensaciones físicas eran involuntarias. Los cambios más notorios se presentaron durante la etapa 3, en la que se realizaron 3 experiencias receptivas, de las cuales 2 fueron clasificadas como tipo de escucha imaginativa, correspondiente a la percepción emocional, esto inferido a partir de las verbalizaciones de M. Por último, en la etapa de cierre, se realizaron 2 experiencias receptivas que fueron clasificadas dentro del tipo de escucha fisiológico. En síntesis, se puede decir que el objetivo en cuestión se cumplió, dado que poco a poco se fue modificando el tipo de escucha de M. de un tipo intelectual a uno más emocional.

- Aumentar la conexión emocional:

En la primera etapa de aproximación diagnóstica las verbalizaciones de M. brindaban información sobre sus bloqueos emocionales, al referir recurrentemente que no había sentido nada, que no había surgido ninguna emoción en particular luego de una experiencia o que no tenía nada que aportar en la experiencia, además de expresarse desde un punto de vista intelectual que hacía referencia a relaciones lógicas o a aspectos técnicos de la música u otro elemento no musical. Este panorama se modificó un poco durante la segunda etapa de exploración emocional, ya que el vínculo estaba formado y el encuadre era estable, lo que

permitió la realización de diversas experiencias con las que M. fue mirando algunos aspectos de sí misma y conectándose con emociones que había estado evitando, al punto de costarle identificarlas y relacionarlas con episodios de su vida. Durante la tercera etapa del proceso musicoterapéutico hubo un episodio en el que, producto de factores como la nueva hospitalización y tratamientos, y la presencia del hermano de M. en la sesión, esta exploración emocional tuvo su expresión más clara, no sin la presencia de resistencias verbales, pero sí con una catarsis producto de las expectativas de M. frente a la terapia y la angustia surgida frente a su última posibilidad de recuperación: el trasplante de médula. Luego de este episodio, el trabajo de exploración emocional se vio naturalmente relegado por la necesidad de recuperación física de M. luego del trasplante, y se retomó durante la etapa de cierre, pero con el objetivo de integrar elementos y concluir el proceso. En esta fase se observó a M. mucho más tranquila, sin la necesidad tan urgente de intelectualizar sobre las experiencias y mostrando más libremente emociones y sentimientos como la tristeza, el miedo, el afecto, y los deseos de recuperarse pronto, viajar fuera de Santiago en compañía de sus hijos y cambiar sus hábitos alimenticios. Tomando en cuenta esto, se puede concluir que el objetivo en cuestión se alcanzó.

- Potenciar la expresión no verbal:

En la tabla II (ver anexos) puede observarse la sistematización de la información recogida en las experiencias activas o mixtas realizadas durante la terapia, de la que se concluye lo siguiente: en la primera etapa de aproximación diagnóstica se realizaron algunas experiencias mixtas, que surgieron espontáneamente en M. y fueron tomadas como un buen recurso. En estas se observó gran capacidad rítmica de M., pudiendo seguir el pulso de una canción y hacer variaciones y pausas sobre un ritmo base, además de presentar afinación al cantar. Sin embargo

en las experiencias de improvisación surgieron las resistencias verbales e inseguridades, por lo que no se insistió mayormente en estas. En la segunda etapa de exploración emocional se realizaron algunas experiencias de simbolización sonora de emergentes verbales, además de algunas improvisaciones que surgieron a partir de estas experiencias, que si bien no fueron muy extensas, mostraron nuevos elementos en la expresión sonora de M., como integración de algunas palabras con ritmo y la relación que ella había establecido con algunas sonoridades como la de los cascabeles y del siku, al que vinculaba con sentimientos de tristeza, incertidumbre y elementos negativos en general, lo que se observó en distintas ocasiones, ejecutándolo de forma muy similar en cada una. En la tercera etapa no se realizaron experiencias activas, por dar lugar a la necesidad del momento que era la contención y recuperación física de M. a causa del trasplante, y finalmente, en la última sesión, M. volvió a escoger los cascabeles y el triángulo, por ser instrumentos claves para ella en el proceso, los primeros por haberlos escogido casi siempre para tocar, y el segundo por haber sido el sonido que más le gustaba en los baños sonoros. La última experiencia de la terapia también fue mixta, en la que M. volvió a expresar su capacidad rítmica y su gusto por acompañar música de su agrado.

