

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



MUSICOTERAPIA: Una propuesta de intervención para disminuir el dolor en pacientes con cáncer

- 2010 -

Autor: Paula Valeria Antoci

RESUMEN

La música influye en nosotros mediante la creación de emociones. Cualquier pieza musical puede influir ya sea de manera negativa o positiva, consigue causarnos depresión, angustia, estrés, ansiedad o ira, o puede relajarnos, originarnos alegría o equilibrio psíquico. Por ello, se puede decir que la música actúa como una distracción, destacando que la relevancia son los efectos favorables sobre la percepción del dolor. Es sabido que el dolor se agrava mientras más se piensa en él; por lo que, una de las diversas variables que desvíe la atención de las personas puede ser la música, logrando esta última que la sensación de dolor disminuya. Este trabajo presenta un Programa de Intervención, en el cual la Musicoterapia actúa como técnica, cuyo principal objetivo es la búsqueda de la disminución del dolor que provoca la enfermedad de cáncer en las personas; siendo las metas primordiales de este programa menguar la tensión nerviosa, mejorar el estado de ánimo y propiciar una mayor autoestima en estos sujetos. En este contexto y como procedimiento básico, la propuesta consiste en cuatros encuentros semanales de pacientes con cáncer que concurren a un Centro Oncológico ubicado en la provincia de La Pampa, donde se utilice como técnica principal a la Musicoterapia. Dichos encuentros presentan como contenidos diversas actividades relacionadas con la música cuyos resultados esperados son el hecho de que los pacientes encuentren una nueva manera de expresarse, como así también de entusiasmarse y de distraerse del dolor que la enfermedad provoca.

Palabras claves: Dolor. Cáncer. Música. Musicoterapia.

ABSTRACT

Music influences us through the creation of emotions. Any piece of music can affect either negatively or positively, get cause depression, anxiety, stress, anxiety or anger, or you can relax, caused joy or psychic equilibrium. Therefore, one can say that music acts as a distraction, noting that the relevance is the favorable effect on pain perception. It is known that pain is worse the more one thinks of him as one of the many variables that divert the attention of people can be music, achieving the latter to decrease pain sensation. This paper presents an Intervention Program, which acts as a music therapy technique, whose main objective is the search for pain reduction of disease-causing cancer in humans, being the primary goals of this program reduce stress, improve mood and promote greater self-esteem in these subjects. In this context and as a basic procedure, the proposal consists of four weekly meetings for cancer patients attending a cancer center located in the province of La Pampa, where the main technique used as music therapy. Such content is present as several music-related activities which results could be that patients find a new way to express themselves, as well as enthusiasm and distracted from the pain the disease causes.

Keywords: Pain, Cancer, Music, Music therapy.

**“MUSICOTERAPIA: Un programa de intervención
para disminuir el dolor en pacientes
con cáncer”**



ÍNDICE

Resumen	02
Abstract	03
<i>CAPÍTULO I - Introducción</i>	07
1.1. Objetivos	11
<i>CAPÍTULO II - Marco Conceptual de Referencia</i>	12
2.1. Fundamentación Teórica	13
2.2. Antecedentes	18
2.3. Dolor: definición, clasificación del dolor, consecuencias de un mal tratamiento del dolor	22
2.4. Dolor en pacientes oncológicos: Importancia del Control del sufrimiento y causas	25
2.5. Efectos: generales, terapéuticos y negativos de la Musicoterapia	32
2.6. El bienestar del paciente y su relación con la Musicoterapia	36
<i>CAPÍTULO III - Metodología</i>	38
3.1. Participantes	39
3.2. Instrumentos y Herramientas	39
3.3. Procedimiento: 1° a 6° Etapa	41
3.4. Descripción del Proceso	43
3.5. Desarrollo	50
3.5.1. Relevamiento organizacional y análisis de datos	50
3.5.2. Entrevista efectuada al médico oncólogo del Centro Infinito	59
3.5.3. Entrevista efectuada a la Psicóloga del Centro Infinito	61
3.6. FODA	63

<i>CAPÍTULO IV - Resultados Esperados</i>	65
4.1. Resultados esperados	66
4.2. Plan de Avance	68
4.3. Presupuesto	70
<i>CAPÍTULO V - Conclusiones</i>	73
5.1. Conclusiones	74
5.2. Bibliografía de Trabajo Investigativo	77
5.3. Anexos	81

CAPÍTULO I

Introducción

-

Objetivos

Introducción

Antiguamente la palabra cáncer siempre traía asociado el término muerte y actualmente también van unidos de la mano, pero se debe saber, que al día de hoy muchos de los diferentes tipos de cáncer se curan.

El cáncer es una palabra que engloba tres tipos de enfermedades:

- ✓ Por un lado la enfermedad orgánica, la cual hace referencia a alteraciones que sufre el organismo y que se pueden curar terapéuticamente siguiendo un tratamiento.
- ✓ Por otro lado, la enfermedad emocional, circunscripta esta al cuadro que afecta psicológicamente al paciente y a sus familiares cercanos, este componente está muy sensibilizado y muchas veces contribuye a un empeoramiento.
- ✓ Por último, la enfermedad social, que refiere a aquello que afecta al entorno del paciente.

Según la Asociación Española contra el Cáncer, ésta palabra deriva del griego y significa “cangrejo”; esto es porque en las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una representación abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, con el exclusivismo y forma similar a la de un cangrejo marino.

Esta enfermedad se entiende como una rebelión celular; es un crecimiento anormal, incontrolado de las células tisulares y orgánicas que puede causar la muerte cuando las células impiden el funcionamiento normal de los órganos vitales afectados o se dispersan por todo el cuerpo y dañan otros sistemas esenciales.

Investigaciones realizadas con anterioridad por el Instituto de Cancerología, (Colombia, 2006), han demostrado que cerca del 60% de los pacientes que padecen un cáncer experimenta dolor moderado o intenso durante su enfermedad y esto constituye el principal temor manifestado por ellos y por sus familiares.

Este dolor canceroso tiene un significado muy especial para ellos, lo cual subraya la importancia de los aspectos psicológicos y sociales, los cuales deben ser tomados siempre en cuenta en la evaluación inicial y durante el tratamiento de estos pacientes.

De acuerdo con la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP), este último no es una sensación sino una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión.

Al decir desagradable se incluye un conjunto de sentimientos entre los que se destaca: sufrimiento, ansiedad, depresión y estrés.

Por lo tanto el dolor constituye una experiencia subjetiva integrada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas que no solo modifica y perjudica la calidad de vida de quien la padece, sino que además repercute en su entorno social, laboral y familiar.

El dolor provocado por el cáncer se puede controlar eficazmente en la mayoría de los pacientes oncológicos con el tratamiento médico correspondiente, aunque no siempre se puede aliviar completamente; sin embargo, todo lo que concierne al tratamiento provocará en el paciente estrés y ansiedad antes, durante y después del tratamiento.

Por esta razón es que el tratamiento médico en pacientes de este tipo debe ir de la mano con un tratamiento no invasivo y sin efectos secundarios.

Una técnica terapéutica que actualmente cumple con los requisitos anteriormente mencionados es la Musicoterapia, ya que su uso en pacientes enfermos de cáncer permite reducir la tensión muscular, la sensación de dolor, la ansiedad y el estrés que muchos enfermos sienten al padecer este tipo de enfermedades.

Siempre ha habido conciencia de los efectos musicales en las personas y en la sociedad, por lo que ha resultado necesaria la aplicación de la música en la curación de pacientes, en la educación, en la expresión de emociones y en otras muchas situaciones.

La musicoterapia, se define como: *“la aplicación científica del arte de la música y la danza con la finalidad terapéutica, para prevenir, restituir y propagar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta”*. (Poch, 1981. Pág. 93)

El sonido puede causar efectos a diferentes niveles, desde un primer nivel celular o neuroendocrino, hasta respuestas emocionales conscientes. Es por ello que los sonidos, como los colores, influyen sobre nuestras emociones y estados de ánimo.

Debido a esto, y a que no existen muchas propuestas que utilicen a la musicoterapia como técnica actual aplicada en pacientes oncológicos, es que este trabajo final de graduación tiene como objetivo desplegar un Taller destinado a pacientes que padecen cáncer, en el Centro Oncológico “INFINITO”, de la ciudad de Santa Rosa, provincia de La Pampa. Dicho Taller se dirige a aliviar el dolor provocado por el cáncer a través de encuentros de Musicoterapia. Es importante aclarar que el fin de este proyecto no es la búsqueda de la desaparición del dolor físico que provoca el cáncer como enfermedad, sino que el propósito se dirige a aliviar el dolor por cáncer, causado desde lo emocional; es decir, que el paciente encuentre ese espacio donde poder expresar lo que siente y lo que le pasa, a través de la música, la creatividad y la interacción dentro de un grupo de personas que se encuentran en las mismas condiciones.

1.1. Objetivos

Objetivo General:

- Propiciar por medio de un programa de intervención específico, que incluye encuentros de Musicoterapia, una manera de afrontar el dolor en pacientes con cáncer.

Objetivos Específicos:

- Instrumentar a través de diversas actividades lúdicas como comunicarse, cantar, tocar un instrumento, moverse, etc. un espacio donde los pacientes con cáncer puedan encontrar una nueva forma de expresarse, de manera tal que con dichas actividades se entusiasmen y contribuyan a la distracción del dolor que su patología provoca.
- Favorecer el afrontamiento psicológico del dolor, por medio de encuentros de Musicoterapia.
- Promocionar el bienestar del paciente a través de las diversas actividades realizadas dentro del marco de la Musicoterapia.
- Facilitar las condiciones y las circunstancias necesarias para la creación de un contexto donde el paciente logre reconocer y verbalizar sus emociones, comente lo que piensa y siente a partir del estímulo sonoro.

CAPÍTULO II

Fundamentación Teórica

-

Marco Conceptual de Referencia

2.1. Fundamentación Teórica

Una subespecialidad de la oncología de carácter multidisciplinario que se ocupa de las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, sus familias y el equipo tratante es la *Psicooncología*, cuyo propósito final es la humanización de los tratamientos.

De acuerdo a Vidal y Benito Maria del Carmen (1998), el actual foco de interés de esta disciplina, se centra en la investigación de los diversos modos de afrontamiento de la enfermedad oncológica, el cáncer, los factores que influyen sobre ella y las estrategias psicoterapéuticas útiles para mejorar la calidad de vida.

La intervención psicológica y psicoterapéutica, en el campo de la oncología no está aun extensamente difundida y disponible para los pacientes emocionalmente afectados por el cáncer; surge entonces la necesidad de proporcionar abordajes y estrategias psicoterapéuticas, que sean útiles y sensibles a los requerimientos de los pacientes oncológicos que sufren el tratamiento médico activo.

El tratamiento en sí, siempre implica una relación interpersonal entre el que cura -cuida- y el que sufre, en este contexto, cada escuela psicoterapéutica se caracteriza, básicamente, por tener un esquema conceptual y un procedimiento que la distingue y diferencia de las otras.

Pero sí, hay un punto en común en todas ellas, y es que el hombre enfermo, no quiere estar enfermo, sin embargo sufre los síntomas de su enfermedad. (Vidal y Benito Maria del C, 1998).

A pesar de que esta enfermedad hoy en día es más tratable y que el número de sobrevivientes se ha incrementado, hay todavía un intenso temor que acompaña a su diagnóstico: miedo a la muerte, al dolor, a la pérdida de la independencia o del atractivo y al sufrimiento asociado con el progreso de la enfermedad.

Tomando en cuenta el panorama preocupante que han delineado científicos de la Organización Mundial de la Salud acerca de un incremento de la incidencia mundial de cáncer en un 50% en las próximas dos décadas, es necesario dedicarle más espacio al desarrollo de la prevención y también al de las terapéuticas relacionadas con esta enfermedad.

Existen evidencias que cuanto más integrativo y desde distintos ángulos sea el abordaje a realizarse, más posibilidades tiene la persona de estar mejor. En consecuencia el abordaje de la dimensión psicosocial en el tratamiento del cáncer (que incluye el reconocimiento del agobio emocional que experimentan el paciente y su entorno ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad) es una parte del cuidado de todos los pacientes, en todos los estadios, en padecimientos que afecten cualquier localización y que va a influir en todos los tratamientos que se lleven a cabo.

Los psicoterapeutas están permanentemente dedicados a encontrar alternativas que permitan atender el sufrimiento humano. Dentro de la comunidad científica, los aportes teóricos y técnicos de los enfoques cognitivos pasaron a constituirse en un instrumento muy valioso, que brindan una variedad de recursos para enfrentar distintas problemáticas, entre ellas, la del paciente oncológico y su medio.

Jimmie Holland, prestigiosa psicooncóloga americana, reconoce en su último Handbook "Psicooncology", de 1998, que en un examen realizado en ese año en centros americanos de cáncer, las intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales fueron entre los servicios psicosociales, las más ampliamente ofrecidas, especialmente para el tratamiento del dolor, el control de las reacciones aversivas ante la administración de la quimioterapia y para incrementar el bienestar emocional.

David Clark, destacado teórico cognitivo, señala que "el énfasis de Beck sobre las estructuras cognitivas y procesamientos como manera de lograr un alivio sintomático en desórdenes psicológicos representó un nuevo sistema de psicoterapia".

Cuando se habla de *Psicoterapia* se hace referencia al proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo (paciente) que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación (llegando incluso a configurarse distintos paradigmas).

En la gran multiplicidad de enfoques de la Psicoterapia, uno relativamente nuevo es el enfoque de la *Musicoterapia*, la cual se puede entender como el uso de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar y promover la comunicación, como así también las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

La pregunta que inevitablemente se suscita al hablar de la Musicoterapia, es ¿por qué aplicarla en los enfermos con cáncer? Modestamente se puede sostener, y sin lugar a dudas, que hasta ahora en muchos círculos, el cáncer es todavía vivido como un estigma social.

La palabra cáncer parece impronunciable incluso en el mismo ámbito médico; un ejemplo de ello es la “conspiración de silencio”, que es la ocultación de la enfermedad al propio paciente por parte de la familia y los facultativos en muchos casos ante la presunción de que quien lo padece, puede parecer débil ante la noticia.

Al diagnóstico de cáncer el paciente suele asociar sufrimiento y síntomas amenazadores, así como tratamientos agresivos, mutilantes y prolongados en el tiempo, anexándole a todo ello, el factor del dolor.

Así entonces, en este escenario, el concepto de muerte asociado al cáncer, es percibido como especialmente doloroso y traumático.

Se sabe además, que la meta fundamental de la Medicina es la defensa de la beneficencia del enfermo (hacer el bien: *bene facere*); de tal modo que todo bien es portador de un *valor* y la experiencia del valor es una *virtud*. (Cortés Funes H, et al, editores., 1999; 271-84).

Por ende, la virtud puede definirse como el hábito operativo bueno, o también lo que hace bueno al que la tiene y hace buena su obra; así entonces, para conseguir el bienestar del enfermo, se acude a la musicoterapia en razón de que se intenta hacer llegar al cerebro, unos estímulos que le lleven a una relajación o anulación de los que reproducen la enfermedad a través de diversas melodías con las que se pueden conseguir efectos sorprendentes.

Al médico se le suponen virtudes que posibilitan alcanzar el objetivo, entre ellas podemos reseñar: benevolencia (voluntad de hacer el bien), confianza, fidelidad, respeto a la persona, honestidad, justicia, prudencia y coraje.

Por añadidura, ser benéfico significa hacer el bien a otro a través de una determinada intervención; en este contexto es que la musicoterapia toma relevancia por cuanto promueve -como terapia alternativa no invasiva- una mejor comunicación y afianzamiento de las buenas relaciones, para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y también cognitivas.

La musicoterapia tiene como fin, desarrollar potencialidades o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención de estados psicológicos depresivos.

¿Cómo podemos reconfortar a la gente que está muriendo si tememos a la muerte más que los propios enfermos? Así pues, por lo general la relación en los hospitales suele ser algo distante, fría.

Entonces acompañar y dar apoyo a una persona que está enfrentada con su propia muerte, es siempre una labor demandante, agotadora y estresante, pero es una de las cosas más valorables que un ser humano puede hacer por otro.

Por consiguiente, los miembros del equipo médico, deberían ser diestros observadores, buenos escuchas y eficaces comunicadores, aquí tiene cabida la musicoterapia.

