



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Intervención Musicoterapéutica en Pacientes
Oncohematológicos sometidos a Trasplante
Autólogo: Aplicación del Modelo Helen Bonny de
Imagen Guiada y Música (BMGIM)**

D. Alfonso López Ruiz

2017



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Joaquín Nieto Munuera, Profesor Titular de Universidad del Área de Psiquiatría en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Intervención musicoterapéutica en pacientes oncohematológicos sometidos a trasplante autólogo: aplicación del modelo Helen Bonny de imagen guiada y música", realizada por D. Alfonso López Ruiz, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 25 de Mayo de 2017

Mod:T-20



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Jose María Moraleda Jiménez, Catedrático de Universidad del Área de Medicina en el Departamento de Medicina Interna, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Intervención musicoterapéutica en pacientes oncohematológicos sometidos a trasplante autólogo: aplicación del modelo Helen Bonny de imagen guiada y música", realizada por D. Alfonso López Ruiz, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 25 de Mayo de 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Alfonso López Ruiz".

Mod:T-20



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Intervención musicoterapéutica en pacientes oncohematológicos sometidos a trasplante autólogo: aplicación del modelo Helen Bonny de Imagen Guiada y Música (BMGIM)

D. Alfonso López Ruiz

2017

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes que han participado en este estudio por su gran generosidad.

A los doctores Joaquín Nieto Munuera y José María Moraleda Jiménez, directores de la tesis, por confiar en la Musicoterapia para la mejora de la vida de los pacientes. Agradezco todas sus enseñanzas, consejos y orientaciones, y me quedo sobre todo con la sensibilidad que dedican a sus pacientes y la pasión por su profesión.

A Francisca Iniesta Martínez, Andrés Sánchez Salinas y Jorge Monserrat Coll por su colaboración en el proyecto; especialmente a Paqui por toda la labor de organización y su ayuda en la recogida de datos.

Al personal de la *5ª planta centro* del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca por facilitar las sesiones de Musicoterapia en el entorno de aislamiento.

A todo el personal del Instituto Murciano de Investigación Sanitaria (IMIB) que ha alentado y apoyado este proyecto. Especialmente a Sergio por su ayuda con los pacientes de movilidad reducida.

A Ginger Clarkson por todas sus enseñanzas.

A todos mis amigos, compañeros de estudios y compañeros de trabajo por interesarse, preocuparse, dar ánimos y estar ahí cuando los he necesitado.

Espero no olvidarme a nadie, y de ser así les aseguro que estarán siempre presentes en mi agradecimiento. Y finalmente, por ser lo más importante:

A mis padres, porque los padres siempre dan lo más valioso: la Vida.

A mi hermana y mi cuñado por todo su apoyo.

Y dedico este trabajo a quien más quiero: mis sobrinas María y Aitana.

1. Introducción	14
2. Hematología y Hemoterapia	15
2.1 Hematopoyesis	15
2.2 Hemopatías	16
2.2.1 <i>Leucemia mieloide aguda</i>	18
2.2.2 Mieloma múltiple	20
2.2.3 Amiloidosis primaria	21
2.3 Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos	22
2.3.1 Fases del trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos	25
2.3.2 Complicaciones	25
3. Psicooncología	27
3.1 Estilos de afrontamiento a la enfermedad cancerosa	31
3.2 Tratamientos psicológicos empleados en cáncer	33
3.3 Atención psicológica durante las fases de tratamiento y postratamiento	36
3.4 Aspectos psicológicos en torno al tratamiento del cáncer hematológico	41
3.5 Aspectos psicológicos, emocionales y sociales: hospitalización en régimen de aislamiento.	45
4. Musicoterapia	47
4.1 Efectos de la música	47
4.2 Musicoterapia en Medicina	49
4.3 Musicoterapia y cáncer	51
4.4 Modelo Helen Bonny de Imagen Guiada y Música (BMGIM)	54
4.4.1 Aplicaciones clínicas del modelo: GIM y cáncer	56
4.4.2 La sesión de BMGIM	58
5. Objetivos	62
6. Hipótesis	62
7. Método	63
7.1 Participantes	63
7.1.1 Criterios de inclusión	63
7.1.2 Criterios de exclusión	63
7.1.3 Criterios de retirada	64
7.2 Criterios éticos	64
7.2.1 Evaluación beneficio-riesgo para los sujetos de investigación	64
7.2.2 Confidencialidad de los datos	64
7.3 Instrumentos	66

7.3.1 Cuestionario de Personalidad de Eysenck Abreviado (EPQR-A)	66
7.3.2 Escala de Ansiedad de Hamilton (HADS)	67
7.3.3 Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)	67
7.4 Diseño	69
7.4.1 Selección (Visita basal): d-30 a d-12	69
7.4.2 Aleatorización	69
7.4.3 Sesiones de musicoterapia BMGIM (Sólo grupo experimental): d-12 a d+125 (±5)	70
7.5 Procedimiento	71
7.5.1 Establecimiento del grupo de investigación y grupo de control	71
7.5.2 Sesiones de musicoterapia BMGIM	71
7.5.3 Tratamiento estadístico de datos	71
8. Resultados	72
8.1 Sesiones de musicoterapia BMGIM	76
8.1.1 Transcripción de las sesiones	76
8.1.2 Sesiones Paciente 1	77
8.1.3 Sesiones Paciente 2	104
8.1.4 Sesiones Paciente 3	132
8.2 Afrontamiento tras las sesiones de musicoterapia	158
9. Discusión	159
10. Conclusiones	162
11. Limitaciones del estudio y perspectivas de futuro	163
12. Bibliografía	164
13. ANEXOS	176
13.1 Anexo I. Dictamen favorable del Comité de Ética del Hospital Universitario	176
13.2 Anexo II. Hoja de información al paciente	177
13.3 Anexo III. Formulario de consentimiento informado.	180
13.4 Anexo IV. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPQR-A)	182
13.5 Anexo V. ESCALA DE ANSIEDAD DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD)	184
13.6 Anexo VI. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS (CAEPO)	187
13.7 Anexo VII. Entrevista BMGIM	189
13.8 Anexo VIII. Lista de programas musicales.	190

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación de las leucemias	18
Tabla 2. Supervivencia libre de la enfermedad con trasplante autólogo	24
Tabla 3. Rol del psicólogo en Oncología	31
Tabla 4. Técnicas recomendadas para la intervención psicológica en pacientes con cáncer	35
Tabla 5. Objetivos para el tratamiento psicooncológico	40
Tabla 6. Protocolo de intervención psicológica para pacientes oncohematológicos del Hospital de la Paz (Madrid)	44
Tabla 7. Terminología BMGIM	56
Tabla 8. Experiencias vividas en la música durante una sesión de GIM	61
Tabla 9. Sesiones de Musicoterapia en relación al trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TPH)	70
Tabla 10. Número de participantes en el estudio	72
Tabla 11. Análisis de correlaciones de los cuestionarios	73
Tabla 12. Análisis de conglomerados	74
Tabla 13. Diagnóstico médico y estilo de afrontamiento de los pacientes de género masculino que reciben sesiones de Musicoterapia	75
Tabla 14. Resultado inicial CAEPO	75
Tabla 15. Resultados CAEPO iniciales y tras proceso musicoterapéutico	158

1. Introducción

La Musicoterapia es una disciplina científica que se está abriendo paso en España para su aplicación en el ámbito hospitalario, siendo cada vez más las instituciones médicas asistenciales – tanto privadas como públicas- que la incluyen en el catálogo de servicios a sus pacientes por la mejora en la calidad de vida que está demostrando.

Los servicios de oncología, y la intervención musicoterapéutica con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, es una de las áreas donde hemos encontrado investigaciones sobre los beneficios del acompañamiento terapéutico en musicoterapia durante la enfermedad y su tratamiento, y que recogemos a lo largo de este trabajo; sin embargo, las investigaciones previas a este proyecto no arrojaron resultados de experiencias en nuestro país en el área de oncohematología.

También es habitual encontrar investigaciones tanto de musicoterapia como de psicooncología, cuyos sujetos de estudio pertenecen al género femenino, siendo el género masculino menos proclive a participar en este tipo de experiencias.

Por otro lado, lo habitual en los trabajos de investigación sobre la aplicación de la musicoterapia en ámbito hospitalario en España es el uso de técnicas activas y receptivas en musicoterapia, y no la aplicación de uno de los cinco modelos oficiales por un musicoterapeuta especialista. Así, este trabajo puede contribuir a la apertura de nuevas líneas de investigación aún no exploradas.

Una de las motivaciones principales de desarrollar esta investigación es una experiencia previa aplicando el modelo Helen Bonny de Imagen Guiada y Música en pacientes supervivientes de cáncer, comprobando que hasta 10 años después de haber superado la enfermedad las secuelas físicas y psicológicas del tratamiento seguían estando presentes.

2. Hematología y Hemoterapia

Según la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (2012), es la parte de la medicina que se ocupa de:

La fisiología de la sangre y los órganos hematopoyéticos.

El estudio clínico-biológico de las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y de todos los aspectos relacionados con su tratamiento.

La realización e interpretación de pruebas analíticas derivadas de dichas enfermedades o procesos de otro tipo que, por diferentes mecanismos, provoquen discrasias sanguíneas, así como de aquellas pruebas analíticas de tipo hematológico que sean necesarias para el estudio, diagnóstico y valoración de procesos que afecten a cualquier órgano o sistema.

Todos los aspectos relacionados con la medicina transfusional, como la obtención y control de la sangre y hemoderivados, incluyendo los progenitores hematopoyéticos, así como su uso terapéutico (p. 20).

2.1 Hematopoyesis

La hematopoyesis es el proceso por el cual se forman las células sanguíneas: hematíes, leucocitos y plaquetas. La renovación de estas células es permanente ya que tienen una vida relativamente corta.

En el ser humano adulto las células hemáticas se producen en los huesos planos, particularmente en las vértebras, el esternón, las costillas y la pelvis. Durante el periodo embrionario y en circunstancias especiales la hematopoyesis también se produce en el hígado y el bazo.

Las células sanguíneas provienen de una célula madre multipotencial, con capacidad de auto-renovación y diferenciación que es capaz de producir células hematopoyéticas durante toda la vida. Esta célula multipotencial influida por señales moleculares secretadas por el micro-medioambiente medular (citocinas, factores de

crecimiento), es capaz de proliferar logarítmicamente y de diferenciarse hasta formar los elementos maduros funcionales de la sangre periférica: los glóbulos rojos, las plaquetas y los diferentes tipos de leucocitos, neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos y basófilos. En cultivo in vitro, las células progenitoras hematopoyéticas, dan lugar a dos tipos de progenitores, los mieloides y los linfoides.

La célula progenitora linfóide en un estadio madurativo posterior da lugar a las células del sistema inmune que incluyen a los diferentes subtipos de linfocitos y células plasmáticas, tan importantes en el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).

Los recientes adelantos científicos han permitido descubrir marcadores biológicos de las células progenitoras hematopoyéticas (CPH). Hoy conocemos que prácticamente la totalidad de las CPH poseen una molécula en la superficie de su membrana denominada CD34, que puede ser detectada con anticuerpos monoclonales específicos y que permite identificarlas y seleccionarlas. Con la inyección de factores de crecimiento granulocíticos (G-CSF), las CPH pasan de la médula ósea a la sangre periférica, y las podemos medir en el laboratorio por citometría de flujo contando las células CD34+. Ello nos permite recogerlas de la sangre periférica mediante técnicas de aféresis sin necesidad de obtenerlas de la médula ósea mediante múltiples pinchazos en los huesos que requieren anestesia general. Ello ha hecho posible la aparición de los TPH de “sangre periférica”, que son mucho más sencillos para los donantes y para los equipos de trasplante. Junto a estas células CD 34+ también se recogen otras accesorias, durante las aféresis de los donantes, siendo las más importantes los linfocitos T que son células clave en la inmunobiología del trasplante y sus resultados [Moraleda, 2011].

2.2 Hemopatías

Las enfermedades de la sangre pueden afectar básicamente a:

- elementos de la sangre: hematíes, leucocitos y plaquetas
- elementos plasmáticos: inmunoglobulinas y factores de coagulación

- órganos hematopoyéticos: médula ósea
- órganos linfoides: ganglios linfáticos y bazo

Sus manifestaciones se presentan en diversos síndromes, que a su vez presentan varios síntomas generales como por ejemplo cansancio, fiebre o pérdida de peso, o síntomas más específicos como palidez, ictericia o úlceras en la cavidad bucal, entre otros [Moraleda, 2011].

Aunque la exploración física es una de las maneras de detectar las hemopatías, sin duda las mejores herramientas del hematólogo para determinar las enfermedades de la sangre son los estudios de laboratorio, en ocasiones tan sencillos como el hemograma con el examen morfológico de la sangre periférica, y algo más complejo como el examen de la médula ósea (a través de un aspirado medular o con una biopsia ósea).

Enfermedades Oncohematológicas o Hemopatías malignas.

a) Neoplasias Mieloproliferativas Crónicas: su origen está en la célula madre hematopoyética, que sufre una transformación maligna clonal, que provoca una proliferación neoplásica. Algunos ejemplos:

1. Leucemia mieloide crónica
 - Policitemia vera
 - Trombocitemia esencial
 - Mielofibrosis primaria.

b) Síndromes Mielodisplásicos: consiste en la producción de células anómalas por las células madre de la médula ósea. Entre ellas encontramos:

- Anemia refractaria simple
- Leucemia mielomonocítica crónica
- Citopenia refractaria con displasia unilínea y multilínea.

c) Síndromes Linfoproliferativos: formación anormal en células linfoides. Ejemplos:

- Leucemia linfática crónica

- Linfomas

d) Gammapatías Monoclonales: se produce un exceso de inmunoglobulina monoclonal, debido a proliferación anómala de las células plasmáticas. Existe un amplio espectro de enfermedades en este grupo:

- Gammapatía monoclonal de significado incierto
- Amiloidosis primaria
- Mieloma múltiple

Las hemopatías malignas tratadas en esta investigación son:

2.2.1 Leucemia mieloide aguda

También conocida como leucemia mieloblástica aguda, según Farreras y Rozman (2005, p. 1698) “es una proliferación neoplásica de células inmaduras (blastos) de estirpe mieloide. Esta proliferación desplaza la hematopoyesis normal, lo que origina insuficiencia medular, e infiltra tejidos extramedulares.”

La Organización Mundial de la Salud clasifica las leucemias en:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Neoplasias mieloides con predisposición congénita- LAM y neoplasias relacionadas- LAM con alteraciones genéticas recurrentes- LAM con cambios relacionados con mielodisplasia- Neoplasia mieloide relacionada con terapia previa- LAM, tras categorías- Sarcoma mieloide- Proliferaciones mieloides relacionadas con el síndrome de Down- Neoplasia blástica plasmacitoide de células dentríticas- Leucemias agudas de linaje ambiguo |
|--|

Tabla 1. Clasificación de las leucemias.

Clínica

Las características clínicas de las LAM vienen marcadas por el síndrome de insuficiencia medular ocasionado por la infiltración de la médula por los blastos anómalos y la desaparición de las CPH normales. Ello implica una disminución de los glóbulos rojos y en consecuencia síntomas de anemia como palidez, debilidad, fatiga, palpitaciones y disnea de esfuerzo. La disminución de las plaquetas se manifiesta por tendencia a hemorragias y sangrado espontáneo, y la disminución de los leucocitos por tendencia a infecciones graves con fiebre alta. Además existen síntomas generales como anorexia o pérdida de peso dolores óseos. Como consecuencia de la infiltración extramedular, los pacientes con LAM pueden presentar aumento del tamaño de hígado, bazo y ganglios linfáticos, hipertrofia gingival y cefalea o parálisis de pares craneales por infiltración del sistema nervioso central.

Tratamiento

El tratamiento de la LAM se basa en dos pilares, el tratamiento general de soporte y el tratamiento específico de la leucemia con quimioterapia. El tratamiento de soporte tiene por objetivo tratar el síndrome de insuficiencia medular y consiste en transfusiones de hematíes y plaquetas, así como antibióticos para evitar las infecciones. El tratamiento específico con quimioterapia consiste en la combinación de varios agentes citostáticos con diferente mecanismo de acción antitumoral, que incluye: citarabina y daunorubicina o idarubicina. Tras un ciclo de inducción, suele darse uno de consolidación y otro de intensificación. En los pacientes con alto riesgo de recaída tras alcanzar la remisión completa o en aquellos en los que no se alcanza la remisión completa, está indicado el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), que es el mejor tratamiento antileucémico existente, como más adelante explicaremos. Los factores de riesgo para la recaída de la enfermedad son las alteraciones citogenéticas de mal pronóstico y la falta de respuesta al tratamiento quimioterápico o “quimio-insensibilidad”.

Por tanto, en la leucemia mieloide aguda en primera remisión completa el TPH autólogo está indicado en los pacientes con riesgo intermedio de recaída. El

trasplante alogénico se reserva para los pacientes de alto riesgo de recaída, dada su alta toxicidad, pese a su alto poder curativo. El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos obtenidos de sangre periférica tiene como ventaja una recuperación hematopoyética más precoz y no presenta problemas inmunológicos como la enfermedad injerto contra huésped [Figuera y Sierra en Moraleda, 2011, pp. 227-264].

2.2.2 Mieloma múltiple

Clínica

Se trata de una proliferación clonal maligna de células plasmáticas que infiltran la médula ósea y los tejidos y producen una paraproteína monoclonal. Los síntomas más habituales son el dolor óseo, síndrome anémico e insuficiencia renal. La infiltración ósea determina lesiones osteolíticas localizadas en cráneo, columna vertebral, pelvis, costillas y huesos largos proximales. Anemia, pérdida de peso y propensión a las infecciones son otros de los síntomas habituales. En el Proteinograma aparece una banda monoclonal fácilmente identificable en la inmunoelectroforesis en plasma o en orina. No es rara la insuficiencia renal y la hipercalcemia. A veces aparecen tumoraciones mielomatosas que pueden provocar lesiones en la médula espinal con paraplejía.

Tratamiento

Además de la terapia de soporte que incluye analgesia y rehabilitación, el tratamiento específico con quimioterapia se basa en el citostático Melfalán, aislado o combinado con prednisona. Mas recientemente se han introducido nuevos fármacos que se asocian al Melfalán como el Bortezomib y otros inhibidores del proteasoma, y la Lenalidomida y agentes inmunomoduladores. Con estas nuevas combinaciones se ha incrementado notablemente la supervivencia de los pacientes con mieloma múltiple. Dentro del tratamiento una pieza clave es la aplicación de Melfalán a dosis mieloablativas con rescate de progenitores hematopoyéticos. El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, es un elemento imprescindible en el tratamiento

actual del Mieloma Múltiple en los pacientes menores de 65 años o incluso hasta los de 70 años que no tengan co-morbilidades que lo contraindiquen.

Con el TPH autólogo de sangre periférica se obtiene hasta un 80% de respuesta, de las que un 25-40% son respuestas completas. En general consiste en una aplicación de elevadas dosis de melfalán, que puede ir asociadas a una irradiación corporal total (ICT), seguida del rescate hematopoyético [Alegre y Lahuerta en Moraleda, 2011, pp. 417-442].

2.2.3 Amiloidosis primaria

Se caracteriza por el depósito en diferentes órganos de una sustancia amorfa con estructura fibrilar, que está compuesta por una red de fibrillas rígidas unidas entre sí y que son insolubles y resistentes a la digestión proteolítica.

La mayor tasa de incidencia se sitúa entre los 60 y 70 años, y dos tercios de los pacientes pertenecen al sexo masculino.

Clínica

Los síntomas iniciales más comunes de la amiloidosis primaria son la pérdida de peso considerable y la astenia, sequedad de boca por la infiltración amiloide en las glándulas salivares, así como disnea y edemas en caso de pacientes con insuficiencia cardíaca.

Tratamiento

Por lo general los resultados del tratamiento para la amiloidosis no son muy alentadores. Los tratamientos más habituales o estandar para pacientes que no son candidatos al autotrasplante son con melfalán y prednisona.

El trasplante autólogo de células hematopoyéticas está indicado para pacientes menores de 65 años sin cardiopatías complicadas y con solo uno o dos órganos afectados por los depósitos de sustancia amiloide, debido a la alta tasa de mortalidad del procedimiento.

Tras la aplicación de dosis elevadas de melfalán se realiza el rescate con progenitores hematopoyéticos de sangre periférica. La movilización de estas células para su recogida ha de estar vigilada, ya que la mortalidad por hipoxia e hipertensión refractaria y arritmias es elevada.

Se han dado casos de muerte súbita durante la infusión de los progenitores hematopoyéticos debido a toxicidad cardiaca del DMSO.

2.3 Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos

El trasplante de progenitores hematopoyéticos “consiste en la infusión intravenosa de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), extraídas de un donante, con el objetivo de restablecer la función medular en un paciente con la médula ósea dañada o defectuosa” [Moraleda, 2011, p. 481].

El objetivo del trasplante según Appelbaum, es la

sustitución un sistema linfohematopoyético enfermo por uno de un donante sano y, en el caso de las enfermedades malignas, tratar un cáncer con dosis de quimioterapia y/o radioterapia mucho mayores de lo que sería posible sin soporte de progenitores hematopoyéticos (dosis mieloablativas) [en Longo, 2013, p. 388].

El trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos incluye la administración de quimio/radioterapia intensiva o “régimen de preparación o acondicionamiento”, para eliminar la hematopoyesis anómala o maligna del paciente, y en un segundo paso la infusión de células PH de un donante sano, habitualmente un hermano HLA idéntico, excepcionalmente un hermano gemelo univitelino (trasplante singénico), y cuando no existe donante familiar un donante no emparentado HLA compatible. El TPH alogénico es el de más potencial curativo porque además de la quimio-radioterapia se une el efecto antitumoral del sistema inmune sano del donante. Desafortunadamente, también tiene muchas toxicidades que requieren una indicación cuidadosa y su realización por equipos expertos. Entre ellas s encuentra

la enfermedad injerto contra huésped que tiene alta mortalidad.

El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos “tiene por objetivo permitir la administración de un tratamiento de quimio y/o radioterapéutico antitumoral a dosis tan intensas que provoca una destrucción de la médula ósea y, por lo tanto, una mielosupresión prolongada o definitiva. Estas altas dosis tumoricidas únicamente pueden administrarse en el contexto de un trasplante en el que las células progenitoras hematopoyéticas del propio paciente se han obtenido en una etapa previa en la que la médula ósea estaba libre de enfermedad o con enfermedad mínima, y se habían criopreservado y almacenado en nitrógeno líquido para su uso posterior. Tras el tratamiento con dosis masivas de quimioterapia que serían letales para el paciente por la destrucción de la médula ósea (dosis mieloablativas), la función medular se rescata infundiendo los PH que se tenían congelados en nitrógeno líquido, lo que permite la recuperación de la función medular. Este último aspecto se fundamenta en que ciertos tumores son quimiosensibles y la muerte de las células neoplásicas es proporcional a la intensidad de la dosis de citostáticos, por tanto precisan para su curación un tratamiento muy intensivo, que paralelamente provoca una mieloablación solo salvable con el posterior soporte celular con TPH”⁶

San Miguel y Sánchez-Guijo (2009) incluyen una tabla de enfermedades hematológicas, congénitas y adquiridas, en las que estaría indicado el trasplante de progenitores hematopoyéticos tanto alogénico como autólogo. Incluimos una lista resumiendo aquellas patologías en las que está indicado el trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos:

- Mieloma múltiple
- Amiloidosis
- Linfoma no Hodgkin
- Linfoma de Hodgkin
- Leucemias agudas
- Leucemia linfática crónica
- Leucemia mieloide crónica
- Tumores sólidos

La fuente más habitual para la obtención de progenitores hematopoyéticos es la sangre periférica, ya que se produce un intercambio constante – aunque en mínimo porcentaje – de células stem entre la médula ósea y órganos como el bazo y el hígado. A la administración de factores de crecimiento para que estas células pasen de la médula ósea a la sangre periférica se le denomina movilización.

La obtención de células madre hematopoyéticas de médula ósea se reserva para los fracasos de movilización o para algunas patologías concretas.

Aunque el primer trasplante de médula ósea se intentó sin éxito en 1939, este procedimiento fue desarrollado con resultados positivos en la década de 1960 por Donald Thomas, que originariamente realizó trasplantes de médula ósea (TMO) cuyo donante solía ser un hermano del paciente. El desarrollo de esta técnica conllevó a Thomas la concesión del Premio Nobel de Medicina en 1990.

Actualmente los progenitores hematopoyéticos también se obtienen de la sangre periférica (en un 80 % de los casos [en Farreras y Rozman, 2005, p. 1819]), por eso pasó a llamarse trasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica. También se pueden obtener de la sangre del cordón umbilical.

En cuanto a la supervivencia libre de la enfermedad a los 5 años en aquellas patologías hematológicas más frecuentes en las que se indica el trasplante autólogo, San Miguel y Sánchez-Guijo (2009) recogen:

Enfermedad	Estado	Supervivencia libre de enfermedad a los 5 años (%)
Leucemia linfoblástica aguda	1ª o 2ª RC	10-20
Leucemia mieloblástica aguda	1ª RC ≥ 2ª RC	35-60 20-30
Linfomas agresivos	Quimiosensible Quimioresistente	30-45 5-10
Linfomas de bajo grado	Quimiosensible	20-40
Mieloma múltiple	Quimiosensible	10-30

RC= Remisión completa

Tabla 2. Supervivencia libre de la enfermedad con trasplante autólogo

2.3.1 Fases del trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos

Una vez seleccionado el paciente candidato apto para el trasplante, dependiendo de la edad, enfermedad y estadio de la misma, se procede a la recolección de los progenitores hematopoyéticos de sangre periférica.

En primer lugar se realiza la estimulación o movilización de células progenitoras para que el cuerpo las libere al torrente sanguíneo; la recolección se realiza mediante un procedimiento llamado leucaféresis a través de un catéter venoso central¹ y con una máquina de aféresis, que separa las células hematopoyéticas del torrente sanguíneo.

Una vez depositadas en una bolsa, se procesan para conservarlas mediante criopreservación. La posterior descongelación para la infusión ha de ser rápida al baño maría.

Tras el régimen de acondicionamiento del paciente para erradicar la enfermedad de base, que consiste en la aplicación de altas dosis de quimioterapia o radioterapia y quimioterapia para provocar una mieloablación², se realiza la infusión a través del catéter venoso central. La recuperación de los neutrófilos suele producirse a partir del día +11 y el injerto plaquetario a partir de los 16 días de la infusión de los PH. La duración de esta fase depende de que el paciente alcance una recuperación hematológica adecuada.

Durante este proceso el paciente debe permanecer en régimen de aislamiento entre 1 y 2 meses, hasta que consiga tener un injerto adecuado y supere las toxicidades del acondicionamiento. El aislamiento es aconsejable por la inmunodepresión generada tras el trasplante y la posibilidad de presentar infecciones graves.

2.3.2 Complicaciones

Las complicaciones más habituales del trasplante autólogo de progenitores

¹Tipo Hickman, de carácter permanente.

² Destrucción celular completa

hematopoyéticos son:

- Náuseas y vómitos: prácticamente en el 100% de los casos.
- Diarrea: más frecuente durante las dos primeras semanas, sobre todo si el acondicionamiento empleado ha sido la radioterapia.
- Mucositis: la lesión de las mucosas se suele producir por la toxicidad del acondicionamiento.
- Cardiotoxicidad: ya que algunos fármacos empleados como la ciclofosfamida a dosis altas, como la radioterapia, son cardiotóxicos.
- Hepatotoxicidad: causada por el empleo de fármacos hepatotóxicos, la nutrición parenteral, infecciones y/ o la sobrecarga férrica del tratamiento.
- Cistitis hemorrágicas: debido al empleo de ciclofosfamida o ifosfamida, o a infecciones víricas.
- Nefrotoxicidad: por el uso de fármacos nefrotóxicos.
- Toxicidad pulmonar: complicaciones infecciosas y por hemorragia alveolar difusa o síndrome del implante.
- Infecciones: bacterianas, fúngicas y víricas, el grupo de virus más frecuente es el herpes.
- Segundas neoplasias: pueden desarrollarse a largo plazo.
- Fallo de injerto: con incidencia muy baja en el trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.
- Otras complicaciones: xerostomía o boca seca, alopecia, alteraciones cutáneas, esterilidad, toxicidad neurológica, dolor, etc.

3. Psicooncología

La Psiquiatría de Enlace, como precursora de la Psicooncología, se constituyó como una práctica de intervención en el ámbito hospitalario que atendía a aquellos pacientes con síntomas o síndromes psiquiátricos, a requerimiento de otro especialista por lo que también fue denominado interconsulta [García-Camba (1999), Nieto et al. (2004), Costa-Requena et al. (2015)]. Así la intervención psiquiátrica y psicológica en el ámbito hospitalario atiende por lo general “problemas adaptativos, psicopatologías desencadenadas o coincidentes con repercusiones somáticas, trastornos mentales orgánicos[...]” (Costa-Requena et al., 2015, p.12). En el ámbito de la Psicología Clínica, uno de los modelos de intervención que más se desarrolló fue el incluido en el campo de la Oncología, teniendo el primer referente “en la Unidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York dirigida por A. Sutherland en 1950” (Sanz y Modolell, 2004, p.3).

En sus inicios, la Psicología Oncológica estuvo interesada en aquellos factores psicológicos y comportamentales del hombre que influían en la aparición del cáncer [Ibáñez y Andreu, 1988; Bayés, 1991]. No solo eran atendidos los factores ambientales que podían provocar la enfermedad, sino que los primeros estudios de finales de la década de los 70 y principios de los 80 del siglo XX, atendieron a la morbilidad psíquica de los pacientes con cáncer con el objetivo de organizar la atención médica y psicológica que se les brindaba.

Con el paso del tiempo, la Psicooncología ha ido ampliando su campo de estudio e intervención, recogiendo Almanza-Muñoz y Holland (2000) en el resumen de su artículo de revisión que

“el objetivo central de la Psico-oncología es el cuidado psicosocial del paciente con cáncer, de su familia y del equipo oncológico. Su campo de estudio incluye: cuidado clínico; prevención y consejo genético; respuesta normal y adaptación; comunicación de malas noticias; distrés psicosocial y manejo de trastornos psiquiátricos relacionados con la enfermedad”.

Diez años más tarde Cruzado (2010) define la Psicooncología como el

“campo interdisciplinar de la Psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad” (p. 27).

Expone que la psicooncología se encuentra entre la intersección de disciplinas como las distintas especialidades de la oncología³, otras disciplinas médicas⁴ y las diferentes especialidades de la psicología de la salud⁵.

González (2003) indica que la psicooncología nace del reconocimiento de las repercusiones psicológicas que han acompañado al cáncer, y de “un notable aumento de los niveles de información de los pacientes con respecto a la enfermedad y por tanto en el deseo y en la capacidad de éstos en participar activamente en su tratamiento” (p. 153).

Vidal y Benito (2012) define el cáncer como un acontecimiento traumático importante “por su intensidad y extensión en el tiempo” (p. 12), y que tan solo el diagnóstico ya constituye un estímulo traumático de gran impacto que hace necesaria una intervención del psicooncólogo desde el inicio. García-Camba (1999) indicó anteriormente que tan solo el diagnóstico del cáncer ya afecta a la estabilidad psicológica del paciente, basado en los miedos que la psicooncóloga Jimmie C. Holland denominó como las “6 D”: Death (muerte), Dependency (dependencia), Disfigurement (deformidad), Disability (discapacidad), Disruption of interpersonal relationship (alteración de las relaciones interpersonales) y Discomfort (Dolor) (p. 4).

Hernández et al. (2012) realizan una revisión que pone de manifiesto “la alta frecuencia de problemas de salud mental y de síntomas de ansiedad, depresión y

³ Médica, radioterápica, quirúrgica, pediátrica y hematooncología.

⁴ Ginecología, neumología, otorrinolaringología, gastroenterología, traumatología y medicina paliativa.

⁵ Evaluación clínica, psicopatología, tratamientos psicológicos, counselling, neuropsicología, psicología evolutiva y gerontopsicología.

malestar emocional en pacientes con cáncer, en mayor medida que en la población general” (p.247), aunque la amplia variedad de instrumentos de medición detectados en esta revisión y la cantidad de conceptos objeto de análisis, impiden que puedan mostrar una evidencia clara de la prevalencia de estos trastornos. También exponen que entre otras cuestiones que impiden a los pacientes oncológicos recibir la asistencia psicológica adecuada, se incluye la falta de recursos psicológicos en el ámbito hospitalario.

Por su parte Hernández, Cruzado y Arana (2007) recogen que

“los pacientes oncológicos con mayores niveles de malestar psicológico requieren más servicios médicos, tienen más dificultades a la hora de tomar decisiones, son menos adherentes a sus tratamientos y están menos satisfechos con la labor médica, asimismo presentan peor adaptación a la enfermedad, calidad de vida deficitaria e incluso una menor longevidad” (p. 179).