Por otro lado, en las experiencias plásticas se pudo observar que M. se sentía más cómoda cuando tenía los elementos para la construcción de algo, en donde ella escogía y ordenaba de la manera que más le hiciera sentido. Esto se pudo observar en la diferencia que hubo entre los dos dibujos libres que hizo a partir de una experiencia receptiva, en donde no sabía qué hacer y finalmente hacía algo que no la representaba, sólo por hacerlo, y las dos experiencias de collage de imágenes y collage de palabras, en donde sus creaciones fueron extensas, bien organizadas y tuvieron pleno sentido y conexión emocional con lo que ella sentía.

En síntesis, se puede afirmar que este objetivo también fue logrado, dado que se buscaron

diversas estrategias para desarrollar el ámbito no verbal de M.

6.2. Evaluación del logro del objetivo general

A partir del logro de los tres objetivos específicos que apuntaban a la movilización de los aspectos de percepción, conexión y expresión de M., y de la observación de cambios percibidos tanto en su comunicación verbal como no verbal, se evalúa como logrado el objetivo general propuesto para este proceso terapéutico, que consistía en reforzar los núcleos sanos de M., utilizando técnicas musicoterapéuticas, corporales y artísticas.

6.3. Análisis del vínculo terapeuta-usuario

La creación del vínculo se vio atravesada por algunos elementos que pusieron en juego mis inseguridades y mi falta de expertiz como terapeuta. Primero, frente al rechazo que presentó M. en un comienzo, surgieron dudas que tenían que ver con los límites, es decir ¿era probable que M. fuera una persona para quién la musicoterapia no tuviera mayor sentido y por lo tanto no fuera pertinente realizar un proceso con ella, o su rechazo sólo se trataba más bien de mecanismos de defensa? ¿Hasta dónde era adecuado insistir?, ¿a qué debía poner atención para determinarlo? La mirada de mi profesora guía y su ejemplo de calma y paciencia fueron claves para que yo no perdiera de vista el contexto de vulnerabilidad emocional de mi paciente y la necesidad de brindarle tiempo y contención incondicional, al menos hasta que ella expresara claramente que no deseaba continuar con la terapia, cosa que no ocurrió.

La diferencia de edad fue algo que también apareció en las primeras sesiones como un elemento que me producía dudas, pues sentía que M. me miraba como una “niña” de edad similar a la de su hijo menor, que además planteaba realizar con ella algo que no le interesaba.

Sin embargo, este aspecto fue sorteado de forma sencilla tras algunas sesiones, pues creo tener la facilidad de ser espontánea sobretodo en mi sentido del humor, característica que compartíamos con M., por lo que finalmente se produjo una relación más horizontal.

Por otro lado, las verbalizaciones constantes y extensas de M., relacionadas con su intelectualización de las experiencias, fue algo que, si bien fue acogido y sumado a la terapia de la forma más respetuosa posible, también me generaba constantes dudas con respecto a lo que estaba haciendo con ella y si lo estaba haciendo bien o no. Me costaba mucho llevarla desde lo verbal a lo musical, y cuando lo hacía, sus respuestas me dificultaban ahondar más en el aspecto emocional, al menos desde mi nivel de manejo terapéutico. Con respecto a esto, el factor clave que me facilitó este desafío fue la búsqueda de estrategias que estaban fuera de lo estrictamente musicoterapéutico, como algunas herramientas plásticas y de terapia Gestalt.

En síntesis, creo que el vínculo fue logrado de buena forma y fue un elemento fundamental que se caracterizó por mi parte por ser auténtico, respetuoso e incondicional, lo que facilitó la apertura de M. hacia la terapia y el alcance de los objetivos.

6.4. Autoevaluación de fortalezas y debilidades

En un comienzo del proceso primó mi sensación de inseguridad con respecto a cada decisión que tomaba y acción que realizaba o que no realizaba, con respecto a mi nivel de conocimientos, que percibía muy bajo y también con respecto a lo que me producía una paciente que al principio expresó muy directa y enérgicamente no estar interesada en la musicoterapia. Esta misma inseguridad generaba un exceso de estructura que me impedía percibir a veces lo que la paciente traía a la sesión y sus necesidades reales, aunque creo que eso fue mejorando a medida que avanzaban las sesiones y bajaba mi nivel de ansiedad. Por otro lado, si bien acogí su

excesivo nivel de comunicación verbal, era un desafío constante visualizar lo importante de todo lo que surgía en el discurso y profundizar en ello, llevando lo verbal a lo no verbal, intentos que en muchos casos fue fallido.