A la vista de este panorama queda patente la insuficiencia de tiempo y probablemente de capacidad del oncólogo médico para cubrir las necesidades no dependientes del tumor de la persona que tiene cáncer y sus allegados, o sea las necesidades emocionales, las cuales en buena parte, son cubiertas por las actividades propias de la musicoterapia.

La integración del musicoterapeuta en el equipo médico supone un requisito imprescindible para alcanzar los objetivos planificados y también para la mejora de la calidad del tiempo de trabajo dentro del grupo, labor en la que debe atender los aspectos psicológicos y emocionales de los pacientes, para momentos de duda, tensión o conflicto.

2.2. Antecedentes

Modelos de la Musicoterapia

Es en el siglo XX cuando la Musicoterapia empieza a formalizarse como una disciplina y una profesión socialmente reconocida; alrededor de los años '50 se crearon los primeros programas universitarios para la formación de musicoterapeutas en los EEUU y en Europa y las primeras organizaciones profesionales.

La experiencia adquirida en la práctica como en la educación y el entrenamiento de musicoterapeutas, favoreció su expansión y el desarrollo de un cuerpo de conocimientos que guía su ejercicio profesional.

Este ha sido reconocido y acreditado en numerosos países por agencias gubernamentales y organizaciones profesionales, y cuenta con el respaldo de la Federación Mundial de Musicoterapia. Bruscia, (1997).

Según esta autora, la musicoterapia implica una serie de actividades musicales, corporales y sonoras creativas, interpretativas y receptoras destinadas a evaluar problemas y cumplir los objetivos terapéuticos propuestos, entre otros, los del área *afectivo-emocional*, la *rehabilitación sensorial y motora*, la *integración social* y la *superación de conflictos vitales*.

Se aplica en niños y adultos en una gran variedad de trastornos emocionales, sensoriales, mentales, en la discapacidad física y diversas enfermedades, incluyendo las psiquiátricas.

También se extiende a casos muy específicos, como la reducción del estrés y del dolor, las enfermedades terminales, Alzheimer, adicciones, internos de centros penitenciarios, etc., siendo otras áreas de aplicación, las de las embarazadas, los recién nacidos y personas de la tercera edad.

En cada uno de los campos mencionados, ya sea de la Medicina, de la Psicología o la Educación, se aplican las técnicas de diagnóstico musicoterapéutico y se diseñan las estrategias en concordancia con los objetivos de los equipos interdisciplinarios de salud y educación en los que habitualmente actúa el profesional.

En el IX Congreso Mundial de Musicoterapia que se realizó en 1999 en la ciudad de Washington, Estados Unidos, hubo un reconocimiento por parte de la comunidad de los musicoterapeutas de todo el mundo, de seis modelos teóricos que se consideran fundamentales en gran medida para la creación de los primeros programas universitarios respecto a la formación de musicoterapeutas.

Estos modelos son:

Modelo de Nordoff-Robbins: Musicoterapia Creativa: Se constituyó como tal, entre los años 1976 y 1977. Este modelo consiste en la improvisación musical que se establece entre el paciente y el terapeuta con diferentes instrumentos musicales o canto, según las posibilidades del paciente y de sus condiciones respecto de las funciones vitales. Este tipo de musicoterapia es un hecho interpersonal que toma en cuenta el tipo de paciente tratado y la personalidad del terapeuta, realizando una improvisación entre ambos. (DAVIS, 2000.)

Modelo Alvin: Terapia de libre improvisación La improvisación aboca a la libertad de expresarse, incrementando la espontaneidad imprescindible para el curso de la terapia. En la improvisación musical se manifiestan las acciones humanas con el objetivo de que se haga presente la comunicación entre paciente y terapeuta, la cual se formaliza a través de los diversos elementos musicales, haciéndose de esta manera importante la calidad del intercambio que existe entre ambos. (ALVIN, 2004).

Modelo Priestley: Musicoterapia analítica Nace a principios de los años 60 con el denominado "Intertherapy-group", cuyo trabajo derivó luego en lo que se denominó Musicoterapia Analítica. Mary Priestley, quien es considerada su fundadora, publica en 1975 el libro "Music -Therapy in Action", punto de partida de la institucionalización del modelo como tal. Musicoterapia Analítica es el nombre que se ha dado al uso metódico, informado y simbólico de la música improvisada por el musicoterapeuta y el paciente.

Es usada como una herramienta creativa con la cual el paciente explora su propia vida, a la vez que lo provee de los medios para poder crecer e incrementar su autoconocimiento. (DAVIS, 2000.)

Modelo Bruscia: La terapia consiste en encontrar mejores alternativas para los pacientes ya que no son capaces de descubrirlas por ellos mismos, entonces los terapeutas tienen que ser especialistas en buscar elecciones personales tanto para ellos como para los pacientes. Se les debe enseñar a los terapeutas a improvisar, a encontrar modos alternativos de estar en el mundo para que de esta manera el mismo pueda instruirle a otros. La improvisación es la esencia real de la terapia. (BRUSCIA, 1999)

Modelo G.I.M: Se constituye como tal a principios de la década del 70, el mismo trabaja principalmente con dos aspectos: La posibilidad de la música de provocar tanto la sinestesia como niveles extraordinarios de la conciencia humana. (DAVIS, 2000.)

Modelo de Benenzon: Comenzó a delinearse en la década del 60. Se fundamenta en el complejo sonido-persona, sea el sonido musical o no, tendiente a buscar métodos y diagnósticos terapéuticos.

Este complejo se extiende desde las fuentes de emisión del sonido, comprendiendo la naturaleza, el cuerpo humano, los instrumentos musicales, los aparatos electrónicos, el medio ambiente, y toda la repercusión biológica y

psicológica para la elaboración de la respuesta que encierra el complejo, ya que ella es una fuente de estímulo.

Este modelo considera como objetivo fundamental producir estados regresivos y aperturas de canales en los pacientes, emprendiendo por medio de los nuevos canales de comunicación, el proceso de recuperación. (Benenzon, 2005).

Los distintos elementos que componen la música, su estructura, contenido emocional, poder de comunicación no-verbal, y sus estrechas vinculaciones con el lenguaje pre-verbal del ser humano, hacen de ella un medio extremadamente útil para la integración de las áreas cognitivas, afectivas y motoras del ser humano.

Más allá de las diferentes patologías o problemáticas posibles de abordaje, los objetivos de la Musicoterapia se inscriben dentro del campo de la salud mental. Aquí la música no es un fin en sí misma, sino que es utilizada como una herramienta a través de la cual se abordarán y trabajarán las necesidades del paciente.

Es menester aclarar el importante y destacado papel de la música en la reducción de la ansiedad, del estrés y del dolor en enfermos de cáncer, lo cual los lleva a experimentar una vivencia de elevación, de descarga y reflexión, de renovación y de paz, ya que la música nos afecta tanto a nivel físico como psíquico.

2.3. Dolor. Definición, clasificación del dolor, consecuencias de un mal tratamiento del dolor.

Durante siglos se ha frustrado, a la hora de englobar en una sola definición, la enorme complejidad y multitud de variantes que presenta el dolor; todos sabemos perfectamente a qué nos referimos cuando hablamos de *qué* es el dolor y sin embargo no significa lo mismo para cada una de las personas.

Existe una gran clasificación del dolor, según diferentes autores, la definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): *“es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”*. Al decir desagradable se incluyen sentimientos que se destacan, como es el sufrimiento, la ansiedad, la depresión; por lo tanto, el dolor constituye una experiencia subjetiva integrada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas que se integran modelando el síntoma dolor. (IASP, 1994).

López Timoneda (2000), lo clasifica según la intensidad, es decir, por las características temporales del dolor, de esta manera, de acuerdo con el autor, existen episodios simples, dolor continuo, dolor recurrente o dolor paroxístico, como así también un **dolor agudo y crónico**, que son los que más se utilizan por las diferencias que existen entre ambos en cuanto a la repercusión sobre el sujeto y el enfoque terapéutico.

Para López Timoneda (2000), y D’Alvia (2001); el **dolor agudo**, aparece de repente y provoca fuerte e intenso malestar, es una señal de alerta para el hombre, pues tiene la función de indicarle que algo anda mal en su organismo; cumple por lo tanto una función biológica de instrucción, porque aunque el dolor no guarda ninguna relación cuantitativa con la lesión tisular que lo provoca, alerta al paciente cuando su tolerancia al dolor ha sido alcanzada.

De esta manera, le induce a solicitar ayuda a los servicios de salud, sirviendo al médico como orientación diagnóstica y terapéutica; pero una vez que ha cumplido su misión, se transforma en algo inútil y destructivo, si no es aliviado.

Este dolor, produce una serie de efectos indeseables, como consecuencia de la llegada del estímulo doloroso a distintos niveles del Sistema Nervioso Central.

Su duración es corta y es bien localizado, se acompaña de signos de ansiedad y signos físicos autonómicos (taquicardia, hipertensión, taquipnea, íleo, náuseas, vómitos, sudoración, palidez, entre otros).

Según su etiología el dolor agudo puede ser: Médico, Postquirúrgico o Postraumático y Obstétrico. En contraposición al crónico, es aquel que dura menos de seis meses.

La medicina dispone de variadas tácticas para tratar el dolor agudo, pero no ha resuelto de manera satisfactoria el abordaje del **dolor crónico**. Sin embargo, hay un acuerdo común entre los diferentes autores, que su abordaje debe ser completo, amplio, flexible e integrado pretendiendo un mayor grado de responsabilidad por parte del paciente en el manejo de su vida.

En síntesis, y de acuerdo a lo planteado por López Timoneda (2000) y D'Alvia (2001), el dolor crónico dura más de seis meses, como así también puede persistir muchos años.

Este tipo de dolor es aquel que persiste mucho más que el tiempo normal de curación previsto, no habiéndose resuelto con los tratamientos efectuados cuando se tiene una expectativa de que esto ocurra.

No suele ser muy intenso aunque, por su continuidad y por la permanente amenaza de reaparecer en cualquier momento, agota física y psíquicamente a quien lo padece.

Se asocia con cambios de la personalidad y depresión (tristeza, pérdidas de peso, insomnio, desesperanza) y ansiedad, convirtiéndose el dolor en una enfermedad; es por esto que requiere un enfoque terapéutico multidisciplinar, con un abordaje interdisciplinario e integral, dado que no responde al tratamiento de una causa específica.

En este punto cabe hacer una distinción señalada por López Timoneda (2000), entre lo que se denomina **dolor crónico benigno**; que es el tipo de dolor que no está asociado con el cáncer o el SIDA; para éstos últimos se utiliza la denominación de **dolor crónico maligno**.

Este último es el tipo de dolor que interesa para este proyecto y constituye una verdadera urgencia que debe tratarse de inmediato ya que en él se expresan todos los tipos de dolor posibles, sobretodo en pacientes oncológicos.

Serían dolores perpetuos y persistentes, si bien no es infrecuente que aparezcan períodos de agudización en relación con la expansión del proceso tumoral. El dolor de cáncer, en este caso, estará más agravado por una serie de factores como: insomnio, fatiga, anorexia, miedo a la muerte, rabia, tristeza, depresión, aislamiento.

El dolor crónico, puede tener diferentes consecuencias en la vida del individuo, circunscribiendo su actividad física y laboral, por lo que primero se recomienda, es aceptar la enfermedad y después, luchar para que ésta no torne infeliz al afectado. Resumiendo, se le demanda a la persona que aprenda a asumir como propio su dolor, a comprenderlo, en vez de negar su existencia.

LeBel y Borsook (2000), sostienen que no hay medida objetiva del dolor. La valoración del dolor requiere de una historia completa y un examen clínico profundo, para conocer la fisiopatología del dolor y de esta manera, guiar al paciente hacia un tratamiento racional y oportuno, teniendo siempre en cuenta la valoración progresiva y la evolución del paciente para modificar la terapia cuando fuese necesario.

Estos autores continúan diciendo que *“un número de procesos psicológicos y síndromes predisponen a los pacientes al dolor crónico (...), estos factores son: la depresión mayor, desórdenes de somatización, de conversión, hipocondría y desórdenes dolorosos psicógenos”*. Kittelberg, (Borsook, 2000) .

2.4. Dolor en pacientes oncológicos: Importancia del control del dolor, sufrimiento y causas

El dolor asociado con cáncer es con frecuencia inadecuadamente tratado en los adultos y en los niños (Miser, Dothage, Wesley, 1994); en promedio, un alto porcentaje de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor, sea este moderado, severo o muy severo. (Bonica, 1990).

Un informe del National Cancer Institute Workshop on Cancer Pain (1990), indica que *"el tratamiento inadecuado del dolor y de otros síntomas del cáncer es un problema de salud pública serio y descuidado"*, concluyendo que: *"... todos los pacientes con cáncer deben tener la expectativa que el dolor será controlado, como un aspecto integral de su cuidado a lo largo del curso de la enfermedad"* (National Cancer Institute, 1990).

Debido a que el control del dolor por cáncer es un problema de alcances internacionales, la OMS insiste en que todas las naciones deben ofrecer alta prioridad para el establecimiento de programas de vigilancia del alivio del dolor por cáncer (Stjernsward y Teoh, 1990), esto se debe a que los pacientes oncológicos frecuentemente pierden la esperanza cuando aparece el dolor, asumiendo que este anuncia el progreso inexorable de una enfermedad temida, destructora y fatal.

De esta manera, los pacientes pueden comenzar a rechazar los tratamientos, entrar en diferentes crisis, caer en depresión, transitar por periodos de sufrimiento muy profundo y pueden hasta llegar al suicidio.

El sufrimiento genera una sensación de amenaza para la autoestima y la vida, ocasiona pérdida de la capacidad de lucha para enfrentar los síntomas o problemas causados por el cáncer, ocasiona sensación de pérdida personal y pérdida de la esperanza.

Según Cassel (1982), el sufrimiento puede incluir dolor físico, pero no significa que esté limitado a él; generalmente, puede estar definido como un estado de desesperación severa relacionado con eventos que amenazan la integridad de uno mismo.

El manejo del dolor puede estar asociado a procedimientos médicos elementales para la cura de los enfermos, pero en algunos casos, ni los fármacos más potentes permiten que el dolor desaparezca o aunque sea disminuya.

Sin embargo, existe un semblante que parece tener efectos positivos frente al dolor; Cohen (2002) lo denomina **distracción** y sostiene que en varias ocasiones este concepto ha demostrado ser más óptimo que los múltiples anestésicos locales para aliviar el dolor y el malestar.

Así como se presentan causas que ocasionan el dolor por cáncer, también existen técnicas, terapias y tratamientos que ayudan al alivio de este dolor, entre ellos, los tratamientos farmacológicos y los no farmacológicos, que se refieren al empleo de múltiples modalidades terapéuticas, incluyendo intervenciones educativas, psicológicas y físicas, combinadas con analgésicos adecuados.

También se pueden mencionar a los Cuidados Paliativos, que consisten en la asistencia total y activa al paciente y a su entorno, por un equipo multiprofesional, cuando no hay posibilidad de curación y en que el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida. (OMS, 1994).

Por otro lado, la Radioterapia, donde la liberación de radiación ionizante dentro de un volumen definido del cuerpo tiene como finalidad erradicar (esterilizar) o despoblar substancialmente de células tumorales a ese volumen con una cierta tolerancia a los tejidos normales. Como así también la Quimioterapia, que no es un aparato, como la radioterapia, sino un conjunto de medicamentos. (Kelly JB y Payne R., 1991)

Otros tipos de tratamientos y terapias son los Tratamientos Conductuales (Biofeedback), donde se enseña a los pacientes a transformar aspectos físicos concretos para reducir síntomas indeseables. Es una forma de tratamiento no agresivo, que requiere poco esfuerzo; la evidencia, en cuanto a la eficacia de esta técnica es moderada. (McGrath, 1990).

Se encuentran además las Terapias Conductual y Cognitiva Conductual, estas intervenciones pueden definirse, como aquéllas que pretenden cambiar el comportamiento a través de sentimientos, ayudarles a disfrutar más de las actividades diarias y hacerlas más productivas. (Beck, 1991)

De esta manera se busca modificar creencias disfuncionales y actitudes que afectan negativamente a su capacidad de tratar con el dolor, motivar al paciente a reducir su aislamiento social, interactuar con otros y participar en actividades placenteras.