Según Cruzado y Olivares [en Buceta y Bueno (1999)]

“la contribución de la psicología al campo de la oncología se puede dividir en dos grandes áreas: a) por un lado, el estudio de factores psicosociales que pueden afectar a la etiología o al curso del cáncer y b) por otro, la intervención para la mejora de la calidad de vida de los pacientes de cáncer” (p. 498).

Holland (1989) establece una serie de factores que determinan la respuesta psicológica que un paciente puede tener frente al cáncer según estén relacionados con la enfermedad (tipo de cáncer, tratamiento prescrito, alteraciones físicas, etc.), relacionados con el enfermo (aspectos intrapersonales e interpersonales) y relacionados con el marco social (creencias populares, comunicación del diagnóstico, etc.).

En base a los factores psicológicos en la prevención y tratamiento del cáncer, Bayés

(1991) señala cinco tipos de intervenciones: *primaria, secundaria, terciaria, terapéutica y rehabilitadora* (p.48). Las dos primeras atienden a la intervención en el estilo de vida que previene el cáncer y a los hábitos que permiten una detección precoz de la enfermedad, y las siguientes al tipo de intervención una vez declarada la enfermedad.

Malca (2005) divide la intervención del psicooncólogo en tres etapas: “prevención, intervención terapéutica y rehabilitación, cuidados paliativos” (p. 65), que subdivide a su vez en seis fases (diagnóstico, tratamiento, intervalo libre de la enfermedad, supervivencia, recidiva y final de la vida) donde el tipo de intervención del psicooncólogo varía dependiendo de la fase y las particularidades del paciente.

Por su parte, Fawzy determinó siete fases de la enfermedad oncológica [en García-Camba (1999); Nieto et al. (2004)]: prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento, postratamiento, recidivas, enfermedad progresiva y terminal/paliativa.

El perfil del psicooncólogo en la actualidad según Holland (2002, p.217) atiende a un cuidado continuo del paciente que va desde la fase de prevención hasta la de cuidados paliativos, pasando por las de detección, diagnóstico, tratamiento activo y supervivencia. En la siguiente tabla indicamos el rol del psicólogo descrito por Robert, Álvarez y Valdivieso (2013, p. 683):

- Proporcionar apoyo psicológico a los pacientes en todas las etapas de la enfermedad: Diagnóstico, Tratamiento, Periodo libre de enfermedad, Recidiva y Final de la vida.
- Potenciar estrategias de afrontamiento, que permitan ayudar a la adaptación a la enfermedad del paciente y su familia.
- Orientar al equipo en la conducción psicológica del paciente y del grupo familiar.
- Prevención “burnout” y autocuidado personal de salud.
- Desarrollar tareas de investigación relacionadas con la problemática del cáncer.
- Sugerir el momento adecuado para disponer asistencia espiritual o religiosa a los pacientes.
- Impulso y coordinación de actividades complementarias.

- Coordinación voluntaria de apoyo en oncología formado por pacientes dados de alta y familiares que expresen deseo de ayudar.

Tabla 3. Rol del psicólogo en Oncología

3.1 Estilos de afrontamiento a la enfermedad cancerosa

En torno al diagnóstico del cáncer y a la enfermedad en sí misma, surgen diversas cuestiones relacionadas con el afrontamiento a la nueva situación vital y a las expectativas sobre los demás. Lazarus y Folkman (1986, p. 164) definen el afrontamiento como los "esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo".

Barroilhet, Forjaz y Garrido (2005) lo definen como "los pensamientos y comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos para adaptarse al cáncer" (p. 391). Estos autores dividen las estrategias de afrontamiento dependiendo de si están *centradas en las emociones* para aliviar el sufrimiento emocional, *centradas en los problemas* con el objetivo de modificar las condiciones que causan el sufrimiento y *centradas en el significado* que van encaminadas a entender las causas de la enfermedad y el impacto que tendrá en sus vidas.

Cruzado y Olivares [en Buceta y Bueno (1999)] recogen que tanto el estilo de afrontamiento como la forma en la que el paciente se adapta a la enfermedad depende

"a) del grado de patología a nivel clínico; b) de los efectos de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.); c) del nivel y modo de información que reciba; d) del apoyo social y recursos ambientales, y e) así como de las competencias del paciente para hacer frente al estrés y la disponibilidad de tratamiento psicológico" (p. 507)

Según García [en García-Camba, 1999, p. 136] "en general se puede afirmar que la mayoría de las personas responden a la enfermedad de forma adaptativa o terapéutica", sin embargo una de las alteraciones psíquica más frecuente es el

trastorno de ansiedad, incrementándose su prevalencia en caso de hospitalización. También indica que el trastorno adaptativo es “tras el delirium, el diagnóstico que más frecuentemente realiza el psiquiatra en el hospital general” (p. 137), y por último el trastorno afectivo que suele tener una alta frecuencia en pacientes hospitalizados.

Por lo general los estilos de afrontamiento se han clasificado como activos y pasivos; Robert, Álvarez, y Valdivieso (2013, p.680) apuntan que “el afrontamiento activo o positivo se ha relacionado positivamente con el ajuste emocional, mientras que la aceptación pasiva (desesperanza, evitación, negación y fatalismo) se relacionan negativamente con el ajuste psicológico”.

Moorey y Greer [en Buceta, Bueno y Mas (2000); Nieto et al. (2004)] han dado una serie de estilos de afrontamiento en los que se pueden encuadrar los pacientes con cáncer: a) espíritu de lucha (búsqueda activa de información); b) evitación positiva (no percepción de amenaza); c) negación; d) fatalismo, resignación pasiva; e) indefensión/desesperanza (falta de control sobre la enfermedad); f) preocupación ansiosa (incertidumbre).

Otra relación de estrategias más utilizadas por los pacientes para afrontar la enfermedad es la dada por Bayés (1991, p. 104) que son: buscar información, buscar apoyo y confrontación, atribución, acción impulsiva, evitar confrontaciones y afrontamiento activo.

Vidal y Benito (2012, p. 21) expone dos tipos de estrategias de afrontamiento: maladaptativas y bienadaptativas. Entre las primeras se encuentran la negación, el sometimiento pasivo a la enfermedad, la dependencia excesiva del equipo médico y los comportamientos destructivos. En las bienadaptativas encontramos el esfuerzo por resolver los problemas y las dificultades, la búsqueda de información, intento de modificación de hábitos y conductas, participación en el tratamiento y cooperación con el equipo médico.

La autora también recoge las cinco estrategias más características recogidas por Penman en un estudio con pacientes mastectomizadas; 1) encarar el problema, 2) racionalizarlo, 3) evitar la situación, 4) capitulación, darse por vencido, resignarse y

5) tensión-alivio (p. 127).

El afrontamiento para Soriano (2002) “además de considerarse con un efecto restaurador también puede plantearse desde un punto de vista preventivo o intermediario o con un efecto de restablecimiento en el ajuste social” (p. 79). Considera relevante la búsqueda del equilibrio para retomar el control de la situación desde un punto de vista racional.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento empleadas Barroilhet, Forjaz y Garrido (2005) relatan que

“pueden no ser suficientes para controlar el estrés y el consecuente malestar emocional. Esto puede ocurrir debido a que la situación se mantiene o sigue empeorando, o bien a que la estrategia de afrontamiento empleada no fue lo suficientemente adecuada, proporcional y/o persistente como para controlar el estrés” (p. 393).

3.2 Tratamientos psicológicos empleados en cáncer

Desde la fase de detección y diagnóstico podemos encontrar una gran variedad de tratamientos psicológicos aplicados durante el tratamiento del cáncer. Arbizu (2000) indica que

“habitualmente las líneas de tratamiento de la psicooncología se desarrollan en las siguientes áreas: preparación, información al paciente, preparación a la hospitalización y al tratamiento, efectos secundarios al tratamiento, dolor, relaciones familiares, fase terminal, entrenamiento al personal sanitario y adaptación general a la enfermedad. Además de estas áreas, se pueden buscar otros objetivos con la psicoterapia” (p. 177).

Die Trill (2013) opina sobre los tratamientos psico-oncológicos que

“la rehabilitación psicológica del enfermo de cáncer consiste en proporcionar de una manera sistemática las técnicas psicológicas y psico-educativas necesarias para modificar determinados comportamientos del paciente que le impiden aceptar y adaptarse adecuada o eficazmente a la enfermedad. En general, los objetivos de estas técnicas son aumentar la moral, la autoestima y la capacidad del enfermo de afrontar el cáncer, a la vez que se reduce su nivel de angustia, ansiedad o tristeza y se acepta la enfermedad y el sufrimiento como parte de la existencia. Los tratamientos psico-oncológicos están también encaminados a aumentar la sensación de control del enfermo en su lucha contra el cáncer y a ayudarle a resolver los problemas diarios con los que le enfrenta la enfermedad” (pp. 124-125).

Cruzado y Olivares [en Buceta y Bueno (1999)] describen una lista de programas de tratamiento a nivel psicológico para la reacción a la quimioterapia más empleados en el tratamiento del cáncer como la hipnosis, la imaginación muscular progresiva con imaginación, Biofeedback-EMG con relajación, desensibilización sistemática y técnicas de control atencional; para el tratamiento del dolor indican las tres primeras anteriores, además de sumar otras en tratamientos que pueden suponer un dolor agudo como las aspiraciones de médula ósea, destacando las “técnicas operantes de reforzamiento positivo contingente a la conducta cooperativa, técnicas de modelado filmado en vivo e información preparatoria, imaginación emotiva, distracción imaginaria y visualización y técnicas de relajación y respiración”(pp. 520-521).

En la siguiente tabla recogemos las técnicas recomendadas por Cruzado (2010) para la intervención psicológica en pacientes con cáncer:

Consuelling	
Técnicas de control de la activación	<ul style="list-style-type: none"> · respiración diafragmática · relajación muscular progresiva · relajación autógena · meditación · hipnosis · yoga
Imaginación guiada	

Técnicas de exposición	· desensibilización sistemática
Programación de actividades y administración del tiempo	
Expresión emocional y escritura expresiva	
Técnicas cognitivas	
Detención del pensamiento, reposición de los pensamientos y control de las preocupaciones	
Mindfulness o conciencia plena	
Terapia de Aceptación y Compromiso	

Tabla 4. Técnicas recomendadas para la intervención psicológica en pacientes con cáncer.

Alonso y Bastos (2011) señalan que las técnicas que han sido más efectivas en su práctica clínica privada en pacientes con cáncer son la Terapia Psicológica Adyudante (TPA), basada en la terapia de Beck; el Consuelling como promoción de la motivación al cambio; y la terapia psicodinámica atendiendo a los aspectos de transferencia y contratransferencia.

Como aproximaciones terapéuticas más utilizadas junto a la TPA, Ridruejo (en García-Camba, 1999) destaca la Terapia por Visualización y la Terapia de Innovación Creativa

Basándose en tres modelos teóricos como son el de la Psicología Ecológica con el Modelo Ecológico de Uri Bronfrerbrenner, la Teoría del Apego de Bowlby y la Psicología Positiva de Seligman, Vidal y Benito (2012) propone una intervención desde estas orientaciones.

La rehabilitación psicológica del paciente oncológico se constituye para Die Trill (2013) como el uso de técnicas psicológicas y psico-educativas tanto en terapia individual como grupal, pudiendo derivar también en psicoterapia de pareja y/o ayuda psicológica a la familia. Entre otras técnicas que recoge destacan las técnicas de visualización, el humor y la Musicoterapia.

En la compilación de Buceta y Pucheu (2015) distintos autores exponen variados enfoques y técnicas de intervención en psicooncología. Así por ejemplo Enrrico y Garbriel (pp. 59-74) enumeran las terapias más utilizadas para el tratamiento del dolor y sus resultados: relajación, Biofeddback, hipnosis, técnicas operantes, terapia de aceptación y compromiso, mindfulness, escritura emocional y terapia cognitivo-conductual.

Esteban (pp. 163-168) reflexiona sobre el trabajo del psicooncólogo con el relato del paciente; Rosenfeld (pp. 169-182) amplía sobre los abordajes denominados de Tercera Ola en la Psicoterapia Cognitivo-conductual con la inclusión de la atención plena o la terapia de aceptación y compromiso; Allende (pp. 183-194) dedica su colaboración al trabajo de la psicooncología desde el enfoque gestáltico; Buceta (pp.195-204) pone la lupa en la terapia familiar sistémica y Fasano (pp.257-264) en el Psicodrama.

3.3 Atención psicológica durante las fases de tratamiento y postratamiento

Gallar (2001, p. 221-224) recoge una serie de consecuencias provocadas por el cáncer que hacen necesaria una intervención psicológica:

a) deterioro físico

- pérdida de peso
- cansancio
- falta de apetito
- insomnio
- disfunciones orgánicas localizadas en la zona del desarrollo del cáncer
- dolor

b) deterioro psicológico

- estrés psíquico manifestado en ansiedad/depresión, causado por:
 - idea de muerte próxima
 - incertidumbre
 - falta de control a nivel personal y a nivel social

c) impacto socio-familiar

- modificación del rol familiar
- problema laboral
- problema de comunicación

En la fase de tratamiento aparecen distintas reacciones psicológicas que Ibáñez y Andreu (1988) centran en

“la disminución de rendimientos, sobre todo a nivel físico, así como la pérdida del sentimiento de eficacia como motivación intrínseca, no solo produce sentimientos depresivos, sino que además, disminuye la autoestima, aumenta la ansiedad, provoca problemas en las relaciones sexuales, altera las relaciones interpersonales, aumenta la dependencia, altera las capacidades cognitivas, así como provoca graves efectos secundarios de los tratamientos médicos, etc.” (p. 11).

Según las distintas variables psicológicas que intervienen en el proceso, Barroilhet, Forjaz y Garrido (2005, p.394) las agrupan en cinco grandes áreas: *preocupaciones/miedos, cambios en el estilo de vida, malestar psicológico, tipo de estrategia de afrontamiento utilizado e historia de trastornos psiquiátricos*. El tratamiento incluye un cambio en el estilo de vida que aparece

“como consecuencia de la adaptación a nuevas rutinas y horarios impuestos por el tratamiento y las visitas al hospital. Además, el paciente tiene que adaptarse a un reducido nivel funcional y a una menor capacidad para realizar las tareas habituales. Finalmente, la enfermedad puede conllevar alteraciones en las relaciones conyugales y sexuales” (p. 394).

Estas variables parecen indicar una intervención más orientada a los miedos recurrentes y a los cambios en el estilo de vida, sin embargo Romero [en Monsalve et all. (2009)] indica que

“la intervención psicológica en el enfermo de cáncer debe ir dirigida a la expresión de emociones negativas, abordar las creencias acerca de la enfermedad y conseguir que el paciente se haga responsable y sea consciente de su capacidad para mejorar e integrar la situación en su día a día” (p. 57).

En el metaanálisis de Villoria, Fernández, Padierna y González (2015) destacan sobre la intervención psicológica durante el tratamiento del cáncer, que intervenir en el estado afectivo, desarrollar estrategias de afrontamiento o la relajación reducen la ansiedad, la depresión, la ira, y ayudan al paciente a mejorar su calidad de vida. También señalan que

“trabajos anteriores en esta dirección señalaron una menor estancia hospitalaria tras la cirugía mediante hipnosis e imaginación guiada y mejoras en el funcionamiento social y sexual, así como en habilidades de afrontamiento mediante relajación muscular progresiva, control y expresión de las emociones y técnicas de afrontamiento” (p. 213).

Romero [en Monsalve et al. (2009)] hace una descripción de las reacciones emocionales que sufren los pacientes de cáncer: ansiedad, ira, culpa y depresión. Dichas emociones aparecen en función del estilo de afrontamiento del paciente, asociando Romero la ansiedad al diagnóstico y la sensación de amenaza que produce; la ira como respuesta a la sensación de agresión, siendo dirigida hacia uno mismo o hacia los demás (pareja, familia, médico...); la culpa, autoinculpándose por padecer la enfermedad, en la creencia de que la han podido causar ellos con su estilo de vida y están recibiendo un castigo; y la depresión asociada al sentimiento de pérdida (de su rol familiar y social, el dominio sobre su cuerpo y su aspecto físico, etc.).

En la misma línea Robert, Álvarez y Valdivieso (2013) señalan que muchos pacientes “se preguntan qué hicieron mal o qué no hicieron, pensando que ellos mismos se causaron el cáncer” (p. 679); destacan dentro del proceso psicooncológico varios aspectos como el *duelo oncológico*, que implica un proceso

inevitable de adaptación a las pérdidas que supone la enfermedad y su tratamiento en relación a la salud; el rol familiar, laboral y social; la estabilidad y la seguridad; etc. En cuanto al curso emocional que sigue el paciente destacan el miedo, el temor y la incertidumbre, así como los constantes cambios a nivel emocional que pueden ir de la pena y la tristeza a la rabia y la ira. La ansiedad, angustia, desesperanza, la incertidumbre y la tendencia al aislamiento pueden acompañar al paciente durante todo el proceso.

Cruzado y Olivares (en Buceta y Bueno, 1996) señalan que los objetivos que han de ser trazados tras el diagnóstico del cáncer implican

“a) reducir la ansiedad, depresión, y otras reacciones emocionales desadaptativas; b) facilitar la adaptación al cáncer induciendo un estilo de afrontamiento positivo; c) promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en su tratamiento del cáncer; d) desarrollar estrategias de resolución de problemas para ocuparse de los relacionados con el cáncer; e) facilitar la comunicación del paciente con su pareja y otros miembros familiares y f) estimular la participación en actividades y mejorar relaciones sociales” (p. 514).

Vidal y Benito (2012, p.191-192) agrupa una serie de objetivos para el tratamiento psicooncológico que hemos recogido en la siguiente tabla:

Objetivos generales (permanentes)

- Aliviar el sufrimiento
- Resignificar la situación traumática que representa la enfermedad
- Elaborar estrategias de afrontamiento ajustadas a la situación y al momento, para mejorar la adaptación psicosocial del enfermo y de su familia
- Contener, sostener, amparar al paciente y muchas veces a su familia
- Desarrollar y fortalecer la alianza terapéutica entre el paciente y el psicooncólogo
- Estimular y fortalecer la alianza terapéutica entre el paciente y el médico

tratante

- Realizar tareas de enlace y educación médica con el equipo de salud con la finalidad de lograr la incorporación y la puesta en práctica en la medicina general y en la oncología de los conceptos psicosociales que corresponden al paradigma de “hombre como totalidad compleja bio-psico-social”.

Objetivos específicos (circunstanciales)

- Aliviar los síntomas emocionales de los enfermos y/o resolver los trastornos psiquiátricos
- Preparar al paciente para afrontar algunos tratamientos tales como la quimioterapia
- Alentar la reinserción social postratamiento de los pacientes con cáncer
- Ayudar a prepararse para la cronicidad y la muerte, en caso de que el tratamiento fracasara
- Evaluar la red familiar del paciente e implementar las intervenciones necesarias para que ésta sea continente y pueda atenuar el efecto de aislamiento que esta enfermedad produce

Tabla 5. Objetivos para el tratamiento psicooncológico.

En las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas al paciente (p. 193) propone

- Favorecer la expresión de los sentimientos acerca de la enfermedad.
- Explorar la situación presente y las situaciones previas que pudieran influir en la respuesta actual.
- Esclarecimiento, señalamiento e interpretaciones de sentimientos, comportamientos y defensas.
- Examen y reflexión de los modos de afrontamiento de la incertidumbre acerca del futuro y de otros aspectos existenciales.
- Elaboración de otras circunstancias estresantes concurrentes.

3.4 Aspectos psicológicos en torno al tratamiento del cáncer hematológico

Según Peralta et al. (2012) “el diagnóstico de una enfermedad hemato-oncológica supone un impacto físico, psicológico, emocional y social que genera sufrimiento en el individuo y en su entorno”.

Sobre los tratamientos de los cánceres hematológicos frente a los tumores sólidos, Vidal y Benito (2012) indica que “dichos tratamientos son más intensos y de mayor extensión temporal. Los pacientes suelen estar internados por periodos muy prolongados y las complicaciones, tales como las infecciones consecuencia de la neutropenia, son mucho más frecuentes” (p. 46).

Además de los factores propios de la enfermedad oncológica como son los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia como las náuseas y vómitos, el dolor, la pérdida del cabello, la mucositis, etc., el periodo de aislamiento que viven los pacientes que se someten a un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) suele ser un factor muy estresor debido al largo periodo de estancia hospitalaria separados de su entorno y familiares, y la dependencia e incapacidad producida por dicho aislamiento e inmunosupresión, porque como indican Cruzado y Olivares (en Buceta y Bueno, 1999, p. 510) el trasplante de médula ósea es “un tratamiento altamente agresivo que implica muchos estresores físicos y psicológicos, incluyendo aislamiento en un ambiente libre de gérmenes, fluctuaciones en el estatus médico, procedimientos médicos invasivos, infecciones repetidas, enfermedad de injerto contra huésped, etc.”

Para Bellver y Moreno (2009) los factores psicológicos más habituales asociados al trasplante de médula ósea son la ansiedad en el momento previo a la hospitalización, el aumento de la depresión por lo general asociada al empeoramiento físico durante la hospitalización, y tras el trasplante pueden presentar trastornos desadaptativos, ansiedad generalizada o trastornos de la personalidad. Indican sobre el aislamiento durante el trasplante que “genera mayor irritabilidad, agitación, ánimo deprimido y ansiedad más severa, delirios y alucinaciones, insomnio y confusión en el 49% de los pacientes” (p. 68), y que en la

fase post- trasplante es necesario preparar el alta, ya que “aparecen sentimientos de esperanza junto al temor a abandonar un área protegida y la vigilancia continua de un equipo médico” (p. 69).

Sobre el procedimiento del trasplante de médula ósea, Vidal y Benito (2012, pp. 88-93) lo divide en tres etapas que llevan aparejadas diversos aspectos psicológicos que hay que tener en cuenta:

a) El pretrasplante o *el momento de la decisión*: en esta etapa comienza a desplegarse el estilo de afrontamiento del paciente y según la personalidad del paciente, ya que aquellos con

“rasgos fóbicos quieren saber poco porque se asustan y necesitan ser tranquilizados y saber que estarán acompañados. Los obsesivos son puntillosos y detallistas, los asusta la incertidumbre y necesitan aferrarse a la planificación. Los narcisistas son omnipotentes y tienen una certeza absoluta de que a ellos todo les irá bien” (p. 89).

b) El trasplante o *la espera*: caracterizada por el estrés del aislamiento; “aquí pueden aparecer síntomas psiquiátricos reactivos, trastornos del sueño, ansiedad, disforia depresiva o síntomas psiquiátricos secundarios a los fármacos utilizados. Se despliegan los estilos de afrontamiento y las capacidades individuales para resistir” (p. 91).

c) El alta de la unidad de trasplante de médula ósea o *la vuelta a casa*: donde se constata la ambivalencia entre el deseo de volver a casa y el miedo a dejar el ambiente protector del hospital. “En esta etapa aparecen las fantasías de renacimiento y de segunda oportunidad [...] Comienza a aparecer la preocupación por el futuro y el miedo a recaer” (p. 92).

En cuanto a la intervención psicológica, el Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital de la Paz de Madrid desarrolla un protocolo de intervención para pacientes oncohematológicos, que trata de un programa psicoeducativo realizado en seis sesiones y dividido en cuatro fases: educación para la salud, habilidades de

afrontamiento, manejo del estrés y prevención de respuestas, y manejo de dificultades específicas. La siguiente tabla extraída de Arranz et al. (2003, p. 96) detalla las fases del programa:

1. Educación para la salud

Facilitar la toma de decisiones

Aclarar las dudas sobre la información recibida

Informar sobre la toxicidad y los efectos problemáticos del tratamiento

Informar de los cuidados

Identificar y rectificar las percepciones erróneas

2. Habilidades de afrontamiento

Identificar estilos de afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento

Reforzar actitudes positivas

Fomentar el afrontamiento activo cognitivo-motor

3. Manejo del estrés

Definir y divulgar el funcionamiento del estrés

Identificar las fuentes de estrés y reconocer las reacciones específicas de cada uno

Adiestrar en reestructuración cognitiva: identificar pensamientos irracionales, anticipaciones negativas, generar pensamientos alternativos incompatibles, autoinstrucciones positivas, autoreforzo, manejo discriminativo de la atención, control perceptivo

Entrenar en relajación, visualización, autohipnosis

4. Prevención de respuestas (deprivación estimular, aislamiento) y abordaje de dificultades específicas con la familia, el entorno social y el equipo

Identificar estilo comunicativo

Fomentar la asertividad con la familia y los sanitarios

Facilitar la expresión emocional

Adiestrar en el modelo de solución de problemas

Fomentar actividades gratificantes

Tabla 6. Protocolo de intervención psicológica para pacientes oncohematológicos del Hospital de la Paz (Madrid).

De Linares et al. (2007) realizan un estudio sobre un programa de intervención psicológica en pacientes candidatos al trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), que teniendo como instrumento la Escala de Ansiedad y Depresión (HAD) obtienen como resultado unos menores niveles de ansiedad en aquellos pacientes que habían recibido dicho tratamiento frente al grupo control.

Peralta et al. (2010) presentan un estudio de caso de un varón de 19 años diagnosticado con una enfermedad hemato-oncológica, con problemas de malestar emocional y adaptación al ingreso hospitalario, un estilo de afrontamiento de negación y evitación, cuyo abordaje psicológico permitió la aceptación de sus límites personales y mayor autocontrol, mejora en las relaciones interpersonales y cambios en su filosofía de vida.

También se ha comparado la calidad de vida de los pacientes que se sometieron a un trasplante alogénico frente a un trasplante autólogo, y Díez et al. (2004) concluyen que los pacientes sometidos al trasplante autólogo presentaban peor calidad de vida a los 180 días por los efectos secundarios de la toxicidad de la quimioterapia.

Por eso para Bellver y Moreno (2009)

“la intervención psicológica pretende mejorar la adaptación del paciente a la enfermedad y su tratamiento, desarrollar y potenciar recursos y estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento, [e] iría encaminada a reforzar y aumentar la sensación de control del paciente, y dotarlo de un mayor autocontrol y resolución de problemas, adecuar los mecanismos de ajuste psicológico y promover los estilos de afrontamiento adecuados a tres niveles: cognitivo, emocional y conductual, para poder hacer frente al proceso de forma adaptativa” (p. 74).

3.5 Aspectos psicológicos, emocionales y sociales: hospitalización en régimen de aislamiento.

Además de las complicaciones infecciosas, hematológicas, hidroelectrolíticas, músculo esqueléticas y nutricionales descritas anteriormente, procedimientos médicos como el trasplante autólogo llevan aparejados un malestar emocional y trastornos psicopatológicos asociados en parte a la hospitalización en régimen de aislamiento que conlleva.

Una hospitalización constituye un proceso estresante en sí mismo debido al cambio de estilo de vida – rutinas, comidas, etc.-, preocupaciones económicas y legales por la baja laboral en ocasiones, la desestabilización del núcleo familiar, la inactividad y falta de distracción - que conlleva tener mucho tiempo para pensar, en su mayoría pensamientos irracionales por el miedo, la incertidumbre, etc.-, la indefensión ante la situación o la pérdida de intimidad.

Corona, Rojas et al. (2008) recogen varios estudios sobre las exigencias psicológicas del aislamiento durante el trasplante autólogo, que indican entre otros problemas alteraciones como: irritación, ansiedad severa, depresión, insomnio, alucinaciones, confusión y desorientación, ideas suicidas, conducta regresiva, alteraciones a nivel sensorial por la poca presencia de estímulos externos, estrategias inadecuadas de afrontamiento y deficientes estrategias para el manejo del sufrimiento.

Hemos de sumar a esto la carencia de apoyo familiar y social, ya que durante el aislamiento solo un familiar, siempre el mismo, puede permanecer en la habitación con el enfermo. Esta habitación es estanca con dos puertas y para acceder a ella el personal tiene que lavarse las manos con jabón antiséptico, usar guantes, bata estéril, mascarilla, gorro y calzas desechables.

Al cansancio físico y mental del paciente en muchas ocasiones se suma el del familiar que le acompaña.

De forma secundaria y menos importante para la investigación que nos ocupa, también podemos hablar a nivel social del coste económico que supone una intervención de este tipo. Según un estudio realizado en la Región de Murcia por De Arriba, F.; Heras, I. et al. (1995), el coste medio del trasplante autólogo en el Hospital General Universitario de Murcia era de entre 2,5 y 3 millones de pesetas (entre 15.000 y 18.000 euros), sumando costes de los estudios pre-trasplante, recolección de progenitores hematopoyéticos, el autotrasplante en sí con la estancia hospitalaria, fármacos, otros medicamentos de soporte y transfusiones de sangre. Por tanto, toda aportación no farmacológica que ayude a la mejor y rápida recuperación del enfermo redundará no solo en su beneficio sino en el de la optimización de recursos de los centros hospitalarios.

4. Musicoterapia

En 1996 la World Federation of Music Therapy (WFMT) define la musicoterapia como

“el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta cualificado, con un cliente o grupo de clientes, en un proceso para facilitar y promover la comunicación, la relación, el aprendizaje, la motricidad, la expresión, la organización y otros relevantes objetivos terapéuticos. La Musicoterapia trata de desarrollar y/o restaurar las funciones potenciales del individuo para que él o ella puedan lograr una mejor integración intra e interpersonal y, por consiguiente, una mejor calidad de vida gracias a un proceso terapéutico de prevención o de rehabilitación” [Ruud (1997); Wigram, Nygaard y Ole Bonde (2005); Lichtensztein (2009)].

En el año 2011 la WFMT hizo una revisión del concepto de musicoterapia, definiéndola como

“el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos” [World Federation of Music Therapy]

4.1 Efectos de la música

La Psicología de la Música se ha encargado de los efectos de la música en el ser humano, ya que contiene una carga afectiva muy importante. Se ha dicho que la música conmueve, excita, da placer, conduce a cambios en la conducta o cambios

emocionales y sobre todo, tiene un gran poder de comunicación. Ya que como indican Blasco y Sanjosé [en Betés De Toro, 2000, p. 151] “la música como catarsis de emociones no expresadas verbalmente y como una influencia que puede producir cambios de la personalidad”, es por tanto vista como instrumento poderoso para hacer aflorar sentimientos, organizarlos y transmutarlos.

Rodrigo (2008) ha señalado que entre otros, la música tiene efectos psicofisiológicos tales como el desarrollo sensorio-perceptivo, de la comunicación y medios expresivos, liberación de pulsiones y energía reprimida, efectos cognitivo-emocionales y de personalidad que provocan sensibilización afectivo-emocional, reforzamiento de la autoestima y la personalidad, equilibrio personal, de tipo social que fomenta las relaciones interpersonales, promueven la integración social y grupal, la adaptación social y cohesión.

Willens (1979) hizo un paralelismo entre los elementos estructurales de la música y los aspectos de la vida de la persona asociando ritmo con vida física, melodía con vida afectiva y armonía con la vida intelectual y de relación, ya que diversos estudios han puesto de manifiesto que pasajes musicales con ritmos claramente marcados estimulan la actividad muscular y otros con mayor proyección melódica provocan la fantasía estética. Estas teorías nos llevan a la relación entre la música y la estructura psíquica del ser.

Schapira [en Schapira et al., 2007] indica que la diferencia entre la música como manifestación artística y la música en la musicoterapia reside en los objetivos. En el arte la música es un fin mientras que en la musicoterapia es un medio, un lenguaje en el que se da el proceso de transformación. Tomando la teoría del *principio de analogía* de Smeijsters, resume que lo que ocurre en la sesión de musicoterapia se asemeja a la vida del paciente:

- en el hecho de que dentro del contexto musical tiene lugar un acontecer no-musical.
- que los elementos musicales como melodía, pulso, ritmo, tempo, dinámica, timbre, forma e interacción musical, son un equivalente simbólico de un

acontecer no-musical, y en

- que son posibles procesos musicales que conducen a un desarrollo o mejoramiento, y que muestran coincidencias con procesos psíquicos (p. 71).

Por tanto, es de vital importancia trabajar los estados emocionales en un momento tan conflictivo como es el padecimiento de una enfermedad, para saber reconocerlos, organizarlos y canalizarlos con un elemento tan común e importante como es la música, que acerca a la terapia y da sostén y seguridad al trabajar con una herramienta cotidiana y conocida tal y como lo hace la musicoterapia.

4.2 Musicoterapia en Medicina

Tal y como destaca Bonde (2004),

“la terminología del uso de las experiencias musicales en Medicina no está muy clara. Los conceptos utilizados en la literatura incluyen Medicina Musical, Música en Medicina, Música como Medicina, Musicoterapia Médica y Musicoterapia en Medicina⁶. 'Musicoterapia en Medicina' cubre todos los usos de las experiencias musicales y la relación terapéutica en Medicina” (p. 6).

Dentro de la práctica médica, Bruscia (2007) incluye la Musicoterapia en “todos aquellos enfoques que se dedican al tratamiento directo de las enfermedades, los daños o los males biomédicos, así como aquellos que se dedican a los factores psicosociales relacionados” (p. 165).

Gfeller [en Davis, Gfeller y Thaut (2000)] ya daba indicaciones sobre el uso de la

6

Music Medicine, Music in Medicine, Music as Medicine, Medical music therapy, and Music therapy in medicine.