Por otro lado, me costaba manejar los tiempos de las sesiones, realizando algunas muy extensas de casi dos horas, que resultaban extenuantes y con una cantidad de información para revisar que dificultaba aún más mi trabajo, lo que produjo que a medida que avanzaba el proceso, fuera mayor la desorganización y sistematización de las observaciones y el material obtenido sesión a sesión.

Además, me costó identificar cuáles serían las bases teóricas con las que enfrentaría la terapia, proceso que fue lento, difícil y que terminó de estructurarse claramente recién al realizar esta monografía, lo que considero que resta ética y profesionalismo al trabajo realizado.

Con respecto a mis fortalezas, creo que soy capaz de ser auténtica y espontánea en el rol de terapeuta, con buen sentido del humor, que además de ser una válvula de escape que me permite bajar los niveles de ansiedad, me facilita la cercanía afectiva con el paciente y aporta en la construcción de un vínculo terapéutico genuino. Por otro lado, creo que tengo la flexibilidad suficiente para sortear situaciones imprevistas y acomodarme a contextos distintos, lo que es muy atinente en una institución de salud que funciona con su dinámica propia, y en una terapia que tuvo dos lugares de realización.

7. CONCLUSIONES

El paciente oncológico debe cambiar abruptamente su estilo de vida para someterse a tratamientos que, además de resultar difíciles de comprender, son invasivos y producen diversas repercusiones físicas y psicológicas, lo que altera además su esfera espiritual y social. Se trata de personas que pasan por un camino de vulnerabilidad emocional y deben afrontar constantemente sentimientos de frustración, tristeza, aislamiento, ira e incompreensión, entre otros, además de preocupaciones familiares y financieras y la posibilidad de una muerte cercana. En este contexto, la musicoterapia ofrece una posibilidad de conexión y expresión del mundo interno que se puede amoldar a las necesidades y características de cada caso particular, brindando siempre, como primer elemento, un vínculo de confianza, auténtico e incondicional en un espacio de contención y libre de juicios. Así fue como en el caso abordado en esta monografía se buscó conocer a la paciente en su historia y en todas sus formas de comunicación y expresión, para identificar sus peculiaridades, sus recursos, sus necesidades y los objetivos que intentarían alcanzarse con la terapia, que finalmente fueron logrados. Sin embargo, quisiera mencionar que más allá de los objetivos que se estipularon y por los cuales se trabajó sesión a sesión, lo que más rescato desde mi visión como terapeuta, es el hecho de que esta usuaria se dio cuenta de que si bien la terapia no era “mágica” para sanarla, como ninguna terapia lo es, era fundamental su disposición y receptividad para lograr el máximo de provecho del proceso. Digo esto porque comparto la visión de la psicooncología, de Lawrence LeShan y Jennifer Middleton en el sentido de que la salud, si bien es atravesada por múltiples factores, es factible de mejorar en la medida que nos hagamos cargo de nosotros mismos y nuestras necesidades, sean estas físicas, psicológicas, sociales o espirituales.