Un tipo de terapia que actualmente no se utiliza demasiado es la Hipnoterapia, ya que es la técnica de relajación más complicada, requiere entrenamiento en terapeuta y paciente. Ayuda al paciente a obtener niveles de relajación superiores, que generalmente se siguen de sueños apacibles, mayor energía y disminución del dolor. (Greenwald, Bonica y Bergner, 1987).

Las investigaciones no han conseguido determinar el mecanismo analgésico de la hipnosis pero sí es superior al placebo. Más allá de que sea una técnica que auxilia al paciente llevándolo a altos niveles de relajación y supresión del dolor, requiere cooperación total del paciente y existen momentos en los que él no se encuentra disponible para participar completamente porque el dolor prevalece.

Sin embargo, la Musicoterapia es una técnica de la cual hoy en día no se conoce demasiado, pero que al igual que las técnicas mencionadas con anterioridad, actualmente se está comenzando a utilizar para paliar el dolor por cáncer. El uso de la musicoterapia en pacientes enfermos de cáncer permite reducir la tensión muscular, la sensación de dolor y la ansiedad y el estrés que sienten los enfermos.

La aplicación de la musicoterapia ha demostrado ser muy útil para debilitar los efectos negativos que producen múltiples dolores, ayudando al individuo a recuperar los niveles basales óptimos de funcionamiento psicofisiológico y de bienestar, por lo cual se considera que esta técnica puede llegar a ser útil no sólo en el marco clínico terapéutico, sino en la prevención a nivel primario.

De acuerdo con Benenzon (2005), la musicoterapia se basa en las interacciones entre el paciente y el musicoterapeuta a partir de los sonidos, sean estos musicales o no, así como de la oportuna utilización de técnicas que surjan como propuestas de trabajo teniendo en cuenta la patología del paciente y el momento del mismo, permitiendo así, que el profesional, con creatividad, realice las intervenciones que considere adecuadas.

Por ejemplo, para reducir el estrés se emplean los efectos fisiológicos de algunas letras musicales que al ser escuchadas generan un estado modificado de conciencia, en el cual la persona supera de forma creativa sus conflictos y las causas de su tensión nerviosa.

En cambio, para abordar problemas como el autismo, se induce al paciente a que utilice su propio cuerpo y distintos instrumentos para que produzca sonidos que le ayuden a mejorar el manejo de sus manos, la relación con otras personas y la diferenciación del mundo que le rodea. Lo importante es la producción por parte del paciente y la comprensión del musicoterapeuta.

Bajo el término Musicoterapia se encierran diversas formas de terapia, como la *danzaterapia*, la *arteterapia*, el *psicodrama* y la propia *Musicoterapia*, por lo que el término admite varias definiciones.

Etimológicamente significa: “terapia a través de la música” (Poch, I, 1999, p. 39). En cambio, Bruscia (1998), la define como: “un proceso de intervención, en la cual el terapeuta provee ayuda al paciente para obtener la salud a través de experiencias musicales.

A lo largo de la historia, muchas civilizaciones han reconocido la influencia que tiene la música en las personas y, más aún, han utilizado los sonidos del tambor para efectuar terapias de grupo.

En cambio, el uso terapéutico de los sonidos, hoy en día, sigue pautas definidas que permiten encontrar ritmos vitales y realizar interacciones creativas en grupo.

Para muchos terapeutas, *la herramienta sonora más poderosa es el canto humano*, ya que a través de éste, se reflejan los sentimientos en la escala musical, siendo el bemol el signo musical más explícito del dolor y el sostenido la frecuencia más clara de la alegría.

Al médico dentro de esta disciplina se lo denomina musicoterapeuta, el cual debe tener conocimientos médicos, psicológicos, pedagógicos y musicales, pero sin llegar a ser médico, músico, etc. El musicoterapeuta se dedica únicamente a la musicoterapia y por lo tanto recibe formación específica.

Debe de ser, ante todo terapeuta, con gran conocimiento teórico y práctico del mundo sonoro, musical y del movimiento, ya que son estos los aspectos que interesan a la musicoterapia.

El musicoterapeuta no es cualquier persona que crea que él también puede “poner una musiquita y que le expliquen qué sienten con ella”, sino que tiene un objetivo marcado y un guión por el que quiere ir indagando las sensaciones, las percepciones de los pacientes, porque cuando se trata de personas, hay que tener mucho cuidado con lo que se hace y se dice, pues se puede llegar a no controlar una situación determinada y provocar momentos que no se sepan controlar.

La musicoterapia emplea todo tipo de música, considerando como tal, a todos los sonidos, ruidos, silencios, gestos o movimientos, que provengan de grabaciones, produzca el propio cuerpo o generen instrumentos musicales.

Se trabaja sobre todo con música clásica, aunque no se excluye ningún tipo de melodía como la new age, el pop o el rock.

La música se sirve de tres parámetros:

- ✓ Inicialmente, la *intensidad* que indudablemente ha ocupado en nuestro siglo una preponderancia quizá aún mayor que los otros dos parámetros, a causa de los potentes equipos de sonido.

- ✓ Seguidamente, la *cadencia* y la *frecuencia*, que producen efectos menores que la intensidad del volumen, hasta el punto de que una nota o partitura que en sí es tranquilizante puede volverse irritante si el volumen es más alto que lo que esa persona puede soportar.

Las notas agudas a bajo volumen, son agradables de escuchar, invitan a despertarnos con relax, predisponen al trabajo y dan alegría.

Son antidepresivas y proporcionan felicidad; por ejemplo, el canto de los pájaros, de los grillos y los juegos de un niño pequeño, el violín, el clarinete, la mitad derecha del piano, el arpa y la guitarra clásica.

Las notas agudas a alto volumen, constituyen una llamada de alerta, una nota de atención vigorosa, despiertan del sueño con rapidez.

Pueden actuar decisivamente sobre grupos enormes de gente. Como factor negativo pueden irritar seriamente el sistema nervioso auditivo, obligándolo a realizar acciones que no haríamos en un estado de tranquilidad.

Ejemplos de estas son las trompetas en los ejércitos, sirenas de alarma o de paro de la jornada laboral, el grito de un niño pidiendo socorro que nos mueve a la acción, el chillar de un coche frenando nos produce pánico, la guitarra eléctrica, la trompeta y los platillos de la batería.

Por otro lado, las notas agudas a alto volumen y muy rápidas, son la forma auditiva que más rápidamente influye en las personas y que más cambios corporales genera.

Invitan al movimiento corporal, predisponen a mezclarnos con grupos de gente y casi obligan a seguir una dirección determinada. Emocionalmente mejoran la apatía, la debilidad de carácter y los complejos.

Pero tienen un efecto muy perjudicial en el oído, son irritantes del sistema nervioso hasta el punto de descontrolarnos, aumentan la agresividad y perjudican las relaciones sociales íntimas y personalizadas.

A modo de ejemplo la batería, la guitarra eléctrica y los solistas de música rock, la caída del agua de una gran cascada, el desbordamiento de un río o un enjambre de cigarras.

A sí mismo, las notas graves a bajo volumen, son las notas más sedantes, las que motivan a moverse con lentitud, con paciencia, y las que invitan a la reflexión.

Pueden calmar rápidamente a grupos de personas discrepantes, provocar el sueño de un niño inquieto y producir una relajación muscular y nerviosa rápida y eficaz.

Ejemplos de éstas, son el silencio de la noche, el movimiento de las olas, el vibrar del campo, las palabras serenas de un abuelo, el mugir de las vacas, la respiración durante un sueño profundo y un pequeño ventilador, el contrabajo, el oboe y el violonchelo.

Las notas graves a fuerte volumen, son notas intimidatorias, que obligan a detenerse ante la presunción del peligro.

Nos producen miedo, o al menos prudencia, y nos invitan a movernos con extrema lentitud. Se emplea generalmente para infundir pánico y para obligar a la reflexión inmediata a personas muy agresivas.

Por ejemplo, los timbales (muy utilizados en el ejército o por los piqueteros, manifestantes, etc.), el saxo y el trombón.

En la naturaleza encontramos las avalanchas de tierra y nieve, los movimientos sísmicos, el trueno, el rugir de un animal salvaje o en el estallido de un volcán en erupción, una explosión, un tornado o un maremoto.

2.5. Efectos generales, terapéuticos y negativos de la Musicoterapia

La mejor música para propósitos terapéuticos es la que contiene variaciones sobre un tema familiar ya que nuestra constitución bio-psico-sociológica, nos faculta para reaccionar a nuevos estímulos.

Una pieza musical que sea totalmente novedosa puede tener como resultado el que la persona que la escucha pierda la atención, aunque lo mismo puede suceder si la música es demasiado familiar.

No obstante, así la música sea primicia o ya conocida, en los pacientes produce efectos diferentes.

Dentro de los aspectos generales, se pueden mencionar:

- ✓ En la Fisiología, donde se producen cambios en el ritmo cardiaco y respiratorio, y en la tensión muscular.
- ✓ En la comunicación, estimulando la expresión de los problemas e inquietudes.
- ✓ En la afectividad y sensibilidad.
- ✓ En el movimiento.
- ✓ En las relaciones sociales.
- ✓ En lo psicoterapéutico, ayudando a resolver problemas psicológicos y a cambiar conductas establecidas.

Respecto a los efectos terapéuticos, ahora se sabe que algún tipo de música (tribal, clásica, etc.) provoca la relajación disminuyendo la frecuencia respiratoria y cardiaca, la tensión arterial y el tono muscular.

Si la música nos llega a evocar diversas emociones, es porque nos toca la frecuencia específica de diversos neurotransmisores que al liberarse nos provocan recuerdos, sentimientos que nos ayudan a la comprensión de nosotros mismos y de la vida.

En cuanto a los “efectos positivos”, hemos de considerar que en determinados casos el tipo de música utilizada en las sesiones de musicoterapia con pacientes con dolor por cáncer, produce alegría, identificación, y estimula el movimiento instintivo, siendo adecuada si se controla.

Pero también se ha demostrado que con el abuso, los “efectos negativos” son de desequilibrio y hace dudar de la influencia positiva de estas audiciones sobre el estado físico y moral.

Hay que destacar que para el paciente con dolor por cáncer, *el poder terapéutico más intenso* lo encuentra en la práctica personal de sus canciones, sus instrumentos, sus juegos musicales, sus ritmos y de todo aquello que él sienta como suyo, y se considere capaz de realizar, hasta sus propias audiciones.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la Musicoterapia se sirve de la Música para sanar el cuerpo y el alma de las personas, en este contexto se esbozarán dos vertientes esenciales de su aplicación; por un lado la musicoterapia activa y por el otro la receptiva.

En cuanto a la primera vertiente, se llama **activa** porque no se limita a la escucha sino a la utilización del cuerpo como vehículo sonoro, expresivo que se lo involucra a actuar, a originar su mundo musical sin limitaciones; es decir libre pero a la vez guiado por ciertas pautas de sensibilización.

En esta vertiente, se introduce a la persona en el mundo de la expresión no verbal del canto, de la emisión de sonido desde el cuerpo, se les ayuda a expandir sus movimientos y a salir del encierro de su enfermedad, a comunicarse desde el alma hacia las sensaciones lúdicas como entonar, silabear, escuchar la vibración con la piel, que a la vez producen otras sensaciones de un cierto placer.

Este tipo de musicoterapia se aplica en establecimientos especializados ya que favorece a todo tipo de trastornos cerebrales, motores, de comunicación, dolencias psíquicas varias, toxicomanías, entre otras.

Una ejemplar hazaña que refleja esto es la rehabilitación realizada por Ana Sullivan con la niña Helen Keller, quien nació sorda, muda y ciega.

Era una niña sufriente y sometida a la oscuridad de los afectos, su inteligencia secuestrada por un mundo sin luz y sin sonido, por lo tanto no pudo ser despertada a los estímulos afectivos por la voz de su madre ni pudo expresar el suyo o sus necesidades, sino a través de manifestaciones desagradables que nada tiene que ver con un animal. El sonido del animal es inteligencia práctica.

Este tipo de musicoterapia activa, sirve a un propósito, es noble; aquel sonido no lo era. Lo primero que hizo Ana Sullivan fue introducirle en el mundo de la vibración, colocar su mano en su garganta para que sintiera el sonido, revivir la esencia del sonido a través del tacto, y más tarde le hizo practicar con su garganta.

De una forma formidable le enseñó a pedir, a deletrear, a distinguir palabras, a poner nombre a las cosas, a crear un mundo sensible como el de cualquier ser humano.

Le enseñó a no tener miedo. A diferenciar el bien del mal. Le enseñó a humanizarse. Más tarde vendría el método Braille la lectura y al final ella misma fue capaz de vivir una digna vida. Dar conferencias. Escribir cartas y un hermoso libro en el que se cuenta en forma de diario epistolar y relato autobiográfico la gran aventura de su vivir.

Respecto a la musicoterapia **receptiva**, utiliza piezas musicales en audición para inducir estados al cuerpo y al alma, no se necesita un terapeuta que haga seguir una pauta, sino solo la propia voluntad, intuición y conciencia despierta ya que el ser vibra de forma diferente con cada tipo de música, e incluso genéticamente adquirimos una inclinación hacia determinada clase de expresión musical.

Mayoritariamente, el uso receptivo de la música es usado para el apaciguamiento, la distensión y relajación, para la inducción al sueño o la claridad mental.

Su finalidad es la búsqueda de sí, de las dificultades, de los conflictos inconscientes. Se trata de un trabajo de concentración del individuo, donde la música actúa como un mediador.

Aquí el terapeuta tiene que elegir entre dos actitudes diferentes; puede, por ejemplo, privilegiar el elemento musical, refiriéndose así que tal música produce generalmente tal efecto sobre tal tipo de enfermedad; o por el contrario, el musicoterapeuta puede centrar su trabajo sobre el paciente, porque el carácter propio de la música importa menos que aquello que ella hace volver del pasado del sujeto, lo que ella trae consigo como efecto.

No es la música quien garantiza el efecto constante, sino más bien el método terapéutico utilizado.

A estas dos vertientes se les pueden anexar otras como es la combinación de la musicoterapia receptiva con técnicas de relajación como la imaginación guiada o el biofeedback, que en unión con los modelos de la musicoterapia, pueden obtener efectos positivos que van desde el cáncer, pasando por el asma y terminando en diversas patologías más.

2.6. El bienestar del paciente y su relación con la Musicoterapia

Se debe considerar que la práctica clínica no sólo es el cuidado físico, sino también prestar atención al estado mental, emocional y al apoyo espiritual; radica aquí el meollo de la implementación de la musicoterapia en su rasgo de proporcionar bienestar al paciente.

Lamentablemente la atención médica no siempre se caracteriza por ser emocionalmente muy aplicada, en este escenario tenemos que aprender que cuando la persona se enferma, lo hace de forma integral, no en parcelas ni a plazos; todos los componentes del ser humano quedan afectados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades.

De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor; síntomas psico-emocionales como el miedo, ansiedad, ira, la depresión; necesidades espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono.

El abordaje o estrategia de afrontamiento del bienestar del paciente se implementa teniendo en cuenta aquellas expectativas del enfermo que se centren en torno a sus aspectos emocionales, de manera tal, que se logre estrechar lazos de “amistad” y resulte más natural el intercambio en materia espiritual y psicológica, repercutiendo forzosamente esta instancia, en la calidad de la asistencia ofrecida.

La estrategia de intervención para proporcionar bienestar al paciente ha sido específicamente diseñada, para que a través de la Musicoterapia se le ofrezca una intervención no formal pero absolutamente contextualizada con el resto de acercamiento terapéutico; es decir, no se lo hace desde la terapia oncológica propiamente dicha, sino que dicho bienestar debe ser interpretado desde un marco absolutamente humanitario, donde las relaciones interpersonales conllevan una distinguida carga emotiva.

Se trata de atender todas las necesidades del enfermo, incluido su bienestar emocional, en este sentido, cabe destacar que la autoestima de los pacientes se ve menos afectada si su estado de ánimo cambia lo menos posible durante el proceso de su enfermedad.

La Musicoterapia ha sido utilizada provechosamente para tratar los disturbios del humor durante las hospitalizaciones, disminuyendo los estados de ansiedad y el cansancio, generando por añadidura, altos niveles de bienestar emocional.

Un aspecto significativo de la intervención, es trabajar de manera armónica todos los aspectos integrales del ser (sociales, éticos, espirituales y psicológicos), que determinan el estímulo en la autoestima, aliviando la fatiga y facilitando las relaciones sociales y mejorando su calidad de vida. Cabe decir que el *bienestar* se consolida, se cristaliza a partir de que el mismo paciente empieza a sentirse y a saberse emocionalmente contenido.