Musicoterapia en un hospital general, señalando que “como miembro de un equipo médico, el musicoterapeuta trabaja con el paciente para aliviar el impacto negativo de la enfermedad, trauma o condición debilitadora” (p. 214). Divide las necesidades del paciente en el ámbito hospitalario en físicas y psicosociales; con respecto a las primeras enumera el alivio del dolor y la tolerancia a los tratamientos, así como una mejora del funcionamiento muscular. En cuanto a las necesidades psicosociales menciona la normalización del contexto hospitalario y el apoyo emocional, ya que “el musicoterapeuta puede ofrecer un apoyo importante en la reducción del impacto emocional y psicológico de las condiciones médicas” (p. 226).

Cramond [en Rebollo y Erdonmez,1999, prólogo] expone que “la Musicoterapia es siempre un aspecto que definitivamente complementa el tratamiento médico y una medida coadyuvante [...] para una amplia escala de síntomas incluida la ansiedad, el miedo, el insomnio, la depresión, las náuseas, la desorientación y la confusión”.

Para Dileo (2015) la aplicación de la musicoterapia en el ámbito clínico no solo se circunscribe al uso de la música para el tratamiento del dolor, la ansiedad, la depresión o minimizar los riesgos de un infarto al corazón, sino que “aunque los problemas médicos suelen ser la razón para derivar a musicoterapia, la evaluación clínica necesita ser psicosocial, psicológica, social, cognitiva, espiritual y/o relacionada con la calidad de vida” (p. 3).

En un metaanálisis sobre la práctica de la musicoterapia en medicina, Dileo y Brandt (2005) identifican las distintas especialidades médicas sobre las que se han publicado investigaciones del uso de la musicoterapia: en hospital general, cuidados intensivos, cardiología, cirugía, neonatología, obstetricia y ginecología, pediatría, rehabilitación y oncología, entre otras.

4.3 Musicoterapia y cáncer

Como expone Martí (2010)

“la Musicoterapia Oncológica y la Psicooncología presentan interesantes puntos de conexión: las dos iniciaron el desarrollo de su profesión en la misma época; ambas disciplinas ofrecen una atención multidimensional al enfermo y a su familia, y tanto psicooncólogos como musicoterapeutas se encuentran con retos similares en el momento de defender la importancia de la integración de estos servicios y programas de tratamiento en el contexto médico-hospitalario”.

Aldridge (2003) habla sobre la inclusión de la musicoterapia en distintas clínicas y hospitales en todo el mundo para el tratamiento de pacientes con cáncer y en cuidados paliativos, concluyendo que la musicoterapia tiene el potencial suficiente para tratar el dolor, los síntomas de estrés, aspectos psicológicos y espirituales que ayuden en el cuidado del paciente, así como acompañarlos en el proceso del final de la vida en el caso de los cuidados paliativos.

A partir de este trabajo, Pothoulaki, MacDonald y Flowers (2005) realizan un análisis sistemático de las investigaciones publicadas sobre las aplicaciones de la musicoterapia en pacientes oncológicos, concluyendo que las intervenciones reducen los efectos de la quimioterapia, los niveles de ansiedad, y mejora la expresión y comunicación del paciente.

Daykin, Bunt y McClean [Daykin, Bunt y McClean (2006) y Daykin, McClean y Bunt (2007)] estudian la inclusión de la musicoterapia y los procesos creativos en las terapias complementarias que se ofrecen a los pacientes con cáncer. Y Wormit et al. (2012) proponen un modelo de intervención en musicoterapia con pacientes oncológicos, durante 20 sesiones individuales y estructurado en tres fases: mejora del bienestar subjetivo, reducción de la sintomatología de la angustia y mejora del funcionamiento vital.

En una revisión sistemática sobre los beneficios de la intervención en musicoterapia

para pacientes con cáncer para Cochrane, en la que incluyen 52 estudios con un total de 3.731 participantes, Bradt, Dileo, Magill y Teague (2016) concluyen que la intervención en musicoterapia tiene efectos beneficiosos sobre la ansiedad, el dolor, la fatiga y la calidad de vida.

O'Callaghan et all. (2016) analizan cinco estudios cualitativos sobre la importancia de la música en tratamientos musicoterapéuticos en pacientes con cáncer, y cómo el musicoterapeuta puede ayudar al resto de profesionales sanitarios a reconocer en los cambios producidos en la música del paciente sus necesidades de apoyo y brindar al enfermo el soporte necesario.

Entre los estudios más recientes sobre los efectos de la musicoterapia en los niveles de ansiedad, depresión y dolor de pacientes con cáncer, encontramos que Jasemi, Aazami y Zabihi (2016) utilizan la musicoterapia como tratamiento no invasivo para aliviar la ansiedad y depresión, utilizando la escala de medición HADS. Sin embargo, aunque concluyen sobre los efectos positivos de la Musicoterapia, este estudio realizado desde el enfoque de la Enfermería resulta ser más el uso de la música en Medicina que de la Musicoterapia, ya que la intervención se limita a hacer escuchar a los pacientes 20 minutos de música al día, sin mediación de un musicoterapeuta.

Krishnaswamy y Nair (2016) en un estudio piloto sobre los efectos de la Musicoterapia en los niveles de dolor y ansiedad en 14 pacientes con cáncer, realizan una intervención de 20 minutos de Musicoterapia con un grupo y 20 minutos de charla con el grupo control. Los resultados demuestran que aunque los niveles de ansiedad no demuestran variaciones significativas, en el grupo experimental sí se presenta una reducción representativa en la escala utilizada para medir el dolor después de la Musicoterapia, mientras que en el grupo control no, por lo que ponen de manifiesto la eficacia de la Musicoterapia en la reducción del dolor.

En cuanto al empleo de la musicoterapia en el tratamiento de pacientes oncohematológicos, Kennelly (2001) describe el rol del musicoterapeuta en la intervención con un adolescente diagnosticado de leucemia en una unidad de trasplante de médula ósea, y cómo el trabajo con canciones junto a la relación terapéutica provee al paciente del apoyo emocional necesario.

Muñoz (2009) realiza una comparación de dos procesos en musicoterapia de pacientes con cáncer hematológico a través de técnicas activas y receptoras. En su comparativa concluye

“que cada paciente, junto al musicoterapeuta, construyó su propio proceso de salud a través del descubrimiento de herramientas expresivas y estéticas distintas (según el concepto de Carolyn Kenny), que definieron la personalidad expresiva de cada uno y por consecuencia el curso particular de cada terapia” (p. 89).

Tuinmann et al. (2016) investigan la musicoterapia como apoyo al tratamiento psicooncológico básico en pacientes (n=66) que reciben altas dosis de quimioterapia en trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Con un grupo de intervención en musicoterapia y otro grupo control con cuidados psicooncológicos básicos, concluyen que la musicoterapia reduce significativamente la percepción del dolor de los pacientes.

Dóro, Neto, Cunha y Dóro (2017) realizan un estudio randomizado con 100 pacientes (n=50 grupo experimental y n=50 grupo control), sobre la mejora del estado anímico en pacientes sometidos a un trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico, con el objetivo de reducir el malestar durante el periodo de aislamiento. Desde el punto de vista de una intervención biopsicosocial, concluyen que el empleo de la musicoterapia mejora significativamente el estado de ánimo del grupo experimental frente al grupo control.

En España, Martí (1999) presenta el estudio de caso de un adolescente con leucemia, cuya evaluación demuestra la eficacia de la musicoterapia y la necesidad de su inclusión en contexto hospitalario y con enfermos de cáncer

En el empleo de la musicoterapia en pacientes con otro tipo de diagnóstico oncológico en nuestro país, Serra (2013) realiza su tesis doctoral sobre la intervención en musicoterapia con pacientes de cáncer de mama durante la sesión

de quimioterapia. Tomando una muestra de n=52 originales en el grupo experimental y n= 44 originales en el grupo control, arroja resultados muy interesantes: a corto plazo, en todos los ciclos de quimioterapia del grupo experimental se reduce la ansiedad y la sintomatología depresiva:

“a largo plazo, la Calidad de Vida Global (medida con el EORTC QLQ-C30, en los ciclos 1 y 4). Aumenta en el grupo de musicoterapia y se reduce significativamente en el grupo control [...] Por lo referente a ansiedad y depresión a largo plazo (medidas con el HADS, en los ciclos 1 y 4) la ansiedad se reduce significativamente con musicoterapia en el grupo experimental, mientras el grupo control se mantiene estable” (p.207).

Martí (2016) realiza su tesis doctoral por compendio de publicaciones sobre el efecto de la Musicoterapia en el estado de ánimo y la calidad de vida en pacientes con cáncer, incluyendo un estudio con diagnóstico heterogéneo, otros diagnosticados con cáncer colorrectal y un tercero con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, concluyendo que sobre la valoración del programa de Musicoterapia que ha permitido estos estudios,

“del análisis cualitativo llevado a cabo a partir del cuestionario de valoración, se puede afirmar que el programa ha sido útil en cuanto a ayudar a mejorar el estado anímico durante la sesión, y aunque algo menos, también durante el día a día (fuera de la sesión), a aprender estrategias de autorregulación emocional, a considerar esta experiencia como útil, y a recomendarla a otros participantes” (p.164).

4.4 Modelo Helen Bonny de Imagen Guiada y Música (BMGIM)

El modelo Helen Bonny de Imagen Guiada y Música (GIM o BMGIM) es un modelo oficial en Musicoterapia, creado en la década de los 60 por la musicoterapeuta Helen Bonny tras su trabajo en el Centro de Investigación Psiquiátrica de Maryland, y enmarcado en la musicoterapia receptiva.

Bruscia [en Bruscia y Grocke, 2002] indica sobre los distintos términos que se utilizan para referirse al modelo, que “‘Guided Imagery and Music’ o GIM, se refiere a todas las formas de imagen y música en un estado expandido de conciencia” (p.38); el acrónimo BMGIM estaría reservado para las sesiones individuales, y para las grupales se utiliza ‘Group GIM’ o ‘Music and Imagery’, y para las modificaciones y adaptaciones del modelo tanto en sesiones individuales o grupales, ‘Modified BMGIM’ o simplemente GIM. Grocke y Wigram (2008) especifican que “GIM es una forma adaptada de una sesión BMGIM más larga” (p. 172).

La *Association for Music and Imagery*, que engloba a los musicoterapeutas formados en el modelo, se refiere en 1990 a la forma individual de aplicación como “una terapia de transformación centrada en la música, con usos específicos de programas de música clásica para estimular y apoyar una evolución dinámica de las experiencias interiores a nivel físico, psicológico, y espiritual de forma integral” [recogido por Short en Bruscia y Grocke, 2002, p.151].

Toma como base la psicología Humanista-Transpersonal, y utiliza la música editada para favorecer la entrada en Estados No Ordinarios de Conciencia (ENOC), permitiendo con estas experiencias el contacto con posibilidades creativas de autoconocimiento, crecimiento personal y restauración. Este proceso terapéutico utiliza la música clásica como catalizador del cambio, favoreciendo la atención y percepción corporal de modo relajado, la aceptación y vivencia de emociones, la exploración de experiencias, recuerdos... reprimidos, no expresados o desconocidos, así como la valoración de las propias capacidades para enfrentarse a situaciones. Evoca sorprendentes comprensiones (insights) y descargas, y conduce a una integración medular de mente, cuerpo y espíritu.

El modelo tiene una terminología particular que recogemos en la siguiente tabla:

Guía	El musicoterapeuta
Viajero	El paciente
Imágenes	Todo lo experimentado por el viajero durante la experiencia con la música, ya sean imágenes

	como tal, recuerdos, experimentación de sentimientos, sensaciones corporales, movimientos, etc.
Foco	Tema que se abordará durante la experiencia on la música
Inducción	Relajación psico-física previa a la experiencia con la música
Mandala	Dibujo a través del cual se integra la experiencia vivida durante con la música

Tabla 7. Terminología BMGIM.

Sobre el uso de la música en el modelo, Bonny [en Summer, 2002, pp. 120-121] repasa las características que contribuyen a su aplicación terapéutica: la música es no-verbal y por tanto, va más allá de los impedimentos verbales y aporta un sentido multidimensional al mismo tiempo; evoca respuestas emocionales, influyendo también en nuestros estados emocionales; la música también evoca respuestas psicológicas, relacionadas con la parte energética de la música representada en el ritmo, la relajación y la tensión en la dinámica musical, etc.; estimula la representación simbólica haciendo fluir imágenes, recuerdos, respuestas físicas,..; y la estimulación sensorial de la música, ya que cuando ésta es escuchada a un nivel profundo puede crear sinestesias entre los sentidos.

Aigen (2014) expone que el método es “el más altamente desarrollado en musicoterapia receptiva y conecta aspectos fundamentales de la psique, apuntando así a producir importantes insights y cambios personales” (p. 76).

Actualmente los musicoterapeutas GIM requieren de una formación y entrenamiento constituida por 185 horas de formación divididos en dos años, más 15 sesiones personales (proceso self-experience) y 75 sesiones de práctica con pacientes, de las cuales al menos 15 deben haber sido supervisadas [Lewis en Bruscia y Grocke, 2002, p.508].

4.4.1 Aplicaciones clínicas del modelo: GIM y cáncer

Tanto las sesiones individuales originales creadas por Bonny, como las adaptaciones

posteriores, han sido utilizadas en distintas categorías y poblaciones [Bonny en Summer (2002)]: neurosis, depresión, dolor, abuso de sustancias, desórdenes alimenticios, adolescentes, trauma en veteranos de guerra, etc.

Respecto a la aplicación del modelo en ámbito médico, Short [en Bruscia y Grocke (2002)] recoge distintos estudios en cuidados cardiacos y manejo del dolor.

Burns [en Bruscia y Grocke (2002)] describe varios estudios sobre la aplicación del modelo en enfermedades crónicas como el VIH y el cáncer. Con respecto a las enfermedades oncológicas, refiere su uso para mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida, reducir la fatiga y el dolor provocados por la enfermedad y los tratamientos, desarrollar habilidades de afrontamiento, disminuir la ansiedad y los miedos relacionados con el tratamiento, o las náuseas producidas por la radioterapia o la quimioterapia; también señala que de la experiencia en la sesión los pacientes con cáncer suelen relajarse y cargarse de energía, ya que “el aumento de movimiento en las imágenes se suele traducir en un incremento de la energía al final de las sesiones” (p. 181).

Sobre la aplicación del modelo en cáncer, Roffe, Schmidt y Ernst (2005) realizan una revisión sistemática sobre el uso del modelo como terapia auxiliar en el tratamiento de pacientes oncológicos, concluyendo que ayuda en su confort y como apoyo psicológico.

Burns (2001) lleva a cabo un estudio sobre el efecto de las sesiones (10) de GIM en el estado anímico y la calidad de vida, concluyendo que todos los pacientes del grupo experimental mejoraron la puntuación en ambos aspectos frente al grupo control.

Bonde (2004) realiza su tesis doctoral sobre la influencia del BMGIM en el estado anímico y la calidad de vida en supervivientes del cáncer. Con una muestra de 6 mujeres con cáncer de mama, cáncer cerebral y cáncer abdominal, concluye que con 10 sesiones de BMGIM se redujeron significativamente los niveles de ansiedad en todas las participantes, y cuatro mejoraron sus puntuaciones en la escala de

calidad de vida. Todas las mujeres reportaron que la experiencia las ayudó en su proceso de rehabilitación.

En la aplicación del GIM durante el tratamiento del cáncer, Meadows [en Grocke y Moe (2015)] argumenta que

“cuando la esencia del self es amenazada por el cáncer, y una o más de estas dimensiones es amenazada, los pacientes pueden encontrar que son incapaces de mantener un sentido de coherencia – cuando se sienten desequilibrados, sobrepasados, estresados, preocupados, temerosos, enfadados o sin esperanzas, buscan ayuda para restablecer, construir, reconstruir, y/o hacer crecer el self. Esta es la belleza y la paradoja del cáncer- te molesta y amenaza con destruirte, mientras te invita a crecer y cambiar. Paralelamente, este es también el potencial del GIM” (p. 190).

Meadows también describe tres niveles de intervención en GIM en pacientes con cáncer: 1) manejo de síntomas, 2) apoyo al tratamiento, llevando como foco a las sesiones imágenes relacionadas con la quimioterapia, etc., 3) reconstrucción, ya que tras el tratamiento necesitan ampliar su recuperación para enfrentarse a los siguientes pasos en su vida.

4.4.2 La sesión de BMGIM

La sesión de BMGIM se estructura en varias fases [Bonny (1978), Bruscia y Grocke (2002), Grocke y Moe (2015)]:

- en la primera fase se produce un diálogo entre el terapeuta y el paciente; Bonny (1979) decía que es “un diálogo introductorio que sirve para establecer una buena relación y ocurre en cada sesión cuando el cliente entra en la sala” (p. 16). En cierto modo sirve al musicoterapeuta para hacer un chequeo del estado de ánimo del paciente, comprobar su nivel de energía, cómo se encuentra desde la última sesión, etc. y a continuación se establece el tema que se abordará durante la experiencia con la música. Una vez acordado el

musicoterapeuta elegirá la música.

- El paciente se tumba y el terapeuta realiza una inducción verbal para conseguir la relajación física y la preparación psicológica para el trabajo con la música. Como argumenta Ventre [en Bruscia y Grocke, 2002, p.31] “el propósito de la inducción es ayudar al cliente a descartar el entorno exterior para tener una buena atención en el ambiente o proceso interior”. Seguidamente mientras la música suena, el paciente verbaliza su experiencia: qué imágenes ve, qué siente, recuerdos que afloran, emociones... mientras el terapeuta va haciendo preguntas para ayudarlo a mantenerse centrado.

Reproducimos traducida al castellano una tabla del tipo de experiencias vividas en BMGIM de Erdonmez Grocke (en Wigram and De Backer, 1995, p. 199-200)

1. Experiencias visuales: como colores, formas, fragmentos de escenas, escenas completas, figuras, personas, animales, pájaros o agua (lagos, arroyos, océanos, estanques).
2. Recuerdos: como recuerdos de la infancia, recuerdos de eventos significativos o personas y sentimientos significativos de la vida del cliente, que está explorando a través de reminiscencias.
3. Sentimientos: tristeza, felicidad, alegría, pena, miedo, rabia, sorpresa, belleza, etc.
4. Sensaciones corporales: partes del cuerpo que pueden sentirse más pesadas o livianas; partes del cuerpo que pueden sentirse entumecidas o separadas del cuerpo; puede haber sensaciones de flotar o de caída; sensaciones de rotación o de que el cuerpo se está moviendo en alguna dirección.
5. Movimientos corporales: el cliente puede tener movimientos expresivos corporales en relación con las imágenes que está experimentando- por ejemplo, crear figuras con las manos, levantar los brazos en respuesta a una imagen, piernas o pies

golpean la camilla en relación a sentimientos de rabia.

6. Imágenes somáticas: cambios dentro los órganos internos del cuerpo pueden ser experimentados- por ejemplo, sentir el miedo en el pecho o el corazón, explorar un órgano interno por su forma o color, una oleada de energía que se siente a través de todo el cuerpo.

7. Experiencias alteradas de audición: por ejemplo, una audición alterada de la música- la música viene de lejos, la música está muy cerca, un instrumento particular destaca.

8. Asociación con la música y transferencia en la música: memorias de cuando la música fue escuchada, recuerdos tocando la música, la música está siendo especialmente interpretada para la persona, está tocando la música que está escuchando.

9. Imágenes abstractas: bruma, niebla, formas geométricas, nubes, etc. Esto puede indicar un punto de transición en las imágenes del cliente, que se está moviendo hacia una nueva área de experiencia.

10. Formas simbólicas: un largo túnel (puede indicar una experiencia de nacimiento), un agujero negro (una experiencia de muerte o un vacío), semillas que se abren (puede indicar un nuevo nacimiento), un libro antiguo (que puede indicar algo del pasado o una experiencia arquetípica).

11. Experiencias espirituales: yendo hacia una luz, un personaje espiritual, un monje, un sacerdote, una mujer con túnicas vaporosas, estando en una catedral, sentir una presencia muy cercana.

12. Transpersonales: el cuerpo se alarga o se acorta, sentir cambios profundos en el cuerpo (células cambiando, partes del cuerpo cambiando de aspecto o forma), el cuerpo cambia de una forma a otra (ej. Se convierte en un pájaro).

13. Experiencias arquetípicas: pueden aparecer figuras arquetípicas, algunas de historias legendarias- el Rey Arturo,

Robin Hood, Vikingos, hombre/mujer aborigen, una bruja, Merlín- o experimentarse a sí mismo de forma arquetípica – el viaje del héroe/heroína que el cliente es llamado a comenzar en un viaje, luchando en una batalla, reclamando alguna recompensa y volviendo a casa.

14. Diálogos: suele ocurrir con figuras importantes que dan al cliente un mensaje importante durante la charla. Las figuras significativas pueden tener forma humana- figura parental, arquetípica o espiritual- o un animal o forma de pájaro (un albatros, un águila, un león o un lobo, etc.)

15. Aspectos del self del cliente que son a menudo simbolizados por una figura significativa en las imágenes. Aspectos de la sombra (una parte del self no desvelada) puede aparecer en la imagen de una persona del mismo género. Aspectos del anima/animus pueden aparecer en la imagen de una persona del género contrario. Diferentes partes del self pueden entrar en un diálogo, de este modo habilita partes del self separadas o no reconocidas previamente para ser integradas.

Tabla 8. Experiencias vividas en la música durante una sesión de GIM.

- Al finalizar la música, habitualmente se realiza una integración creativa de la experiencia dibujando un mandala. El mandala, que significa círculo sagrado, ayudaba a Jung a entender su estado de ánimo a través de lo que había dibujado, observando en ellos sus transformaciones psíquicas [Jaffé, 2009]. Jaffé [en Jung (1995)] comenta que “la doctora M.-L. von Franz ha explicado el círculo (o la esfera) como símbolo del "sí-mismo" expresa la totalidad de la psique en todos sus aspectos, incluida la relación entre el hombre y el conjunto de la naturaleza” (p. 236). Existen otras maneras de integrar la experiencia que pueden ser de manera verbal, a través de la escritura, etc. [Ventre en Bruscia y Grocke, 2002, p. 33].
- Para terminar, el paciente reflexiona sobre la experiencia con el terapeuta, quien le ayuda a conectar lo vivido en la sesión con su momento actual.

5. Objetivos

- Analizar los mecanismos de afrontamiento de los pacientes antes y después de la intervención musicoterapéutica.
- Evaluar los cambios producidos en la significación connotativa y denotativa de carácter cognitivo y emocional que los pacientes atribuyen a la enfermedad, e identificación de imágenes tras la intervención musicoterapéutica.
- Determinar si la intervención musicoterapéutica incide en mejora de la respuesta psicológica en las fases de tratamiento y postratamiento de la enfermedad oncohematológica.

6. Hipótesis

La aplicación de la intervención musicoterapéutica permitirá que los pacientes desarrollen mayores estrategias de afrontamiento positivo que les ayudará a reducir el estrés y los estados emocionales negativos provocados por la enfermedad y el procedimiento médico. Facilitará a los pacientes tratados modificar su percepción de la enfermedad en términos de carácter emocional y cognitivo, variando los significados que atribuyen a la misma y contribuyendo a una mejor adaptación.

7. Método

7.1 Participantes

El objetivo inicial era reclutar 20 pacientes (10 en grupo control y 10 en grupo experimental) en el transcurso de 12 meses, diagnosticados Mieloma, Linfoma o Tumor sólido valorados en el Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca que vayan a ser sometidos a trasplante autólogo.

El tamaño muestral se justifica en base a que la media anual de trasplante autólogo para las patologías Mieloma, Linfoma y Tumor sólido en la Unidad de Trasplante Hematopoyético del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca es 25 pacientes.

7.1.1 Criterios de inclusión

- Edad comprendida entre 18 y 70 años.
- Diagnóstico de Mieloma, Linfoma o Tumor sólido.
- Indicación de trasplante autólogo.
- Garantía suficiente de adhesión al protocolo.
- Firma del consentimiento informado.

7.1.2 Criterios de exclusión

- Rasgos psicóticos; daño cerebral o senilidad que impidan el correcto procesamiento del material que emerja en la sesión; poca capacidad de simbolización y dificultad para el entendimiento de metáforas; dificultades de expresión verbal.
- Imposibilidad para firmar o comprender el consentimiento informado.

7.1.3 Criterios de retirada

La participación en el estudio es voluntaria y el paciente dispone de total libertad para rechazar el ofrecimiento de participar y para retirar el consentimiento del estudio en todo momento. Se indica que su decisión de colaborar o no colaborar no afectará en modo alguno a su tratamiento actual o futuro, y contará con tiempo y ocasiones suficientes para realizar las preguntas que desee acerca de los detalles del estudio y para decidir si quiere participar.

Una vez iniciada la recogida de información para el estudio, si decide retirar el consentimiento del mismo, es suficiente con que hable con el investigador. Mantendrá el derecho de rehusar a colaborar en la recogida de los datos y puede exigir la eliminación de toda la información relacionada con el curso de su enfermedad recogida en la base de datos del promotor para que no sea incluida en el análisis.

7.2 Criterios éticos

7.2.1 Evaluación beneficio-riesgo para los sujetos de investigación

Dado el carácter del proyecto, éste no tiene posibilidad de generar ningún riesgo sobre los sujetos estudiados al no suponer ningún cambio en el manejo del paciente respecto a las condiciones de seguimiento clínico habitual. Al paciente puede que no le suponga beneficio alguno su participación en el proyecto y será tratado según la práctica habitual del médico que participa en el mismo. Sin embargo, este proyecto podría ayudar a mejorar el conocimiento sobre la intervención musicoterapéutica en los pacientes oncohematológicos sometidos a trasplante autólogo, lo que podría permitir una mejora del manejo de este tipo de pacientes en la práctica clínica habitual.

7.2.2 Confidencialidad de los datos

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, sólo tendrán acceso a los mismos el investigador, el promotor o la persona que este designe, el Comité ético de Investigación Clínica, las autoridades sanitarias pertinentes y los responsables del análisis de los mismos.

El contenido de los cuadernos de recogida de datos (CRD), así como los documentos generados durante el estudio y la base de datos, serán protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación y, por tanto, serán considerados estrictamente confidenciales y no serán revelados a terceros.

El tratamiento de los datos de carácter personal requeridos en este estudio se llevará a cabo de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la misma, así como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y documentos contenidos en el archivo.

La realización del procedimiento será filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares cumpliendo lo establecido en Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen. Los datos relativos a esta investigación serán dados a conocer únicamente en el ámbito científico, de modo que nunca pueda reconocerse la participación de ninguna persona singular. Los datos serán accesibles para la Autoridad Sanitaria si lo demanda de modo explícito y para el Comité de Ética del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

En los CRD, los pacientes se identificarán exclusivamente por un número. En ningún momento existirá la posibilidad de identificar al paciente a partir de los datos del estudio.

7.3 Instrumentos

7.3.1 Cuestionario de Personalidad de Eysenck Abreviado (EPQR-A)

Este cuestionario fue creado por H. Eysenck, que define la personalidad como

“una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina” (p.9).

Originariamente este cuestionario de personalidad está compuesto por 40 items, que fue aumentando en sus distintas versiones hasta los 100 items [Sandín, Valiente y Chorot, 1999, p. 196].

Francis et al. (1992) desarrollaron una versión abreviada con niveles apropiados de fiabilidad, y Sandín, Valiente y Chorot (1999) realizan una versión española abreviada (ver Anexo IV) con el objetivo de evaluar la personalidad en base a las 4 dimensiones de las anteriores escalas:

- extraversión (E)
- neuroticismo (N_A)
- psicoticismo (P)
- sinceridad (S)

Está compuesta- por 24 ítems, y cada subescala contiene 6 ítems con formato de respuesta Si (1) No (0).

7.3.2 Escala de Ansiedad de Hamilton (HADS)

Creada por Zigmond y Snaith (1983), se utiliza habitualmente en atención primaria o en medio hospitalario no psiquiátrico para detectar trastornos de ansiedad y depresión. Es un cuestionario autoaplicado (ver Anexo V) compuesto por 2 subescalas, con 7 ítems cada una lo que hace un total de 14 ítems. Está estructurado como una escala tipo Likert y su puntuación global puede determinar tres estados del paciente:

- normal (de 0 a 7)
- dudoso (entre 8 y 10)
- problema clínico (a partir de 11)

Los ítems impares miden la ansiedad y los pares la depresión, y al estar formuladas las preguntas en presente sirve para el momento de aplicación y no como predictor. En España ha sido validada por Tejero et al. (1986) y suele utilizarse para detectar el malestar psíquico de pacientes en ámbito hospitalario.

7.3.3 Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)

El Cuestionario (ver Anexo VI) es un instrumento español validado, creado por María Teresa González y publicado por TEA Ediciones en 2004, que tomando como concepto de afrontamiento el dado por Lazarus y Folkman [en González, 2004, p. 14] “como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos personales”, evalúa las estrategias de afrontamiento (conductas y cogniciones) ante las distintas situaciones estresante que produce la enfermedad tales como el diagnóstico, los tratamientos u otros aspectos relacionados como son el entorno social y familiar.

El cuestionario tiene 7 escalas, 3 positivas y 4 que exploran conductas o

pensamientos desadaptativos:

- Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA): constituida por 9 ítems que miden la tendencia del paciente a enfrentarse de forma positiva al cáncer, utilizando todos los recursos disponibles y teniendo un papel activo en su recuperación.
- Escala de Autocontrol y Control Emocional (ACE): 7 ítems que aquellos aspectos relacionados con las conductas y pensamientos relacionados con el desequilibrio emocional que provoca la enfermedad.
- Escala de Búsqueda de Apoyo Social (BAS): midiendo a través de 4 ítems cómo valora el paciente el apoyo de las personas que tiene a su alrededor, tanto a nivel físico como afectivo y moral.
- Escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA): constituida por 6 ítems que representan cómo valora el sujeto su situación en relación al grado de amenaza y gravedad de la enfermedad, así como la incertidumbre sobre las posibilidades de superarla.
- Escala de Pasividad y Resignación Pasiva (PRP): a través de 5 ítems mide la actitud de pesimismo y fatalismo del paciente en torno a la enfermedad.
- Escala de Huida y distanciamiento (HD): 6 ítems para valorar cómo afronta el paciente la situación y los intentos de huida o distanciamiento de la situación.
- Escala de Negación (N): a través de 3 ítems se valoran cómo el paciente niega la realidad o la evidencia de la enfermedad.

Un total de 40 ítems cuya puntuación global establece 5 tipos de afrontamiento:

- positivo (puntuación entre 3 y 9)
- preferentemente positivo (1 y 2)
- no definido (0),

- preferentemente negativo (-1 y -2)
- negativo (de -9 a -3)

7.4 Diseño

Prospectivo, abierto, aleatorizado con estratificación y unicéntrico.

7.4.1 Selección (Visita basal): d-30 a d-12

Durante esta visita, en la consulta pretrasplante del Servicio de Hematología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, los hematólogos confirmaron el diagnóstico de Mieloma, Linfoma o Tumor sólido, y la indicación de trasplante autólogo.

El investigador invitó a los pacientes candidatos a participar en el estudio y si el paciente acepta, se procedió a la firma del consentimiento informado (Anexo II)

Posteriormente se procedió a realizar las siguientes evaluaciones (ambos grupos de pacientes: experimental y control):

- Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A) (Anexo IV)
- Escala de Ansiedad Depresión Hospitalaria (HAD) (Anexo V)
- Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) (Anexo VI)

7.4.2 Aleatorización

Se incluyeron a los pacientes en 2 grupos, grupo experimental y grupo control, de forma 1:1 siguiendo orden de entrada en el estudio y se les asignará un código que garantice la confidencialidad.

Grupo experimental: 10 pacientes con intervención musicoterapéutica.

Grupo control: 10 pacientes sin intervención musicoterapéutica.

La aleatorización fue estratificada. Dicha estratificación se llevó a cabo en base a la puntuación obtenida en la visita basal en la Escala de Ansiedad Depresión Hospitalaria (HAD): $HAD < 11$; $HAD \geq 11$.

De esta manera, ambos grupos eran homogéneos (evitando el sesgo que pudiera producirse por variables de ansiedad o depresión).

7.4.3 Sesiones de musicoterapia BMGIM (Sólo grupo experimental): d-12 a d+125 (± 5)⁷

Clark y McKinney [en Bruscia y Grocke, 2002] establecen que el número de sesiones de BMGIM necesarias para obtener cambios sustanciosos en población clínica es de 10.

Sesión	S-1	TPH	S-2	S-3	S-4	S-5	S-6	S-7	S-8	S-9	S-10
Día	d-12	0	D+2	D+17	D+32	D+47	D+65	D+80	D+95	D+110	D+125
Ventana	± 5		± 5	± 5	± 5	± 5	± 5	± 5	± 5	± 5	± 5

Tabla 9. Sesiones de Musicoterapia en relación al trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TPH).

En cada una de las sesiones de musicoterapia se procedió a:

Evaluación de la representación creativa de la experiencia con la música con un mandala y los insights indicados por el paciente.