Por otra parte, con respecto al proceso realizado, puedo decir que fue enriquecedor para mí y clarificó todas las dudas que quedaron en el aire en mi período de estudiante de musicoterapia. Sin embargo, no fue fácil, ya que me enfrentó con mis debilidades y mi falta de experiencia, dejando muy en claro la necesidad de tener los conocimientos técnicos necesarios a tiempo, y las herramientas musicales y terapéuticas en un nivel de manejo que permitan moverse con facilidad en la dinámica que se produzca con el usuario sesión a sesión. Conocer además las características particulares del paciente con el que se va a llevar a cabo un proceso es fundamental, para poder hacer foco en sus necesidades reales y levantar objetivos de trabajo acordes a estas. En relación con lo mismo, se hace necesario identificar a tiempo los criterios de evaluación y buscar o crear formas de sistematizar esta información para que sea claro y evidente el alcance o no de los objetivos propuestos. Sin duda, la formalización de procesos musicoterapéuticos aún es una necesidad en nuestro país, para seguir dando a conocer la disciplina, abrir más espacios en distintos ámbitos susceptibles de intervención y darle a la musicoterapia el lugar que se merece.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Almanza-Muñoz J.J., Holland J.C. (2000). *Psicooncología: Estado actual y perspectivas futuras*. Revista Instituto Nacional de Cancerología, Vol. 46, Núm. 3, pp. 196-206.
- Álvarez C., Robert V., Valdivieso F. (2013). *Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. Revista Médica Clínica Las Condes, Núm. 24, pp. 677-684.
- American Cancer Society (2016). *¿Qué es el cáncer?* (online). Disponible en:
<https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.ht>
- Bañados B., Tamblay A. (2004). *Psicooncología del cáncer de mama*. Memoria para optar al título de psicólogo. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia. Métodos y Prácticas*. Editorial Pax México, México.
- Bruscia, K. (2010). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Editorial Agruparte, España.
- Cano, A. (2015). *Equipo de Psicooncología, un apoyo fundamental para pacientes del INC*.
Recuperado de:
http://www.incancer.cl/contenido/noticias/Noticia_Sole_Cano_DIC2015/Noticia_Sole_Cano_DIC2015.aspx
- Casado M., Medina M., Torrico G. (2012). *Pruebas realizadas en el Laboratorio de Hematología*. Disponible en
<https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/10/pruebas-realizadas-en-ell-laboratorio-de-hematologia.pdf>
- Castillo L., García, S., Martínez B., Meza E., Torres A., Sauri S. (2008). *El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*. Revista de

- Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 13, núm. 1, México.
- Chau C., Morales H., Wetzell M. (2002). *Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados*. Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XX, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Chuaqui B., Duarte I., González S. y Rosenberg H. (1992). *Manual de Patología General*. Pontificia Universidad Católica de Chile, recuperado de http://publicacionesmedicina.uc.cl/PatologiaGeneral/Patol_099.html
- De Juan A., García A., López J., López C., López A., Ramos J., Rivera F., Vega M. (2004) *Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia*. Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. Revista Psicooncología, vol. 1, núms. 2-3, pp. 137-150.
- Di Marco, P.C., Keegan, A. R., y Valentini, A. (2015) *Factores Protectores y Vulnerables en Pacientes Oncológicos Candidatos al Autotrasplante de Médula Ósea (Tamo)*. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Vol. 2, N°1, 276-290
- Die Trill M. (2004). *Jimmie Holland*. Psicooncología, Vol. 1, Núm.1, pp 185-186.
- Encinas C., Mateos M. (2016). *AEAL Explica: ¿Qué es el mieloma?*. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia. Primera Edición, Madrid, España.
- Ferrari, K. (2013). *Musicoterapia. Aspectos de la sistematización y la evaluación de la práctica clínica*. MTD Ediciones, Buenos Aires, Argentina.
- Granados, Herrera. (2010). *Manual de Oncología*. Mc Graw Hill Interamericana Editores, México

- Gauna, G. (2008). *Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez*. Editorial Koyatun, Argentina.
- Grocke D., Wigram T. (2008). *Métodos receptivos en musicoterapia: técnicas y aplicaciones clínicas para musicoterapeutas, educadores y estudiantes*. Editorial Agruparte, España.
- Gutiérrez Y., Rojas C. (2016). *Psicooncología: Aportes a la comprensión y a la Terapéutica*. Nueva Mirada Ediciones, Talca, Chile.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Editorial Grijalbo. España.
- Kübler-Ross, E. (2001). *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Editorial Martínez Roca. España.
- LeShan, L. (1994). *Luchar con el cáncer*. Editorial Errepar, Buenos Aires.
- Leukemia & Lymphoma Society (LLS). (2014). *Información sobre el linfoma periférico de células T*. N°25-S,
- Marieb E. (2009). *Anatomía y Fisiología Humana*, 9ª edición, Editorial Pearson.
- Middleton, J. (1991). *Yo (no) quiero tener cáncer*. Ed. Centro del Desarrollo de la Persona. Chile.
- Middleton, J. (2002). *Psico-oncología en el siglo XXI*. Revista Actualidad Psicológica. Recuperado de <http://www.jennifermiddleton.cl/#sigloxxi>
- Palma J., Palomo I., Pereira J. (Ed.). (2009). *Hematología: Fisiopatología y Diagnóstico*. Talca, Chile: Editorial Universidad de Talca.
- Pérez, B. (2012). *La intervención verbal en musicoterapia*. Marco teórico de trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Musicoterapia, Madrid, España. Recuperado de <http://www.musicaysalud.org/la-intervencion-verbal-en-musicoterapia/>
- Pinto A. (2014). *Linfoma No Hodgkin*. Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Escuela de

Medicina, ULACIT. Panamá.