La música es una actividad fundamentalmente social, que incluye no sólo la comunicación, sino también el compartirla. Estas habilidades se pueden desarrollar dentro de la relación musical con el terapeuta, y en la terapia de grupo, con otros miembros. Como resultado, los pacientes desarrollan una mayor conciencia de sí mismos en relación con los demás, activando una mayor autoestima y confianza para establecer relaciones y encontrar formas que se encarguen de dar a conocer cuáles son sus necesidades.

Tanto en el paciente como el terapeuta suelen tomar parte activa en las sesiones, con juegos, cantando, tocando instrumentos y escuchando. El terapeuta no da al paciente clases de canto ni de música. Más bien, estos son animados a usar los instrumentos y sus propias voces para explorar el mundo del sonido y de crear un lenguaje musical propio. Al responder musicalmente, el terapeuta es capaz de apoyar y alentar este proceso.

CAPÍTULO III

Metodología

-

Descripción

del

Proceso

-

Desarrollo

Metodología

Con intención de relevar el estado actual de la situación, en que se encuentra la problemática a investigar en la institución, se realizó un *plan diagnóstico*, utilizando variados instrumentos cualitativos y cuantitativos para la recolección de datos.

3.1. Participantes

La muestra constará aproximadamente de 10 participantes del Centro Oncológico “Infinito” que padecen de dolor por cáncer. A dichos participantes se les propondrá participar de encuentros de Musicoterapia para ofrecerles una alternativa de afrontar el dolor provocado por la enfermedad.

Estos pacientes presentan necesidades, tales como: control del dolor, contención afectiva, estimulación personal para una mayor y mejor integración grupal/social, reducción del estrés e incremento de la autoestima.

3.2. Instrumentos y herramientas

Los instrumentos a utilizar serán, por un lado la Observación Participante con visitas al centro y asistencia a charlas dictadas por los integrantes del mismo.

Por otro lado, Entrevistas abiertas a informantes claves del centro como ser el director, la psicóloga, los médicos oncólogos del lugar.

También se realizarán Entrevistas semidirigidas (pautas de entrevista se hallarán en el Anexo), con el médico oncólogo de la institución y con la psicóloga actual de la institución.

Para continuar se tomarán Encuestas de intereses autoaplicada (modelo del cuestionario se encontrará en el Anexo) a los pacientes del centro oncológico.

Finalmente se llevarán a cabo los encuentros de musicoterapia con los pacientes. El contenido del taller de musicoterapia constará de cuatro encuentros, dentro de los cuales se desarrollarán diversas actividades, y tendrán una duración que oscilará de una hora y media a dos horas aproximadamente, dependiendo de las actividades que se realicen, y de la motivación como así también del interés que los pacientes posean por la Musicoterapia y los diferentes encuentros propuestos.

Entre las herramientas que se manipularán, se encuentra una habitación aislada del ruido y que contenga armarios para guardar todo tipo de herramientas que se usen como ser un grabador o reproductor de música, diferentes CD y los instrumentos correspondientes para las sesiones de Musicoterapia como ser claves, maracas, pandereta, castañeta, guitarra, e instrumentos de viento de fácil manejo(flauta dulce).

Los datos a revelar por los instrumentos mencionados y los tipos de análisis propuestos:

- Respuesta de la institución ante la presentación de un programa que presenta a la Musicoterapia como una propuesta de intervención para disminuir el dolor en pacientes con cáncer, por medio del análisis de contenido de las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales.
- Evaluar la institución en relación a su contexto interpersonal (profesionales con los que cuenta, organización interna, etc.), infraestructura y pacientes que atiende, para detectar las fortalezas y debilidades relacionadas con la posibilidad de la presentación del proyecto; a través del análisis de entrevistas abiertas e informales, entrevistas semidirigidas y el análisis de contenido del material documentado.
- Analizar la institución para considerar el tipo de abordaje más adecuado a su situación actual, teniendo en cuenta los pacientes-clientes reales y los potenciales, que podrán producirse ante la posible incorporación del proyecto, por medio del análisis de las encuestas de intereses.

3.3. Procedimiento

Primer Etapa

Para comenzar se realizará una *entrevista con el Director de la institución*, por ser el responsable de los proyectos que en la institución se llevan a cabo.

La entrevista será de carácter abierta, para corroborar los intereses de ambas partes y la posible realización del proyecto de tesis en este Centro.
(Anexo Trabajo de Campo: **1º Instancia**)

Segunda Etapa

Por otra parte, luego de la entrevista y de indagar sobre las posibles actividades terapéuticas alternativas de interés de los pacientes de la institución, se propondrá realizar una *encuesta autoaplicable de intereses* a aquellos pacientes (no considerados terminales) con problemas de dolor crónico, que en la actualidad asisten a “Infinito”.

(Anexo Trabajo de Campo: **2º Instancia**)

Tercera Etapa

Así mismo, se realizará una *entrevista en profundidad con el médico oncólogo* del equipo de trabajo de la asociación, debido a que está informado de la patología de los pacientes crónicos y se encuentra en contacto con los mismos. Esta entrevista será de carácter semidirigida.

La finalidad principal de este método de recolección de datos, reside en conocer el funcionamiento real de la institución y los tipos de pacientes con diagnóstico de dolor que concurren a la misma, tratando de establecer si se considera posible la incorporación de un proyecto de trabajo para este tipo de pacientes o no.

(Anexo Trabajo de Campo: **3º Instancia**)

Cuarta Etapa

A la par de esta entrevista, se considerará necesario la realización de una *entrevista semidirigida con la psicóloga de la institución*, con quien se abordará en mayor profundidad sobre las historias clínicas de los pacientes que poseen dolor por cáncer.

(Anexo Trabajo de Campo: 4º Instancia)

Quinta Etapa

Por otro lado, de acuerdo a los intereses de los pacientes y de la aceptación que la institución le conciba al proyecto, se darán a conocer los encuentros de Musicoterapia con la finalidad de proporcionar una alternativa de afrontamiento del dolor provocado por el cáncer en los pacientes que concurren al Centro. Dichos encuentros serán llevados a cabo por una musicoterapeuta en conjunto con la psicóloga coordinadora de grupo, perteneciente a la institución.

Sexta Etapa

A continuación, se buscará que el paciente través de la actividad musical como tocar un instrumento, escuchar un disco, cantar, la improvisación vocal e instrumental, la composición de canciones, viajes musicales, entre otras, logre verbalizar sus emociones, reaccionar ante el estímulo sonoro, dar a conocer vivencias ocultas y expresarse a través de dibujos o palabras. Como así también, que logren comentar lo que piensan y sienten; lo cual les permitirá desprenderse por instantes de ese dolor que importuna en su vida diaria.

Todas estas actividades podrán ser llevadas a cabo en los encuentros que se mencionarán a continuación, los cuales pueden ser una introducción a la posibilidad de prolongar -por medio del agregado de encuentros- este proyecto para lograr el alivio del dolor provocado por el cáncer, a través de diversas técnicas, como lo es en este caso, la Musicoterapia.

3.4. Descripción del Proceso

Estos cuatro encuentros que se procederán a describir, logran verse relacionados con los diferentes modelos en los que se basa principalmente la Musicoterapia: Modelo de Nordoff-Robbins, Modelo Alvin, Modelo Priestley, Modelo Bruscia, Modelo G.I.M, y Modelo Benenzon.

De acuerdo a las actividades propuestas en cada uno de los encuentros, los modelos con mayor predominancia son los que refieren, por un lado, a la *Musicoterapia creativa* (Modelo de Nordoff-Robbins) que consiste en la improvisación musical entre el paciente y el terapeuta con diferentes instrumentos, de acuerdo a las posibilidades y las condiciones del paciente; y por otro lado, a la *terapia de la libre improvisación* (Modelo Alvin) donde la improvisación se aproxima a la libertad de expresarse y que de esta manera se haga presente la comunicación, tanto con el terapeuta como con los demás compañeros.

Ambos son modelos que pueden lograr no solo la creatividad y la improvisación en el paciente, sino que además llegan a alcanzar la disminución de la ansiedad, del estrés y sobre todo del dolor provocado por el cáncer en la persona, conduciéndola a percibir la vivencia de elevación, de descarga de los efectos negativos que los múltiples dolores producen; y de reflexión, debido a que la música afecta no solo a nivel físico, sino también a un nivel psíquico.

De esta manera los mismos pacientes desarrollan mayor conciencia de sí en relación con los demás, activando un aumento de la autoestima y la confianza para lograr “establecer” relaciones a nivel social y familiar.

Primer encuentro: Introducción

Objetivo General:

- Brindar información a los pacientes acerca del dolor y de las posibilidades de tratamiento.

Objetivos Específicos:

- Presentar el encuadre y el equipo de trabajo para comenzar a consolidar el grupo de trabajo y la dinámica grupal.
- Crear un espacio en donde los pacientes puedan tomar contacto con la música, como así también lograr una mayor interacción y conexión entre ellos.
- Informar sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico, su implicancia en el dolor y específicamente en el dolor por cáncer.
- Informar y despojar las dudas que existan sobre las repercusiones biopsicosociales del dolor en la vida diaria y la importancia que tienen tanto los cambios de hábito como el rol activo del paciente en el tratamiento del dolor.

Las actividades llevadas a cabo en este primer encuentro serán:

- ✓ Historia y definición de la Musicoterapia. Dando a conocer sus *consideraciones generales y particulares*.
- ✓ Cómo afecta la música al ser humano. Cuáles son los *Efectos psicotrópicos en las diversas edades y etapas de la vida*.
- ✓ Beneficios de la Musicoterapia. Promoviendo *logros personales y alcances socio-familiares de la terapia musical*.

- ✓ Indagar acerca de las expectativas que los pacientes tienen de la Musicoterapia respecto a la enfermedad que padecen.
- ✓ Escucha de diversas piezas musicales. *Facilitando la familiarización con los diferentes estilos y tipos de música.*
- ✓ Armonización grupal con sonidos. Fortaleciendo valores, habilidades sociales como la comunicación, el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales.
- ✓ Técnica de las tarjetas partidas, la cual consiste en cortar en dos todas las tarjetas y repartirlas aleatoriamente a las mitades entre los participantes. Luego, cada participante debe buscar a su “par” para completar la figura, al encontrarlo se genera una conversación de presentación entre ambos. El técnico debe explicar previamente cómo debe ser esta conversación y qué aspectos deberán averiguar de la otra persona. Posteriormente se pide a cada persona que presente a su pareja, mencionando su nombre, apellidos, lugar donde vive, cómo se siente, expectativas del Taller y otros aspectos que ayuden a una buena presentación.

Recursos materiales:

- Salón de usos múltiples.
- 12 Sillas.
- 5 CD´s de música clásica, pop, rock, new age, etc.
- Papel / hojas A4.
- Cinta adhesiva.
- Fotocopias de los diferentes dibujos para la técnica de las tarjetas partidas.
- Cartulina para pegar las fotocopias.
- Pegamento.
- Reproductor de música.

Segundo encuentro: La Musicoterapia Pasiva-Receptiva

Objetivo General:

- Crear un espacio abierto en el grupo para lograr que sus participantes se desenvuelvan luego con mayor libertad y en un clima de mayor confianza y conexión.

Objetivos Específicos:

- Facilitar el aprendizaje y el entrenamiento en técnicas de audición y la respuesta a los sonidos.
- Enseñar y entrenar en diversas técnicas de respiración, relajación muscular, como así también facilitar a la auto expresión.

Las actividades llevadas a cabo en el segundo encuentros serán:

- ✓ Audición selectiva de determinadas melodías para desencadenar reacciones y expresiones. Llegando así a la *discriminación y clasificación de sonidos como base de estímulos dirigidos*.
- ✓ La Audición musical de Sonidos curativos para la mente y las emociones, Vibraciones sonoras a través de nuestra voz y sus efectos fisiológicos. Alcanzando la *Búsqueda e identificación de sonidos curativos por medio de la entonación de vibraciones o sonidos específicos*.

Recursos materiales:

- Salón de usos múltiples.
- 12 sillas.
- 5 CD's de música.
- Reproductor de música.

Tercer encuentro: La Musicoterapia Activa

Objetivo General:

- Mejorar el afrontamiento psicológico del dolor por medio del aprendizaje de estrategias de afrontamiento adaptativas al dolor por cáncer.

Objetivos Específicos:

- Presentar al grupo de pacientes la importancia del uso de estrategias activas para el afrontamiento del dolor; como así también las desventajas del uso de las estrategias pasivas del afrontamiento del dolor.
- Enseñar, por un lado, la influencia que tiene el uso adecuado de las estrategias de afrontamiento del dolor tales como distracción, desvío de la atención, auto afirmaciones positivas, entre otras. Por otro lado, reducir el uso de las estrategias consideradas como desadaptativas para el afrontamiento del dolor como puede ser la evitación.

Las actividades llevadas a cabo en este tercer encuentro serán:

- ✓ Expresión a través del canto y de instrumentos sonoros. Llegando a la *exteriorización de las emociones a través del canto inducido y voluntario.*
- ✓ Actividades para trabajar expresión corporal, ritmo, oído, movimiento:
 - El Ritmo: Juegos rítmicos, actividades instrumentales, danzas y bailes.
 - El Oído: Canciones y sonidos vocales, improvisación melódica.
 - El Movimiento: Psicomotricidad y coordinación viso-motor, juegos de expresión Corporal.

- ✓ La creatividad: Desarrollo de la creatividad por medio del juego sonoro-corporal, empleo de objetos sonoros, instrumentos musicales sencillos, creación de canciones.

Recursos materiales:

- 12 lapiceras.
- Papel / hojas A4.
- Reproductor de música.
- 5 CD´s de música.
- Salón de usos múltiples
- 12 sillas.
- Instrumentos sonoros:
 - Guitarra.
 - Dos pares de claves.
 - Un par de maracas.
 - Dos panderetas.
 - Un par de castañetas.
 - Una flauta dulce.

Cuarto encuentro: La Musicoterapia y las Terapias de Expresión

Objetivo General:

- Facilitar el aprendizaje y el entrenamiento en técnicas más complejas.

Objetivos Específicos:

- Aprendizaje de técnicas de afrontamiento, específicamente técnicas de elaboración escrita y verbal, para que se tomen conciencia de las emociones y sensaciones personales en relación con su dolor.

Las actividades que se realizarán en este último encuentro serán:

- ✓ Actividades de expresión plástica (La forma y el color a través de la música, dibujo y pintura). Buscando la *evocación de los estados de ánimo a través de la expresión plástica*.
- ✓ Actividades de Expresión Escrita (escritura terapéutica y poesía).
- ✓ Actividades de Expresión Verbal (dramatizaciones, teatro, role-playing).

Recursos materiales:

- Salón de usos múltiples.
- 12 sillas.
- Lapiceras.
- Papel / hojas A4.
- Lápices de colores.
- Marcadores.
- Temperas.
- 7 Pinceles.

3.5. Desarrollo

3.5.1. Relevamiento organizacional y análisis de datos

Características de la institución:

El Centro Médico Infinito dispone de un Servicio de Medicina Integral Domiciliario habilitado por la Subsecretaría de Salud Pública provincial. Allí trabajan médicos, enfermeras, psicólogo, nutricionista y kinesiólogo. Para tal fin ha adquirido una camioneta equipada y una motocicleta para la movilidad del Equipo Asistencial, además ha desarrollado un moderno sistema de registro de novedades de pacientes a través de su página Web. Este trabajo se hace en forma conjunta con los médicos de cabecera.

Dos veces por semana los integrantes del equipo SEMID se reúnen para analizar la situación de los pacientes que se hallan bajo su cuidado, realizando un verdadero intercambio de opiniones y actividades multidisciplinarias conjuntas.

El objeto de estas reuniones es potenciar la coordinación e integración de profesionales, técnicos, voluntarios y familiares como así también de los distintos efectores que participan en la atención de este tipo de enfermos, tanto públicos como privados o de seguridad social, en todos los niveles asistenciales, institucionales o domiciliarios, buscando los estándares científicos y técnicos mas elevados que se puedan lograr.

Además, se pone especial cuidado en el estímulo y motivación al recurso humano que trabaja con pacientes que requieren de cuidados y control de síntomas, para desarrollar una visión integral, humanística y moderna adecuada de los Cuidados Paliativos.