En la sesión 10 (d+125), además se valorará el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) en ambos grupos (experimental y control).

⁷ 12 días antes del trasplante autólogo y 125 días después, con un margen de más o menos 5 días.

7.5 Procedimiento

7.5.1 Establecimiento del grupo de investigación y grupo de control

Ambos grupos, completan el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO). El grupo experimental lo realiza antes de la intervención musicoterapéutica y al finalizar la misma (período estimado 6 meses), y el grupo control realizó igualmente ambos cuestionarios (en el mismo lapso de tiempo).

7.5.2 Sesiones de musicoterapia BMGIM

10 sesiones con una periodicidad de 15 días (± 5) como recomienda el método (grupo experimental); la primera sesión se realiza antes del trasplante y las 9 restantes tras el trasplante.

7.5.3 Tratamiento estadístico de datos

Para el análisis de datos estadísticos se utiliza el paquete estadístico SPSS-20, realizándose un análisis de correlaciones y de conglomerados.

8. Resultados

Durante el periodo estipulado para la selección de pacientes participantes en el estudio (12 meses), tan solo 12 pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron derivados por el Servicio de Hemato-Oncología, debido a una reducción importante de pacientes con indicación de trasplante autólogo durante el periodo de 12 meses en comparación a la media de pacientes tratados por el Servicio en los años anteriores. De esos 12 pacientes:

Declinaron participar en el estudio	3
Aceptaron participar en el estudio	9
Total	12

Tabla 10. Número de participantes en el estudio.

Una vez descartados los 3 pacientes que asistieron a la entrevista con el musicoterapeuta y declinaron participar en el estudio, en las entrevistas con los 9 restantes se aplica el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A) y la Escala de Ansiedad Depresión Hospitalaria (HAD), y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO).

Con los resultados de los 3 cuestionarios se realiza un análisis de correlaciones, cuyo resultado se refleja en la siguiente tabla:

ELA	,677*	,578	-,670*	-,764*	-,793*	-,491	,939**	-,660	,148	-,038	,129	-,003
ACE		,167	-,336	-,748*	-,747*	-,331	,693*	-,905**	,049	-,472	,000	-,248
BAS			-,383	-,435	-,427	-,556	,669*	-,210	-,224	-,157	,637	,372
PRP				,373	,154	,464	-,672*	,199	,324	,030	,077	-,092
HD					,818**	,377	-,829**	-,897**	-,017	,130	-,477	,120
APA						,317	-,780*	-,860**	-,346	,108	-,201	,124
N							-,654	,368	,602	-,091	-,236	-,805**
TOTAL								-,714*	-,066	-,034	,308	,165
HAD									-,036	,294	-,197	,156
N_A										,233	-,200	-,585
E											,000	,397
P												,228

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 11. Análisis de correlaciones de los cuestionarios. [extraída de López, Nieto y Moraleda (2015)].

Podemos observar cómo dentro del conjunto de variables, encontramos que las escalas de afrontamiento positivo del CAEPO -ELA y ACE- tienen una correlación significativa e inversamente proporcional con la variable HAD. Así mismo, encontramos una correlación significativa de carácter positivo entre las escalas de

afrontamiento negativo HD y APA, con la variable HAD. La escala de afrontamiento negativo N correlaciona también de forma significativa e inversamente proporcional con la escala S.

En cuanto al análisis de conglomerados, en la siguiente tabla vemos cómo a partir de un análisis cluster mediante el método KMeans, obtenemos 3 agrupaciones empíricas basadas en las respuestas de los 9 sujetos a las distintas variables empleadas, dando como resultado tres formas diferentes de afrontamiento a la enfermedad y al procedimiento médico, estando correlacionados los estilos de afrontamiento y la ansiedad y depresión.

	Conglomerado			F	Sig.
	1	2	3		
ELA	25	25	20	9,269	,015
ACE	14	18	11	11,870	,008
BAS	9	7	5	1,165	,374
PRP	5	7	11	3,545	,096
HD	5	2	9	19,316	,002
APA	6	3	9	6,971	,027
N	1	1	2	,857	,471
TOTAL	5	5	-1	15,429	,004
HAD	17	2	24	27,071	,001
N_A	2	3	2	,093	,912
E	5	3	4	1,091	,394
P	3	2	2	,375	,702
S	3	1	2	1,120	,386

Tabla 12. Análisis de conglomerados [extraída de López, Nieto y Moraleda (2015)].

A partir de este análisis se observa la existencia de tres grupos y cada grupo cuenta con tres sujetos. La tercera agrupación (33,3%) de la muestra presenta las mayores puntuaciones en las escalas de afrontamiento negativo (BRP, HD, APA y N) y por el contrario las menores puntuaciones en las escalas de afrontamiento positivo (ALA, ACE y BAS), presentando así un patrón de comportamiento que podemos calificar de desadaptado. Además, los sujetos de este grupo obtienen las puntuaciones más altas en HAD.

La segunda agrupación (33,3%) muestra puntuaciones altas en las escalas de afrontamiento positivo y las más bajas en afrontamiento negativo, lo que la circunscribe en un estilo de afrontamiento positivo. Los sujetos de este grupo también presentan las puntuaciones más bajas en HAD.

La primera agrupación (33,3%) presenta puntuaciones altas en las escalas de afrontamiento positivo y puntuaciones intermedias en afrontamiento negativo comparándolas con las de los otros dos conglomerados. Sin embargo, en HAD está por encima de la puntuación que determina un problema clínico (≤ 11).

A partir de los resultados del análisis de conglomerados, se seleccionan a 3 pacientes de sexo masculino, circunscritos cada uno de ellos a un grupo de afrontamiento para analizar los procesos musicoterapéuticos en el BMGIM, a partir de la transcripción de las sesiones de Musicoterapia.

Paciente	Diagnóstico	Grupo afrontamiento
Nº 1	Mieloma múltiple	3: desadaptativo
Nº 2	Amiloidosis primaria	2: intermedio
Nº 3	Leucemia mieloide aguda	1: positivo

Tabla 13. Diagnóstico médico y estilo de afrontamiento de los pacientes de género masculino que reciben sesiones de Musicoterapia.

Los resultados que arroja el CAEPO, sobre el tipo de afrontamiento para los tres pacientes son:

Paciente	Resultado CAEPO
Nº 1	Preferentemente negativo (-2)
Nº 2	Positivo (+4)
Nº 3	Positivo (+6)

Tabla 14. Resultado inicial CAEPO.

8.1 Sesiones de musicoterapia BMGIM

8.1.1 Transcripción de las sesiones

Para poder leer y entender la transcripción de las sesiones, son necesarias una serie de indicaciones:

- la primera parte de la transcripción corresponde a la charla previa entre paciente y musicoterapeuta. La entrevista realizada en la primera sesión es una entrevista semi-estructurada, en la que se les pide a los pacientes información sobre algunos aspectos de sus vidas concretos, pero con preguntas abiertas [ver contenido en Anexo VII].
Las frases literales del paciente están entrecomilladas y el resto del texto es un resumen realizado por el musicoterapeuta.
- A continuación se especifica el foco o tema a trabajar en la música, y el programa o pieza musical seleccionado.
- La transcripción de la experiencia con la música aparece en un cuadro. Se transcriben las frases literales del paciente, y se indican mediante paréntesis () las intervenciones verbales del musicoterapeuta, y entre corchetes [] las observaciones o pensamientos del musicoterapeuta.
- Al abrir los ojos tras la experiencia con la música, se anota de manera literal el comentario del paciente, si lo ha habido.
- Mandala: el título que el paciente ha puesto al mandala tras dibujarlo.
- Fotografía del mandala.
- Comentarios del paciente al mandala: los comentarios literales.
- Observaciones: observaciones del musicoterapeuta sobre la fase de cierre de la sesión, que pueden haber sido compartidas con el paciente o no.

8.1.2 Sesiones Paciente 1

Edad: 42 años

Estado civil: separado, sin hijos.

Estudios: Secundaria.

Ocupación: trabajador por cuenta ajena.

Vive con: en la actualidad con su madre. Tiene dos hermanos.

Sesión Nº1/Entrevista

Ha aceptado participar en el estudio porque la Musicoterapia es una cosa nueva, como todo lo que está viviendo. Nunca antes había estado ingresado en un hospital, la situación le agobia porque su madre está muy mayor y no va a poder venir al hospital y sus hermanos “ya tiene su vida organizada”.

Primeros síntomas: un año antes de esta entrevista comenzó a tener problemas de circulación en las piernas, pérdida significativa de peso y una parálisis facial. Estas circunstancias acontecen por la misma época en la que una pareja sexual le informa de que es seropositiva y tiene que enfrentarse a un posible contagio. Los análisis salen negativos pero aparece una proteína extraña en los mismos. Tras comprobar en Hematología que la proteína sigue estando presente, le realizan una punción y con los resultados le dan tres años de esperanza de vida y le prescriben quimioterapia.

Ha regresado a Murcia a tratarse la enfermedad, después de 9 años trabajando y viviendo fuera. Comenta que fue muy duro cuando recibió el diagnóstico porque estaba viviendo solo, muy lejos de su familia y solo se atrevió a compartirlo con tres amigos.

Una vez en su tierra natal no informó a su madre – “porque es muy mayor”- de la enfermedad hasta tener la indicación del trasplante autólogo, por lo que “siempre estaba intentando demostrar que me encontraba bien”.

Aunque el médico le ha dicho que es genético, cree que la enfermedad ha sido producto de su “vida loca”, ya que antes de marcharse de Murcia fumaba mucho, bebía alcohol y tomaba otras drogas. Era empresario de éxito y estas circunstancias le hicieron perder la empresa y separarse de la mujer con la que estaba casado.

Indica que su padre falleció de un tumor cuando él cumplió la mayoría de edad. Relata de su infancia malos tratos del padre a la madre y los hijos, llegando a intervenir la policía en ocasiones.

Comenta que en navidad (anterior a esta entrevista) recibió un obsequio firmado por todos los vecinos del pueblo donde estaba trabajando. Está muy angustiado porque el médico le ha dicho que no sabe si va a poder volver a trabajar y “el trabajo es lo más importante en mi vida”.

“Desde mi separación me he encerrado en mí mismo”. Fue muy duro porque la quería y aún la quiero“. “Creo que no lo he superado todavía” (ya han pasado más de 10 años). “Fue culpa mía por mi problema con la cocaína”. Dice que desde su separación no la ha vuelto a ver y que tampoco ha podido tener pareja estable, solo relaciones esporádicas. “Llegué a pensar que la enfermedad era un castigo, pero todo el mundo me dijo que no (médico, amigos,...)” [Tengo la sensación de que aún no se lo termina de creer].

Considera que el marcharse de Murcia hace nueve años fue una huida, “porque además cada vez me drogaba más”. Para él esa huida fue la única forma de dejar la cocaína y al regresar se le ha removido todo, por lo que no sale de casa; además cada vez está más débil, tiene fuertes dolores abdominales y ha perdido el apetito sexual.

Refiere que le gusta la música clásica, pero no la escucha muy a menudo.

Experiencia con la música

Foco: Vivir la experiencia con la música

Programa: Pieza *The cello song* (programa Caring)

Música	Imágenes y observaciones
1	<p>Corriendo con mucha libertad.</p> <p>[Se pone la mano en el mentón y se tapa la boca con el dedo índice, como si estuviera pidiendo silencio].</p> <p>Ahora lo contrario, lo contrario de estar libre.</p> <p>Vuelve la felicidad.</p> <p>Después de la felicidad pasa a la tranquilidad.</p> <p>[Se emociona y le cae una lágrima]</p>

Mandala: Tú eliges.



Comentario de P1 al mandala: “es la sensación de alegría, de que todo va bien. Pasaré como un encierro en el que no va nada bien, pero es limitado”.
“Los colores son la alegría, los cuadrados negros el encierro y las rayas azul determinan el límite del encierro”.

Sesión nº 2 (post – trasplante)

Inició el proceso del trasplante con mucho miedo porque no ha tenido efectos secundarios y pensaba que no había ido bien.

Comenta que sus hermanos han hecho un esfuerzo muy grande y “me siento mal, culpable, y mi hermana no acepta que le diga eso ni que le de las gracias”. Dice que si hubiera podido elegir no se habría quedado nadie con él durante el aislamiento: “en casa se han enterado de lo justo (dolores...), me he acostumbrado a guardármelo todo”. Se emociona al hablar de sus hermanos y ver “que somos como una piña”.

De la sesión anterior recuerda que la experiencia con la música fue muy buen, “la relacioné con mi vida, y en ella me falta esa etapa de tranquilidad, estabilidad, que experimenté”.

Se siente muy nervioso, intranquilo, porque va a saber los resultados del proceso y si le darán el alta médica en breve. “Incluso estoy intranquilo de que todo salga tan bien, incluso pienso ¿por qué a mí no me va a ir mal?”. También está intranquilo porque la noche anterior, al beber agua, se hizo mucho daño y piensa en si a partir de ahora es cuando le toca pasarlo mal.

Experiencia con la música

Foco: Explorar la intranquilidad

Programa: Caring.

Música	Imágenes y observaciones
1	Una búsqueda, como un entramado de caminos y yo creo que estoy en el centro. Hay que recorrer los caminos. Voy a empezar y hay que elegir por cuál empezar. Dudas. Sé que todo llegará bien. Caminos: El familiar: dudas y miedo, miedo no por mí, por ellos, por lo que hacen y no saber cómo devolverlo [Llora] Difícil elegir cuál es el orden, porque todos llegan al final
2	Miedo por llegar al final, del resultado.

3	<p>No está claro, no.</p> <p>Hay que volver a empezar y no lo veo claro, me lo impido yo no dejándome que me digan, a escuchar, a equivocarme, nunca.</p> <p>[Se emociona]</p> <p>No me gusta equivocarme, no lo acepto</p> <p>Busco solución y es diferente, (¿cómo es?), No lo tengo claro</p>
4	<p>Que me deje llevar, solo que me deje llevar. Y todo irá bien. El problema no es mayor, dejémoslo hacer, todo irá bien.</p> <p>Me doy cuenta de que no existe el problema, el problema soy yo porque me cuesta llegar al final. Puedo dejarme llevar, pero es muy difícil. Puedo invertir el camino pero no tengo por qué hacerlo yo.</p> <p>[Llora]</p> <p>Que lo hagan por mí es... diferente</p> <p>La espera también es difícil, pero estoy tranquilo</p>
5	<p>Empiezan a llegar esos problemas. Esos problemas no son problemas</p> <p>[Se emociona]</p> <p>Son circunstancias, como muy pequeñas</p> <p>Siguen llegando, estamos todos, me recuerdan que no hay problemas. Ya entiendo</p> <p>Avanzamos todos juntos, mis hermanos, nos reímos, hablamos. Nos hemos quitado un problema</p> <p>[Sonríe]</p> <p>Todo está bien</p>
6	<p>Estamos sentados todos juntos, hablamos, nos reímos.</p> <p>Marchamos, cada uno en su camino.</p>

Mandala: Acepta y disfruta



Comentario de P1 al mandala: “En el centro yo, me llegarían una serie de circunstancias, todas al centro, asumidas. Y yo debo llegar al fin. Desde fuera me dicen que pueden venir, todos los problemas llegan. Cuesta, pero bien. Nos hacemos grandes, más simples, y todo marcha siguiendo un camino tranquilo. Acepto lo que me llega y disfruto”.

Sesión nº 3

“Contento porque todo ha ido bien”. Con sus hermanos se ha dejado llevar y todo ha vuelto a la normalidad.

Arrastra dolor de piernas y no tiene sensibilidad en los pies, cansancio y dolor testicular desde el alta hospitalaria. Al salir se encontró muy agobiado porque no encontraba su sitio, como si no tuviera espacio para él.

Para él lo peor del aislamiento ha sido tener que compartir un espacio tan pequeño con una persona 24 horas, aunque sea su hermana.

Dice que desde la última sesión, y tras el alta hospitalaria, no ha parado, ha visto mucha gente y se encontraba muy feliz. Ha disfrutado mucho.

Experiencia con la música

Foco: Disfrutar

Programa: Peak Experience

Música	Imágenes y observaciones
1	Relajado, un poco más tranquilo. Me siento bien. Tranquilidad [Respira por la boca] Aprovechar al máximo cada momento, cada día... cada día es mejor Hay una meta al fin y hay que pasar días para llegar a encontrarte bien, es una espera diferente, muy llevadera [Pienso en la diferencia entre la espera en el ingreso en aislamiento y la de ahora] [Llora] Miedo a malas noticias en esos días, pero no se producen. Todo son buenas noticias. (¿y qué ocurre con el miedo?) Siempre está ahí, quizá uno se acostumbra a él.
2	Es como un recordatorio que tienes ahí, todo el pasado, solamente el pasado, lo tienes ahí. Pero las buenas noticias pueden con el miedo, aunque ese miedo siempre está ahí. Es un miedo en el cuerpo (¿dónde lo sientes?)

3	<p>En el estómago (lleva la mano al estómago) Lo quiero limpiar [Hace movimiento con la mano como si lo estuviera limpiando] Parece que fuese parte de mi. Parece más aliviado.</p> <p>Mi estómago se vació. Sigo teniendo miedo a que se llene. Quiero aprovecharlo todo, pero es pequeño, quiero más (¿puedes especificar?) Quiero de lo que me rodea, más de lo que puedo hacer cada día [sonríe] Necesito salir, moverme, disfrutar de todo Aunque quiero que desaparezca ese dolor físico que todavía tengo, que no me he acostumbrado a él, quiero que salga [Manos a la cabeza] Ha llegado el miedo</p>
4	<p>Me agobia la idea de tener que vivir así, porque no te acostumbras (¿qué necesitas?) Días, confianza. Quiero ser yo, volver a ser yo.</p>
5	<p>Me quema el estómago, no me deja salir, no me termina de dejar disfrutar. Me recuerda días atrás, no me deja olvidarlo. Quiero ir más deprisa, aunque me doy cuenta de que estoy en una situación intermedia. Quiero salir, disfrutar de todo [Llora] Pero no me deja [Realiza respiraciones profundas con la boca abierta]</p>

Al terminar la música abre los ojos, los vuelve a cerrar y está un rato acariciándose el vientre.

Mandala: no dibuja mandala.

Comentario de P1 a la sesión: Me doy cuenta de que tengo prisa. Es una meta, es la impaciencia de los últimos días, quiero que el día sea pleno, no quiero levantarme más por las mañanas con este dolor físico.

Más que dolor son nervios. Eso es lo que me impide disfrutar.

Sesión nº 4

“Estoy contento, hoy me quitan el Hickman y me voy a la playa”.

Recuerda de la sesión anterior muchos nervios, intranquilidad. “Me acordé de tí al salir de consultas externas porque me dijeron que todo iba bien, pero ahí es donde peor lo he pasado. Fue peor el tratamiento en consultas externas que el trasplante”.

“Mi problema ahora es la rapidez por querer recuperarme, por la inactividad. El presente es querer y no poder, porque el cuerpo frena: el cansancio, el dolor de estómago...”

Comenta que le sigue costando disfrutar de estar mejor, porque aún no se encuentra recuperado del todo. Dice que no ha ido disfrutando de las pequeñas mejorías “y pienso que en el momento que me encuentre bien tengo que empezar a funcionar” [le pregunto si tal vez se está poniendo mucha presión]. Dice que es una sensación rara, sobre todo a nivel físico.

Hablamos de que cada vez está escuchando más a su cuerpo y que empieza a estar pendiente de lo que necesita. Y por otra parte “quiero hacer muchas cosas pero me da miedo”.

Dice que todo el tiempo está pensando en el futuro y que debería ser más “pasota”. Comentamos sobre cómo sería ir más despacio.

[Nota: una vez tumbado en la camilla, justo antes de empezar, me comenta que está fumando marihuana y que no se lo ha dicho al médico. Le pregunto si ha fumado para venir pero me dice que no; mi sensación es que para la sesión anterior si podía haber fumado].

Experiencia con la música

Foco: Ir despacio

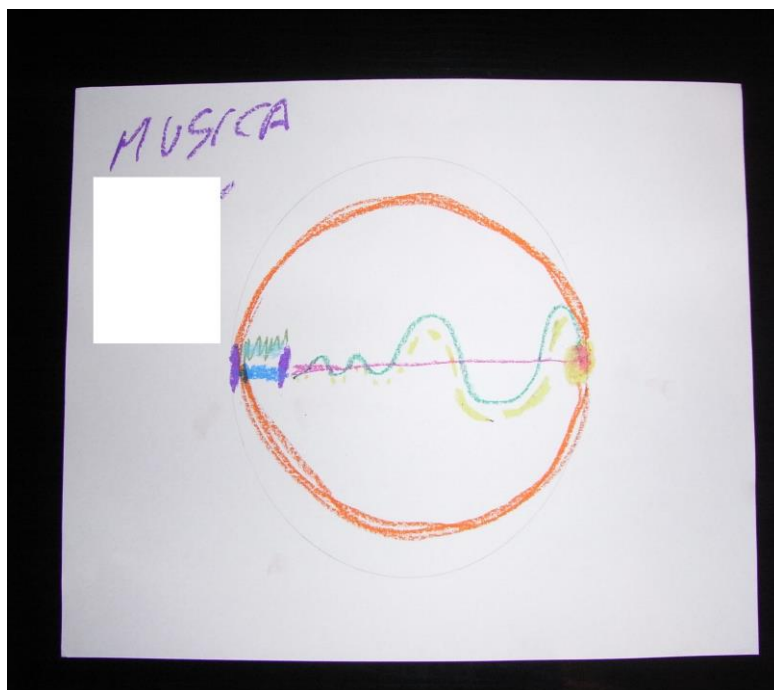
Programa: Melancolía

Música	Imágenes y observaciones
1	Relajación, tranquilidad (¿cómo es estar relajado?) Ciertamente no lo sé, sé que en mi caso es aprovechar el momento.

2	<p>(¿En qué estás?) Disfrutando de la música, creo que la estoy aprovechando mucho. Hasta el contrabajo, creo que es lo que escucho al fondo (¿qué te dice?) Que escuche, que lo disfrute. [sonríe] Hay como un camino muy tranquilo. Me está mostrando todo mi poder, me lleva a pensar en mis mejores momentos en [ciudad donde residía], los paseos en bici por el río, el crujir de las hojas al pisarlas con la bici y el agua del río.</p>
3	<p>Estoy en lucha con mi cuerpo, me quiere apretar y no dejarme disfrutar del todo (¿dónde te oprime?) aquí [lleva las manos al diafragma] Se está yendo. Estoy como en una burbuja, me está cubriendo todo, para bien, me encuentro muy bien.</p>
4	<p>Me está llevando a caminar, como si me mostrara cosas. Es como si me estuviese preparando.</p>
5	<p>Me prepara el camino para llegar aquí y escuchar. Todo es bonito, te hace disfrutar</p>

Al terminar la música: “estaba muy a gusto, iba como en un paracaídas del revés, era muy agradable”.

Mandala: Música



Comentarios de P1 al mandala: refleja la sesión de hoy desde que he llegado hasta que hemos terminado. Al llegar, hasta el tramo que comienza la música, es una situación de nervios.

Lo naranja es la música, antes de empezar ya está la vida de la música aún sin empezar a sonar. La línea roja es cuando comienza y acaba. La línea verde es lo que la música me ha ido diciendo, a principio poquito a poco y a raíz del estómago que no me dejaba, he empezado a sentirla y disfrutarla. Lo amarillo es mi cuerpo dejando entrar a la música. Y al final relajación, estar muy bien.

No hay un antes ni un después, la música lo rodea todo.

La sesión anterior, lo pasé fatal porque tú quieres y no puedes; hablamos sobre ir despacio y me he permitido ir despacio y <<tocarme la pancha>>.

Observaciones: en el momento en el que me dice lo de la marihuana lo siento como una confesión. Igual que cuando me dice al terminar la sesión que la anterior lo pasó mal.

Terminamos la sesión hablando de que comente a su médico el tema de la marihuana, porque puede ser lo que le está causando las molestias estomacales y no el tratamiento.

Sesión nº 5

Al llegar comenta que ya le han quitado el Hickman.

Está nervioso porque en unos días tiene una cita para una revisión en la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales, y teme que le den la incapacidad total.

Los médicos del Hospital le han dicho que puede tener un Herpes Zoster y eso también le preocupa.

Pero le gustaría llevar a la música el tema de “no encontrar mi sitio”, ya que no sabe si podrá volver al lugar donde residía y trabajaba antes de la enfermedad, y que por otra parte su madre está mayor y no quiere dejarla pero tampoco quiere vivir con ella.

Experiencia con la música

Foco: Encontrar mi sitio

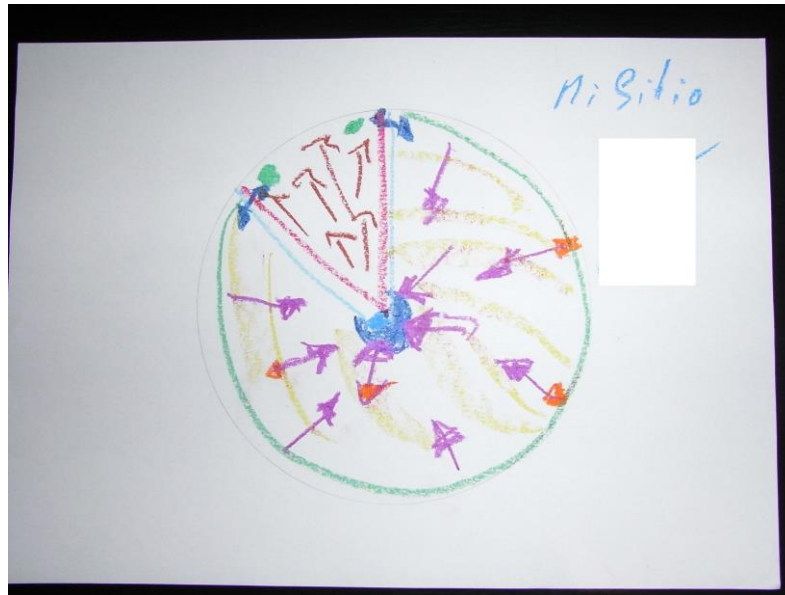
Programa: Mostly Bach

Música	Imágenes y observaciones
1	<p>Estoy en el pueblo donde vivía, empezando a ver a la gente de pueblo.</p> <p>Cuento los lazos que me atan aquí [se emociona] Y quizá si me marcho de aquí soy un poco egoísta, pero creo que tengo que pensar en mí.</p> <p>No sé si es bueno pensarlo tanto, porque siempre he sido de tomar decisiones rápidas y después adaptarme a las consecuencias.</p> <p>Me siento un afortunado que puede decidir.</p> <p>He vuelto atrás, a revisar un poco mi vida y me siento muy afortunado, por lo bueno y lo malo que he hecho. Por todo lo que he crecido. No tengo miedo al resultado final, puedo cambiar.</p> <p>[se emociona y lleva la mano al diafragma, acompaño con respiraciones profundas y sonoras]</p> <p>Es como un premio que puedo recoger, que he ganado.</p>
2	<p>Mucha paz.</p> <p>Me lleva hacia atrás, a un retroceso. Veo todo: una etapa bonita, cuando me marché, de la gente, personas que te acogen y no los conoces de nada.</p>

3	Creo que he decidido, todos los recuerdos bonitos me vienen de ahí, en comparación con los recuerdos de aquí que ni siquiera vienen.
4	La música me dice que lo que decida está bien hecho (¿cómo te hace sentir?) Bien, muy bien. Y he decidido marcharme. Es el cierre de una etapa y tengo que comenzar otra
5	Estoy en el pueblo. Es muy agradable. He recorrido persona por persona y no encuentro una mala cara. Estoy devolviéndoles saludos, todo el apoyo que me han dado. Estoy contento conmigo, he conseguido una cosa muy importante, pasar a una nueva etapa y estar bien. Es agradecer a todo el mundo, es una sensación muy buena, de devolver, pese a no ser mi estado del todo bueno las sensaciones son buenísimas. Estoy devolviendo ese cuadro que me regalaron cuando marché (¿qué significa ese cuadro?) Que te quiere un pueblo, que está por ti. Hay tantas personas a las que agradecer.... [manos sobre el pecho](siente esa gratitud). Esas personas te quieren por lo que eres, no se preocupan por tu pasado, solo por tu presente. Es muy agradable
6	(¿Qué hay bajo tus manos?) Todo lo que tengo que sacar, y además es todo bueno. Está como guardado y deseando que salga (¿y qué hay guardado?) Mucho agradecimiento

Al terminar la música: creo que sí, que lo tengo bastante claro. [Le doy inmediatamente el papel para que dibuje sin perder esa sensación]

Mandala: Mi sitio



Comentarios de P1 al mandala: el círculo tiene dos partes: la primera Murcia y la grande el pueblo. El punto soy yo. Los puntos verdes son mi madre, mi familia y mis amigos. Hay una unión entre Murcia y [nombre del pueblo], ellos y mi madre, marcharme no significará perderlos de vista. Lo grande es recibir, las flechas son recibir. En esa parte me siento más yo, por lo cual mi sitio creo que es allí.

Hablamos de que ha venido a Murcia a curarse y comentamos lo de cerrar heridas y curar el alma. Comenta que lo que le queda por cerrar es el tema de su ex-mujer. Le propongo tratar este tema en las próximas sesiones.

Sesión nº 6

Comenta que el dolor de estómago está subiendo y ahora lo tiene en la garganta, aunque cada vez se va encontrando mejor en general.

Le recuerdo el tema de su ex-mujer de la sesión anterior. Comenta que lo que le hace pasarlo mal so sueños en los que repite cosas que hizo mal anteriormente y cuando hago examen de conciencia solo veo lo malo [aunque le pregunto por los sueños no termina de contármelos].

Me cuenta la historia con su mujer y que lo que acabó con la relación fue su adicción a las drogas y las prostitutas.

Relaciona brevemente su relación con la relación traumática de sus padres.

“En estos momentos de mi vida hay muchas cosas pero nada cerrado”.

Quiere que la musicoterapia le ayude a conseguir tranquilidad y no pensar tanto en el pasado, en las salidas que hacía en Murcia, en las drogas, el daño que hizo a su ex-mujer, a su madre...

Experiencia con la música

Foco: Encontrar tranquilidad

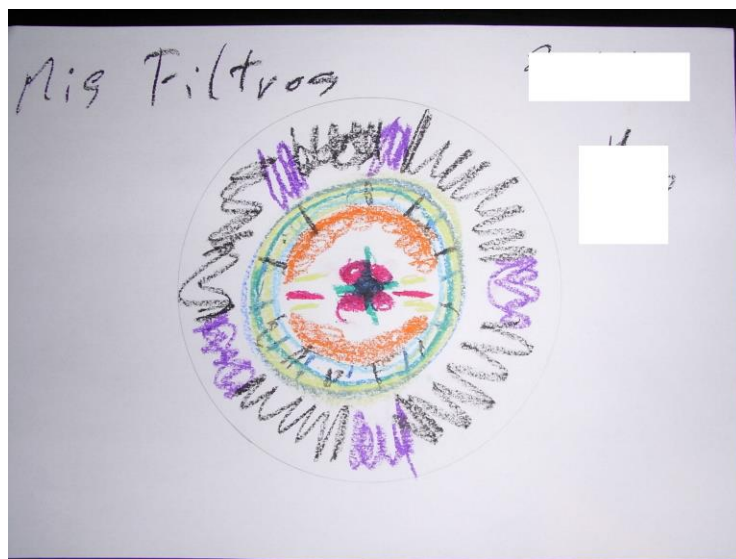
Programa: Melancolía

Música	Imágenes y observaciones
1	Estoy escuchando, creo que conozco esta música. Es un poco triste, esa es la sensación que me da (¿y qué te entristece?) El no poder ser ¿normal?, ¿feliz?, ¿uno más?, no sé.
2	No sigo con lo establecido, con lo que se espera de mí. Necesito tranquilidad (¿qué te la daría?) olvidar, el tiempo.
3	La música me está cubriendo, es como una manta que va bajando poco a poco. Me aporta seguridad, o de momento me cubre y es muy agradable. Es como si llevara un traje puesto, pero muy cómodo, deja pasar todo lo que escucho y es muy agradable [sonríe]. (¿De qué te das cuenta?) De que tengo que mejorar a la hora de seleccionar lo que es importante de lo que no, y he mejorado mucho. Me hace sentir más fuerte

4	<p>Pasar de lado por las cosas sin necesidad de enfrentarme a ellas, porque tampoco son importantes. La importancia ahora es muy relativa para mí.</p> <p>Mi enfermedad me ha obligado a parar físicamente pero no psíquicamente, tenemos un desajuste ahí los dos. (¿qué necesita lo psíquico?) [sonríe] Ser capaz de pasar de lado también de esas cosas, las que te atormentan y te hacen sentirte mal, y te cabrean. Todos y cada uno de mis recuerdos, todos son malos, los buenos no me llegan.</p>
5	<p>Ahora te voy a decir una cosa, me hace sonreír pese a lo triste de la canción, la tengo en el móvil y me recuerda a cuando estaba en el hospital, y la situación actual justamente.... me abre los ojos y me hace mirar, me hace sentir muy bien, muy bien.</p> <p>Me dan ganas de hacer cosas, de hablar con la gente, de relacionarme. No por nada importante sino por el hecho de hacerlo.</p>

Al terminar la música: “¡La tranquilidad, está muy bien, está muy bien!”.