Provencio M., Sánchez A. (2009). *AEAL Explica: Linfomas no-Hodgkin de células T*.

Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, AEAL.

Ruiz, C. (s.f.) *La psicoterapia Gestalt: una terapia humanista*. Artículo publicado por

Centro Gestalt, Psicoterapia y Formación. Recuperado de

<http://www.gpyf.es/art%C3%ADculos/>

Zain, J. (2014). *Escuchar el silencio. Musicoterapia Vibroacústica*. Editorial Kier, Buenos

Aires, Argentina.

10. ANEXOS

Tabla I

Etapa	Sesión	Experiencias receptivas	
Etapa 1: Creando el Vínculo	1	Experiencia 1: Baño sonoro	
		¿Verbalizó durante la experiencia? Sí. “¿Y después tu campo laboral cuál va a ser, Gabriela?”	Escucha Analítica
	2	Experiencia 1: Escucha de “Corazón bandido”	
		¿Verbalizó durante la experiencia? Sí. “no sé con qué te ensuciaste aquí”/ “me parece que esta canción no la cantó en el festival”	Escucha Cinestésica -Analítica
		Experiencia 2: Escucha de “amárrame” Mon Laferte	
		¿Verbalizó durante la experiencia? Sí. “¿y en el festival quién cantaba esa parte? / “porque esta canción ella la escribió, no él”/ Después: “bonita... igual debería cantar las canciones antiguas que tenía”	Escucha Cinestésica - Analítica
	3	Experiencia 1: Escucha de “Amor Completo” Mon Laferte	
		¿Verbalizó durante la experiencia? No. Después: “Esa no la había escuchado, la encontré un poquito lenta, con ningún coro muy pegajoso”	Escucha Cinestésica - analítica
		Experiencia 2: Escucha de “Lady in red”	
		¿Verbalizó durante la experiencia? Sí “Esta parte de la música la encuentro genial, porque la letra no me	Escucha Analítica

		llega mucho, es la música”. / Después: “me dan ganas de cerrar los ojos no más, de escucharla, porque no hay nada más que se pueda hacer con la música”	
Etapa 2: Exploración emocional	4	Experiencia 1: Escucha de “wonderful life” y expresión plástica	
		¿Verbalizó durante la experiencia? Sí. “Aquí es donde yo digo que podría haber hecho un curso de inglés” Después: “Lo hice pensando en la nada, nada, nada” “la idea era ocupar todos los colores, uno al lado del otro para formar un algo” “soy pésima para el dibujo, es que yo ¿para la cosa artística? Nada, nada”	Escucha Analítica
	5	Experiencia 1: Imaginería “mujer de poder”-expresión plástica	
		¿Verbalizó durante la experiencia? No. Después: “no puedo agregar mucho a la experiencia” “me sentí bien, me imaginé el mar, las olas, la arena.... Pero no sentí nada en mi cuerpo” “estaba tranquila pero igual pensaba en otras cosas también”	Escucha Analítica - Imaginativa
	6	Experiencia 1: Imaginería “lugar favorito”	
		¿Verbalizó durante la experiencia? No. Después: “fui tratando de imaginarme cosas en la medida que lo ibas diciendo, pero se me venían muchas cosas a la cabeza y buscaba todas las opciones”	Escucha Analítica
	7	Experiencia 1: Imaginería “mi casa”	