Los programas que se llevan a cabo son de dos tipos:

1. Programa de internación domiciliaria para pacientes clínicos.
2. Programa PALIAR, para enfermos que se hallan en etapas avanzadas de sus enfermedades y no pueden concurrir a los centros de atención medica.

En ambos casos se provee equipamiento sanitario de uso domiciliario: camas ortopédicas, sillas de ruedas, colchones antiescaras, sanitarios para la habitación. A algunas obras sociales se les provee la medicación además, SEMID trabaja a través de convenios con gran cantidad de Obras Sociales.

El Centro Oncológico Infinito nace en marzo de 2002, amparado y estimulado por FUCISA, la Fundación Pampeana para las Ciencias de la Salud. FUCISA, una institución sin fines de lucro, con sede en Santa Rosa, provincia de La Pampa, se constituye con el aporte de profesionales, técnicos, pacientes y familiares, precisamente para impulsar nuestro Centro Oncológico Infinito, herramienta imprescindible para combatir el cáncer en La Pampa.

La provincia de La Pampa, a pesar de su gran extensión, tiene una densidad baja de población (300.000 habitantes en el último censo del 2000). La tasa de mortalidad por cáncer es una de las más altas de la República Argentina, con 216 muertos por cáncer sobre 100.000 habitantes.

Estos datos públicos movilizan a la comunidad de la ciudad de Santa Rosa, capital de la provincia de La Pampa (110.000 habitantes) quienes constituyen las instituciones arriba mencionadas.

Así iniciamos este desarrollo del centro asistencial, ubicándonos en una residencia del centro de la ciudad, que adaptamos para cumplir este fin. En la actualidad, el Centro Oncológico Infinito desarrolla actividades preventivas, asistenciales y de los Cuidados Paliativos.

Charlas públicas, cursos para dejar de fumar y alimentarse adecuadamente, instrucción para realizar actividades físicas programadas, publicaciones en todos los medios provinciales y disertaciones en colegios de la provincia, son algunas de las actividades preventivas. Asimismo se cuenta con una moderna sala de Quimioterapia y tratamientos médicos para enfermos en etapas de tratamiento y además, un equipo multidisciplinario para asistir los Cuidados Paliativos de las personas que lo necesiten.

Estructura y organización interna:

El equipo asistencial del Centro Oncológico Infinito está integrado por asistentes administrativos, médicos clínicos, médicos oncólogos, médico hematólogo, enfermeras especializadas, psicóloga, nutricionista y trabajadores sociales. Las decisiones dentro de la asociación son tomadas por los integrantes de la dirección; el resto del equipo de trabajo, está conformado por médicos clínicos especializados en trauma, cuidados paliativos en general y cuidados paliativos de pacientes terminales; psicólogos especializados en dolor, cefaleas y adicciones; enfermera especializada en cuidados paliativos domiciliarios y pacientes pediátricos y adultos. Además cuenta con una secretaria, y el aporte de voluntarios.

Cuando un paciente ingresa a la institución, para acceder a cualquiera de los servicios que ésta ofrece, tiene primero una entrevista de admisión con el médico oncólogo, quien le realiza un diagnóstico-pronóstico sobre su situación, diagramando el tratamiento correspondiente.

Junto con la enfermera y si es necesario, se realiza un Bloqueo Diagnóstico periférico, que serían las pruebas sobre la medicación correspondiente que podrá administrarse, la solicitud de autorización de servicios e ingreso a los protocolos de trabajo. Esta actividad también la realiza otro doctor que se especializa en oncología, quien también realiza las visitas a domicilio, cuando es necesario (a este médico se le realizó una entrevista en profundidad).

Cuando el médico oncólogo lo considera preciso, después de que los pacientes tienen su entrevista de admisión, se les realiza una entrevista con la psicóloga de la institución para efectuar un diagnóstico-pronóstico psicológico (a esta psicóloga también se le realizó una entrevista en profundidad).

De esta manera, la psicóloga observa, la posible resistencia de los pacientes al tratamiento, la personalidad de base, el tipo de terapia que podría ofrecérsele (apoyo y contención o acompañamiento del tratamiento al dolor) y realiza un apoyo al tratamiento médico.

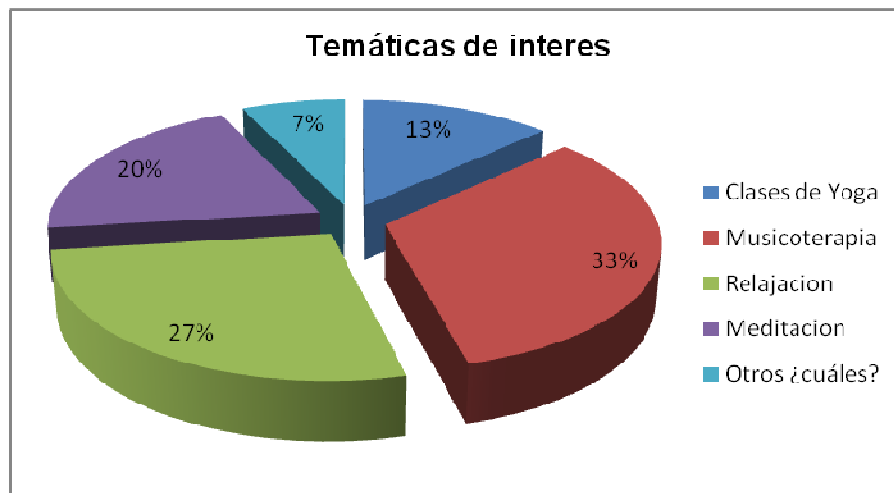
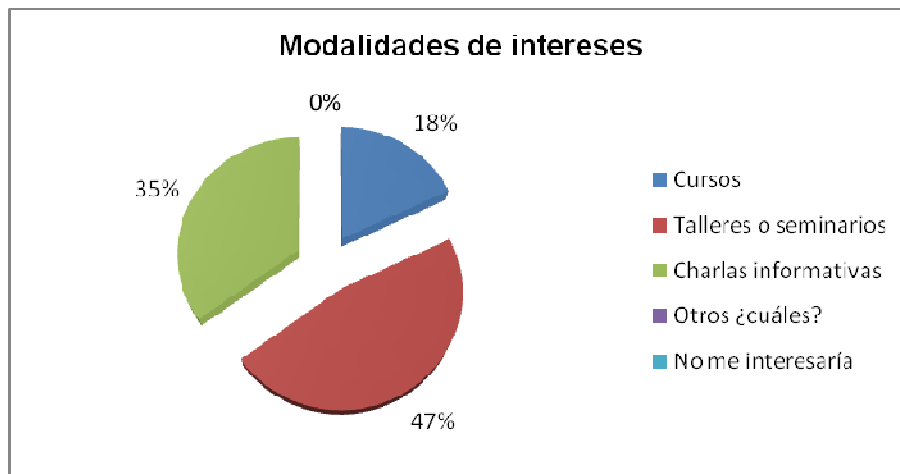
Necesidades de la comunidad que atiende:

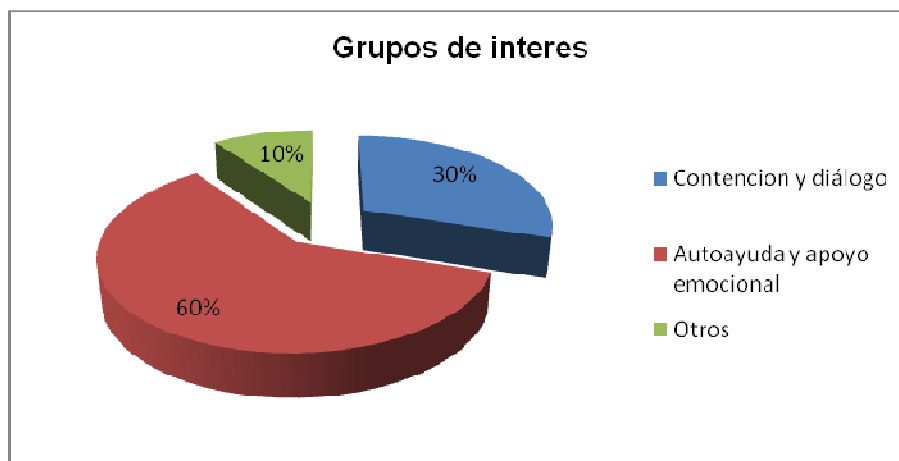
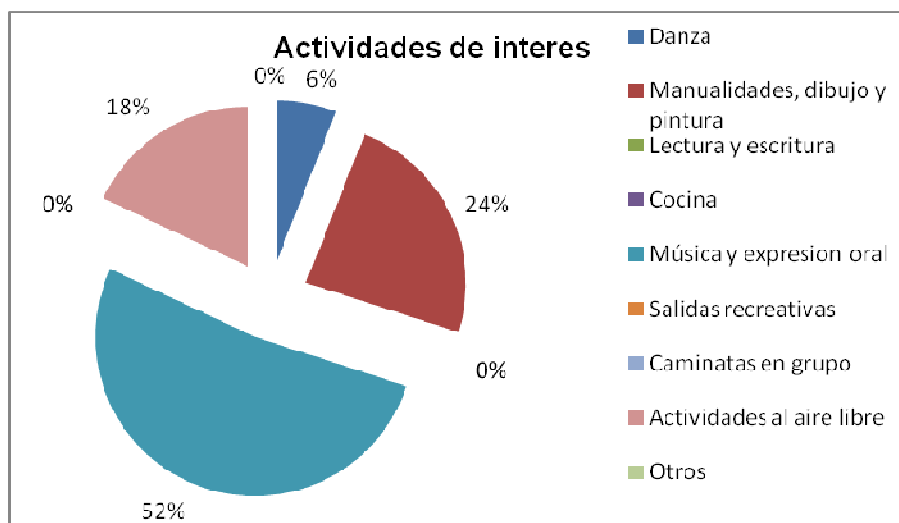
La institución, atiende las necesidades de población que padece enfermedades oncológicas. Según datos brindados por la misma, los pacientes concurren a ella, en busca de los cuidados paliativos que necesitan como ser la posibilidad de seguir siendo ellos mismos, más allá de la presencia de signos de deterioro físico. Además de tener un espacio para hablar de lo que les interesa, a fin de mantenerse activos y animados; como así también ser valorados y respetados, estar incluidos en las decisiones familiares.

Estar en un ambiente confortable, limpio, ordenado, con temperatura agradable, ventilado y con iluminación adecuada. Darles la oportunidad para hablar sobre el dolor y las cosas que lo preocupan, puede reducir considerablemente su ansiedad. Tener permiso para estar triste, con momentos de enojo y espacios para llorar y descargar emociones. La posibilidad de reírse un rato, para aliviar la angustia, porque el humor es una herramienta útil aún en situaciones difíciles y no todo tiene que estar teñido de un tono de gravedad y tristeza.

Para corroborar estos datos brindados por la institución y garantizar las necesidades e intereses reales de los pacientes; se realizó una encuesta de intereses (Ver modelo en el Anexo -2º instancia), de preguntas abiertas y cerradas, que fue aplicada a los pacientes (no considerados terminales) con problemas crónicos, que en la actualidad asisten a la institución; para reconocer así cual es la forma de abordaje más adecuada a las necesidades de la población con la que se pretende trabajar.

A continuación se expone de manera gráfica los resultados cuantitativos de dicha encuesta y su posterior análisis cualitativo. (Para ver respuestas originales de la encuesta de intereses, ver Anexo)





La encuesta de intereses fue aplicada en Mayo de 2010, a 10 pacientes de la institución, de ambos sexos, dentro del marco de una actividad recreativa que la institución programó para sus pacientes. La misma fue autoadministrada y contó con preguntas tanto abiertas, como cerradas.

Éstas últimas fueron diseñadas con opciones nominales, intentando abarcar los posibles intereses generales de la población encuestados, como así también las posibilidades potenciales del centro, para brindar las mismas, es por esto que previo a su aplicación, se chequeó con encargados de la institución, los posibles errores que la misma pudiera tener, tratando de minimizarlos.

La edad promedio de los encuestados que respondieron al cuestionario fue de 71,5 años de edad.

Se observa que de los distintos encuestados, la modalidad que más interesa es la propuesta de realizar Talleres o Seminarios (47%), seguida de Charlas Informativas (35%) y Cursos (18%).

Lo interesante, es que ninguno de los encuestados marcó la opción de que no le interesaría participar en ninguna de estas modalidades; lo que estaría indicando que las personas que concurren a la institución están dispuestas y motivadas para participar de las posibles actividades alternativas que se brinden.

Es un dato relevante, considerando que los pacientes acuden a la Institución en busca de la cura de la enfermedad que padecen, pero nos hace suponer que buscan algo más, posiblemente busquen otros espacios de apoyo emocional, distensión, distracción, recreación, contención, relajación o información sobre las diferentes temáticas.

De estas temáticas, las más fuertes en los índices de respuesta fueron las de Musicoterapia (33%), Relajación (27%) y Meditación (20%), en suma muestran un total de 80%, lo cual nos está dando una pauta importante sobre sus intereses en el aspecto psicológico-espiritual.

Las tres actividades, sirven para aliviar el dolor, el estrés que este provoca y otras causas; así mismo, podrían generar un espacio interesante para abordar la temática objetivo, dado que los talleres se pueden relacionar o llevar a cabo, adoptando estas modalidades.

Sobre las actividades que les gustaría realizar, se observan intereses variados, pero se destacan la Música y la Expresión Oral (52%), junto con las Manualidades, el dibujo y la pintura (24%) y las actividades al aire libre(18%). Las tres son actividades de expresión, que para su realización implicaría cierta conexión con emociones propias de cada sujeto.

Es marcada la tendencia del interés sobre los grupos de Autoayuda y Apoyo Emocional, (60%) por sobre los de Contención y Diálogo (30%) y la categoría Otros (10%). Acerca de este dato se llegó a la conclusión de que esta tendencia puede estar indicada por la resistencia de estos pacientes a hablar de lo que les sucede, dentro del marco del tratamiento individual; lo que estaría mostrando una tendencia de los grupos a formar dentro del proyecto, revelaría la necesidad que tienen estas personas de compartir con pares lo que les ocurre, creando a su vez una autosuficiencia para afrontar sus problemas y fortaleciendo así la expresión, discernimiento y control tanto de sus emociones como sus sensaciones.

Otro dato a tener en cuenta es el grupo etario con el cual se trabajará; el cual, según las encuestas realizadas rondaría un promedio de 71 años, como se mencionó anteriormente; lo que indicaría que se está ante pacientes de la tercera edad, sin que un sexo predomine sobre el otro (femenino 50%; masculino 50%) en este punto cabe aclarar que es posible haya ocurrido un sesgo etario en la muestra; dado que, confrontando este dato con la información obtenida en las entrevistas realizadas a informantes claves de la institución se corroboró que la mayoría de los pacientes son mujeres, de clase socioeconómica cultural media media-alta y algunos jubilados que han quedado empobrecidos por su situación.

Es importante tener en cuenta los datos que se dieron a conocer en lo que respecta a la experiencia con la música, ya que a través de este apartado se da a conocer la sensación de bienestar del paciente, el cual a través de las sesiones de Musicoterapia se puede llegar a incrementar; siendo posible que un mayor bienestar se asocie con encontrarle sentido a la terapia alternativa.

Notoria es la predominancia que hay en los apartados de expresión y relajación; acerca de estos datos se llegó a la conclusión de que esto estaría indicando que el trabajo con la música permite un empleo dirigido más que nada al desarrollo de habilidades sociales y a encontrar una forma de resolver algunas dificultades propias, disminuyendo así algunos síntomas negativos.

De esta manera, se podría decir que es muy probable que la experiencia de improvisación musical en una situación de grupo, en un ambiente relajado y de aceptación sea un factor que se encargue de fomentar la sensación de bienestar en estos pacientes como inicio de un mejor funcionamiento psicosocial.

3.5.2. Entrevista al médico oncólogo del centro Infinito

Devenir del encuentro: (la desgrabación literal se encuentra en el anexo, 3º instancia)

A continuación se procederá a analizar aquellos aspectos manifiestos y latentes que se destacan en el devenir de la entrevista desarrollada con el médico oncólogo, extrayendo algunas conclusiones.

Al preguntarle sobre la actividad que realiza en la institución, se confirma que el entrevistado es una persona que está capacitada para responder a las preguntas que se le realizaron, ya que trabaja a diario con los pacientes objetivo de este proyecto.