Mandala: Mis filtros



Comentarios de P1 al mandala: El centro sería yo y lo que me rodea son zonas tranquilas, positivas, y zonas intranquilas, negativas, y me he hecho un filtro alrededor que intento que no pase lo que me rodea, que para mí no es positivo.

Mis filtros... pero siempre entra algo, familia, amigos. Y el naranja es el último filtro porque es un filtro especial porque... ninguno de estos me da la tranquilidad. Y ese lo ha generado mi cuerpo, mi día a día, y pasa a ser más ancho, más denso. Pero por narices tienes que dejar entrar porque no vives solo, no estás solo tú en la vida, y lo dejas entrar mucho más seleccionado. (¿te has sentido solo?) Siempre.

Sesión nº 7

Quiere estar bien ya, comenta que sigue teniendo ansiedad. “Necesito un cambio, subir al norte unos días, porque estoy entrando en una dinámica que me agobia mucho”.

La relación con su madre está empeorando porque él se encuentra mejor, quiere salir y hacer más cosas, pero su madre se lo recrimina por miedo a que repita actitudes del pasado.

También está teniendo dificultades económicas con una antigua hipoteca a la que le está costando hacer frente.

“No he aceptado la situación actual que tengo, ya desde el principio no lo acepté. No le he dado la importancia que le han dado los demás porque sabía que iba a salir bien. Y encima todo el mundo te dice lo que tienes que hacer”.

Está muy agobiado por el futuro. “Me quedan dos meses para saber si mi vida dará un cambio radical o no”.

Experiencia con la música

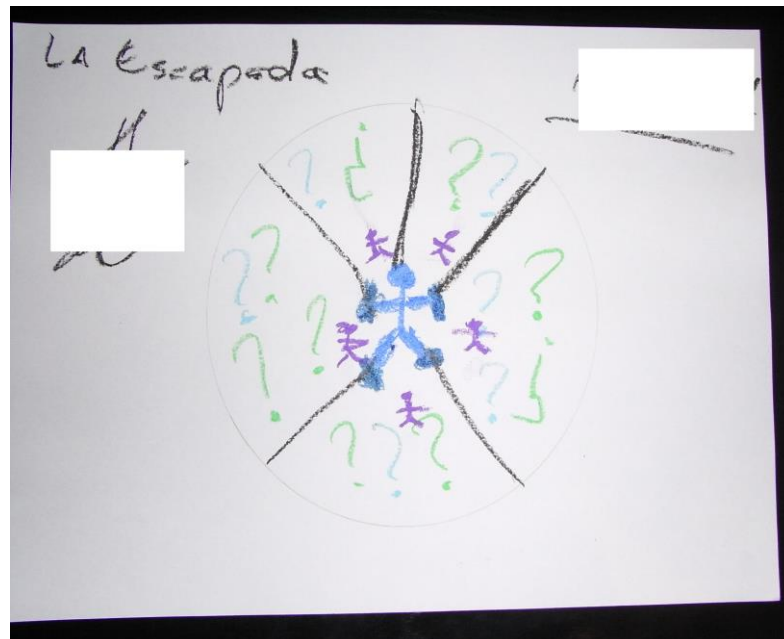
Foco: Aceptar lo que me está ocurriendo ahora.

Programa: Transitions

Música	Imágenes y observaciones
1	[Sonríe, se muestra emocionado] Tranquilidad, mucha tranquilidad. Me hace recordar los días que estuve ingresado, en los cuales no había nada más que el día, no podías hacer nada, pensar... como si la vida se parase. Se limita solamente a cuatro paredes; es incómodo pero a la vez estás muy arropado. No tienes problemas porque no puedes hacer nada, ni para bien ni para mal. (¿tienes que aceptar?) [silencio, no contesta]. Ahora simplemente me estaba mirando aquí, mirándome, diciendo al menos estás bien, sabes lo que tienes que hacer y no te vas a equivocar.
2	Lo que tenga que ser, será. Y no tengo miedo a la hora de tomar las decisiones correctas. Es una situación nueva, desconocida (¿cómo es?) Como tener mucha teoría pero poca práctica con respecto a cómo va a ser tu futuro.

	<p>[fin de la música] Las cosas de la vida hay que afrontarlas tal y como vengan y dejarlas pasar</p>
3	<p>Mi seguridad para afrontarlas ya no es la que era. No tenía miedo a equivocarme porque me veía con fuerzas para corregir y volver a empezar. (¿Y ahora?) Solamente estoy a la espera, a verlas venir, no me puedo anticipar a nada.</p> <p>Es difícil afrontar la realidad. Es como una vuelta al pasado y no sabes cómo corregir, si tienes que corregir, porque no tienes nada marcado en el futuro.</p> <p>Te llega información por todos lados y no puedes asimilarla. Es como recibirlas todas y que se junten en un embudo, además de salir despacio no sabes cómo van a salir.</p> <p>Y no debería ser así, porque debería ser todo para bien, para mejor.</p> <p>Es como estar sujeto de pies y manos y esperas recibir, no sabes el qué, si es mejor o peor pero estás a la espera, solamente puedes esperar.</p> <p>La espera podría ser mejor, pero en mi caso no lo es.</p> <p>Algo me dice que adelante, poco a poco, pero adelante [se emociona].</p> <p>Ahora estoy por delante de mi situación, ya estoy fuera de aquí, y estoy donde quiero estar, en una vida tranquila, relajada, trabajando, pero muy tranquilo, muy relajado [sonríe].</p>
4	<p>Es como un paso más que has de dar, pero no sabes ni cuándo ni cómo, si será mejor o peor para ti. Y sacar este estado de mi estómago [manos al vientre]. No consigo darle salida, no lo veo claro (¿qué no ves claro?) cómo hacerlo, pero... es que no puedes hacer. Es una situación de tener que hacerlo todo bien, no equivocarte, porque se lo debes a los que están cerca de ti. No te puedes permitir fallar.</p> <p>Creo que me tengo que fijar más en el día, solo en el día, qu intente pasarlo lo mejor que pueda, no mirar más allá, solamente en ese día, el día de hoy.</p>

Mandala: La escapada



Comentarios de P1 al mandala: El monigote soy yo con las ataduras, lo que no te deja hacer. Cosas que deberías o te gustaría hacer y no sabes si las vas a hacer. No hay nada malo, lo único es el peso de las ataduras.

Acabo de acordarme de que es el santo de mi madre, la voy a recoger y nos vamos a ir a comer por ahí, le voy a dar una sorpresa”.

Observaciones: Comenta al salir de la consulta que está empezando a tener más sensibilidad en los pies y que con la música es cuando más los nota; pienso que es como empezar a tener los pies sobre la tierra.

Sesión nº 8

Cada vez se encuentra menos cansado y la fatiga a la hora de respirar se va reduciendo.

Desde la última sesión se ha rebajado la tensión con su madre y la relación a la hora de la convivencia está siendo mucho mejor.

Se sigue sintiendo ansioso y lo relaciona con el insomnio, fuma en exceso y “siempre tengo los nervios metidos en el estómago”.

Hablamos sobre el hecho de poder volver a trabajar, que le preocupa no hacerlo bien, no ser capaz de desarrollar su trabajo en condiciones si no se recupera del todo. Por otra parte dice que “si no pudiera volver a trabajar sería mi perdición”.

Comenta que se está dando cuenta de que a la hora de tomar decisiones importantes, quizá por inseguridad, recurre a cosas como beber alcohol, fumar marihuana... “tengo la sensación de estar atrapado, en un encierro, siempre me falta algo”. Pregunto que qué le falta; su respuesta... “falto yo”.

[Tengo la sensación de que quiere hablar más pero no puede, está rígido, como bloqueado. Pienso que es mejor pasar a la experiencia con la música].

Experiencia con la música

Foco: Estar en mí.

Programa: Low

Música	Imágenes y observaciones
1	Ahora estoy recogiendo todo lo que tiene que venir a mí, todos los proyectos truncados que había dejado por el camino. Tengo que darles la importancia justa a esos proyectos que recojo y tengo que reformar. Es muy difícil recogerlos y ponerlos en orden, ponerlos bien. Lo intento pero no lo consigo (¿qué te lo impide?) Imagino que yo. Estoy con la seguridad... una seguridad que no debería estar ahí, es como una losa que pesa mucho (¿dónde la sientes?) justo aquí [se lleva las manos a la cabeza] Me está forzando, tienes que ir por un lado seguro, y a ti no te gusta eso porque la seguridad es obligada, no decides tú. Pierdes el resto de oportunidades y de opciones. Y sigue siendo más atractiva la no segura que la segura,

2

aunque es el camino marcado a seguir y es lo que tienes que hacer.

Es como si el camino diera trabajo, siempre lo tienes que hacer por el mismo sitio, pero no pruebas sitios diferentes. Simplemente porque te acostumbras y te pierdes muchas cosas por no hacer un camino diferente.

Hay muchos pensamientos que van pasando y no sé cómo cortarlos. Me están invitando a seguir una sensación diferente.

Es una sensación diferente pero no te dice si es mejor o peor, te lleva al mismo sitio y es diferente. Y la pruebo. [pienso en sería como hacer las cosas de otra manera como hasta ahora].

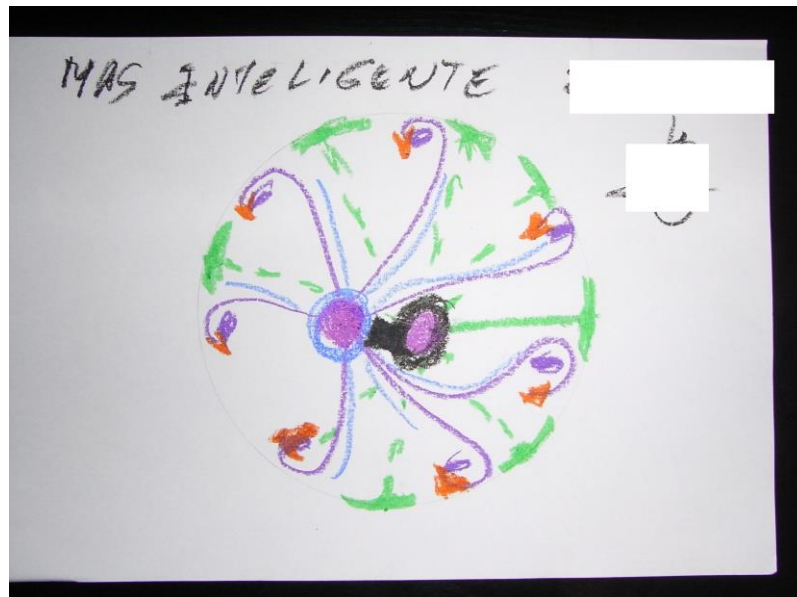
Y ahora me viene una sensación de alegría, me he hecho para atrás y es como una visión en el tiempo. Estaba ingresado y tenía muchas más dudas que ahora, y no sabía por dónde seguir, el camino estaba totalmente encasillado. Y ahora me deja ver mucho más, es más abierto, puedo elegir, con la seguridad de lo diferente aunque el final es el mismo. Más interesante; es como hacer un viaje en avión donde solo tienes que subir y bajar. Y el otro es como ir en autobús y hacer transbordos, coger un tren, un barco... tardaría más tiempo pero el recuerdo es más divertido, más interesante. Este es el que me gusta, el otro es como obligado, no te dejan hacer, solo subir y bajar.

No sé cuál coger (¿cuál te atrae más?) El difícil, el del coche, el barco, el tren... ya sé que la tranquilidad me la daría el primero, el viaje en avión.

Ya me está animando a ser valiente, afrontando como a mí me gusta, sin muletas. El camino es más duro pero es más bonito.

Llegamos bien, se ha hecho diferente pero llegamos bien.

Mandala: Más inteligente.



Comentarios de P1 al mandala: Las dos partes soy yo, el de la izquierda que recoge lo que anteriormente ha soltado, que no le da resultado. Es un gasto de energía infantil. Una vez recogido todo lo traspaso a mi otro yo, la segunda parte, más importante, más fuerte, más seguro, y en un camino recto muy fácil que te lleva al mismo sitio. Y te abre la opción de hacerlo de muchas maneras diferentes. Es mi vida diaria, recoger porque veo que no puedo.

Hablamos abiertamente sobre el tema del alcohol y la marihuana, y de cómo pueden afectar a su toma de decisiones.

Sesión nº 9.

Comienza hablando de una salida que ha hecho a pasar el día con los amigos y que se dio cuenta de que aún no tenía fuerzas suficientes para aguantarlo.

Comentamos la sesión anterior con el mandala delante. “La imagen del mandala me viene bien para recordar lo que hablamos al final de la sesión”. Dice que desde ese día cada vez es más consciente de que no tiene prisa de nada, ni incertidumbre y que la ansiedad ha ido disminuyendo. Que cada vez se encuentra más tranquilo y que está disfrutando del momento.

Físicamente se nota un cambio importante, una mejora, desde la última sesión.

Experiencia con la música

Foco: Disfrutar el momento.

Programa: Peak experience

Música	Imágenes y observaciones
1	Es una música muy tranquila. Me está mostrando lo fácil que es vivir, es un día a día que hay que aprovechar. Con lo más simple, incluso. Los problemas siguen estando, pero son diferentes como la música, que va y viene. Se puede vivir con ellos.
2	[Puño sobre el pecho] (¿qué significa el puño?) Lo que mi cabeza, te vas abriendo paso, vas apartando, vas quitando, pero vas hacia delante. Todo pasa, todo está pasando. Noto que ya no estoy rígido, que estoy más relajado. La incertidumbre o el miedo a lo que venga simplemente pasa. Me da ánimos seguir así.
3	Me está haciendo fuerte, me estoy haciendo fuerte. Siento la fuerza en mi interior. Eres capaz de decir no, eres capaz de ver las cosas pasar y no tomar partido de ellas si no te incumben. Es como una coraza invisible que solo deja pasar lo que quieres que pase. Aparece al fondo... es mi madre con su edad, que sí tiene importancia.
4	Siento mucha paz. No me arrepiento, todo está bien. Me

gusta esa sensación, es como que te cubre por completo.

5 Estoy dando un repaso a todo lo que he pasado y todas las personas que he conocido nuevas. Ahora tengo claro que las cosas pueden salir bien, es una sensación de alegría. Es como si estuviese acabando poco a poco un mal sueño, y poco a poco vas despertando y todo lo que encuentras es bueno. Es como si una burbuja que me rodea la hubiese acomodado para dejar entrar cosas buenas y las malas van saliendo. No desaparecen, pero no me afectan. Están ahí fuera. Eso te anima a comenzar ahora. La importancia de las cosas se las doy yo. En buena parte soy el que decido cómo me afectan o no las cosas, lo decido yo.
[manos sobre el plexo solar]

Mandala: Cada día más yo.



Comentarios de P1 al mandala: El círculo azul claro soy yo y el azul oscuro es mi yo más fuerte. Lo amarillo es todo lo bueno que viene ahora. El círculo negro son la vida y los problemas de la vida, pero son muy débiles y llegan a un yo más fuerte.

Sesión nº 10.

El Tribunal Médico le ha dado un año más con el 100% de incapacidad. Al principio estaba disgustado pero ahora se lo va a tomar como un año de vacaciones y ha pensado volver a estudiar. Ha dejado de plantearse el futuro, solo quiere disfrutar porque ha sido difícil todo lo que ha pasado.

Los mandalas están dispuestos sobre la camilla en orden cronológico. Le llama la atención cómo han ido evolucionando los colores, “de la situación en la que me encontraba a mira ahora la claridad. Además veo que mis yoes van creciendo, más madurez, darme cuenta de lo importante que soy, las cosas que realmente me importan...”

Comenta que la convivencia con su madre está siendo mucho mejor.

Sobre la musicoterapia dice “me ha ido muy bien, han salido cosas que a raíz de contarlas aquí las he podido contar fuera, cosas que crees que los demás no van a entender, pero luego las aceptan. Me ha servido para quitarme la ansiedad y ser menos exigente conmigo mismo. También me ha ayudado a salir de esto y a vivir. Y me he podido dar cuenta de cómo me pasaba con la cerveza y tomar conciencia”.

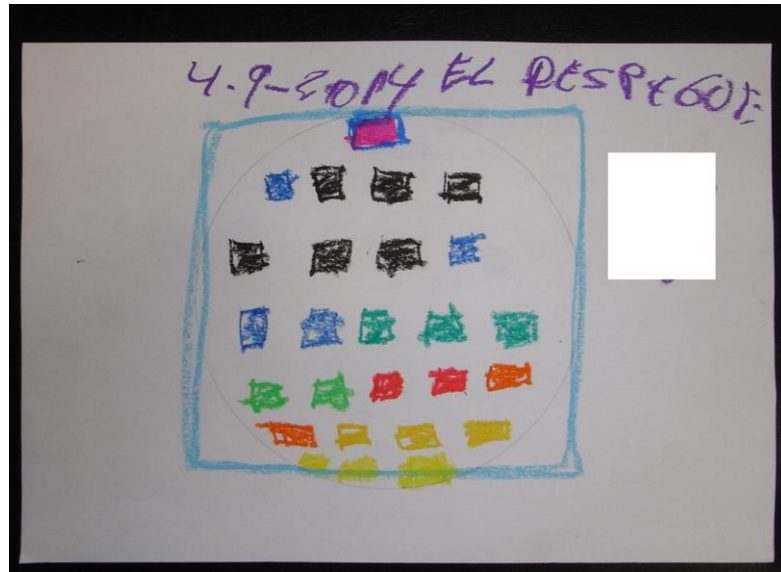
Experiencia con la música

Foco: Ordenar e integrar la experiencia con la música durante estos meses.

Programa: Pieza *The Hero's life* (Transitions).

Música	Imágenes y observaciones
1	<p>Pienso en mi madre, en todo lo que ha pasado la pobre durante este proceso. Me doy cuenta de que me quiero ordenar, de lo mal que he estado y lo he pasado, y de las personas que me rodean. Estoy muy contento, creo que... hasta feliz.</p> <p>Es un ¿por qué no?, por qué no puede pasar y al final ha pasado, estoy contento. Estoy tranquilo. Estoy en paz [se emociona].</p> <p>La música me está preparando para hablar con Jorge [su hematólogo, tiene cita después de la sesión].</p> <p>Creo que hoy es el día del despegue hacia... si no una vida nueva, sí una vida diferente.</p>

Mandala: El despegue.



Comentarios de P1 al mandala: el cuadrado azul soy yo, y los pequeños también soy yo. Al inicio dudas, todo mal (color negro), hasta el amarillo. Y pasamos al azul claro. El camino que he pasado, con un final grande, alegre... además ¡hasta salgo del círculo!

Observaciones: En ningún momento hemos comentado durante las sesiones qué puede significar dibujar dentro o fuera del círculo, pero él mismo se da cuenta de que en este mandala ha hecho algo diferente, ha pintado fuera del círculo.

El médico le dio el alta tras la sesión.

8.1.3 Sesiones Paciente 2

Edad: 47 años

Estado civil: casado, dos hijos.

Estudios: básicos.

Ocupación: trabajador por cuenta propia.

Vive con: con su mujer y sus hijos.

Sesión N°1/Entrevista

Ha accedido a participar en el estudio porque ha visto los carteles de Musicoterapia por el Hospital.

Los primeros síntomas fueron cuatro meses antes de esta consulta y del diagnóstico: una importante pérdida de peso en poco tiempo (40 kg., pesaba 150 kg.), pérdida de apetito y cansancio excesivo. Había dejado de fumar justo cuatro meses antes de los primeros síntomas.

En su hospital de referencia habían descartado el cáncer hematológico y le digeron que provenía del pulmón. Cuando le dieron el diagnóstico correcto en el HUVA se encontraba solo, relata que llamó por teléfono a su mujer y a partir de ahí estuvo tres días llorando.

Cuando se mira al espejo no se reconoce por la pérdida de peso y también les ha pasado a familiares y amigos a los que hace tiempo no ve, cuando se reencuentra con ellos o se los cruza por la calle, no lo reconocen.

Tiene mucho apoyo por parte de su familia, sobre todo se apoya en su mujer. “Lo que peor llevo es ver sufrir a mis hijos y mi mujer, sé que lloran a escondidas”.

Nunca antes había tenido un ingreso hospitalario, y todos sus problemas de salud habían sido de tratamiento ambulatorio.

Tiene dos hermanos mayores, él es el menor. Recuerda que de pequeño le pegaban mucho porque era muy revoltoso, “me lo merecía”.

En la adolescencia estuvo interno en un colegio y volvía a casa los fines de semana; sus padres tenían una carnicería.

“No tengo miedo a los efectos secundarios, tengo muchas ganas de luchar, de poder hacer algo, he estado unos meses muy perdido. Lo más frustrante es que te digan

que hay que esperar.”

Se considera una persona creyente pero no religiosa.

No sabe nada de música aunque le gusta mucho, y sobre todo le gusta bailar.

Sueña mucho pero nunca recuerda los sueños.

“Mi ilusión es ponerme bien para llevar a cabo los nuevos valores, lo que siento de verdad”.

Experiencia con la música

Foco:Permítete vivir la experiencia con la música.

Programa: Haydn (Caring)

Música	Imágenes y observaciones
1	Estoy pensando en mis vivencias, viendo fotografías de mi vida, pero no tienen nada que ver una con otra (¿te llama alguna la atención?) No especialmente. Estoy en la granja, cerca de mi padre, estoy trabajando con él. Siento paz. Ahora estoy con mi hermana haciendo embutido en la carnicería, discutimos mucho. Estoy con mi novia, mi mujer, salimos de fiesta con los amigos. Siento felicidad y amor, parece que me estoy elevando. [Sonríe todo el tiempo].

Al abrir los ojos: “Me ha encantado, ha sido un repaso por muchos puntos de mi vida que no tienen nada que ver entre sí”.

Mandala: Imágenes de mi vida



Comentarios de P2 al mandala: Arriba con mi mujer, cuando éramos novios y salíamos de fiesta. Lo pasábamos genial, lo echo de menos.

A la derecha en el camión, recuerdo que el peor viaje fue uno que estuve 30 horas sin dormir.

Debajo en la carnicería con mi hermana, haciendo embutido.

A la izquierda la granja de cerdos, con mi padre y mi sobrino, el hijo de mi hermano, que falleció con 22 años.

Sesión nº 2 (post-trasplante).

“Me gustó mucho la música, estoy encantado con las sesiones”.

Con respecto a la enfermedad, “estoy asimilando. Todo ha salido perfecto, estoy ilusionado, con ganas de vivir”.

Las dos primeras semanas de aislamiento estuvo sin fuerzas, con mucho dolor. “Era un reto, estoy muy orgulloso de mí”. “Me han cambiado los valores, quiero darle un cambio a mi vida radical, cambiar las preferencias a la hora de compartir mi tiempo”. “Tengo que dar mucho amor, agradecimiento, decirles a los demás como me siento con respecto a ellos, de tú a tú”.

Experiencia con la música

Foco: Que la música me ayude a encontrar las fuerzas para hacer el cambio en mi vida.

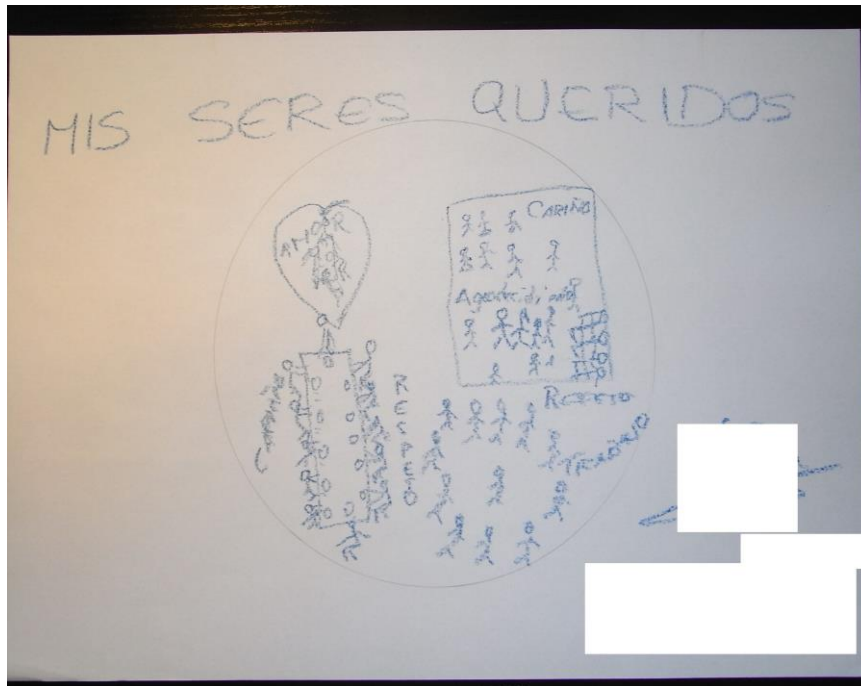
Programa: Caring

Música	Imágenes y observaciones
1	Estoy planteándome la manera de hacer lo que quiero y ellos responden bien, con agradecimiento, me echan de menos [se emociona] (¿quiénes son ellos?) Mi mujer y mis dos hijos, se sienten bien porque su padre ha vuelto (¿y cómo te sientes tú?) muy bien, muy bien. Felicidad, yo también los echaba de menos aunque no me diera cuenta.
2	Pensaba que todo lo que estoy viviendo con mi familia es lo que quiero, con mis padres, mis hermanos. Estamos todos juntos, felices, muy bien acompañados, nadie tiene prisas, me gusta todo. Todos felices, no hay nadie que esté triste.
3	Ahora estoy con los amigos de toda la vida, no sé cómo expresarme para expresarles todo lo que siento [mano izquierda a la cabeza] (¿qué ocurre con tu mano?) No sé, tal vez confianza, el no saber cómo van a responder [baja la mano al pecho].

	<p>Estoy buscando fuerzas en la música, estoy con todos los amigos y les expreso todo lo que quiero decirles, estamos como en una cena y todos en la mesa. Lo estoy consiguiendo. [Ríe] Me están gastando bromas porque saben que estoy emocionado, y se ríen de mis lágrimas, pero hay más de uno llorando.</p>
4	<p>[Se lleva continuamente un pañuelo a la boca] Es lo que más problemas me está dando, sigo sensible a ella (sigues sensible). No me deja hacer nada, si hablo un poco se me seca enseguida.</p> <p>Ahora estoy en la empresa donde trabajo y estoy explicando a los compañeros lo que ha pasado y lo que he hecho. Cuando me han visto han parado y se acercan, me han hecho un corro, les explico por qué estoy tanto tiempo sin ir, algunos lo sabían y otros se sorprenden mucho.</p>
5	<p>[se acaricia el pecho con la mano izquierda] Estoy repasando todo, primero con la familia mía personal, después padres y hermanos, y después amigos y compañeros de trabajo (¿cómo te sientes?) Feliz de hablarlo con ellos, pero esto hay que demostrarlo, no se puede quedar aquí, no se puede quedar en palabras. Me siento fuerte, preparado para afrontar esto.</p>
6	<p>[se acaricia la barbilla, vuelve la mano al pecho y después la baja junto al cuerpo]</p>

Al abrir los ojos: Me ha gustado la experiencia.

Mandala: mis seres queridos.



Comentario de P2 al mandala: a la izquierda mi familia, mi mujer e hijos, a los que estoy dando mucho amor. A la derecha mis padres, mis hermanos, a los que estoy dándoles mucho cariño y agradecimiento. Debajo una mesa con los amigos, una cena, donde hay mucho cariño y respeto. Al lado el trabajo, que representa el respeto y el trabajo.

Últimamente me he cerrado mucho, desde antes de la enfermedad, la enfermedad me ha servido para darme cuenta de lo que estaba haciendo.

Observación: Comentamos de que no se obligue, vaya poco a poco, a su ritmo.

Sesión nº 3

“Estoy ansioso, no noto mejoría y me desespero. Me hundo, se me viene el mundo encima, la mente... no son momentos muy largos pero... hasta la familia se da cuenta, los estoy haciendo sufrir”.

Quiere ver algún avance aunque sea pequeño, andar, ir al baño por sí mismo. No lleva bien que su hijo de 14 años tenga que ayudarlo a levantarse. [Llora].

“Se ha caído todo al suelo, me pongo muy nervioso, tengo mucha ansiedad, me pongo nervioso y me da por estar callado”. Siente la ansiedad en el cuerpo como un nerviosismo, la respiración muy agitada, una sensación de intranquilidad.

“Todos me dicen que tenga paciencia pero no lo puedo remediar, necesito un avance por pequeño que sea”.

Experiencia con la música

Foco: Explorar la ansiedad.

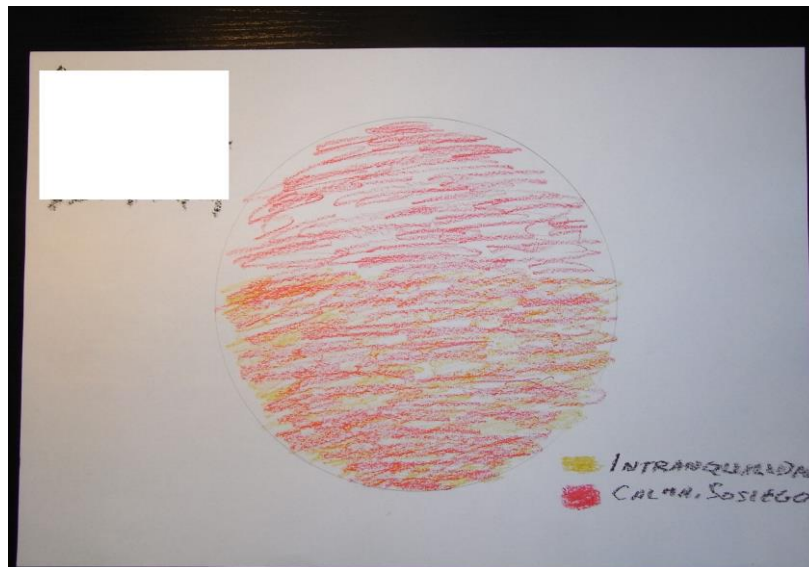
Programa: Caring (inserción *Carmina Burana*)

Música	Imágenes y observaciones
1	Estoy tranquilo todavía. Me acelero, me siento mal, muy agitado, intranquilo, no puedo estar sentado [en realidad está tumbado en la camilla]. La música me tranquiliza un poco. [bostezo, mueve el cuerpo] (¿qué expresa tu cuerpo?) Intranquilidad. Necesito tener una mejoría, desde hace tiempo. Son muchas noticias, malas noticias, y necesito una buena para coger el pulso.
2	Me he conseguido relajar. La música es melodiosa, bonita, tranquila. [no para de tensar y destensar las piernas]
3	Empiezan a aparecer mis miedos otra vez. Miedo a no recuperarme. No volver a recuperar todo lo que tenía. Físicamente hay cosas a las que no quiero volver pero otras muchas sí. Me gustaría andar, coger un poco de fuerza en todo el cuerpo, valerme por mí mismo, ser auto-suficiente. Parece que he notado que me venía un poco de

		<p>fuerza al cuerpo. Como un rayo que me iba recorriendo y empezó a pasar por los brazos y las piernas, lo he notado. Ahora estoy tranquilo [no para de mover el cuerpo, agitado] (¿qué expresa tu cuerpo?) Parece que tengo que comprobar que me ha venido la fuerza. Estoy nervioso, impaciente.</p>
Orff, Burana.	Carmina	<p>Parece como una marcha guerrera. Estoy intentando convencerme de que no he de tener prisa. (¿Te dicen algo las voces?) Que todo va bien, que no tenga prisa y que intente estar relajado. Tengo que hacerles caso.</p>
4		<p>[Mano del pecho al vientre, como acariciándose una y otra vez] (¿qué hace tu mano?) Quiere ayudar a relajarme. Estoy relajado [tensa y destensa el cuerpo] (tu cuerpo parece decir otra cosa) Ahora mismo estoy relajado.</p>
5		<p>[Sube las manos a la cabeza. Mueve piernas y cabeza. Abre brevemente los ojos. Sube y baja las piernas]</p>

Al abrir los ojos: He conseguido relajarme.

Mandala: Intranquilidad, calma/sosiego.



Comentarios de P2 al mandala: la intranquilidad de marrón claro y la calma y el sosiego lo rojo.

Observaciones: Me resulta curioso que pinte la intranquilidad de marrón y la tranquilidad de rojo, y que acabe cubriendo la intranquilidad de color rojo. Hablamos de la contradicción de colores y se da cuenta de que siempre tiene que estar moviéndose, comenta que intenta rehabilitarse en la piscina aunque no pueda, porque tiene la sensación de que si se para... se muere.

Sesión nº 4

Llega en la silla de ruedas.

Está más animado aunque sigue sin ganas de comer, y el endocrino le ha prescrito batidos de proteínas.

De la sesión anterior recuerda que le costó mucho hacer el mandala.