		<p>¿Verbalizó durante la experiencia?</p> <p>No. Después: “estuve pensando en mi hijo más grande, tratando de recordar qué era lo que hacía con él en esos años que te dije antes”</p> <p>“me conecté poco con el tema de la casa, me quedé pensando en eso”</p>	<p>Escucha</p> <p>Analítica</p>
	8	Experiencia 1: Inducción de relajación con música	
		<p>¿Verbalizó durante la experiencia?</p> <p>No. Después: “Sentí que estaba muy tensa, en la mandíbula por ejemplo y trataba de soltar” “la música suave me relajó mucho, pero no me dormí”</p>	<p>Escucha</p> <p>Fisiológica</p>
	9	Experiencia 1: Relajación Muscular Progresiva	
		<p>¿Verbalizó durante la experiencia?</p> <p>No. Después: “me pareció bien porque era como entretenido, y es bueno porque empezamos por abajo que es el área que uno tiene menos presente, y terminamos con la cabeza, me relajé mucho”</p>	<p>Escucha</p> <p>Cinestésica</p>
	Etapa 3: Quiebre y apertura.	10	Experiencia 1: Relajación Muscular Progresiva
		<p>¿Verbalizó durante la experiencia?</p> <p>No. Después: “Me relajé, pero estaba pensando, al final el objetivo de la musicoterapia... en un momento pensé que era para que mis células se abrieran como para recibir los medicamentos y me iba a sanar...”</p>	<p>Escucha</p> <p>Analítica</p>
11		Experiencia 1: Relajación “células abiertas”	
		<p>¿Verbalizó durante la experiencia?</p> <p>No. Se quedó dormida. La semana siguiente comenta: “vi las células de mi cuerpo abriéndose para recibir el trasplante”</p>	<p>Escucha</p> <p>Imaginativa</p>
12		Experiencia 1: Baño sonoro	

		<p>¿Verbalizó durante la experiencia?</p> <p>No. Se quedó dormida, pero despertó. “Me imaginé que era una alcachofa abierta y que todas mis células recibían la música”</p>	<p>Escucha</p> <p>Imaginativa</p>
	13	Sin experiencia receptiva	
Etapa 4: Cierre	14	Experiencia 1: Baño Sonoro	
		<p>¿Verbalizó durante la experiencia?</p> <p>No.</p> <p>Después :“me dormí por momentos, quedé muy relajada”</p>	<p>Escucha</p> <p>Fisiológica</p>
	15	Experiencia 1: Baño sonoro	
		<p>¿Verbalizó durante la experiencia?</p> <p>No.</p> <p>Después: “casi me dormí, me costó volver”</p>	<p>Escucha</p> <p>Fisiológica</p>
16	Sin experiencia receptiva		

Tabla II

Etapa	Sesión	Experiencias activas o mixtas.	
Etapa 1: Creando el	1	Experiencia 1: Improvisación libre	
		Instrumentos	Observaciones:
		Cascabel de madera y cascabel de	Toca a intensidad media y ritmo binario rápido, sin variación alguna ni pausas. En varias ocasiones esbozó una leve sonrisa y mostró cierto agrado. Interrumpen en la habitación y M. no deja de

	plástico. Elige güiro para terapeuta.	tocar. Habla mientras toca “este sonido me recuerda a la película Mi Pobre Angelito, cuando está en la nieve, con esos sonidos como navideños”. La noto un poco insegura, como que quiere dejar de tocar pero no sabía si “podía hacerlo”, y mientras continuamos, ya cerca de los 5 minutos, dice “¡este es mi gran aporte!”, luego se detiene.
	Experiencia 2: Exploración de instrumentos (presentación por parte de la terapeuta ante su negativa a explorarlos por sí misma)	
	Instrumentos	Observaciones:
	- Sonajero de conchitas - Djembé - Triángulo - Siku arka	- Le parece simpático visualmente, como para ponerlo en un macetero, además de gustarle por ser similar a los otros sonajeros. - Dice conocerlo de cuando tocan en las micros. - Dice que es lindo, lo toma, toca probando distintos ritmos por cerca de 1 minuto. Se emociona y llora. - Lo toma y toca en distintos tubos, por cerca de un minuto también. Lloro nuevamente.
2	Experiencia 1: acompañamiento instrumental de “Corazón bandido”	
	Instrumentos:	Observaciones:
	Cascabeles. Voz. Elige pin armonizador	Toca el ritmo haciendo variaciones en las secciones de la canción, como coros y pausas. Canta a intensidad suave, siguiendo el ritmo, con buena afinación y de forma espontánea, pero sólo en las frases que conocía, principalmente el coro.