En su discurso deja entrever que posee una visión interdisciplinaria de la situación y manifiesta creer que para abordar este tipo de pacientes, hace falta del abordaje integral.

Tiene buena comunicación con la psicóloga lo que permite realizar este abordaje integral y como médico, está de acuerdo en que este tipo de patologías está ligado a fuertes componentes psicológicos, por lo que se requiere un abordaje de estos factores a la par de las medicaciones y las demás atenciones del afectado.

La atención que él realiza, es cada quince días y efectúa llamadas para mantener contacto con los pacientes y verificar las diversas variaciones que pueden producir los efectos de las drogas administradas. Por lo que, si se piensa en un tratamiento integral, este tipo de seguimientos, ayudaría a que el paciente no esté cargado de entrevistas médicas, y pueda dividir sus actividades en consultas al psicólogo, e incluso podría concurrir al grupo de encuentros de Musicoterapia que se propone en el proyecto.

Con respecto a las características de los pacientes que concurren a la Institución, las respuestas se asemejan a los datos obtenidos por el cuestionario, aunque el rango de edad que ella detecta como pacientes potenciales es menor al obtenido por aquel instrumento (mayores a 50 años); lo cual podría estar indicando que la muestra tomada para el cuestionario, puede estar sesgada en cuanto al grupo etario.

Deduzco que, por múltiples gestos y expresiones en el devenir de la entrevista, este tipo de pacientes es una población difícil de trabajar, por la complejidad del fenómeno y las variadas situaciones particulares con que se presentan; pero con contundencia el médico remarcó algunos aspectos en común de los mismos; que realizando una lectura detallada, podría suponerse que son pacientes adultos o adultos mayores, que se encuentran deprimidos y que en gran medida, su problema los ha limitado a realizar varias de las actividades que les gustaría llevar a cabo. Esto se hace notar cuando el médico dice que son pacientes que viven solos, que sienten que ya no tienen nada que hacer, presentando incapacidades que no le permiten hacer las cosas como antes.

Respecto a las obras sociales, son muy pocas las que cubren el tratamiento en su totalidad, y a esto se le suma un punto desfavorable en la situación actual, que es que los afectados pertenecen a clases media-baja, lo cual no facilitaría el pago de aranceles del tratamiento en caso de que las Obras Sociales no lo cubran en su totalidad.

En lo referente al ingreso de la Musicoterapia como terapia alternativa al Centro, parece viable su presencia; ya que se ha manifestado que sería una ayuda importante para los pacientes en relación con su dolor porque les estaría aportando ayuda en lo que es la distracción, además del trabajo en grupo, y el sentirse útil por parte del mismo paciente.

3.5.3. Entrevista a la Psicóloga del centro Infinito

Devenir del encuentro: (la desgrabación literal se encuentra en el anexo, 4º instancia)

Al preguntarle sobre la actividad que realiza en la institución, se corrobora que la entrevistada es una persona idónea y capacitada para responder a las preguntas que se le realizó, ya que trabaja a diario con los pacientes objetivo de este proyecto.

Dentro de la asociación, la tarea de la psicóloga es la de apoyar y sostener los tratamientos médicos, sobretodo conteniendo al paciente. Como objetivo secundario, podrá profundizar en el aspecto psicológico individual de cada paciente. Todo esto en conjunto, está destinado a mejorar la calidad de vida de esa persona de acuerdo a la demanda general que es por el dolor.

En cuanto al diagnóstico psicológico se le dificulta a veces, debido a que los pacientes que acceden a los tratamientos, no quieren acceder a la intervención psicológica. Este dato es importante, dado que si generan grupos para complementar el tratamiento, podría ser una manera de disminuir estas resistencias y llegar al paciente por caminos alternativos. Dando como alternativa, grupos en donde puedan expresar y conectarse con las emociones.

Dentro del marco individual destaca que su enfoque es psicodinámico y lo que ella realiza es un tipo de psicoterapia breve o de objetivos limitados, utilizando recursos como señalamientos para lograr el insight deseado, las interpretaciones en este marco parecen ser poco efectivas. Es decir que el insight que se logra es más cognitivo que emocional; por lo que el conjunto de encuentros de Musicoterapia que proporciona el proyecto, podría ayudar a este logro.

Se esperaba que en la entrevista se pudiera observar y estudiar algunas historias clínicas, pero se consideró más adecuado, que ella resumiera cuáles serían los cuadros que más aparecen en consulta. Subrayó que se destacan cuadros de rasgos obsesivos marcados y patologías psicosomáticas; e hizo notar que la depresión, o depresión encubierta, es una línea que cruza en diagonal a estos cuadros y otros; como así también los duelos no elaborados. Estos datos son los esperables para el tipo de problemática que se aborda.

La entrevistada señala que apoya la realización de grupos o talleres; los cree viables y serían un pilar que sostendría al paciente. Punto de encuentro en donde los pacientes podrían distraerse, relajarse y así aliviarse; donde tendrían un espacio para compartir, para hablar, para verse, para mimarse; parte de un apoyo emocional, que ellos sepan que viene y que hay lugar para hablar, incluso para quejarse. Les ayudaría mucho la parte del registro de sus propias emociones y sensaciones; mas que lo racional y desde la información, es la parte de la expresión de emociones y; esto puede ser a través de cualquier vehículo, a través de instrumentos, música, relajación, preguntas, pero es importante que logren registrarlas, porque muchos se caracterizan por esta falta de registro.

Cabe hacer notar, que este tipo de pacientes difícilmente se autogestionan, por sus características de personalidad pasiva, por lo que si se pretende que las actividades se aprendan, para realizarlas en sus casas, hay que tener en cuenta cómo lo tomarán y si realmente tendrá resultados.

Para finalizar, la psicóloga vuelve a corroborar que este tipo de abordajes, serviría incluso al momento de crecimiento en el que se encuentra la Institución e incluso se podría articular al trabajo interdisciplinario.

3.6. FODA

Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La institución cuenta con un equipo interdisciplinario, encabezado por el Director quien tiene muchas ideas sobre cómo abordar las problemática, desde diferentes ámbitos. ✓ Conocimiento del Área de Intervención: musicoterapia aplicada a una patología específica. ✓ Tratamiento no invasivo y reflexivo que propende a la integración del paciente a nuevos círculos sociales. ✓ Hay reconocimiento de que para el tratamiento del alivio del dolor, hace falta un abordaje integral e interdisciplinario de médicos, anestesiólogos, oncólogos, pediatras, psicólogos, kinesiólogos y fisioterapeutas, enfermeras y voluntarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los Centros Terapéuticos generalmente se hallan predispuestos a la implementación de terapias alternativas. ✓ Los profesionales estables, tienen buenas ideas y formación sobre las formas de abordaje y de trabajo de las problemáticas a las que se abocan. ✓ Los pacientes suelen ser mejores receptores de la musicoterapia que los propios agentes de salud. ✓ El grupo se retroalimenta y se armoniza en torno a un ambiente que le ofrece una opción no tradicional. ✓ La asociación, tiene acceso a gran cantidad de revistas científicas de investigación idóneas a las problemáticas que abordan. Por lo que se mantienen actualizados en las técnicas que utilizan.

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad en la adecuación de los horarios para constituir trabajos grupales. ✓ No poder cubrir todas las expectativas del paciente. ✓ Los canales de comunicación, no son muy claros y son informales. No todos los profesionales están informados sobre las actividades que se realizan y las decisiones que se toman en la asociación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No aceptación de la musicoterapia por parte del médico. ✓ Rechazo de la musicoterapia por parte de los familiares a cargo. ✓ No comprensión de parte del paciente respecto a los beneficios de una terapia alternativa. ✓ Hay que tener en cuenta que pocas obras sociales cubren los tratamientos asociados a la disminución del dolor.

CAPÍTULO IV

**Resultados
Esperados**

-

Plan de Avance

-

Presupuesto

4.1. Resultados Esperados

Inicialmente lo esperable es que los familiares sean los primeros receptores ya que quienes padecen la dolencia del cáncer están encantados y muy ilusionados con esta alternativa. Se anhelan o esperan múltiples resultados, producto de las innumerables interacciones paciente-médico, paciente-terapeuta, paciente-paciente, terapeuta-familiares del paciente, paciente-familiares de otros pacientes, entre otras.

Uno de los aspectos sobre los cuales hay gran expectativa es en la reducción de la tensión muscular, la sensación de dolor, la ansiedad y el estrés.

Durante el trayecto de la terapia musical es esperable también, que los enfermos se sientan parte de un grupo, y que por lo tanto mantengan activas sus relaciones sociales, ya que esto les permite expresar sus sentimientos con más facilidad.

En realidad, los resultados esperados, siempre se están valorando de manera sistemática y permanente, por ello, se espera encontrar resultados significativamente positivos en la mejora de los pacientes que han llevado a cabo la experiencia en las sesiones de musicoterapia.

Dicho de otra manera, y de acuerdo a conversaciones con las pacientes, previas a la sesiones, se aspira poder propiciar espacios como el que les ofrece la musicoterapia, ya que ellos mismos están expectantes de esta alternativa en la convicción de que mejorarán su relajación, mientras que desde lo terapéutico, uno espera ver una rehabilitación en la expresión emocional.

Como otro de los resultados esperados, se debe mencionar que la eficacia de la Musicoterapia está avanzando a pasos agigantados por lo cual sería beneficioso extenderla, debido a que es de mucha utilidad, siempre afirmando que debe emplearse como terapia complementaria, y que nunca puede sustituir a la terapia estándar.

A través de los encuentros de Musicoterapia se espera crear un espacio de entretenimiento y recreación para evitar trastornos emocionales a través del baile, los juegos musicales, concursos de canto, entre otros.

Como así también se buscará que el estado anímico de cada paciente mejore, al igual que la comunicación familiar y su interrelación social.

Es interesante resaltar lo significativo que sería el mostrar el interés y entusiasmo que poseen los sujetos con respecto a la actividad a realizar, siendo que el tiempo de terapia que recibirán constituye un importante tiempo de distracción además de conectarse con vivencias importantes.

La música es capaz de arrancar los más ocultos sentimientos humanos y, como han reconocido grandes músicos, despertar la más profunda de las emociones. En síntesis la musicoterapia no es un sustituto o alternativa a un fármaco, pero se puede unir como un complemento a un tratamiento específico.

Y es a través de la musicoterapia que se puede evaluar como es el nivel de dolor, el sentir particular del paciente, como también aplicar técnicas que sirvan para su bienestar tratando tanto aspectos físicos como psicológicos.

4.2. Plan de Avance

Distribución			Días de la semana			
	Encuentro	Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
P R I M E R O	Historia y definición de la Musicoterapia, efectos y beneficios, tipos de tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos)	16:00 hs a 16:30 hs				
	Indagar sobre expectativas y gustos musicales de los pacientes	16:30hs a 17:00 hs				
	Escucha de piezas musicales / Armonización grupal con sonidos	17:00 hs a 17:40hs				
	Técnica de las tarjetas partidas	17:40hs a 18:00 hs				

S E G U N D O	Audición selectiva de melodías para desencadenar reacciones y expresiones	16:00 hs a 17:00 hs				
	Búsqueda e identificación de sonidos curativos	17:00 hs a 18:00 hs				
	Encuentro	Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
T E R C E R O	Expresión a través del canto y de instrumentos sonoros	16:00 hs A 16:30hs				
	Actividades para trabajar expresión, ritmo y movimiento / Creatividad	16.30hs a 18hs				
C U A R T O	Expresión Plástica	16:00 hs a 16:40hs				
	Expresión Escrita	16:40hs a 17:20hs				
	Expresión Oral	17:20hs a 18:00hs				

4.3. Presupuesto

Presupuesto del primer encuentro:

Recursos	Costo
Médico oncólogo de la institución.	\$ 120,00
Musicoterapeuta.	\$ 80,00
Psicóloga de la institución.	\$ 150,00
Psicóloga coordinadora de grupo.	\$ 150,00
Salón de usos múltiples.	Brindado por la institución
12 Sillas.	Brindado por la institución
5 CD's de música.	\$ 200,00
Papel / hoja A4.	\$ 28,00
Cinta adhesiva.	\$ 1,50
Fotocopias de los dibujos para las tarjetas.	\$ 1,00
Cartulina.	\$ 2,00
Adhesivo.	\$ 2,00
Reproductor de música.	\$ 600,00
TOTAL	\$ 1.334,50

Presupuesto del segundo encuentro:

Recursos	Costo
Salón de usos múltiples.	Brindado por la institución
12 sillas.	Brindado por la institución
Musicoterapeuta.	\$ 80,00
Psicóloga coordinadora de grupo.	\$ 150,00
TOTAL	\$ 230,00

Presupuesto del tercer encuentro:

Recursos	Costo
Lapiceras.	\$ 20,00
2 pares de claves.	\$ 20,00
Un par de maracas.	\$ 50,00
2 panderetas.	\$ 40,00
Un par de castañetas.	\$ 20,00
1 Guitarra.	Brindada por la musicoterapeuta
1 flauta dulce.	\$ 30,00
Salón de usos múltiples.	Brindado por la institución
12 sillas.	Brindado por la institución
Musicoterapeuta.	\$ 80,00
Psicóloga coordinadora de grupo.	\$ 150,00
TOTAL	\$ 380,00

Presupuesto del cuarto encuentro:

Recursos	Costo
7 Pinceles.	\$ 20,00
Lápices de colores.	\$ 24,00
Marcadores.	\$ 30,00
Temperas.	\$ 24,00
Salón de usos múltiples.	Brindado por la institución
12 sillas.	Brindado por la institución
Musicoterapeuta.	\$ 80,00
Psicóloga coordinadora de grupo.	\$ 150,00
TOTAL	\$ 358,00

Presupuesto total de los cuatro encuentros:

Encuentros	Costo
Primer encuentro.	\$ 1.334,50
Segundo encuentro.	\$ 230,00
Tercer encuentro.	\$ 380,00
Cuarto encuentro.	\$ 358,00
TOTAL GENERAL	\$ 2.302,50

Considerando que el grupo se halla integrado por 10 pacientes, cada uno debería abonar un total por todo concepto de \$230,25 por el tratamiento completo de cuatro encuentros de Musicoterapia.

En el caso de que en otro momento se formase un nuevo grupo o el mismo decidiera repetir o agregar “encuentros”, cabe mencionar que se debería descontar el costo de materiales ya adquiridos como el reproductor de música, los pinceles, los CD’s, y los instrumentos sonoros.

CAPÍTULO V

Conclusiones

-

Bibliografía

-

Anexos

5.1. Conclusiones

El dolor provocado por el cáncer es una afección compleja que repercute en los factores biopsicosociales del individuo, aumentando la cantidad de tiempo que el paciente invierte en consultas médicas, consumo de analgésicos, además del malestar que genera y la depresión o ansiedad asociadas.

El objetivo prioritario de la atención al paciente con cáncer es promover el máximo bienestar posible para él mismo y la familia, sin olvidarnos del equipo asistencial.

Para esto, se hace necesario afrontar la enfermedad mediante programas interdisciplinarios, como en este caso lo es la Musicoterapia, la cual hace referencia a el uso de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar y promover la comunicación, como así también las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

La integración del musicoterapeuta en el equipo médico supone un requisito imprescindible para alcanzar los objetivos planificados; como así también para mejorar la calidad de tiempo del trabajo invertido dentro del grupo y la relación que se establece con los pacientes.

El trabajo terapéutico no sólo consiste en tocar o enseñar a tocar los instrumentos a las personas que lo necesitan sino, que es muy importante el lado humano ya que los pacientes están en continua exploración de otros espacios paralelos al de la cura de la enfermedad que padecen.

No podemos hablar de los efectos curativos de la música por sí sola, pero si la combinamos con la acción del terapeuta, el uso correcto de las notas, instrumentos y movimientos; entonces sí podemos decir que gracias a todo eso, las personas mejoran en diferentes aspectos.

Por lo tanto, se debe abordar y disminuir el dolor por medio de *diversas terapias y técnicas*, entre ellas el aprendizaje de técnicas de relajación y estrategias activas de afrontamiento al dolor, como así también la Musicoterapia en sí.

Todas éstas están concentradas en el Programa de Intervención para afrontar el dolor, propuesto como una *alternativa terapéutica*, que es nexo y centro del resto de los tratamientos; aportando a la asociación un nuevo espacio y a los pacientes un servicio intensivo e integral, consiguiendo convivir con el dolor, por medio de su control en sus múltiples aspectos.