“Yo quería dar un cambio radical y hay que hacerlo más despacio, también por los que están alrededor”. Comenta que el mal humor que le genera la situación a veces lo ha pagado con la familia y que ha podido pedirles perdón. Dice que siente rabia [llora], que no entiende por qué le ha pasado esto, por qué no nota mejoría.... Que está luchando contra la intranquilidad. Comenta que el rojo del mandala es la lucha, y que esa lucha agota.

Tengo que ayudarlo a subirse a la camilla.

Experiencia con la música

Foco: Mirar la intranquilidad.

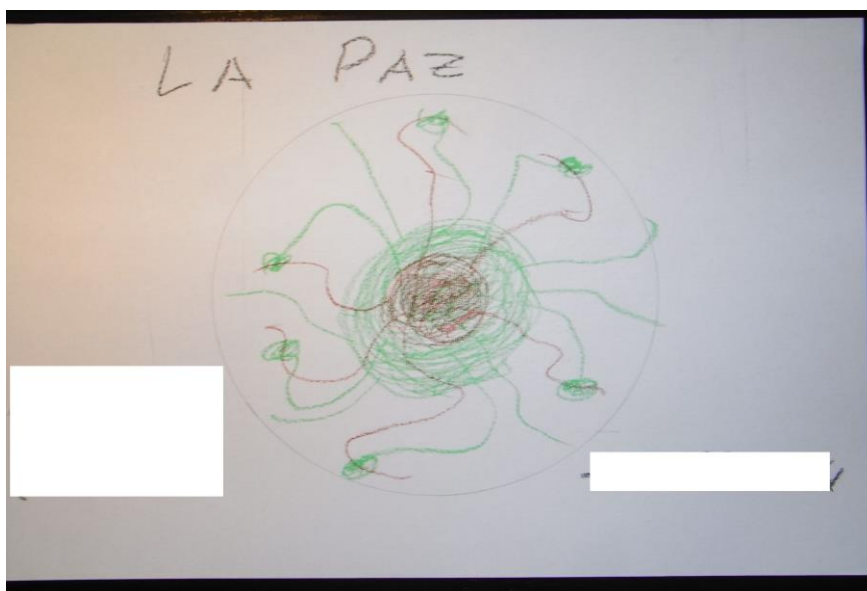
Programa: Explorations

Música	Imágenes y observaciones
1	Estoy tratando de ver la intranquilidad, que aparezca lo que hay. No logro verlo. No tiene forma. Es difícil buscarlo, no sabes cómo es. Estoy buscando pero no, pero no. [una mano a la cabeza y otra al pecho] Quizá no es tan fuerte como se cree.
2	Estoy viendo que quizá es solo un sentimiento y tienes que ser capaz de que tus sentimientos sean fuertes para taparlos y que no aparezcan (¿quién quiere que los tapes?) Yo, me siento mejor. Estoy en la lucha, intentando que no puedan salir porque necesito ser más estable, estar más tranquilo. Parece que sí puedo con ella. Logro dominarlo, haciendo mis sentimientos más fuertes [bosteza y cierra puños] Trato de dominarla, cuesta mucho, a veces se consigue, otras veces cuesta mucho. Pero con

	<p>tensión se consigue [coloca los puños sobre el vientre] (¿qué sientes?) Dentro de mi cuerpo como unas ganas de luchar muy fuertes, que no se van a venir abajo, no quiero que se vengan abajo.</p>
3	<p>Siento como que he ganado, he podido calmar. Y lo siento dentro de mí. Paz, una sensación maravillosa, por todo el cuerpo, relajación, calma.</p>
4	<p>He conseguido una sensación de estabilidad en mi cuerpo que antes no sentía. Intenta salir más veces pero tienes que hacerte fuerte y creer en tí. Si crees en tí lo dominas.</p>

Al terminar la música: [al abrir los ojos le comento que parece impactado] Si, no he conseguido ponerle forma pero la he identificado, y se puede luchar si crees en tí.

Mandala: La paz



Comentarios de P2 al mandala: la intranquilidad tira sus lazos para poder contigo, y he conseguido a través de creer en mí tener fuerzas suficientes para contrarrestarlos. Después tengo fuerzas, me sobran las ganas de luchar y he visto como una luz que me decía que hay un camino y me da mucha tranquilidad.

La calma ha llegado en el momento de creen en mí.

Observaciones: No necesita que le ayude a bajar de la camilla, sale de la consulta caminando y empujando la silla de ruedas. Comenta “me voy con fuerza, me siento muy animado”. Desde dentro oigo a su esposa, que está en la sala de espera, decir “¡anda, si sales caminando!”

Sesión nº 5

Comenta que desde la última sesión se encuentra muy bien, con mucha energía. Está notando la mejoría y eso le da alegría. También ha podido empezar la rehabilitación y cada día tiene más fuerza. “Mi intranquilidad era porque todos me decían que iba muy bien pero yo no lo sentía. La charla antes de la música de la vez anterior me vino muy bien. Ahora voy día a día”.

“Me siento pletórico, ilusionado”. [Por su tono de voz, tengo la sensación de que hay cierta ansiedad en sus palabras y suena como poco realista].

Experiencia con la música

Foco: Reforzar la confianza en mí.

Programa: Bearing Witness

Música	Imágenes y observaciones
1	Estoy pletórico, con toda la confianza del mundo. Me siento muy bien conmigo mismo.
2	Ahora mismo siento paz, no siento ningún problema, nada que me pueda desviar de mi objetivo [lleva manos al pecho] (¿qué sientes en el pecho?) Estoy pensando que pueden venir posibles problemas y mi mente tiene que ser fuerte y no desviarme de mi objetivo principal (¿cuál es?) La recuperación. Y luchar porque nos se me quite de la cabeza [pienso en la palabra <i>luchar</i>].
3	Es como si viviera sin problemas y tengo una parte del cerebro en ese tema, pero la otra no quiere que se desvíe del objetivo, no quiero que me absorba el problema.
4	Estoy luchando contra el problema con parte de mi cerebro pero la otra no quiero que se desvíe del objetivo final. Consigo vencer y ... vuelve la tranquilidad.
5	[abre los ojos](¿qué te hace abrir los ojos?) estoy tan convencido de cuál es mi objetivo que me cuesta trabajo concentrarme en otra cosa.

Al abrir los ojos: me ha ocurrido una cosa rara, me cuesta separar mi mente del convencimiento de conseguir el objetivo.

Mandala: la fuerza de la mente.



Comentarios de P2 al mandala: lo que hay alrededor de la camilla son muchos pensamientos. El problema es mi cuerpo.

Le recomiendo que esté más pendiente de su cuerpo, de lo que siente. Y que tome conciencia varias veces al día de la respiración. Sale empujando la silla de ruedas y dice que lo va a tomar por costumbre.

Sesión nº 6

Recuerda de la sesión anterior el tema mente-cuerpo y dice que lo ha tenido muy presente en los últimos días. Que le ha servido para tomar conciencia de que quería hacer cosas como antes y que su cuerpo ahora mismo no puede. Que esto antes le enfadaba y ahora ha cambiado la reacción de enfado por la de comprensión con su situación.

Me comenta que desde la salida del hospital han estado viviendo con los suegros pero que ya han vuelto a casa y que ahora puede subir y bajar escaleras. “Intenté hasta subirme al camión y no pude. He estado contento porque mi cuerpo y mi mente vayan más acompañados. Voy muy despacio en todo, quería cambiarlo todo de golpe y ahora voy poco a poco hacia lo que quiero llegar a hacer”. “Me he quitado presión y la gente lo ve. La última sesión fue muy importante porque me enseñó a esperar a mi cuerpo. Incluso con la comida no me fuerzo como antes, voy poco a poco”.

Comenta que tiene insensibilidad en las encías y en el labio desde el primer día. Hablamos sobre la insensibilidad, y finaliza diciendo que no tener sentimientos ni buenos ni malos por las cosas, las personas... le deja mal.

Experiencia con la música

Foco: Sentir.

Programa: Del abandono al vínculo.

Música	Imágenes y observaciones
1	Noto un hormiguelo por todo el labio. Más que insensibilidad noto una pequeña inflamación que al moverlo me produce como hormiguelo. [Mueve la lengua] Quiero ver si sigue la sensación y la tengo al mover la lengua. Y sí, al tener movimiento la noto, si me quedo callado y no la muevo es cuando noto la insensibilidad. [Mano a la barbilla] Cuando quiero hablar o masticar es muy molesto, como que no te responde, se queda atrás, al beber agua hay veces que se me cae.
2	La sensación molesta... como que se seca la

	boca, y se queda dormida; es lo que siento. Lo noto como más inflamado.
3	[Continúa moviendo la lengua y presiona con los dedos la barbilla y alrededor del labio] [me pregunto si hay prisa por sentir]
4	[Continúa moviendo lengua y presionando la barbilla] (¿Tienes prisa por sentir?) Prisa no, pero como una sensación de mucho tiempo, empiezo a tener la preocupación de que no volveré a sentir como antes. (¿te ocurre lo mismo con la enfermedad?) Ahora no tengo esa sensación porque como voy recuperando estoy convencido de que la enfermedad está superada.
5	Lo que no sé son las secuelas, como esta. (¿Te da miedo?) Miedo no, preocupación sí por lo molesta que es.
6	Esta música me da tranquilidad [deja de tocarse la barbilla] Si me estoy quieto se relaja y dejo de sentir.
7	Tranquilidad, sosiego. [Por la forma de respirar y expulsar el aire por la boca en dos ocasiones, tengo la sensación de que ha llegado a dormirse]

Mandala: evolución.



Comentarios de P2 al mandala: la flecha refleja la zona insensible. Con la música logro... [se emociona] que desaparezca la sensación de insensibilidad.

Sesión nº 7

Comenta que está más tranquilo desde la última sesión y que recuerda la primera sesión de la que salió empujando la silla de ruedas: “me marcó, me hizo ir más despacio”.

Trae como tema para la sesión la tos, dice que junto con la pérdida de peso fue uno de los primeros síntomas. Y que a veces tiene la sensación de que con la tos “sale nicotina”.

Experiencia con la música

Foco: Explorar la tos.

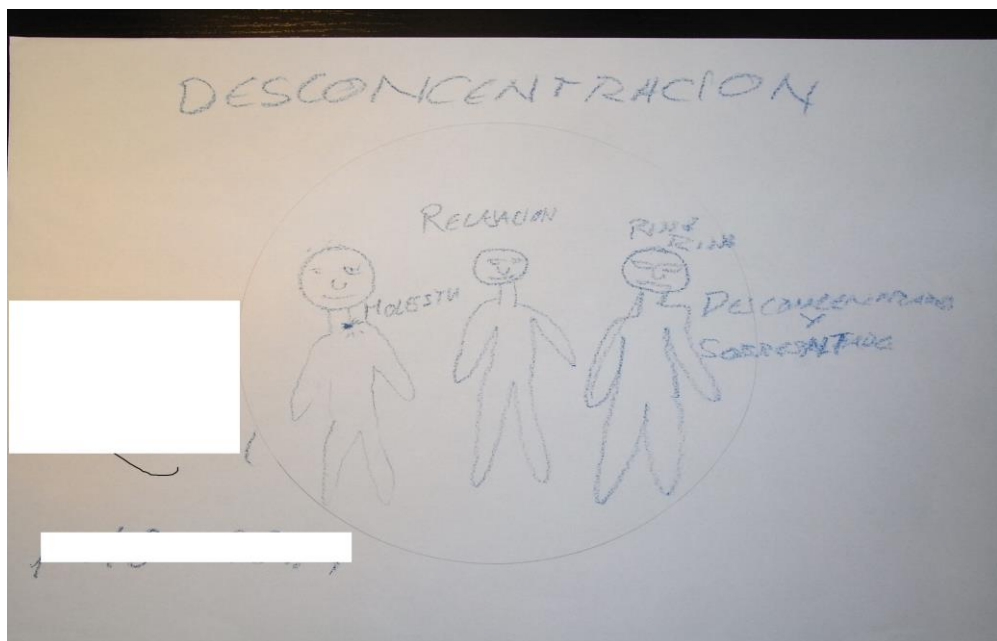
Programa: Uncovering

Música	Imágenes y observaciones
1	Estoy concentrándome en el punto de la garganta, donde tengo la molestia. Noto picos, como si algo temporalmente lo obstruye [tose]. El picor se hace intenso [tose] muy molesto [bosteza] Deseo que se calme [tose]
2	[Mano derecha a las costillas] (¿qué ocurre?) No puedo estar mucho tiempo en la misma posición (¿qué te lo impide?) mi nervio, mi manera de ser... nunca estoy quieto del todo. Se ha pasado el picor de garganta, igual que viene se va. Ahora estoy normal, no tengo ninguna molestia (¿cómo es estar sin molestias?) mejor (disfrútalo). La música alta me ha ayudado a disfrutarlo y a estar sin molestias. Estoy tranquilo y relajado. La tos se ha calmado, noto la respiración normal simplemente.
3	La música me ha dejado súper relajado, súper tranquilo (¿cómo es estar así?) Agradable. [suena su móvil] Estaba muy tranquilo y ha sido un sobresalto [vuelve a sonar y lo saca del bolsillo para apagarlo] Me he quedado... lo tranquilo que estaba y el sobresalto (¿cómo te sientes?) Mal, porque se

4	<p>me ha olvidado apagar el móvil. Bueno, es un fallo que he cometido, no le doy más importancia.</p> <p>[abre los ojos] He percibido la sensación de tranquilidad y como que me he desconectado [vuelve a abrir los ojos] (¿hay algo que te impida volver a relajarte?) No, creo que lo estoy consiguiendo ahora.</p> <p>Me estoy relajando. Estoy notando la respiración. Me doy cuenta de que ahora no me molesta estar boca arriba.</p> <p>Estoy notando la punción que me han hecho esta mañana.</p>
5	<p>[Llaman a la puerta, hago un gesto a la persona para que espere] Me he vuelto a desconectar [abre los ojos] Volver a concentrarme me va a costar mucho [2'55" bajo la música].</p>

Le comento si quiere salir a preguntar qué ocurre, porque veo que está preocupado por la interrupción. Lo llamaban desde consultas para que se repitiera una prueba. Le pido que pinte la desconexión [también recordando que anteriormente habíamos tratado el tema desconexión mente-cuerpo]

Mandala: Desconcentración.



Comentarios de P2 al mandala: uno es la molestia, otra es la desconexión.

Sesión nº 8

Comenzamos con el mandala de la sesión anterior. “Estaba concentrado en que mente y cuerpo vayan a la par y me estoy sintiendo muy bien. Lo que me desconecta son mis propios nervios. La inseguridad de si voy a ser el mismo o no. La incertidumbre sobre el futuro”.

Sobre el móvil “me jode equivocarme y me sentí culpable por no apagar el teléfono, no me sienta bien cuando hago algo y no me sale bien, de siempre, no sé si por la educación de mis padres”. Comenta que la sensación del sobresalto fue muy parecida a la sensación en la barbilla.

Experiencia con la música

Foco: Lo que me causa intranquilidad.

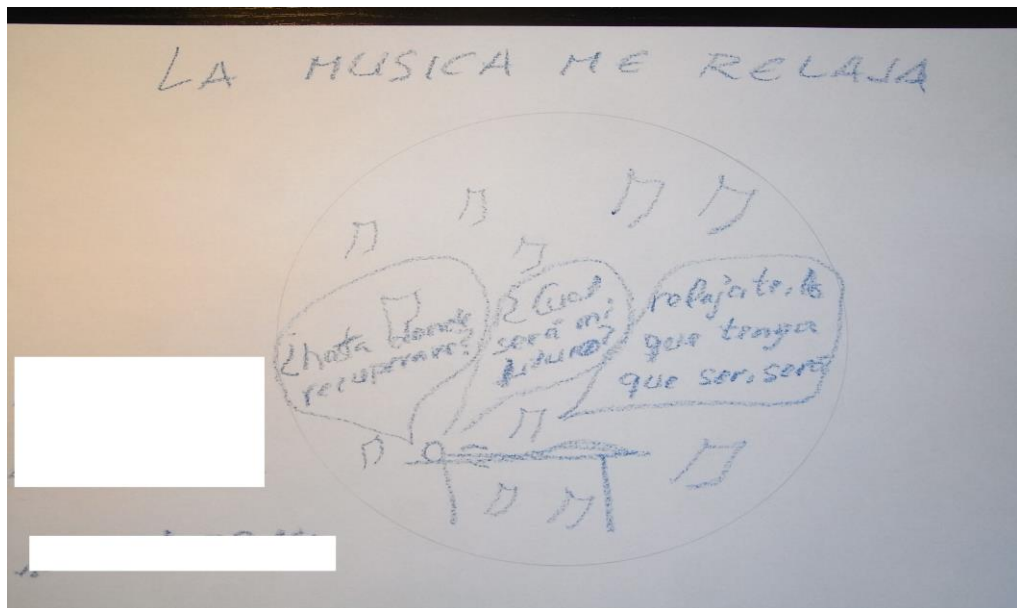
Programa: Transitions

Música	Imágenes y observaciones
1	Estoy pensando en cosas de mi futuro, si podré volver a trabajar, si no, intentando imaginar cuál será mi situación. (¿Cómo te hace sentir?) Intranquilo, incertidumbre. (¿Dónde la sientes?) En el estómago. Es como un estado nervioso, sienta el estómago que llega al corazón. No late muy fuerte pero sí muy rápido y lo expande por todo (¿qué te dice tu corazón?) que me relaje. No consigo relajarme del todo, estoy más tranquilo pero no del todo.
2	Parece que me he relajado bastante [veo pequeños espasmos musculares](¿qué sientes en el cuerpo?) Los músculos se tensan y tengo que intentar relajarlos, sobre todo espalda, hombros, brazos, las manos. Ahora una sensación buena de relajación.
3	Estoy intentando acordarme si en algún momento me ha ocurrido algo para que yo sienta la intranquilidad. Creo que va conmigo, con mi manera de ser. No me viene nada a la memoria. La música me da tranquilidad.

4	<p>He vuelto al principio, a la incertidumbre de no saber qué será mi futuro, pero más tranquilo, pensándolo con más tranquilidad. Espero que pueda seguir trabajando [bostezo varias veces]</p> <p>[Movimiento de barbilla] (¿qué ocurre?) Si la ejercito se quita un poco la sensación, no del todo, pero sí un poco [da varios bostezos] Ahora estoy concentrado en la música (¿te dice algo?) Quizá me dice eso, que la intranquilidad no vale para nada, tengo que aprender a ser más tranquilo. Parece que controlo mejor la sensación de intranquilidad. Tengo una sensación en la espalda, como que quiere que me levante, que cambie de posición [no para de mover el cuerpo, los pies...]</p>
---	---

Al abrir los ojos: [parece que está muy conectado con las sensaciones físicas] (¿Qué te pide el cuerpo?) levantarme y andar, estirar la espalda [Se levanta, da unos pasos por la sala, se estira]. Quizá es el miedo que tuve al verme en la silla de ruedas, sobre si volvería a caminar o no. Lo pasas mal porque no puedes ni mover un brazo, y es una sensación que no le deseo a nadie. No lo he comentado con nadie por si me tomaban por loco [le digo que poder comentarlo es muy importante porque esos miedos están ahí guardados mucho tiempo].

Mandala: La música me relaja.



Comentarios de P2 al mandala: lee las frases.

- ¿hasta dónde recuperarme?
- ¿cuál será mi futuro?
- Relájate, lo que tenga que ser será

Sesión nº 9

Ha pasado mala noche, tosiendo, vomitando, no ha dormido. Comenta que está muy cansado. [Pienso en el cansancio de todo el proceso].

Experiencia con la música

Foco: Descansar.

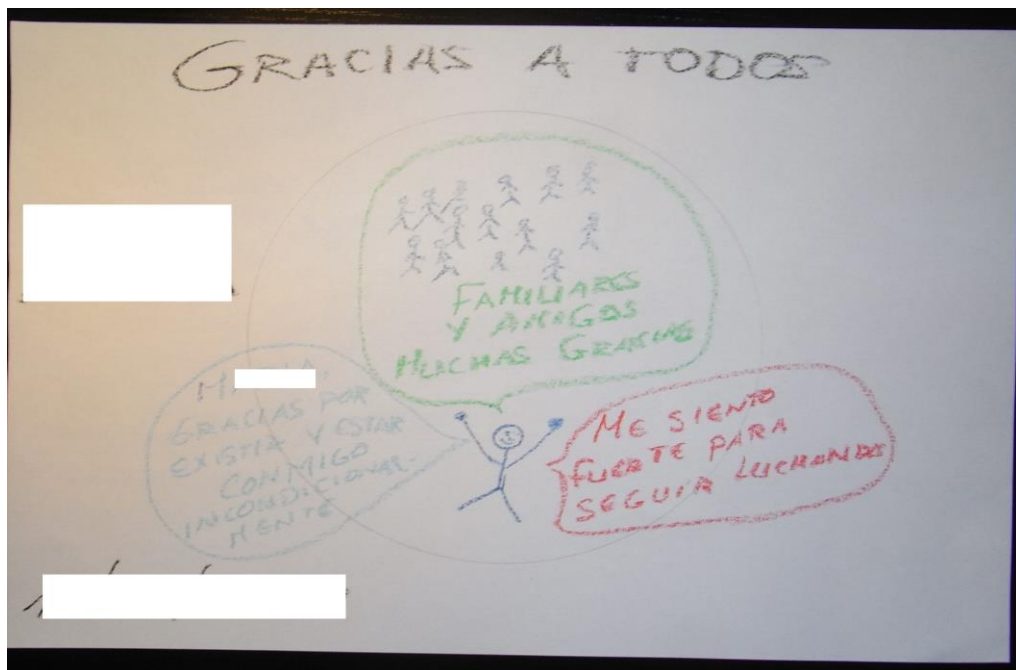
Programa: Peak Experience

Música	Imágenes y observaciones
1	<p>Me ha venido a la mente la imagen de hace cinco meses cuando me estaban trasplantando y pensaba que en ese momento hubiese firmado por estar como estoy hoy. (¿Cómo estás hoy?) Gracias a Dios muy bien, recuperando todo los días poco a poco, despacio, pero recuperando bien. Según los doctores mejor de lo que esperaba.</p> <p>Estoy relajado, no tengo la cabeza en nada. Sensación de tranquilidad, de paz. Sobre todo conmigo mismo. No se pelean mi cuerpo y mi mente. (Se acabó la lucha) Gracias a Dios parece que sí.</p>
2	<p>Estoy intentando estar relajado y feliz por cómo ha reaccionado mi cuerpo y la suerte que he tenido con la gente, familiares y amigos, que me han ayudado a superarlo y han estado conmigo en momentos difíciles. Los quiero muchísimo a todos.</p> <p>Siento agradecimiento.</p>
3	<p>Estoy pensando en mi mujer y en lo que le he dicho varias veces (¿qué le has dicho?) No quisiera que ella se pusiese como estoy yo porque no sabría estar a la altura, lo que me ha aguantado... y sigue. Siento hacia ella todo el cariño del mundo y el amor hacia una persona. Le digo cada día que la quiero [coloca la mano derecha abierta sobre el pecho].</p>
4	<p>Pienso en mi familia, mi mujer y mis hijos, cómo me han ayudado y dado fuerzas para superarlo. Y siguen. Esto ha reforzado la relación con mis</p>

5	<p>hijos, y mi hijo de 14 años me ha dicho que esto lo ha hecho más fuerte [llora]. En ningún momento he estado solo.</p> <p>Mis hijos me dicen que estoy más sensible, que lloro por cualquier cosa, tengo los sentimientos a flor de piel. (¿Y cómo te hace sentir?) No me disgusta. Estoy haciendo un repaso de estos cinco meses, momentos malos, buenos, lo duro que ha sido... pero merece la pena por llegar a como estoy ahora. (¿Puedes permitirte descansar ahora?) Todavía no puedo del todo porque he de seguir luchando, pero estoy más relajado que estaba. [Se emociona]</p>
---	---

Al abrir los ojos: me siento más fuerte

Mandala: Gracias a todos.



Comentarios de P2 al mandala: representa a la familia y amigos, les quiero dar las gracias. El rojo representa que me siento fuerte para seguir luchando. Y mi mujer, darle las gracias por estar conmigo incondicionalmente.

Esta fortaleza que siento ahora es más real. Me siento orgulloso de toda la gente que he tenido a mi alrededor y me ha apoyado. Te doy las gracias porque sin la musicoterapia no hubiera podido sacar las cosas que he sacado y expresarme como lo he hecho. Cada vez que he salido de una sesión mi mujer, mi suegro... comentaban que se me notaba un montón.

Sesión nº 10

Cuando el paciente entra en la sesión tiene los mandalas dispuestos por orden cronológico sobre la camilla.

“Ha sido una experiencia muy buena. Veo una evolución. Me acordaré siempre de esta sesión [tercera], antes estaba cabreado con el mundo y ahora la sonrisa siempre por delante. Me ha cambiado todo; con todo lo negativo que conlleva la enfermedad también tiene cosas buenas. La musicoterapia me ha ayudado a reconocer cosas que antes no sentía y ahora he sacado esos sentimientos de dentro. Para el próximo domingo me han preparado una comida para celebrar que ya estoy recuperado, van a asistir casi 100 personas [señala el segundo mandala]”.

Experiencia con la música

Foco: Permite que la música te ayude a ordenar e integrar toda la experiencia en musicoterapia.

Programa: Piezas 1 y 3 de Transitions,

Música	Imágenes y observaciones
1	<p>Estoy en los principios de la enfermedad, lo veo todo negro [se emociona], tan diferente a como había sido meses antes.</p> <p>Estoy en la sesión que di el golpe en la mesa y dije no, lucho y voy para adelante. Y por mis hijos... lo he conseguido</p> <p>estoy recordando el momento que fue el punto de inflexión, de dejar de quejarse y luchar. Y desde entonces lo he conseguido y todo me va mejor [llora]. (¿Cómo es poder emocionarse?)</p> <p>Me ayuda a liberar los sentimientos, a ser más persona.</p> <p>Ahora estoy dándole las gracias a mi mujer, mi mejor compañera, me ha ayudado mucho, sin quejarse, ha sido muy fuerte.</p> <p>Y mi hijo, el día que salí del hospital llegué a casa y vio que no podía subir las escaleras y me abrazó; me dijo me tienes para lo que quieras [muy emocionado] Y la niña de 11 años muy pendiente de mi y dándome masajes para el dolor de pies.</p> <p>Y mis suegros, mis padres... todos siempre</p>

3

apoyándome. No me han dejado solo, nunca, gracias todos. Me han dado mucha fuerza y lo hemos superado entre todos. Mucha suerte con la gente que tengo.

Como dice mi mujer, algo habré hecho yo para que tanta gente me quiera. Me siento orgulloso por eso.

Me siento... se me ha quitado el peso de los pulmones que siempre he tenido. Me siento más amplio, es la primera vez que tengo esta sensación desde que empecé [le sigo con la respiración y hago sonar la mía para apoyarlo].

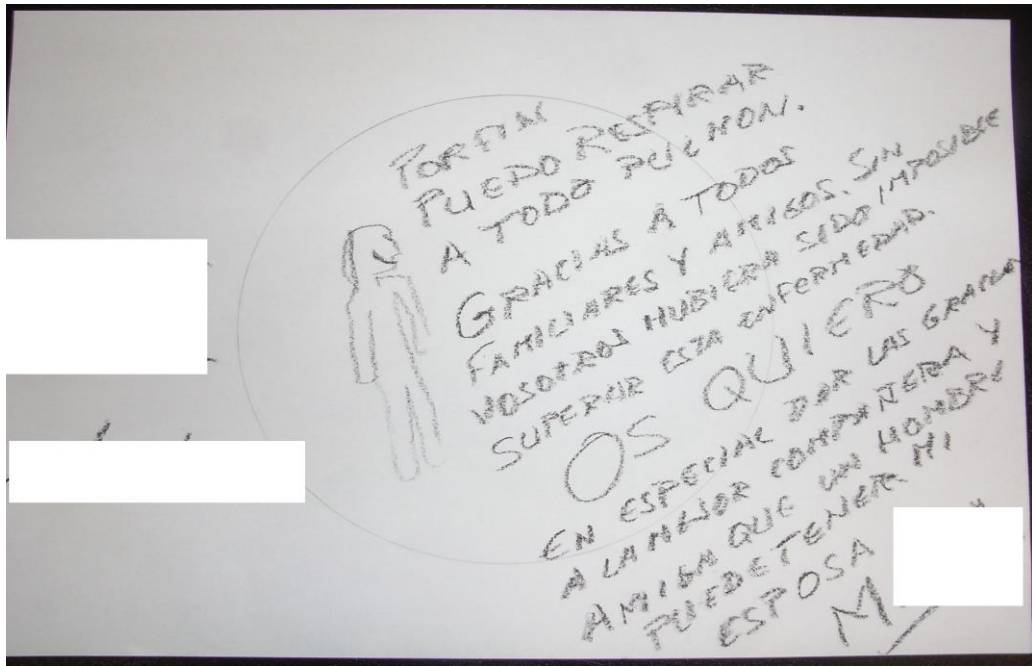
[Manos al pecho] La sensación de que por primera vez puedo llenar los pulmones, llevaba tiempo queriendo sentirla y no toser.

(¿De qué te das cuenta?) Del proceso que he llevado, sobre todo de la gente que tengo al lado.

Estoy feliz por lo que he conseguido [se emociona] Por la gente que tengo alrededor, me han ayudado mucho (pero lo has conseguido tú) Si, con su apoyo que ha sido muy importante. Y por amor, que me ha hecho luchar mucho.

Y lo del domingo será muy especial, todos estarán conmigo, en mi fiesta.

Mandala: Siento amor y agradecimiento.



Comentarios de P2 al mandala: [Pido que lo lea en voz alta, se emociona] Por fin puedo respirar a pleno pulmón. Gracias a todos, familiares y amigos, sin vosotros hubiera sido imposible superara esta enfermedad. Os quiero.

En especial dar las gracias a la mejor compañera y amiga que un hombre puede tener, mi esposa.

8.1.4 Sesiones Paciente 3

Edad: 29

Estado civil: soltero.

Estudios: Cursando estudios universitarios.

Ocupación: trabajador por cuenta ajena a media jornada.

Vive con: en la actualidad con sus padres. Tiene dos hermanos y novia. En el momento del diagnóstico estaba viviendo algunos días con sus padres y algunos días con su novia en una casa heredada por él, y que estaban decorando.

Sesión N°1/Entrevista

Fue diagnosticado seis meses antes de esta entrevista. Desde entonces ha estado ingresado tres veces en la quinta planta (oncología). El primer síntoma fue notar que al ponerse de pie se le aceleraba mucho el corazón. Una analítica reveló valores muy bajos.

Comenta que la situación en casa era de preocupación pero que él se lo tomó bien, para poder estar fuerte.

Considera su primer ingreso como “el más accidentado” porque tuvo enterocolitis, un exantema, mucha fiebre y la retención de 10 kg. de líquido “que me hizo deformarme y no me reconocía”.

Trabaja por las mañanas (en la empresa de su hermano) y asiste a la Universidad por las tardes. “No he hecho caso del reposo en casa”.

Desde el segundo ingreso ha estado investigando, leyendo artículos científicos... y tiene un dominio de su enfermedad muy alto: síntomas, tratamientos, etc. [posible exceso de información].

Durante el segundo ingreso siguió trabajando desde el hospital y enviando prácticas a la Universidad.

Lleva tres años con su novia y estaban iniciando el proyecto de irse a vivir juntos.

Tiene un sobrino de 2 años y otro que está en camino.

Su infancia junto a su abuela que falleció hace cuatro años de cáncer de colon. “Se murió en su casa, con la familia y sin sufrir. Yo me quiero morir así a esa edad (91 años). Siempre fue hipocondriaca y cuando enfermó de verdad nunca se quejó”. “No

asocié mi cáncer con el de mi abuela”.

Ya hubo un caso de leucemia en su familia paterna.

Como aficiones tiene el gimnasio, lleva varios años entrenando.

Estudió música de niño, dos años de solfeo y piano.

Es una persona creativa (diseña webs...).

No se considera una persona espiritual. Nunca ha asistido a terapia.

En cuanto a la musicoterapia BMGIM “no sé, es todo muy nuevo. Relajarme, sacar algún tema del que no me acuerdo y me está molestando... que no sé si lo tengo”.