Etapa 2:		para terapeuta.	
		Experiencia 2: acompañamiento instrumental de “Amárrame”	
		Instrumentos:	Observaciones:
		Huevitos. Elige el güiro para terapeuta.	Sigue el ritmo del bajo de la canción. (contratiempo y negra) en la introducción. Luego comienza el ritmo Hace pausas junto con la canción, se anima a cantar en el coro, pero muy poco. En el coro cambia el ritmo a cuartinas, y negras.
	3	Experiencia 1: Canto de “corazón bandido”	
		Instrumentos:	Observaciones:
		Huevitos, voz.	Comienza silbando y tarareando la melodía de la introducción, junto con tocar los huevitos (negra, negra, blanca). Canta a intensidad media, con buen ritmo y afinación. En el coro toca marcando el pulso, siempre pausando junto con la canción.
		Experiencia 2: Canto de “amárrame”	
		Instrumentos:	Observaciones:
	Huevitos, voz	Comienza marcando el pulso con los huevitos. Canta a menor intensidad que antes, casi inaudible en la estrofa. En el coro sube la intensidad notoriamente, mientras toca Se repite esta dinámica el resto de la canción. Dice después que no le gustó la letra de la canción.	
4	Experiencia 1: Simbolización sonora de emergentes verbales		
	Instrumentos:	Observaciones:	

	<p>Siku arka</p> <p>Pin arm</p> <p>Djembé</p> <p>Conchitas</p> <p>Huevitos</p> <p>Toc-toc</p> <p>Siku arka</p>	<p>- “renuncia”, por ser un soplido bajo y triste.</p> <p>- “deudas”, por tener varios sonidos de varias deudas.</p> <p>- “jefe”, por su intensidad</p> <p>- “preocupación”, porque nunca supo qué era el instrumento</p> <p>- “trasplante”, por su sonido desordenado (indeterminado, inseguro). Habla de su miedo a morir.</p> <p>- “quimioterapia”, aunque dice que en realidad es más silencioso.</p> <p>- “atrapada”, toca más que con “renuncia”, pero dice que se parece porque es un sonido bajo.</p>
5- 6-7	Sin experiencia activa	
8	Experiencia 1: representación sonora de situaciones (polaridad) – improvisación.	
	Instrumentos:	Observaciones:
	Cascabeles, siku	Escoge el cascabel para “lo que quería” que pasara, por sus sonidos alegres y variados. Escoge el siku para “lo que no quería que pasara”, (por las mismas razones de “renuncia”) Toca uno y luego otro, haciendo el ritmo y agregando las palabras “que esté todo bien, todo bien, todo bien!” al ritmo. Luego ella toca los cascabeles y yo el siku, vuelve a hacer el mismo ritmo y agrega las palabras de nuevo. La improvisación dura cerca de 1 minuto. Le propongo cambiar y rechaza, quiere los cascabeles porque son más alegres.

	9	Experiencia 1: representación y comunicación sonora con linfoma	
		Instrumentos:	Observaciones:
		Siku arka	Dice que es el sonido del linfoma, por ser un sonido bajo y seco. Le habla a través de él para que le entienda, le dice que se vaya. Toca ritmo en 6/8: . .
Etapa 3: Quiebre y apertura	10	Experiencia 1: Improvisación musical: comunicación entre hermanos	
		Instrumentos:	Observaciones:
		Cascabeles.	M. se niega a tocar, dice que comunicarse con los instrumentos es infantil y le da “plancha”.
	11- 13	Sin experiencia activa.	
Etapa 4: Cierre	14- 15	Sin experiencia activa.	
	16	Experiencia 1: Representación sonora del proceso de terapia	
		Instrumentos:	Observaciones:
		Cascabeles, triángulo	Escoge los cascabeles porque han sido los que ha tocado desde el principio, y el triángulo porque era el sonido que más identificaba y el que más le gustaba en los baños sonoros, por la vibración que dura.
		Experiencia 2: Acompañamiento instrumental de “Wonderful Tonight”	
		Instrumentos:	Observaciones:

		Cascabeles, triángulo	Se balancea, con los ojos cerrados, toca los cascabeles con diversos ritmos y yo el triángulo. Tararea la canción.
--	--	--------------------------	--