Como se ha dicho anteriormente la música influye en nuestra mente y en nuestro organismo mediante la creación de emociones. Cualquier pieza musical puede influir ya sea de manera negativa o positiva, tanto puede causarnos depresión, angustia, estrés, ansiedad o ira, como puede relajarnos, causarnos alegría o equilibrio psíquico.

Estos últimos aspectos fueron notorios en las encuestas debido a que prevalecía la búsqueda de espacios de apoyo emocional, distensión, recreación, relajación, entre otras; para llegar a disminuir el dolor que les provoca la enfermedad desde lo emocional, como así también el estrés.

Se hace presente dentro del marco de la Musicoterapia una incesante tendencia a interesarse por la expresión, sea ésta a través de manualidades, el dibujo, la escritura o las actividades al aire libre, para conectarse de alguna manera con emociones propias a cada uno; y por medio de la creación de grupos, como pueden ser los grupos de Autoayuda o apoyo emocional, compartir lo que a cada uno le ocurre, creando así una especie de recurso autosuficiente que le permita afrontar la problemática conociendo y controlando tanto sus emociones como sus sensaciones.

Es de esta manera que se arriba a la conclusión de que vivir la experiencia de la improvisación musical inserto en un grupo conduce a fomentar la sensación de bienestar en el paciente con cáncer, iniciando así un mejor funcionamiento no solo a nivel psicosocial, sino también en cuanto al apoyo

emocional, y la comunicación e interacción familiar; esto se debe a que la música actúa simplemente como una distracción. Se sabe que el esparcimiento puede tener efectos favorables sobre la percepción del dolor.

El dolor se agrava mientras más pensamos en él, por lo que cualquier cosa que desvíe la atención puede hacer que la sensación de dolor disminuya, a esto lo logra, como se dijo anteriormente, la música; la cual es aplicada a través de diferentes técnicas que da a conocer la novedosa terapia llamada Musicoterapia. Es menester aclarar el importante y destacado papel de la música en la reducción de la ansiedad, del estrés y del dolor en enfermos de cáncer, lo cual los lleva a experimentar una vivencia de elevación de la autoestima, de descarga y reflexión, de renovación y de paz, ya que la música nos afecta tanto a nivel físico como psíquico.

5.2. Bibliografía de Trabajo Investigativo

- ALVIN, J. (2004). *Musicoterapia*. Barcelona: Ed. Paidós.
- American cancer society. *Cómo comprender su diagnóstico*. (En línea). Recuperado el 14/06/2008 de www.cancer.gov
- Argentina, Asociación Argentina de Oncología Clínica (1999). *Oncología Clínica. Volume 4, versión 3*.
- Argentina, Dpto. Inst. Nac. de Salud Mental. (1998). *La Psico-Oncología: Conceptos Básicos. Temas de Salud Mental*. Buenos Aires.
- Asociación catalana de Musicoterapia. (2000). *¿Que es la musicoterapia?* (En línea). Recuperado de www.acmt.es
- Asociación española contra el cáncer. *Información sobre el cáncer y la prevención*. (En línea). Recuperado el 13/09/2007 de <https://www.aecc.es>
- BECK SL. (1991). *The therapeutic use of music for cancer-related pain*. (S/L). Ed. Oncol Nurs Forum.
- BELMARTINO, S. (2001). Salud colectiva. *Revista Médica Chile*, 129, 129-141.
- BENENZON, R. (1984). *Manual de musicoterapia*. Madrid: Mandala.
- BENENZON, R. (1995). *Manual de musicoterapia*. (1ª ed., 3ª reimp.) Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.
- BENEZON, R. (1996). *Timeless healing. The power and biology of belief*. New York, NY: Ed. Scribner.

- BENENZON, R. (2005). *Manual de Musicoterapia*. Barcelona: Ed. Paidós.
- BORSOOK, D.; LEBEL, A. & MCPEEK, B. (2000). *The Massachusetts General Hospital. Tratamiento del dolor*. Madrid: Malbrán Libros.
- BRUSCIA, K. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amarú.
- BRUSCIA, K. (1999). *Modelos de improvisación en musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: Agruparte.
- Cancer pain management in children. *European Journal of Pain, Volume 5*, 37-41.
- CHEVNIK, M. (2001). El dolor agudo. En D'ALVIA, Rodolfo (comp.), *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*. (Pág 69). Buenos Aires: Paidós.
- COHEN, L. (2002). *Reducing infant immunization distress through distraction*. (S/L). Ed. Health Psychology.
- CORTÉS FUNES, H.; DÍAZ RUBIO, E.; GARCÍA CONDE, J.; GERMÁ LLUCH, J.R.; GUILLEM PORTA, V.; & LÓPEZ, J.J. (1999). *Oncología Médica*. Madrid: Mova Sidonia, Grupo Aula Médica.
- CUELLO, G. (2001). El dolor crónico en pacientes terminales. En D'ALVIA, Rodolfo (comp.), *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires: Paidós.
- D'ALVIA, R. -comp.- (2001). *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires: Paidós.
- DAVIS, W. B. (2000). *“Introducción a la Musicoterapia: teoría y práctica”*. Barcelona: Ed. Boileau.

- FERNANDEZ DE JUAN, T. (2004). *Acerca de Investigaciones Musicoterapéuticas*. La Habana: Ed. Academia.
- GUEVARA LOPEZ, U. , COBARRUBIAS GOMEZ, A. , y HERNANDEZ ORTIZ, A. (2005). Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo. *Revista Cirugía y Cirujanos* , 73, 393-404
- GÓMEZ BATISTE, X.; PLANAS DOMINGO, J.; ROCA CASAS, J.; & VILADIU QUEMADA, P. (1996). *Cuidados Paliativos en Oncología*. (S/L). Ed. JIMS.
- GONZÁLEZ B. (1993). Aspectos psicológicos del dolor crónico. *En: Simón, M. A. (ed.) Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid. Pirámide. Recuperado el 07/03/2007 de <http://www.surmefi.org>.
- GREENWALD, H.P.; BONICA, J.J.; & BERGNER, M. (1987). *The prevalence of pain in four cancers*. (S/L). (S/F).
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) (1994) *Subcommittee on Taxonomy: Classification of Chronic Pain*. Recuperado el 14/11/2009 de <http://www.iasppain.org/terms-p.html>
- KELLY, J. B.; & PAYNE, R. (1991). Pain syndromes in the cancer patient. *Neurology Clinic*, Volume 9, 37-53.
- LOPEZ TIMONEDA, F. (2000). *Clasificación y Definición del dolor*. Universidad Complutense Madrid. Recuperado el 14/11/2006 de <http://www.ucm.es>.
- MCGRATH, P. A. -Ed- (1990). *Pain in children: nature, assessment, and treatment*. New York: Ed. The Guilford Press.

- NUÑEZ BUSTOS, F. (2007). “*Qué es el método Tomatis*”. Recuperado de <http://www.tomatis.cl/metodo.shtml>.
- *Portal del musicoterapeuta*. Recuperado de http://www.elportaldelmusicoterapeuta.com/product_info.php?products_id=304

5.3. Anexo Trabajo de Campo

Entrevista con el Director de la Institución - (1ª Instancia)

Contextualización:

La siguiente entrevista se llevó a cabo en uno de los consultorios de la institución, con el Director de la misma. Esta técnica de recolección de datos fue de carácter abierto, debido a que apuntó a la búsqueda de aceptación del proyecto dentro de la Institución. Se pidió grabar la entrevista, y se accedió a ello sin inconvenientes.

Devenir del encuentro: (E) Entrevistador (D) Director

E: ¿Qué actividad realiza dentro de la Institución?

D: Buen día Paula, es un gusto tenerte aquí con nosotros y bueno vos me preguntas cuál es mi actividad en este centro, yo aquí lo que hago es ser responsable de los proyectos que en la institución se llevan a cabo, es decir, este centro se creó en el año 2002 con el fin de desarrollar actividades preventivas, asistenciales y de cuidados paliativos para aquellos pacientes enfermos de cáncer. Junto con otros miembros de la Comisión Directiva nos encargamos de tomar las decisiones dentro de la asociación.

E: Además de esta Comisión Directiva que mencionas, ¿con qué otros miembros cuenta la institución?

D: Hay varios miembros más afortunadamente. Tenemos varios médicos especializados en lo que es Oncología, quienes se encargan de realizar las entrevistas de admisión a los pacientes que llegan para plasmar el diagnóstico-pronóstico de cada uno. También contamos con psicólogas quienes entrevistan a los pacientes a medida que van avanzando en los tratamientos, ofreciéndoles apoyo, contención y acompañamiento del tratamiento del dolor. Asimismo hay enfermeras que se encargan del suministro de las drogas y un equipo de enfermeros que se ocupan de la atención domiciliaria en sí.

E: Cuando hablabas anteriormente de actividades preventivas y asistenciales, ¿a qué actividades te estas refiriendo por ejemplo?

D: Y bueno mira, actividades de ese tipo que hemos estado poniendo en práctica son charlas informativas a familiares y pacientes, publicaciones en los diferentes medios de la provincia, como así también diferentes tipos de cursos ya sea para dejar de fumar o para aprender a alimentarse de una manera adecuada. Es decir, vamos realizando las actividades de acuerdo a las necesidades de la población que padece enfermedades oncológicas.

E: De acuerdo a lo que me estas informando de estas tareas y actividades realizadas aquí en el centro que apuntan sobre todo al bienestar del paciente buscando una disminución del dolor, la ansiedad, un apoyo emocional, es que quisiera proponerte la elaboración conjunta de un proyecto, donde se utilice a la Musicoterapia como técnica principal donde se ofrece una intervención no formal pero contextualizada con el resto del acercamiento terapéutico.

D: Mi respuesta a tu propuesta acerca de utilizar a esta nueva forma de terapia como un modo para aliviar el dolor en este tipo de pacientes es un si rotundo, vos quizás quieras saber el motivo de mi aceptación, y este si que yo te digo es porque nos venís a presentar una proposición novedosa que demuestra ser muy útil en diferentes casos respecto a lo que en el apoyo emocional, disminución de ansiedad y estrés, alivio del dolor, interacción familiar y comunicación social refiere.

E: Exactamente, esa es mi propuesta, favorecer el afrontamiento del dolor en estos pacientes a través de encuentros de Musicoterapia, donde se utiliza a la música como una herramienta por medio de la cual se abordarán y trabajarán las necesidades del paciente enfermo de cáncer. Estoy más que agradecida por la aceptación de este proyecto aquí en el centro, debido a que lo construí solo pensando en proponerlo en esta Institución.

D: Va a ser un placer para mi y para los profesionales del lugar conocerlo en profundidad y llevarlo acabo para observar la respuesta de los pacientes que, seguramente por el conocimiento que tengo sobre ellos, va a ser positiva en la mayoría de los sentidos.

E: Bueno D, muchísimas gracias otra vez por la aceptación y estaremos en contacto para el comienzo de este nuevo proyecto.

D: Gracias a vos Paula por pensar en nuevas alternativas para este lugar que busca el bienestar de las personas que padecen de esta enfermedad que se propaga a pasos agigantados.

Encuesta Autoaplicable de Intereses - (2ª Instancia)

Sexo:

Edad:

Relación con la institución:

Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.

1- Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos
- ✓ Talleres o seminarios
- ✓ Charlas informativas
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2- En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga
- ✓ Musicoterapia
- ✓ Relajación
- ✓ Meditación
- ✓ Otros. ¿Cuáles?

3- Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre
- ✓ Otros. ¿Cuáles?

4- Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional
- ✓ Otros. ¿Cuáles?

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme
- ✓ Relajarme
- ✓ Expresarme
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas

Entrevista en profundidad con el médico oncólogo - (3ª Instancia)

Contextualización:

La siguiente entrevista se llevó a cabo en uno de los consultorios de la institución, para poder estar tranquilos y cómodos. La misma tuvo carácter de ser semidirigida, por contar con una pauta que sirvió como guía y base para efectuar el desarrollo del encuentro. Se pidió grabar la entrevista, y se accedió a ello sin inconvenientes.

Devenir del encuentro: Entrevistador (E) Médico Oncólogo (M)

E: ¿Qué actividad o tareas realiza en la Institución?

M: Bueno...mira la tarea que yo realizo aquí en Infinito es encargarme de atender y del cuidado de los pacientes oncológicos que llegan todos los días, ya sea que vienen por derivación de otros médicos o también por cuenta propia. Y como aquí el centro se encarga de la atención domiciliaria, una de mis actividades es eso, asistir a los pacientes en sus propios domicilios, sobre todo en aquellos casos en los que la enfermedad está demasiado avanzada, aunque también en los pacientes que no tienen movilidad propia y no cuentan con recursos económicos como para reunirse aquí conmigo.

E: ¿Cómo hacen la evaluación y el diagnóstico cuando una persona ingresa a la Institución?

M: Aquí llegan ya con un diagnóstico y yo junto con otra médica que trabaja junto a mi realizamos un diagnóstico y un seguimiento. En cuanto a la atención que se realiza a domicilio, se modula según la patología que presenta el paciente. Este servicio incluye los servicios del médico, enfermera y psicólogo.

E: ¿Cuál sería más o menos la edad promedio de los pacientes que concurren?

M: Y yo te diría que está entre los 50 o 55 años.

E: ¿Qué cantidad de pacientes tienen hoy en el Centro Infinito?

M: En este momento estamos teniendo bastante pacientes aquí, si te tengo que decir un número sin contar la atención domiciliaria deben ser más o menos veinte pacientes. Cada año se van incrementando más los números de personas que llegan con esta enfermedad; pero hay q agradecer que cada día van surgiendo cosas nuevas para combatirlo también.

E: ¿Trabaja interdisciplinariamente?

M: Si por supuesto. Yo trabajo mucho con la psicóloga y muy bien en equipo. Cuando viene el paciente que tiene una entrevista conmigo, yo después le explico que tiene que tener una entrevista con la psicóloga como parte del diagnostico del tratamiento y esto los asusta, haciéndolos reacios al tratamiento, pero después de ver a la psicóloga se tranquilizan y se enganchan con el tratamiento, ella tiene mucha habilidad para atraerlos. Hay pacientes que son muy difíciles, sobre todo por la edad de las personas que predominan en este Centro. Cada siete días la psicóloga hace visitas a los pacientes y conmigo ellos tienen mucho contacto por teléfono, los tranquiliza mucho hablar conmigo día a día porque me cuentan los efectos de los medicamentos, los dolores que aparecen, entre otras cosas.

E: ¿Qué opina de realizar actividades o tratamientos grupales con los pacientes?

M: Mira, con respecto a las actividades en grupo, creo que hay personas que si les gustaría hacerlas, sobre todo aquellos pacientes que se encuentran viviendo en Santa Rosa.

Pero creo que es difícil para las personas que concurren al Centro pero que son de los alrededores; es difícil, porque son personas que no tienen una movilidad propia ni los recursos económicos como para venir una vez por

semana, por ese motivo es que yo también los atiendo cada quince días y a lo demás lo hago vía telefónica.

E: ¿Cómo cubren los tratamientos para los pacientes las obras sociales?

M: Ese es un problema para los pacientes porque son pocas las obras sociales que cubren el tratamiento en su totalidad, por ejemplo PAMI hoy está dando solo la cobertura de los medicamentos y OSDE al igual que SEMPRE cubre los tratamientos casi en su totalidad haciendo excepciones con los psicólogos porque las mismas obras sociales quieren que este afiliado a los que esta les ofrece.

E: Como para ir finalizando ¿Qué haría falta para que funcione un proyecto para disminuir el dolor por cáncer?

M: Creo que le haría falta alguna actividad grupal, en la cual todos los pacientes participen sin ningún obstáculo, compartan la experiencia y además para que el equipo pruebe otras cosas e incluya otros espacios. Mira, cuando el Director de aquí me dijo que vendrías con una propuesta nueva para el Centro, como es la Musicoterapia, se lo comente a la psicóloga diciéndole que me parecía muy innovador y que sería muy adecuado ya que es una técnica o un tipo de terapia que se está utilizando mucho y sobre todo para tratar el dolor en el sentido de distracción para el paciente, como si fuera un “cable a tierra” para ellos, además los haría sentir muy útiles a ellos mismos ya que son personas que viven solas, te dicen que ya no tienen nada que hacer, que cada vez se les dificulta mas hacer las cosas que hacían antes.

E: Bueno C, muchas gracias por tu tiempo, nos estamos viendo en estos días.