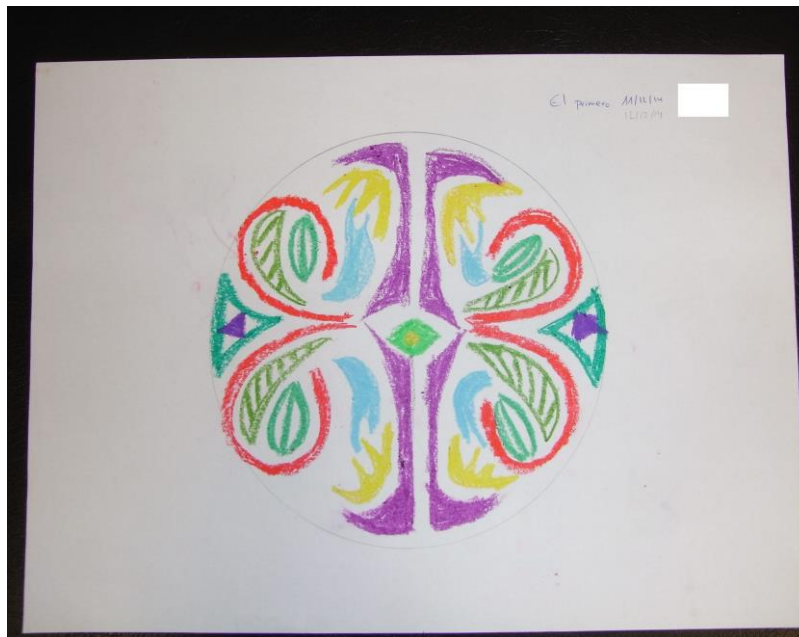
Experiencia con la música

Foco: Permítete vivir la experiencia con la música.

Programa: Pieza *Concierto para cello* de Haydn (Caring)

Música	Imágenes y observaciones
1	<p>Me recuerda cuando era pequeño y mi padre me ponía música clásica. Ahora se la pone a mi sobrino también.</p> <p>Noto la subida de la música, alegre. Me recuerda a unas vacaciones en la playa con mis padres, siendo muy pequeño, teniendo cinco años. Recuerdo poco, era muy pequeño.</p> <p>Fue una etapa feliz.</p> <p>Este tono me da ganas de ponerme a estudiar, suena más académico. Me imagino entre papeles y haciendo cosas de lo mio. Aquí es complicado porque tengo que hacerlo en el sillón.</p> <p>Dentro de lo que cabe va bien, los profesores son comprensivos y estoy sacando buenas notas.</p> <p>[Cambia respiración, más profunda][abre ojos] (¿Qué te ha hecho abrir los ojos?) No lo sé, no lo sé. Estaba pensando en el trabajo, que va flojo porque lo hago desde aquí, y no es un problema pero con mi hermano es complicado, porque no puedo decirle las horas que he trabajado. Esto es temporal, pero cuando me ingresaron estábamos en un tema importante y no quería dejarlo tirado.</p> <p>Y como los días anteriores han sido buenos, no he tenido problema en seguir trabajando.</p>

Mandala: El primero.



Comentarios de P3 al mandala: Me ha gustado hacer algo en el centro del mandala y que fuera simétrica. El amarillo y el azul son como proteínas pegándose a la célula, porque estoy leyendo mucho sobre Medicina. Prefiero saber.

En cuanto al color lila... al principio he pensado hacerlo simétrico y en el centro un ojo o algo así, pero no. Lo demás son adornos. Lilas y rojos hacen cuatro cuadrantes.

No puedo relacionarlo con la experiencia con la música. La experiencia ha estado bien, era más la sensación y a partir de ahí venía imágenes. Me ha gustado la música.

Sesión nº 2 (post-trasplante)

El proceso del trasplante autólogo en aislamiento ha coincidido con la época de Navidad. “Han sido unas Navidades extrañas. También ha sido el tratamiento más fuerte, me ha dejado con la boca hecha polvo, no podía comer, la piel descamada, el cansancio... me quitaron la morfina de golpe y lo pasé peor, pero hoy estoy mejor”. Comenta que no recuerda mucho de la sesión anterior y que tiene la sensación como si la hubiésemos realizado hace un año. Recuerda la música, pero sobre todo el mandala y el proceso de hacerlo.

[Con el mandala delante] “Las barras lilas supongo que serán el cabreo, pero no es el cabreo, no es sensación de por qué a mí, sino de impotencia de no poder controlarlo y la incertidumbre de no saber por qué. Es incomprensión, esto ha sido perder el tiempo y pasarlo mal. Pero los ánimos y las ganas de seguir son iguales”.

Llegamos al acuerdo de utilizar el mandala como tema para la experiencia con la música.

Experiencia con la música

Foco: Mandala “el primero” como puerta.

Programa: Reflections-

Música	Imágenes y observaciones
1	<p>Me viene a la cabeza cuando era pequeño y mi padre me llevaba a inglés en un 4x4 por un camino de tierra. Podíamos ir por la carretera pero íbamos por mitad del campo.</p> <p>Ahora pienso en mi casa, con mi madre, y mi padre y los animales, porque tengo ganas de irme, de volver, lo veo cerca.</p> <p>Y poder hacer las cosas que no he hecho estos meses, pasar tiempo en el campo, ver a mi sobrino, cuidar a los perros de mi hermana... lo echo de menos.</p> <p>También poder hacer cosas con mi novia, que lo ha pasado todo conmigo y no me ha puesto ninguna pega, y lo ha hecho con mucha generosidad.</p> <p>Pienso en que tengo ideas de empezar a mudarme con ella, después de esto [se refiere a las semanas de aislamiento juntos] ya es buen</p>

2	<p>momento. Quiero hacer un viaje con ella en dos o tres meses, ir los dos tranquilos.</p> <p>Tengo ganas de volver a hacer las cosas que hacía con ella como estar tumbados en el sofá viendo una película, volver a trabajar y retomar los estudios. Quiero terminar la carrera, lo que me atrae es el mundo de la informática relacionado con la Medicina. Contribuir al progreso en colectivo.</p>
3	<p>La música me relaja, me sugiere armonía, como que las cosas encajan. Es la sensación de que me voy recuperando y las cosas se van arreglando. Me gusta la sensación de oír la música así, concentrado, y debería hacerlo más.</p>
4	<p>Ahora me ha venido comida, ganas de comer y disfrutar. Quiero volver a disfrutar comiendo. Llevo comiendo sin saborear...y tengo ganas de disfrutar comiendo. Salir a un restaurante con mis amigos, lo echo de menos. Pienso en coger el trabajo con fuerza, en hacer algo nuevo con mi hermano y tengo ganas de hacerlo bien. La verdad es que me encuentro bien, se me ha despertado la fuerza y me encuentro bien, y sé que voy a ir mejor y hoy estoy positivo.</p>

Al abrir los ojos: me gusta mucho la experiencia, quiero dibujar un mandala.

Mandala: Recuperación



Comentarios de P3 al mandala: Lo tenía en la cabeza desde el principio que estábamos hablando. Es más geométrico que el anterior, no tiene curvas, y los colores son más vivos, más alegres. Supongo que es porque ya ha pasado lo que tenía que pasar.

Sesión nº 3

Se encuentra mejor en general pero lleva unos días con diarrea. “Esperaba que fuera como las veces anteriores y está siendo muy lento. Me encuentro muy cansado”. Al salir del hospital comenzó el tema del cansancio.

De la sesión anterior “me relajé mucho, fue una sesión para olvidarme de todo, como de dejarlo todo un momento y relajarme. Tengo ganas de recuperarme”.

Sobre el mandala de la sesión anterior “se parece al primero, aunque lo veo con más ángulos”.

Tiene dificultades para encontrar un tema para llevar a la música, es como si se resistiera a concretar algo. Finalmente dice que como la sesión anterior le sirvió para relajarse y desconectar la mente, simplemente quiere volver a vivir la experiencia con la música.

Experiencia con la música

Foco: Vivir la experiencia con la música.

Programa: Nurturing.

Música	Imágenes y observaciones
1	Estoy relajado, escuchando la música sin pensar en nada. Estoy un poco ansioso porque tengo ganas de ver qué me dice el médico. También mi hermana está de vacaciones y tengo ganas de verla. Y tengo ganas de ver a mi sobrino para jugar con él bien, porque ahora no puedo, quiero poder revolcarme con él por el suelo.
2	Me he puesto a pensar en cuando vivía con mis hermanos, de pequeños. Estar en la mesa de la cocina comiendo todos juntos, que ahora lo hacemos de vez en cuando, pero por la edad...
3	Me agobia no recuperarme tan rápido como pensaba, comienza el segundo cuatrimestre de la universidad... pero estaría bien empezar ya. Me preocupa empezar tarde y no voy a estar bien cuando empiece. Tengo ganas de ver a mis amigos; solo he visto

	<p>a dos porque como no estoy bien, aún no he quedado con ellos. Me gustaría recuperarme al cien por cien de hoy para mañana, pero lleva su tiempo y la cosa va avanzando. Tengo que tomármelo con calma, poco a poco, pero no sé, no puedo empezar a hacer cosas porque aunque esté recuperándome, la diarrea me frena [gesto como de enfado], es como que ha venido una cosa nueva, un contratiempo (¿te enfada?) No sé, si fuera algo más serio sí pero es una tontería.</p>
4	<p>Por un lado esta música me relaja y por otro curiosidad sobre cosas que quiero aprender. Nada en particular.</p>
5	<p>Me ha recordado... o dado ganas de ir a mi campo, al sol, con los perros, la familia...tengo muchas ganas, comer allí, lo hacíamos de vez en cuando. Ahora puedo ir, pero no disfrutarlo. Y más que nada es poder disfrutarlo.</p>

Mandala: - sin título-



Comentarios de P3 al mandala: No quiere hacer ningún comentario al mandala.

Observaciones: Le comento que parece como un escudo. Hablamos sobre las cosas que quiere hacer y que parece está retrasando; reconoce que de los ciclos de quimioterapia anteriores había salido bien y que ahora realmente no quiere que le vean sus amigos así (sin pelo, pálido...) por eso no ha quedado con ellos aún.

Sesión nº 4

“Estoy esperando a que se despierte del todo mi médula”. Comenta que desde la última sesión ha quedado con más amigos, que ha empezado a salir a caminar con su hermana (está embarazada).

Está muy agobiado con la mucosistis y el sabor metálico todo el tiempo en la boca. También está pasando mucho frío.

Quiere poder relajarse con la música porque se ha dado cuenta de que no lo hace en su día a día.

Experiencia con la música

Foco: Permitirme relajarme.

Programa: Caring

Música	Imágenes y observaciones
1	<p>Estaba pensando en los mandalas. Los tres han sido distintos, sobre todo el primero que era más redondo, con más curvas, los otros eran con más ángulos.</p> <p>Tengo ganas de volver a salir a andar, aunque acabé hecho polvo me vino muy bien. No podré hacerlo más con ella porque solo le quedan tres semanas de embarazo. Me lo paso bien con ella. Cuando esté ingresada por el parto me toca venir a verla, que se lo ha ganado.</p>
2	<p>Esto me recuerda a la Navidad y que este año ha sido extraña porque la he pasado en el hospital, y que peor que para mí ha sido para mis padres, tener un hijo en el hospital. Y mi hermana me dijo el otro día que no había podido comer turrón y yo me dí cuenta de que tampoco. Para ellos ha sido duro</p>
3	<p>Para mí no tanto, hubiese preferido estar en casa pero era lo que tocaba. Y mi novia también sin su familia, teniendo que hacer un esfuerzo todos. Yo solo tenía que aguantar la quimio y el trasplante [lo dice como si fuera algo menor], pero lo veo como una cosa que tenía que hacer</p>

	<p>y espero que salga bien. Ha sido largo, pensar que tendría que pasarlo otra vez... sin poder hacer nada, cancelar planes, retrasarlo todo (¿puedes relajarte en esa situación) No, los dos ingresos intermedios me relajé, pero esta la química ha sido más fuerte y fue más difícil relajarme [baja la tensión de la música y hace dos respiraciones profundas]. Si tuviera que hacerlo otra vez sería difícil, lo aceptaría pero sería difícil. No quiero decir que no tengo miedo, pero creo que es normal (es normal), pero siempre está ahí. Es como una inquietud.</p>
4	<p>Es como la incertidumbre de no saber, hasta que me dicen el resultado. Creo que no es buena idea estar pensando y no lo hago, es cuestión de esperar hasta que me digan (esperar). Si [está agitado]. (¿Qué puedes hacer para relajarte?) Me dedico a pensar en otras cosas, no me cuesta demasiado (¿Y cómo sería relajarte mentalmente?) Pues... no estaría mal. Siempre que vengo pienso que debería hacerlo, pero al final... me ocupo de otras cosas.</p>
5	<p>Estoy pensando en varias cosas que quiero hacer, terminar de arreglar mi piso, en mis padres por las Navidades que han llevado, en varias cosas a la vez (¿puedes centrarte en disfrutar de la música?) Si.</p>
6	<p>[No hago ninguna intervención verbal durante esta pieza, solo acompaño con mi respiración la suya, que se vuelve más profunda].</p>

Al abrir los ojos: ¡al final me he relajado!

Mandala: Relajación.



Comentarios de P3 al mandala: El centro es lo más pronunciado. Al final cuando he dejado de calentarme la cabeza me he relajado. Como quitarme preocupaciones y estar en mi centro.

Observaciones: Al terminar me comenta que se le están repitiendo sueños y que la próxima semana quiere traer alguno a la música.

Sesión nº 5

“Me encuentro mejor, empiezo a hacer vida normal”. Comenta un sueño repetido de antes y después de salir del hospital: “Hay un puente muy alto que cruza un valle; el puente se ha caído y tengo que buscar una forma de cruzar. Es un terreno seco, como un desierto y empiezo a caminar; veo cosas, el río... e intento llegar al otro lado y hay casas sin habitar, y subo y bajo muchas cuestas. Abajo hay un barranco y sé que hay algo a donde tengo que ir”. Le pido que asocie cuatro símbolos del sueño con su vida:

1. puente: “es un medio para llegar a un sitio. Si se ha roto puede ser mi vida, porque antes era cómoda y una vez rota no”.
2. terreno seco/desértico: “algo dificultoso”.
3. casas sin habitar: “son edificios que me llaman, a los que quiero ir, pero mi idea es cruzar, no ir allí. Como que me entretienen”.
4. barranco: “lo mismo que las casas”.

Experiencia con la música

Foco: ¿Dónde voy en el sueño?

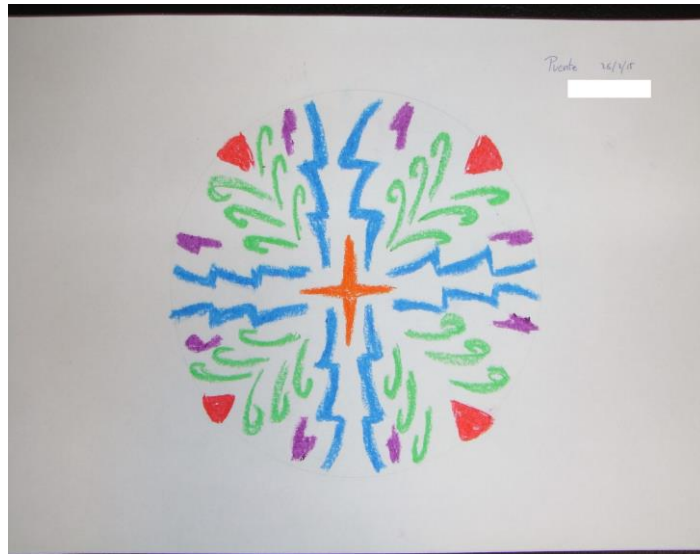
Programa: Primeras piezas musicales de The Adventures Inner Child y Explorations.

Música	Imágenes y observaciones
1	Estoy en el sueño. Es difícil seguir porque no sé lo que hay. Estoy caminando por ese sitio. La dificultad del terreno, las dunas...
2	Me imagino asomándome a las casas. No sé qué hay dentro. Aparece la casa de mis padres de cuando era pequeño, me ha venido todo lo que había dentro, no sé por qué pero no tiene sentido. Mi habitación... en la que dormía con mi hermano.
1 [Exploration]	[Espasmo muscular] Estoy fuera otra vez, en el terreno: cuestas, barrancos hacia un lado en el que se ve el río y no veo el final. Sigo avanzando, es complicado, me imagino escalando cuestas porque son muy pronunciadas, pero se puede. Tiene una cosa que me llama la atención, que para ser

	<p>accidentado es suave, redondeado, no es pedregoso.</p> <p>No sé en qué dirección voy, porque en el sueño creo que voy a mi casa, pero ahora pasaba lo contrario. Iba en dirección contraria.</p> <p>En el barranco y hay un lago pequeño que forma el río. Quiero bajar, puede que tenga que ver con que el terreno es muy seco y el sol muy fuerte [tengo la sensación de que está muy en lo mental]. Bajo y me imagino una curva del río donde se forma un lago pequeño y supongo que es una forma de refrescarme para seguir, es como un descanso (disfruta del descanso).</p> <p>[todo el tiempo está pensando, imaginando, analizando... creo que no se involucra con la experiencia, -¿con su parte creativa?-, y he de confrontarlo con esto].</p> <p>Creo que me he hecho una imagen de lo que puede haber al final, supongo que serán... no es parte del sueño, me imagino que una valla y simplemente la carretera se arregla y sigue normal. El terreno ese será una forma de imaginarme que se acaba esto, que se está pasando.</p>
2	<p>Hay una carretera recta. Tampoco sé a dónde va.</p> <p>Tenía la impresión de que no llegaba, pero veo el final.</p>
3	<p>Conforme avanzo cambia el tiempo, antes el sol era muy fuerte, no hay nubes que lo tapen, la luz es muy fuerte, casi molesta. Ahora es más suave, hay nubes que lo tapan, da un poco más de descanso. La luz no es tan cegadora.</p> <p>Y también voy en la otra dirección, el final lo veo en la otra dirección, donde estaba el sueño. La casa, mi casa, está en la otra dirección, pero no es el final.</p> <p>El camino que sigo viene de mi casa, supongo que es el punto de partida. La carretera es recta, está arreglada... y lleva al futuro.</p> <p>El camino es el que yo voy haciendo. Y hay un bache, pero un bache grande. Y puedo ver el principio del valle.</p>

Al abrir los ojos: me ha gustado mucho ésta. Me ha gustado mucho poder crear después.

Mandala: Puente.



Comentarios de P3 al mandala: Solo me llaman la atención los colores y cómo están evolucionando las formas desde el primero.

Sesión nº 6

Los días previos a la sesión ha estado con gastroenteritis. Cada vez se encuentra mejor y con más fuerza, se encuentra con buen ánimo.

“Me gustaría volver a la normalidad; no tengo mucho que hacer ahora, vuelvo algunas horas al trabajo... aún no he ido a la Universidad pero he hablado con los profesores... estoy empezando a quedar los domingos con unos amigos...”.

Siente que necesita “un pequeño empujón” para volver a la normalidad.

Experiencia con la música

Foco: Volver a la normalidad.

Programa: Positive Affect

Música	Imágenes y observaciones
1	-
2	Estoy haciendo una lista de lo que quería hacer mientras estaba en el hospital. Y ahora las estoy haciendo.
3	La melodía de la voz me recuerda al Requiem de Mozart. Y me gusta bastante. Siempre me ha gustado mucho porque es muy poderosa.
4	Esta sí la conozco, me gusta mucho. Me recuerda a una película de guerra (¿de guerra?), sí, de la guerra de Vietnam (¿puedes describirlo?) sonaba cuando enseñaban lo que le hacían a la gente de las aldeas, era un poco triste (¿cómo es la tristeza?) no sabría describirla, además de tristeza provocaba cabreo. Los poderosos cuando no tienen juicio (¿qué hay más, tristeza o cabreo?) una mezcla, supongo que tristeza por la gente [se queda callado en el momento más intenso del adagio] (¿qué está pasando?) Pensaba que dentro de lo que cabe tengo suerte, aunque haya tenido la enfermedad he tenido la oportunidad de luchar y combatirla, pero otra gente con accidentes, infartos,... no puede. He tenido la oportunidad. (y la has aprovechado) Sí, yo y la ayuda que me

	están dando. Porque hace veinte años estaría muerto o en otro sitio.
5	<p>Aunque sea difícil al menos tengo la oportunidad de que sea difícil. Le puede pasar a cualquiera (pero te ha ocurrido a ti) te hace darte cuenta de que la muerte está cerca. Y tenerlo presente no es malo, te hace disfrutar más.</p> <p>Ahora me paro a disfrutar más que antes; cosas que no les prestaba atención ahora... las valoro más.</p> <p>[fin de la música] supongo que le pasará a más gente que ha pasado por algo así.</p>
6	<p>Esta música me recuerda a la religión, no me gusta mucho. Creo que les gusta mucho meterse en la vida de los demás pero... no sé, simplemente intentan controlar lo que no tiene que ver con ellos. (¿Y Dios?) No creo mucho en él, no creo que lo haga Dios. Ni lo he creído nunca [sonríe]. Y si hay uno tiene muy mala leche, que me pase a mí vale, pero a un niño de cinco años... (y eso cabrea) No, porque como he dicho no creo que exista.</p>
7	<p>Con las cosas que estoy aprendiendo de medicina, cómo funciona la genética... hay cosas bastante impresionantes como para tener que andar buscándose dioses. Bastante sorprendente es la vida en general [por el tono de voz, posición corporal... pienso en todo el enfado que hay debajo].</p> <p>[suspiro profundo] (¿qué ocurre?) Me gusta venir porque cuando estoy aquí me ayuda a ordenar mis ideas. Lo hago por mi cuenta pero que sea guiado me ayuda más.</p>

Al abrir los ojos: ¿ha sido más corto hoy? Nos hemos ido del tema, pero supongo que volver a la normalidad es un poco esto.

Mandala: Gruñido (“porque ha salido el enfado por ahí”)



Comentarios de P3 al mandala: lo de en medio es la rejilla del aire acondicionado del techo.

Observaciones: Antes de que ponga el título hablamos sobre el enfado y dice que ha sido muy gruñón. Le comento que a veces para volver a la normalidad hay que reconocer el proceso por el que se ha pasado y aceptar todo lo que se ha sentido. El cabreo, el enfado... puede acabar convirtiéndose y siendo tapado por la frustración y la tristeza. Su respuesta: “Es normal pensar por qué me ha pasado esto a mi y enfadarse”.

Sesión nº 7

Esta sesión se da tras un periodo vacacional y comenta que ha pasado unas vacaciones tranquilas y relajadas. “Me encuentro bien”, le pido que defina con una palabra que no sea bien o mal, cómo se encuentra; da tres: “fortaleza, energía y animado”. Le vuelvo a pedir que resuma esas tres en una sola: “sano”. Comenta que en comparación con los meses anteriores, “y hasta donde yo lo siento”, tiene muchos motivos para celebrar el estar sano.

Experiencia con la música

Foco: Celebrar estar sano.

Programa: Positive Affect

Música	Imágenes y observaciones
1	-
2	Tengo ganas de ir a la montaña. Antes iba con mi padre, y ahora tengo ganas de ir con mi hermana y mi sobrino a dar un paseo. Será la primera vez que vaya con mi sobrino, tiene dos años. Siempre he ido con mi padre desde pequeño, lo pasaba muy bien. Como eres el pequeño en esas salidas los dos mayores se centran en enseñarte cosas, y me gustaría hacerlo con mi sobrino. Como siempre me han prestado atención a mí, me gustaría hacer lo mismo con él.
3	La música es relajante. Centrado en la música, estaba desapegado.
4	Estoy pensando sobre todo lo que he ido leyendo y aprendiendo sobre medicina a raíz de esto, y me gusta mucho cómo funciona el cuerpo, la genética, las proteínas... he aprendido un montón. Es como si el cuerpo fuera una máquina, la más compleja (¿y cómo está tu máquina?) va mejorando, la gente vive y no sabe lo que tiene dentro y lo que te hace funcionar. (¿y qué te dice tu cuerpo?) ¿sobre qué? [no contesto] que lo que me ha pasado es un error que se está

	<p>solventando. Que se va recuperando no de la enfermedad sino del tratamiento, de lo que han hecho para corregir el error que he tenido. Supongo que en el futuro, cuando se conozca mejor, el tratamiento será más efectivo y menos dañino</p>
5	<p>Ahora hace daño a la parte mala, pero no puede ir solo a por eso, va a lo bestia y así te deja (¿cómo lo ha vivido tu cuerpo?) he aguantado bastante bien, a pesar de estar débil y flojo, no me ha dejado señales grandes, ahora me encuentro bien y no tengo ninguna restricción. Puede hacer mi vida normal y cada vez más (y cada vez más). Sí, tengo ganas de darme una ducha metiéndome debajo del grifo porque con el hickman [cateter] no puedo hacerlo, no puedo mojarlo.</p>
6	<p>Ahora no me apetece ducharme porque tardo mucho, porque es lento, incómodo. Me apetece ducharme en condiciones. Estaba pensando en los mandalas que dibujamos, intentando recordar alguno de los que he pintado antes, no sé por qué. Tengo ganas de verlos en la última sesión, porque no me acuerdo de los primeros; por ver cómo los dibujé cuando estaba ingresado. (¿Qué crees que ha cambiado?) supongo que estaba menos animado, no sé, ahora menos incertidumbre porque ha ido bien y quiero saber si se puede ver en el mandala.</p>
7	<p>Antes, al principio, no le veía la utilidad, pero ahora veo la utilidad, veo que el mandala resume todo lo que me pasa por la cabeza cuando estoy en la música. Y refleja no solo la sesión, sino el tiempo entre sesión y sesión. A veces cuando conduzco me acuerdo de ellos y pienso en algo que podría dibujar (sale tu parte creativa) Sí, supongo que sí. De repente vienen, se me ocurre una idea y son las que me parecen mejores. Las que intento pensar... no, las que viene solas. Parece que la base tiene que venir sola.</p>

Mandala: Crear.



Comentarios de P3 al mandala: lo verde sujeta a la parte azul. Es como una copa... aunque parece la cruz de la farmacia. Lo azul es lo importante, lo otro solo lo sostiene. Lo naranja y rojo es un poco al revés de lo azul y verde. Nos hemos desviado del tema.

Observaciones: Hablamos de su creatividad, de que una forma de celebrar estar sano es creando, caminando con la vida.

Sesión nº 8

“Ya he comenzado a trabajar e ir a la Universidad”. Comenta que con los dos ciclos de quimioterapia anteriores pudo hacer de todo, pero que el del trasplante lo dejó “k.o. hasta hace poco”. Se ha ido dando cuenta conforme se ha ido recuperando.

“En una escala del 1 al 10 estoy en el 8”. Comenta que se cansa mucho y que aún le falta mucha energía de la que tenía antes.

Experiencia con la música

Foco: ¿Qué necesito para recuperar mi energía?

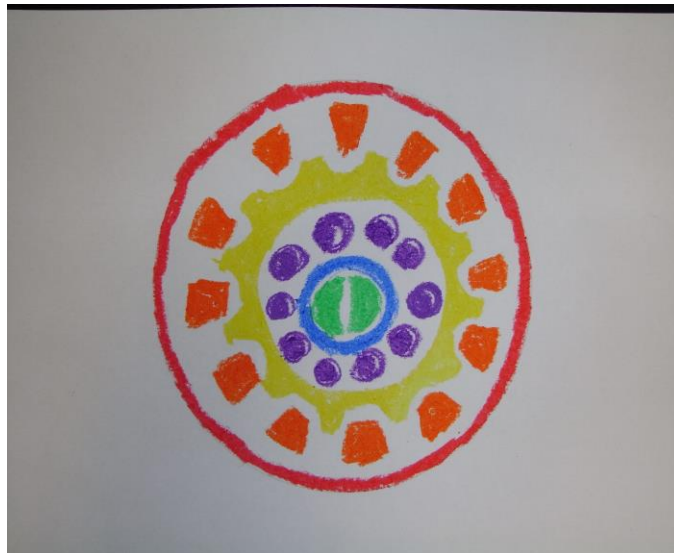
Programa: Transcendence

Música	Imágenes y observaciones
1	<p>Relajado, ahora mismo no estoy pensando en nada en particular.</p> <p>[2 minutos después] Estaba pensando en la universidad, en que no tengo mucho para prepararme si quiero aprobar (¿te preocupa?) me gustaría sacar algo este año, poder aprovechar un poco de tiempo a pesar de lo que ha pasado. Tengo ganas de terminar este año y empezar el siguiente bien. Intentar en estos meses que quedan esforzarme a ver si consigo algo, aprobar un par de asignaturas y ver qué pasa. (¿Y si no lo consigues?) Bueno, yo creo que si me esfuerzo sí puedo conseguirlo. Más o menos, pero sí, y si no para el siguiente y ya tendré algo de trabajo hecho.</p> <p>Creo que ahora mismo, a pesar de que llevo tiempo desconectado de estudiar, como me encuentro bien y los profesores lo han entendido, lo tengo a favor, solo tengo que esforzarme. No sé qué más me puede ayudar, porque el hecho de estar bien es suficiente, ya tengo fuerzas para seguir (eso es).</p>
2	<p>[Salta la segunda pieza en el reproductor y suena directamente la tercera]</p>
3	<p>(¿Te dice algo esta música?) Es un poco triste, algo melancólica, me gusta. (¿Qué te gusta exactamente?) Me recuerda una de las cosas</p>

4	<p>que he aprendido con esto, que lo veía como... pero cuando te pasa te das cuenta de que la situación es mala. Pero por lo menos tienes la fuerza para recomponerte, salir. Y aunque estés en un mal momento no es el último.</p> <p>Cuando te encuentras así estás como guardando energía o preparándote para recuperarte. En un momento así uno se recoge y se prepara para salir con fuerza, para recuperarse, pero estar en un mal momento no significa el fin, antes estaba mucho peor. (¿Y qué puedes hacer ahora para sacar esa energía que habías guardado?) Ejercitarla, usarla, cuanto más la uso más fuerza voy teniendo.</p> <p>[Mientras suena, pienso que esta es una de las mejores piezas para poner en marcha esa energía de forma suave].</p>
---	---

Al abrir los ojos: hoy he abierto los ojos antes de tiempo (¿por algún motivo?) no (¿hay energía?) si [sonríe].

Mandala: -sin título-.



Comentarios de P3 al mandala: Parece mecánico (parece una célula) sí, mientras lo estaba dibujando también lo he pensado. [Muestro el primer mandala y el titulado “recuperación”]. Ahora van empezando a encajar las cosas. En cuanto a la energía... ahora sé que necesito tiempo y ejercitarla.

Sesión nº 9

“Estoy como antes, hasta estresado con los estudios, el gimnasio, aprendiendo a patinar.... y esto es nuevo, como otras cosas en el trabajo”. “Antes no me gustaba hacer cosas nuevas, ahora sí, me hace más ilusión”.

Hablamos de su dificultad para encontrar temas para las sesiones y tomándose bastante tiempo para pensarlo, habla sobre “crear algo”, y la diferencia entre consumir y crear. Comenta sobre independizarse, que quiere dirigir su carrera por la bioinformática, ... y que tiene que “empezar a crear en vez de tanto planear, porque quieres hacerlo perfecto y no empiezas, hay que empezar aunque te equivoques”. Tienes dudas sobre cómo empezar, qué dirección tomar, saber en qué quiere centrarse.

Experiencia con la música

Foco: ¿Cómo empezar?

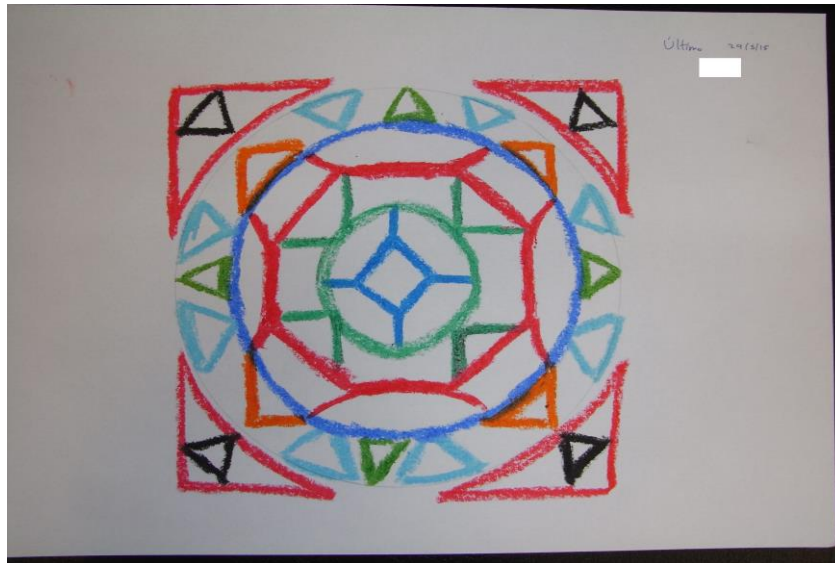
Programa: Transitions

1	[1'16" (¿te sugiere algo la música?)] Me relaja, pero no. todavía no me sugiere nada, no me dice nada. La diferencia tan grande entre la parte de la orquesta entera y el violín, parece que hablan (¿qué se dicen?) [silencio][5'03"] Es como si esta parte hubiese calmado a la otra.
2	Estoy escuchando el ruido del vinilo y me gusta. Me recuerda a que mi padre ponía música clásica en vinilo cuando estaba en su despacho trabajando. Era pequeño, estaba por ahí, dando volteretas; me gustaba estar allí viendo qué hacía.
3	Estaba pensando en los mandalas, en el cambio que ha ido dando desde el primero al de la última sesión (¿qué ha cambiado?) Son más curvos, menos angulosos y los colores son distintos. No sé a qué se debe ese cambio. (¿Ha cambiado algo en tí?) Sí, seguro, seguro que muchos cambios, la forma de ver las cosas (¿cómo es?) Me paro a mirar más, es distinta, no es que sea observador, pero me paro más a disfrutar más con ciertas cosas que antes no consideraba

4	<p>especiales, y creo que en esos detalles está lo importante. Por eso antes cuando me ofrecían hacer algo distinto no solía decir que sí, y ahora me decido más y normalmente no me arrepiento, al revés.</p> <p>Antes cuando pensaba en la muerte... ¡buah, eso está muy lejos!, pero ahora es distinto, sé que hay que aprovechar el tiempo y por eso no digo que no cuando me proponen hacer algo, esas experiencias son las que importan de verdad.</p> <p>Y puede ser interesante en cuanto a crear algo, haciendo cosas distintas se te ocurren nuevas ideas que aunque pienses que no interesan a nadie, es al contrario, sí que puede haber gente interesada.</p> <p>[7'33" (¿qué más ha cambiado?)] Bueno, yo físicamente de muchas maneras; aunque me voy recuperando estoy flojo porque hace tiempo que no hago ejercicio, pero se arregla fácil. Me cambió la piel, las uñas, el pelo... todo. Me han arreglado un poco aunque han tenido que estropearme. Hay cosas en mí que no conozco aún, cambios que no entiendo del todo, pero poco a poco, dentro de poco será igual que antes, pero también distinto. Es lo que soy ahora.</p> <p>Y psicológicamente sí que estoy mejor; todas esas ideas que he dicho antes son buenas, y si no me hubiese pasado esto no las tendría. Antes estaba estancado porque no había prisa por nada, ahora no hay prisa, pero puedo aprovecharlo más.</p> <p>Esta música es muy relajante. Estaba pensando que las mejores ideas son las que no buscas, las que aparecen de repente, y sobre ellas elaboras algo más complejo.</p> <p>Y me gusta porque cuando tengo una de esas la puedo disfrutar, normalmente son las mejores.</p>
---	---

Al abrir los ojos: Por ser el último mandala voy a hacer algo diferente. Lo voy a dejar cuadrado en vez de redondo.