M: No al contrario gracias a vos por esta propuesta que acercas aquí y espero te sirva la entrevista.

Entrevista semidirigida a la psicóloga de la institución - (4ª Instancia)Contextualización:

La siguiente entrevista se llevó a cabo en uno de los consultorios de la institución, para poder estar tranquilos y cómodos. La misma tuvo carácter de ser semidirigida, por contar con una pauta que sirvió como guía y base para efectuar el desarrollo del encuentro. Se pidió grabar la entrevista, y se accedió a ello sin inconvenientes.

Devenir del encuentro: Entrevistador (E) Psicóloga (P)

E: ¿Qué actividad o tareas realiza en la Institución?

P: Bueno, primordialmente gira en torno al sostén de los tratamientos médicos. O sea, el objetivo de los procesos que yo hago tiene que ver con la adhesión del paciente al tratamiento; y a partir de ahí, de acuerdo al paciente, a las características del paciente, a la demanda de él o a la necesidad dentro de lo que puedo detectar, se abren puertas para trabajar otras cosas un poco más en profundidad. Pero en un primer instante tiene que ver con el apoyo al tratamiento médico. Entonces a partir de ahí, el trabajo psicológico se hace a partir de ese nudo. Que de eso se puedan extender otro tipo de intervenciones psicológicas que puedan tener mayor profundidad, se puede dar. Pero el objetivo central es este, como la gente viene a buscar esta parte, la parte clínica, la parte de la mejoría de su dolor; por lo general se centra en eso la intervención. Yo voy a abordar al aspecto psicológico, el conflicto, en función de lo que vaya a servir para mejorar la calidad de vida de esa persona de acuerdo a la demanda que es por el dolor.

E: ¿Cómo hace la evaluación y el diagnóstico psicológico cuando una persona ingresa al centro?

P: Bueno, esa es una dificultad que a mi modo de ver aparece desde que empezamos a trabajar...Porque cada equipo tiene su particularidad, entonces

de acuerdo a la forma de trabajar de cada uno, a la forma de intervención, si es por obra social, si es particular y demás, se presentan distintos obstáculos... Y el principal en este caso es que muchos de los pacientes que acceden por la cuestión médica del dolor, no quieren tener que ver nada con la parte psicológica, se resisten; entonces es un trabajo bastante interesante del médico el de hacer el espacio para que intervenga el psicólogo a hacer el diagnóstico. Alguno de los médicos que tenemos son más impositivos, entonces dice "bueno usted, para continuar el tratamiento médico tiene que pasar por el diagnóstico psicológico que a mí me va a poder permitir discriminar cuanto usted tiene de dolor y cuanto de sufrimiento".

En cambio otros médicos, tiene una forma diferente y empiezan a tomar algunas de las cosas emocionales que el paciente les dice, le van, me van haciendo el caminito para que vengan a la entrevista. En función de, cuando el paciente llega a consulta psicológica al diagnóstico, lo que yo, lo primero que le hago es una buena entrevista clínica, en donde detecto cuáles son los focos emocionales que pueden estar interviniendo en un mayor grado de sufrimiento que de dolor.

Le pregunto un poco al paciente la historia de su dolor, que me empiecen a relatar desde ahí, cómo se han ido profundizando, qué situaciones le generan más dolor, cuales lo alivian y voy hilvanando un poco la historia del paciente en relación a su dolor. Ahí detectado los focos, lo que yo hago es proponerle al paciente, de acuerdo a su disposición y demás; qué foco de intervención se puede hacer. Algunos por ejemplo, que son muy resistentes, yo les planteo que esto necesitaría un tratamiento psicológico y si no acceden, lo que yo hago es decirles que por lo menos una vez al mes tienen que venir a una consulta psicológica, para acompañar el tratamiento médico.

Entonces a través de eso, a veces se quedan más, a veces aceptan a través de esos momentos en que ellos vienen por el dolor, entonces uno le puede ir tomando cosas, acceden a hacer una psicoterapia. Como muchos pacientes tienen esto de, largas historias con el dolor, muchas veces son muy resistentes al tratamiento psicológico, porque como a veces los focos están ahí, si se los

descubrís, si se los empezás a mostrar, se escapan; entonces es muy artesanal el trabajo.

E: Desde los casos o las historias clínicas que estás viendo ¿Qué diagnóstico psicológico tienen estos pacientes en general y/o particular? ¿Cuáles son los aspectos más relevantes de los mismos?

P: Y mira eso es muy variado, hay grandes proporciones donde predominan los rasgos obsesivos, pero creo que en este momento está predominando aquellos pacientes que somatizan a través del cuerpo y se encuentra muy presente la depresión también en estos pacientes que sufren del dolor provocado por el cáncer, hay casos de depresión encubierta, donde el paciente aparenta que no, pero cuando uno se pone a indagar se encuentra con que hay varios duelos no resueltos, como duelo de los padres o duelo de hermanos. Te diría, para hacerlo didáctico, que la depresión es como una línea diagonal que atraviesa la mayoría de los cuadros diagnósticos.

E: ¿Cuál es el tipo de abordaje psicológico que se realiza con estos pacientes?

P: Lo principal apunta siempre a mantener el tratamiento y a este mantenimiento se lo trata de hilvanar con una perspectiva psicodinámica. Yo diría algo así como una psicoterapia breve, o de objetivos limitados, en el sentido de que el objetivo principal es la apoyatura al tratamiento médico, como te dije antes, pero con características psicodinámicas, porque como hay origen, hay cosas emocionales de la historia previa que aparecen continuamente relacionadas a estos dolores, yo los tomo, no los dejes pasar.

Y bueno a través del insight, señalamientos, interpretaciones generalmente no llegan, tendría que ponerme a ver por qué. Porque además hay que tener presente que, acá en este centro, con cuestiones relacionadas a enfermedades de este tipo como es el cáncer, yo te podría decir que empecé en Septiembre, o sea siete (7) meses, eso también condiciona por momentos la intervención, y además que hay una gran movilidad de pacientes.

Además cuando el paciente se siente aliviado físicamente, toma la decisión por cuenta propia de irse, el cual es otro de los factores que está condicionando a la intervención. Como también están los pacientes que no son de acá, sino que son de los pueblos de alrededor, entonces se nos dificulta conseguir que vengan, porque la vez que vienen por ejemplo, tienen la consulta médica, la consulta aquí conmigo, luego buscan los medicamentos necesarios como para no volver hasta dentro de dos semanas.

Por supuesto que hay que tener en cuenta también que son pacientes mayores y tal vez no tienen la movilidad propia como para llegarse hasta acá, acordémonos que son pacientes que sufren de dolor, y además que no tienen el sostén económico como para viajar una vez por semana.

E: Continuando con esto de los tratamientos ¿son efectivos, o habría que agregarles algo más? o ¿Crees que podría complementarse con algún otro tipo de terapia?

P: Mira, yo creo que hay un par de cosas, por ejemplo. Lo que es el seguimiento de pacientes, que yo por ahí con los mismos lo hago, que es diferente a lo que hacen los médicos clínicos. Cuando un paciente no viene, yo de acá lo llamo; o sea lo llamo, le pregunto qué pasó y le doy una nueva entrevista, sobre todo cuando son del interior... Porque como están con el tratamiento médico, es necesario también esa contención, son pacientes muy necesitados de oreja ¿no?; de escucha, tanto desde los que tienen rasgos obsesivos, como estos más, que somatizan que ponen la queja en el cuerpo, necesitan mucha escucha, entonces esos llamados es como que le permite vencer un poco esas cosas fóbicas que tienen, más del disentimiento del médico, porque hay mucho de eso, en estas historias tan largas. Vos recién me preguntaste de algún tipo de terapia complementaria, mira quizá con el tratamiento en pacientes que no son de acá no funcione, pero también vienen los pacientes de acá de la ciudad y creo que una terapia alternativa que se sume al tratamiento tanto médico como psicológico sería bueno porque se engancharían más en el sentido de que vos venís a proponer por ejemplo esto

de la Musicoterapia y sería un ejemplar para motivar al paciente a que continúe viniendo porque se siente útil, interactúan entre ellos y no solo vienen a sentarse a una silla a hablar o por ahí hasta les tenes que sacar las cosas arrebatándolos con preguntas, por decirlo de alguna manera, me explico?

E: Si, perfectamente...

P: A lo que voy por ejemplo, el tema de la distracción que es uno de los mecanismos a través del cual ellos se alivian, la distracción sirve para no concentrarse en el dolor y eso ayudaría. O sea es muy raro que un adulto mayor busque una actividad fuera, para distraerse y que su dolor se alivie; estaríamos hablando de otro tipo de paciente que no es el que vamos a tener acá, porque implica una actividad, ponerse en una actividad, que para mí por las características de esta gente no lo hacen. La distracción creo que es una necesidad de ellos no muy registrada por el paciente mismo pero que es uno de los mecanismos que los ayudaría, pero por sus características de personalidad más pasiva, yo creo que no lo hacen, yo creo que eso puede ayudar mucho... la distracción como el primer elemento para olvidarme del dolor.

E: Bueno algo más que me quieras contar...

P: Bueno como te decía recién, sería muy provechoso que se comiencen a realizar actividades o tratamientos grupales con los pacientes, a la par de los tratamientos individuales. Sobre todo en el sentido de que lo que veo es que necesitan mucho de la expresión y del registro de sus emociones, ¿no?

Es decir, el registro de sus propias emociones y sensaciones, creo que está primero, antes de expresarlas, porque a lo mejor expresarlas les cueste mucho más; que puede ser a través de cualquier vehículo ¿no?, a través de instrumentos, música, preguntas, lo que sea, pero el registro, porque muchos se caracterizan por esta falta de registro. Por eso te decía antes que esto de la propuesta que traes vos es algo que ayudaría en gran medida a tener contacto

con las emociones. Creo que esta necesidad del registro de las emociones, está en la base de todo los otros tipos de demanda; ¿por qué? porque si ellos no tuvieran carencias afectivas, o tuvieran un grupo de pares que se juntaran todos los días a jugar a las bochas, o lo que fuere, no estarían buscando inconscientemente o rondando esta necesidad de un espacio donde hacer estas cosas. O sea, si estuvieran en un grupo de cocina que se dan en el centro vecinal o en el centro de jubilados, no estarían acá, estarían con su médico particular solo siguiendo un tratamiento médico, sin embargo no es eso lo que buscan, ¿por qué?, porque para mí hay una necesidad emocional que no está cubierta, que no está templada. ¿Me Entendes?

E: Si, si entiendo. Bueno R muchas gracias por tu tiempo, nos estaremos viendo seguramente en estos días por los pasillos (Risas).

P: Gracias a vos también, nos vemos.

Respuesta a las encuestas de intereses autoadministradas

Sexo: Masculino**Edad:** 65**Relación con la Asociación:** Paciente

Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.

1-Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos X
- ✓ Talleres o seminarios
- ✓ Charlas informativas X
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2-En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga
- ✓ Musicoterapia
- ✓ Relajación X
- ✓ Meditación
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

3-Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza X
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral X
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

4-Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional X
- ✓ Otro tipo de Grupos. ¿Cuáles?

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme
- ✓ Relajarme X
- ✓ Expresarme
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas

Sexo: Masculino**Edad:** 71**Relación con la Asociación:** Paciente

Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.

1-Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos
- ✓ Talleres o seminarios X
- ✓ Charlas informativas X
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2-En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga
- ✓ Musicoterapia X
- ✓ Relajación X
- ✓ Meditación
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

3-Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura X
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral X
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

4-Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo X
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional
- ✓ Otro tipo de Grupos. ¿Cuáles?

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme
- ✓ Relajarme
- ✓ Expresarme X
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas

Sexo: Femenino**Edad:** 80**Relación con la Asociación:** Amistad con el doctor de Infinito**Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.**1-Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos
- ✓ Talleres o seminarios
- ✓ Charlas informativas X
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2-En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga
- ✓ Musicoterapia X
- ✓ Relajación X
- ✓ Meditación
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

3-Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura X
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral X
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

4-Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo X
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional
- ✓ Otro tipo de Grupos. ¿Cuáles?

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme
- ✓ Relajarme X
- ✓ Expresarme
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas

Sexo: Femenino**Edad:** 58**Relación con la Asociación:** Paciente

Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.

1-Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos
- ✓ Talleres o seminarios X
- ✓ Charlas informativas X
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2-En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga
- ✓ Musicoterapia X
- ✓ Relajación
- ✓ Meditación X
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

3-Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral X
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre X
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

4-Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional
- ✓ Otro tipo de Grupos. ¿Cuáles? X De entretenimiento

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme X
- ✓ Relajarme
- ✓ Expresarme
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas

Sexo: Masculino

Edad: 65

Relación con la Asociación: Paciente y colaborador con infinito

Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.

1-Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos
- ✓ Talleres o seminarios X
- ✓ Charlas informativas X
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2-En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga X
- ✓ Musicoterapia X
- ✓ Relajación
- ✓ Meditación
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

3-Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral X
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre X
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

4-Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo X
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional
- ✓ Otro tipo de Grupos. ¿Cuáles?

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme
- ✓ Relajarme
- ✓ Expresarme X
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas

Sexo: Femenino**Edad:** 77**Relación con la Asociación:** Paciente

Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.

1-Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos X
- ✓ Talleres o seminarios X
- ✓ Charlas informativas
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2-En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga
- ✓ Musicoterapia
- ✓ Relajación
- ✓ Meditación X
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

3-Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura X
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral X
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

4-Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional X
- ✓ Otro tipo de Grupos. ¿Cuáles?

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme
- ✓ Relajarme X
- ✓ Expresarme
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas

Sexo: Masculino**Edad:** 76**Relación con la Asociación:** Paciente

Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.

1-Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos X
- ✓ Talleres o seminarios X
- ✓ Charlas informativas
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2-En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga
- ✓ Musicoterapia
- ✓ Relajación X
- ✓ Meditación
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

3-Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral X
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

4-Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional X
- ✓ Otro tipo de Grupos. ¿Cuáles?

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme X
- ✓ Relajarme
- ✓ Expresarme
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas

Sexo: Masculino**Edad:** 68**Relación con la Asociación:** Amistad y Paciente

Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.

1-Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos
- ✓ Talleres o seminarios X
- ✓ Charlas informativas
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2-En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga
- ✓ Musicoterapia X
- ✓ Relajación
- ✓ Meditación
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

3-Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral X
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

4-Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional X
- ✓ Otro tipo de Grupos. ¿Cuáles?

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme
- ✓ Relajarme X
- ✓ Expresarme
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas

Sexo: Femenino

Edad: 67

Relación con la Asociación: Paciente y colaboradora

Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.

1-Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos
- ✓ Talleres o seminarios X
- ✓ Charlas informativas X
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2-En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga X
- ✓ Musicoterapia
- ✓ Relajación
- ✓ Meditación X
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

3-Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral X
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre X
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

4-Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional X
- ✓ Otro tipo de Grupos. ¿Cuáles?

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme
- ✓ Relajarme
- ✓ Expresarme X
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas

Sexo: Femenino**Edad:** 88**Relación con la Asociación:** Paciente

Marque con una cruz la opción que más le interesa (puede ser más de una). Y desarrolle cuando sea necesario.

1-Le gustaría participar de:

- ✓ Cursos
- ✓ Talleres o seminarios X
- ✓ Charlas informativas
- ✓ Otros. ¿Cuáles?:
- ✓ No me interesaría

2-En caso de elegir por alguna de las opciones anteriores ¿qué temáticas le interesaría trabajar?: Le gustaría realizar:

- ✓ Clases de Yoga
- ✓ Musicoterapia
- ✓ Relajación
- ✓ Meditación
- ✓ Otros: ¿Cuáles? X Reuniones Recreativas

3-Le gustaría realizar actividades como:

- ✓ Danza
- ✓ Manualidades, dibujo y pintura X
- ✓ Lectura y escritura
- ✓ Cocina
- ✓ Música y expresión oral
- ✓ Salidas recreativas
- ✓ Caminatas en grupo
- ✓ Actividades al aire libre
- ✓ Otros: ¿Cuáles?

4-Le interesaría participar de:

- ✓ Grupos de contención y diálogo
- ✓ Grupos de autoayuda y apoyo emocional X
- ✓ Otro tipo de Grupos. ¿Cuáles?

5- ¿Qué le permitiría tocar un instrumento?

- ✓ Divertirme
- ✓ Relajarme
- ✓ Expresarme X
- ✓ Relacionarme con mis compañeros
- ✓ Entender mis problemas