Mandala: Último



Comentarios de P3 al mandala: ¿Cómo empezar? Con ideas, como el mandala que le he añadido algo nuevo.

Sesión nº 10

Al entrar en la sala encuentra los mandalas dispuestos en orden cronológico sobre la camilla. Exclama “¡Cuánto hay aquí desde el día 11 de diciembre!”

“Las sesiones me han ayudado mucho a ordenar los pensamientos, pero lo más importante ha sido relajarme y meditar las cosas. Me ha ayudado a asimilar lo que he pasado”.

Experiencia con la música

Foco: Integrar y comprender el proceso vivido en musicoterapia

Programa: Pieza *The Hero's life* de Strauss.

1	<p>(¿En qué estás?) Pensando en los otros pacientes que se han presentado a la prueba clínica, que cómo serán. (¿Cómo te sientes al pensar en ellos?) Como que sin conocerlos tenemos bastante en común.</p> <p>Ya me pasó en el primer ingreso, que había un chico de 22 años con lo mismo que yo. No lo conocí pero las enfermeras me hablaban de él y encima iguales, teníamos lo mismo.</p> <p>(¿cómo te lo imaginas en esa situación?) Me lo imagino fuerte y con ánimo, y con ganas de amarse (ganas de amarse). Era más joven que yo y él estaba en la segunda vez que le pasaba, porque la primera fue a los 20 años. (¿Cómo te sentías?) Pensaba que tenía que ser más duro aún, con 20 años y la 2ª vez.</p> <p>[está intranquilo]</p> <p>(¿tienes miedo a que te ocurra?) Si, es como que está escondido y no lo dejo que tenga más importancia. Que me ocurra o no, no depende de mi (eso es), y que esté asustado va a ser peor. Quiero ocuparme de mi vida y ya veremos qué pasa, es lo mínimo que puedo hacer.</p>
---	---

Al abrir los ojos: suspira. Le comento que ese chico en la música era él, y dice que sí, que se siente fuerte y animado. “Cuando me venga el miedo, intentaré disfrutar más”.

8.2 Afrontamiento tras las sesiones de musicoterapia

Una vez finalizados los procesos musicoterapéuticos de los 3 pacientes, en la última visita vuelven a completar el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO).

Los resultados arrojan que los 3 pacientes mejoraron sus puntuaciones en cuanto al afrontamiento:

	Resultado CAEPO d-12	Resultado CAEPO d+125
Paciente 1	Preferentemente negativo (-2)	No definido (0)
Paciente 2	Positivo (+4)	Positivo (+7)
Paciente 3	Positivo (+6)	Positivo (+6)

Tabla 15. Resultados CAEPO iniciales y tras proceso musicoterapéutico.

Comprobamos que el paciente nº3, que pertenecía al grupo que tenía un afrontamiento adaptativo, consigue la misma puntuación. Sin embargo, es importante analizar el proceso en las sesiones de musicoterapia.

El paciente nº1, circunscrito al grupo con un afrontamiento desadaptativo, ha experimentado un incremento de dos puntos en el rango de puntuación, pasando de un afrontamiento preferentemente negativo a otro no definido, saliendo de la escala negativa.

Y finalmente el paciente nº 2, perteneciente al grupo intermedio, ha experimentado una subida de 3 puntos, superando en afrontamiento positivo al paciente que en el inicio presentaba un afrontamiento más adaptativo.

9. Discusión

Como disciplina joven, la Musicoterapia está en un proceso de expansión que pasa por continuar validando las tesis de sus beneficios en diferentes ámbitos de aplicación y poblaciones, basada en describir, cuantificar o replicar su metodología y los procesos experimentados por los pacientes que participan en esta terapia.

En el caso que nos ocupa, demostrar que la intervención musicoterapéutica no solo sirve para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer debido a su aspecto lúdico, sino que permite también que los pacientes desarrollen estrategias de afrontamiento positivo a la enfermedad, ayudando al mismo tiempo a reducir los niveles de estrés y los estados emocionales negativos, pasa por analizar de manera cualitativa todos aquellos aspectos que se trabajan en Psicooncología con el paciente durante la fase de tratamiento y post-tratamiento, especialmente en el caso del cáncer hematológico.

Como podemos comprobar en los resultados arrojados por el CAEPO, la intervención en musicoterapia permite que los pacientes desarrollen mayores estrategias de afrontamiento positivo, y a lo largo del desarrollo de las sesiones de musicoterapia BMGIM han ido modificando su percepción de la enfermedad y de todo lo que la rodea, a nivel cognitivo y emocional. Por ejemplo, en el caso del paciente nº 1 pasa por recibir el diagnóstico sin apoyo social y enfrentarse a una esperanza de vida de tres años; transita durante el tratamiento por un proceso de ansiedad asociado a no saber si podrá volver a trabajar, y ante un año de incapacidad laboral del 100%, consigue replantearse su vida y pensar en volver a estudiar a sus 42 años. También alcanza en este tiempo unas relaciones familiares más sanas (especialmente con su madre, con la que convive).

Durante el proceso en musicoterapia, el paciente nº 2 también toma conciencia de todo el apoyo social que tiene durante el tratamiento, y experimenta una fortaleza renovada que ha pasado por expresar aquellas cosas que nunca se había atrevido a expresar o que no sabía cómo hacerlo (sesión 8), a reconectar con su cuerpo, y comenzar a sentir y atender sus necesidades.

El paciente nº 3 también experimenta un proceso de "reducción de pensamientos", y

advierte emociones como enfado o frustración, tomando conciencia de cómo va volviendo a sentir la energía a nivel físico (sesión 9).

En este trabajo comprobamos distintos tipos de afrontamiento en pacientes oncohematológicos, y cómo aquellos pacientes que recibían musicoterapia y tenían puntuaciones más bajas en el estilo de afrontamiento, han experimentado una mejora significativa.

Si atendemos a los objetivos que aborda la Psicooncología, comprobamos que en los tres procesos musicoterapéuticos se han conseguido la promoción de la motivación al cambio [Alonso y Bastos, 2011].

En relación al deterioro físico, en las sesiones de los tres pacientes aparece el tema del cansancio, la disminución del rendimiento y la necesidad de adecuar el ritmo cotidiano a las necesidades físicas (paciente 1, sesiones 4 y 6; paciente 2, sesiones 3, 4, 8 y 9; paciente 3, sesiones 4 y 8), abordando sintomatología física como el dolor o disfunciones orgánicas (paciente 1, sesión 2; paciente 2, sesión 7; paciente 3, sesiones 4 y 9).

Si atendemos a los distintos aspectos psicológicos, el afrontamiento del estrés psíquico, la ansiedad, intranquilidad y angustia se han abordado en los tres procesos (paciente 1, sesiones 2, 4, 6 y 9; paciente 2, sesiones 3, 4, 5 y 8; paciente 3, sesiones 3, 4 y 8), aportando comprensión y aceptación de la enfermedad y del sufrimiento como parte de la misma.

En los tres pacientes ha estado el sentimiento de culpa como sensación de agresión a sí mismos (sesión 1, entrevistas), y a los demás, como por ejemplo a la familia (paciente 1, con respecto a la relación con su madre y sus hermanos; paciente 2, con respecto a la relación con su mujer e hijos). Reconocimiento y expresión de preocupaciones, miedos, emociones negativas (paciente 1, sesiones 5 y 6; paciente 2, sesiones 2, 4, 6, 8; paciente 3, sesiones 4 y 6).

El miedo a la inactividad, a parar, a dejar de hacer las cosas que hacían antes de la enfermedad, que incluso el paciente nº 3 asociaba con la muerte. Han podido tomar

conciencia de que esta intranquilidad y el miedo a parar y descansar, no les estaba permitiendo recuperarse plenamente.

También se han abordado dificultades asociadas a la pérdida de su rol social, familiar y laboral, y cómo recuperarlo o reconstruirlo desde un punto de vista diferente al de antes de la enfermedad; por ejemplo el paciente nº1 con respecto al duelo por hacer de un divorcio, la relación con su madre y hermanos, la incertidumbre de no saber si podrá volver a desarrollar la que ha sido su profesión en los últimos 10 años y la relación con los vecinos del pueblo en el que estaba viviendo antes de trasladarse para tratar la enfermedad en Murcia.

Con el paciente nº2 enfrentar el hecho de que amigos y familiares no lo reconocieran por la calle, debido al drástico cambio físico sufrido por la enfermedad, su rol como marido y padre, y como "hombre" que pierde las facultades que hasta el momento de debilidad lo mantenían en un estatus diferente. También aceptar que todavía no puede ni siquiera dominar sus fuerzas para plantearse comienza a trabajar de nuevo.

El paciente nº 3 ha podido darse cuenta de la autoexigencia con respecto al trabajo y los estudios, y cómo con el trasplante ha tenido que modificar su rutina. También aceptar que no había querido quedar con los amigos para que no lo vieran cómo estaba físicamente, y animarse a volver a quedar y hacer vida social.

Partimos de la base de que no se ha investigado tanto la afectación de la enfermedad en el rol social del género masculino como del femenino.

Durante el proceso musicoterapéutico se han podido mejorar las habilidades de afrontamiento a través de fomentar la toma de decisiones y la sensación de control de su vida, reforzar actitudes positivas, manejo de síntomas y del estrés, y prevención de respuestas desadaptativas como el aislamiento.

10. Conclusiones

En relación a los resultados y la discusión, podemos concluir que: Las sesiones de Musicoterapia BMGIM han servido para que nuestros pacientes oncohematológicos desarrollen mejores estrategias de afrontamiento positivo, que les ayuda a reducir el estrés y los estados emocionales negativos provocados por la enfermedad y el procedimiento médico. Han facilitado a los pacientes modificar su percepción de la enfermedad en términos de carácter emocional y cognitivo, identificando sus pensamientos y emociones negativas, lo que les ha permitido variar los significados que atribuyen a su enfermedad, contribuyendo a una mejor adaptación.

Con las sesiones de Musicoterapia BMGIM se trabaja de una forma creativa y motivante, que implica no solo a la mente sino también al cuerpo, y pueden ser aplicadas en ámbito hospitalario sin necesidad de adaptación.

11. Limitaciones del estudio y perspectivas de futuro

En cuanto a las propuestas de investigación futuras: sería interesante poder ampliar el estudio con una muestra mayor, realizando una comparación de resultados en los instrumentos entre grupo experimental y grupo control, y ampliar a otros instrumentos que midan por ejemplo la calidad de vida. Este incremento en el número de sujetos abre una nueva línea en relación a la comparativa de los procesos en el grupo experimental, pudiendo señalar así las similitudes de imágenes en las sesiones, y hacer una comparativa más profunda de los procesos musicoterapéuticos

Otro aspecto interesante a examinar serían las diferencias entre el BMGIM y el GIM (las adaptaciones de las sesiones a un formato más reducido), en esta población; al igual que el análisis de las dificultades sociales que emerjan en los procesos, realizando una comparativa entre población de género masculino y femenino.

Finalmente, resultaría muy interesante poder analizar en profundidad y exhaustivamente los mandalas de las sesiones, en cuanto a disposición, figuras, colores y simbología, analizando en la representación plástica los procesos psíquicos de los pacientes.

12. Bibliografía

- Aigen, K. (2014). *The Study of Music Therapy*. New York: Routledge.
- Aldridge, D. (2003). "Music therapy references relating to cancer and palliative care", en *British Journal of Music Therapy*, 17(1), pp.17-25.
- Aldridge, D. (Edit.) (2005). *Case study designs in Music therapy*. Londres: J.K.P.
- Allen, P. (2009). *Arte-Terapia*. Madrid: Gaia Ediciones.
- Almanza-Muñoz, JJ.; Holland, JC. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología* 46 (3), 196-206.
- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). "Intervención psicológica en pacientes con cáncer", en *Clínica Contemporánea*, vol. 2, nº 2, pp. 187-207.
- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- American Music Therapy Association (1999). *AMTA Member Sourcebook 1995*. Silver Spring. American Music Therapy Association, Inc.
- American Music Therapy Association, Inc.* <http://www.musictherapy.org/>. Septiembre de 2015.
- Arbizu, J.P. (2000). "Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento", en *ANALES Sis Navarra*, vol. 24 (supl. 1), pp. 173-178.
- Arranz, P.; Coca, C.; Bayés, R.; del Rincón, C. y Hernández-Navarro, F. (2003). "Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea", en *Psicooncología*, vol.0, nº 1, pp. 93-105.
- Arranz, P.; Coca, C.; Bayés, R.; Del Rincón, C. y Hernández-Navarro, F. (2003). Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante autólogo de médula ósea. *Psicooncología*, vol. 0, num. 1, pp. 93-105.
- Association for Music and Imagery. <http://www.ami-bonnymethod.org/index.asp>. Junio de 2016
- Baker, F. y Wigram, T. (Comp.) (2005). *Songwriting. Methods, Techniques and*

Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students.

Lodres: J.K.P.

Barroilhet, S; Forjaz, M.J. Y Garrido, E. (2005). "Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer", en *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol 33, nº 6, pp. 390-397.

Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.

Bellver, A. y Moreno, P. (2009). "Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes trasplantados de médula ósea", en *Psicooncología*, vol. 6, nº 1, pp. 65-81.

Benenzon, R., Hemsy de Gainza, V. & Wagner, G. (1997). *Sonido, comunicación y terapia*. Salamanca: Amarú.

Betés, M. (Comp.) (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Morata.

Beutler, E.; Lichtman, M.A., Coller, B.S.; Kipps, T.J. y Seligsohn, U. (2005). *Williams Hematología*. 6ª Ed., vol I. Madrid: Marban Libros S.L.

Blanco, A. (Ed.) (1994). *Apuntes de intervención psicológica en Medicina*. Valencia: Promolibro.

Bonny, H. y Savary, L. (1993). *La Música y su Mente*. Madrid: Edaf.

Bradt J, Dileo C, Magill L y Teague A. (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD006911.

Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). "Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients", en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(8).

Braunwald, E.; Fauci, A.S.; Kasper, D.L.; Hausner, S.L.; Longo, D.L. y Jameson, J.L. (2003). *Harrison Manual de Medicina*. Madrid: McGraw-Hill.

British Journal of Music Therapy. <http://www.bsmt.org/>. Septiembre de 2016.

Bruscia, K. (1991). *Case studies in Music Therapy*. Gilsum, USA: Barcelona

Publishers.

Bruscia, K. y Grocke, D. (Edits.) (2002). *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*. Barcelona Publishers.

Bruscia, KE. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amarú

Buceta, E. & Pucheu, M. (Coomp.) (2015). *Psicooncología para el Tercer Milenio*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

Buceta, J.M. & Bueno, A.M. (1996). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.

Buceta, J.M.; Bueno, A.M. & Mas, B. (Eds.) (2000). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Editorial Dykinson.

Bunt, L., Burns, S., & Turton, P. (2000). "The evolution of a music therapy research programme at the Bristol Cancer Help Centre", en *British Journal of Music Therapy*, 14(2), pp. 62-69.

Burns, D.S. (2001). The Effect of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on the Mood and Life Quality of Cancer Patient, en *Journal of Music Therapy*, 38 (1), pp. 51-65.

Bush, C. (1995). *Healing Imagery and Music*. Portland: Ruda Press.

Calero, M^a; Jiménez, I. y De Pablos, I. (2012). Cuidados de enfermería tras el trasplante autólogo de médula ósea. *Revista Enfermería Integral*, num. 100, diciembre, pp. 38-44.

Cassity, M. y Cassity, J. (2006). *Multimodal Psychiatric Music Therapy for Adults, Adolescents and Children. A Clinical Manual*. Londres: J.K.P.

Cautela, J. y Groden, J. (2002). *Técnicas de relajación para adultos, niños y educación especial*. Madrid: MR.

Corona, L.; Rojas, C.; Alvarado, A. y Ochoa, A. (2008). "Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes en aislamiento por trasplante de médula ósea", en *Gaceta Mexicana de Oncología*, vol. 7, num.2, pp. 40-46.

- Costa-Requena, G.; Rodríguez, A.; Calvo, E. y Parramon, G. (2015). "Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica", en *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, nº 115, pp. 11-15.
- Cruzado, J.A. (2010). Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Cruzado, JA. (2003). Editorial. *Psicooncología* 0 (1), 1-2.
- Cruzado, JA.; Barbero, J.; Peralta, VB.; Gulini, M. (2010). "Intervención psicológica en un caso de leucemia mieloide aguda con problemas de adaptación a la hospitalización y trastorno psicótico inducido por sustancias", en *Psicooncología* 7 (1), 193-205.
- Davis, W. B.; Gfeller, K.E.; Thaut, M. H. (2002) *Introducción a la Musicoterapia. Teoría y Práctica*. Barcelona: Boileau
- Daykin, N., Bunt, L., & McClean, S. (2006). "Music and healing in cancer care: A survey of supportive care providers", en *The Arts in Psychotherapy*, 33(5), pp. 402-413.
- Daykin, N., McClean, S., & Bunt, L. (2007)." Creativity, identity and healing: Participants' accounts of music therapy in cancer care", en *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 11(3), 349-370.
- De Arriba, F.; Heras, I.; García, M.; Moraleda, J.M.; Funes, C.; Ferrer, F. y Vicente, V. (1996). Coste económico del autotrasplante de progenitores hematopoyéticos. *Medicina Clínica*, vol. 106, num. 9, pp. 329-332.
- De Linares, S.; Moratalla, A.; Romero, A.; de Pablos, J.M.; López, P.; Navarro, P.; Almagro, M. y Jurado, M. (2007). "Información, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en un estudio de intervención psicológica", en *Psicooncología*, vol. 4, nº1, pp. 97-109.
- Del Campo, P. (comp.) (1997). *La Música como Proceso Humano*. Salamanca: Agruparte.

- Die Trill, M. (2013). Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario, en *Clínica Contemporánea*, vol. 4, nº2, pp. 119-133.
- Díez, M.; Pérez, J.A.; González, J.R.; García, J.M.; Salinero, M.; Caballeros, M.D. (2004). "Quality of life assessment in patients undergoing reduced intensity conditioning allogeneic as compared to autologous transplantation: results of a prospective study", en *Bone Marrow Transplant*, vol. 34, nº 8, pp. 729-738.
- Dileo, C. & Bradt, J. (2005). *Medical Music Therapy: A Meta-Analysis of the Literature and an Agenda for Future Research*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Dóro, C.A.; Neto, J.Z.; Cunha, R. y Dóro, M.P. (2017). "Music therapy improves the mood of patients undergoing hematopoietic stem cells transplantation (controlled randomized study)", en *Support Care Cancer*, 25(3), pp. 1013-1018.
- Eysenck, H.J., y Eysenck, S.B.G. (1983). *EPQ: Cuestionario de personalidad*. Madrid: Técnicos Especialistas Asociados.
- Farreras, P. y Rozman, C. (2005). *Medicina Interna*. 15ª Ed., vol II. Madrid: Elsevier España, S.A.
- Fernandez-Raña, J.M. y Alegre, A. (2005). *Terapia en Oncohematología*. 3ª Ed. Madrid: Elsevier.
- Francis, L.J., Brown, L.B., y Philipchalk, R. (1992). "The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the U.S.A and Australia", en *Personality and Individual Differences*, nº 13, pp. 443-449.
- Forman, S.; Blume, K. y Donnall, E. (1994). *Bone Marrow Transplantation*. Boston: Blackwell Scientific Publications.
- Fundación Careras. <http://www.fcarreras.org/es/>. Enero de 2014, septiembre de 2015 y octubre de 2015.
- García-Camba, E. (1999). *Manual de Psicooncología*. Madrid: Grupo Aula Médica S.A.

- García-Conde, J.; San Miguel, J.; Sierra, J.; Urbano-Ispizua, A.; Vicente, V. y Vives, J.L. (2003). *Hematología*. Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- García-Torres, F.; Alós, F.J.; Pérez-Dueñas, C. & Moriana, J.A. (2016). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en psicooncología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gastón, E. T. y col. (1968). *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires: Piados
- Gawain, S. (2010). *Visualización creativa*. Barcelona: Sirio.
- Gaynor, M. (2001). *Sonidos que curan*. Barcelona: Urano.
- Gimeno, M. (2010). "The effect of music and imagery to induce relaxation and reduce nausea and emesis in patients with cancer undergoing chemotherapy treatment", en *Music and Medicine*, 2(3), pp. 174-181.
- Goldman, J. (1996). *Sonidos que sanan*. Barcelona: Luciérnaga.
- González, A. (2003). "Ayudando a los pacientes con cáncer", en *Psicooncología*, vol.0, nº 1, pp. 151-155.
- González, M.T. (2004). CAEPO. Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- Hernández, M.; Arana, Z.; Cruzado, JA. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología* 4 (1), 179-191.
- Hernandez, M.; Cruzado, J.A.; Prado, C.; Rodríguez, E.; Hernández, C.; González, M.A.; Martín, J.C. (2012). "Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer", en *Psicooncología*, vol. 9, nº 2-3, 233-257.
- Hoffman, R.; Benz, E.; Shattil, S.; Furie, B.; Silberstein, L.; McGlave, P. y Heslop, H. (2009). *Hematology: Basic principles and practice*. 5ª Ed. Philadelphia: Eselvier.
- Holland, J. & Rowland, J.H. (1989). *Handbook of Psychooncology*. Oxford: University Press.
- Holland, J. (2002). "History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and

- Conceptual Barriers”, en *Psychosomatic Medicine* 64, pp. 206–221.
- Ibáñez, E. y Andreu, Y. (1988). “Calidad de Vida y Psicología Oncológica”, en *Anuario de Psicología*, nº 38, 1, pp. 9-21.
- Jaffé, A. (2009). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Barcelona: Seix Barral.
- Jasemi, M; Aazami, S. y Zabihi, R.E. (2016) “The Effects of Music Therapy on Anxiety and Depression of Cancer Patients”, en *Indian Journal of Palliative Care*, 22(4), pp. 455-458.
- Jorda, E. G. (2008). “Music therapy in oncology”, en *Clinical and Translational Oncology*, 10(12), pp. 774-776.
- Journal of Music Therapy AMTA. <http://www.musictherapy.org/products/pubs.html>
 Mayo y octubre de 2016.
- Kennelly, J. (2001). “Music Therapy in the Bone Marrow Transplant Unit: Providing Emotional Support During Adolescence”, en *Music Therapy Perspectives*, vol. 19, nº2, pp. 104-408.
- Kolonin, M. y Simmons, P. (2012). *Stem Cell Mobilization. Methods and Protocols*. Houston: Humana Press.
- Krishnaswamy, P. y Nair, S. (2016). “Effect of Music Therapy on Pain and Anxiety Levels of Cancer Patients: A Pilot Study”, en *Support Care Cancer*, 22(3), pp. 307-311.
- Lacarcel, J. (2003). “Psicología de la Música y emoción musical”, en *Educatio* nº 20-21 de diciembre.
- Lago, P. y col. (1996). *Música y Salud: Introducción a la Musicoterapia I*. Madrid: UNED.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lecourt, E. (2005). *Análisis de grupo y musicoterapia. El grupo y lo sonoro*. Salamanca: Agruparte.

- Longo, D. L. (editor) (2013). Harrison. Hematología y oncología. México D.F.: Mc Graw Hill.
- López, A.; Nieto, J. y Moraleda, J.M. (2015). “Estilos de afrontamiento al estrés, niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncohematológicos, en proceso de trasplante autólogo”, en *Actas de las I Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia*. Murcia: Editum.
- López, A.; Nieto, J.; Iniesta, F.; Sánchez, A.; Monserrat, J. y Moraleda, J.M. (2014). “Diseño de un proyecto de investigación sobre Musicoterapia GIM en ámbito hospitalario”, en *Libro de Actas del V Congreso Nacional de Musicoterapia*. Barcelona: Editorial Médica Jims S.L.
- Malca, B. (2005). “Psicooncología: abordaje emocional en oncología”, en *P & B*, vol. 9, nº 2 (25), 64-67.
- Martí, P. (2010). Aportaciones de la musicoterapia a la psicooncología. Cádiz: III Congreso Nacional de Musicoterapia.
- Martí, P. (2015). Efecto de la musicoterapia en el estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes con cáncer (Tesis Doctoral). Universitat Ramon Llull, Balquerna.
- Martí, P.; Mercadall-Brotons, M. (2010). Musicoterapia en medicina. Aplicaciones prácticas. Barcelona: Editorial Médica JIMS.
- McFerran, K. (2010). *Adolescents, Music and Music Therapy. Methods and techniques for clinicians, educators and students*. Londres: J.K.P.
- Miller, A. (2005). *El cuerpo nunca miente*. Barcelona: Tusquets.
- Monsalve, V.; Soriano, J.; Carbajo, E. y Santolaya, F. (Coords.) (2009). Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos de Valencia.
- Moraleda Jiménez, J.M. (2011). Pregrado de Hematología. 3ª Ed. Madrid: Luzán 5, S.A.
- Moreno, J. J. (2004). *Activa tu música interior. Musicoterapia y Psicodrama*.

Barcelona: Herder.

- Muñoz, D. (2009). Dos procesos musicoterapéuticos en cáncedr hematológico (informe de práctica para optar a post título). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W., & Savolainen, N. J. (2002). "Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research", en *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), pp. 558-584.
- Nieto, J.; Abad, M.A.; Esteban, M. & Tejerina, M. (2004). *Psicología para Ciencias de la Salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGRAW-HILL.
- Nordic Journal of Music Therapy. <http://njmt.b.uib.no/>. Mayo y septiembre de 2016.
- O'Callaghan, C.; McDermott, F.; Reid, P.; Michael, N.; Hudson, P.; Zalcborg, J. y Edwards J. (2016). "Music's Relevance for People Affected by Cancer: A Meta-Ethnography and Implications for Music Therapists", en *Journal os Music Therapy*, 53 (4), pp. 398-429.
- Ole Bonde, L. (2004). *The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) with cancer survivors* (Tesis doctoral). Aalborg: Aalborg University.
- Olofsson, A., & Fossum, B. (2009). "Perspectives on music therapy in adult cancer care: A hermeneutic study", en *Oncology Nursing Forum*, 36(4), pp. 223-231.
- Panhofer, H. (Comp.) (2005). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Pellitteri, J. (2009). *Emotional processes in Music Therapy*. U.S.A.: Barcelona Publishers.
- Peralta, V.; Gulini, M.; Cruzado, J.A. y Barbero, J. (2010). Intervención psicológica en un caso de leucemia mieloide aguda con problemas de adaptación a la hospitalización y trastorno psicótico inducido por sustancias. *Psicooncología*,

vol. 7, nº 1, pp. 193-205.

Peralta, V; Gulini, M.; Cruzado, J.A. y Barbero, J. (2010). "Intervención psicológica en un caso de leucemia mieloide aguda con problemas de adaptación a la hospitalización y trastorno psicótico inducido por sustancias", en *Psicooncología*, vol.7, nº 1, pp. 193-205.

Poch, S. (2000). *Compendio de musicoterapia. Vol. I y II*. Barcelona: Herder.

Pothoulaki, M., MacDonald, R., & Flowers, P. (2005). "Music interventions in oncology settings: A systematic literature review", en *British Journal of Music Therapy*, 19(2), pp. 75-83.

Revista Digital Voices. <http://www.voices.no>. Junio de 2015.

Robert, V.; Álvarez, C. y Valdivieso, F. (2013). "Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial", en *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24 (4), pp. 677-684.

Rodrigo, M.S. (2008). *Musicoterapia. Terapia de música y sonido*. Madrid: Musicalis.

Roffe, L., Schmidt, K. and Ernst, E. (2005). "A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy", en *Psycho-Oncology*, 14, pp. 607-617.

Ruud, E. (1993). *Los caminos de la musicoterapia. La musicoterapia y su relación con las teorías terapéuticas actuales*. Buenos Aires: Bonum.

Ruud, E. (1997). Music and quality of life. *Nordic Journal of Music Therapy* 6 (2), 86-97.

Rykov, M. H. (2008). "Experiencing music therapy cancer support", en *Journal of Health Psychology*, 13(2), pp. 190-200.

San Miguel, J. (coord.) (2008). *Mieloma Múltiple*. Madrid: Nova Sidonia, S.L.

San Miguel, J. y Sánchez-Guijo, F. (2009). *Hematología. Manual básico razonado*. 3ª Ed. Barcelona: Elsevier España S.L.

Sánchez, J. y Abellán-García, F. (2014). *Manual de Bioética y Derecho Sanitario para Hematólogos*. Madrid: Derecho Sanitario Asesores.

- Sanz, J. y Modolell, E. (2004). "Oncología y Psicología: un modelo de interacción", en *Psicooncología*, vol.1, nº 1, pp. 3-12.
- Sanz, M.A. (coord.) (2011). Leucemia Mieloide Aguda. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.
- Satir, V. (2002). *En contacto íntimo. Cómo relacionarse con uno mismo y con los demás*. México: PAX.
- Schapira, D.; Ferrari, K.; Sánchez, V.; Hugo, M. (2007). *Musicoterapia. Abordaje Plurimodal*. Argentina: ADIM.
- Serra, M. (2013). Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat Ramon Llull.
- Serra, M. (2013). Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo (Tesis Doctoral). Blanquerna: Universitat Ramon Llull.
- Serra, M., Juan, E, Barnadas, A. (2008). "El efecto de una intervención basada en Imagenación Guiada y música en la calidad de vida, ansiedad, depresión y parámetros hemáticos en mujeres afectadas por cáncer de mama y tratadas con quimioterapia adyuvante". X Congreso Mundial de Psico-oncología, Madrid.
- Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (VV.AA.) (2012). Libro Blanco de la Hematología y Hemoterapia en España. Madrid: Editores Médicos, S.A.
- Soriano, J. (2002). "Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología", en *Boletín de Psicología*, nº 75, 73-85, Técnicos Especialistas Asociados.
- Tejero A, Guimerá EM, Farré JM et al (1986). "Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez", en *Revista del Depto Psiquiatría Facultad de*

Med Barna , nº 13, pp. 233-238.

Tuinmann, G; Preissler, P.; Böhmer, H.; Suling, A. y Bokemeyer, C. (2016). "The effects of music therapy in patients with high-dose chemotherapy and stem cell support: a randomized pilot study", en *Psychoonology*, 26(3), pp. 377-384.

Twyford, K. y Watson, T. (2008). *Integrated Team Working. Music Therapy as part of Transdisciplinary and Collaborative Approaches*. Gran Bretaña: J.K.P.

Vidal y Benito, M.C. (2012). *Psiquiatría y Psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

Villoria, E.; Fernández, C.; Padierna, C. y González, S. (2015). "La intervención psicológica el pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014)", en *Psicooncología*, vol. 12, nº 2-3, pp. 207-236.

Wheeler, B. (1995). *Music Therapy Research*. Phoenixville: Barcelona Publishers.

Wheeler, B. (1995). *Music Therapy Research*. Phoenixville: Barcelona Publishers.

Wigram, T. (2004). *Improvisation - Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Wigram, T.; Nygaard, I. y Ole Bonde, L. (2005). *Guía completa de Musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: Agruparte.

Willems, E. (1979). *Las bases psicológicas de la educación musical*. Buenos Aires: Eudeba.

World Federation of Music Therapy (WFMT). <http://www.wfmt.info/WFMT/Home.html>. Diciembre de 2014 y octubre de 2015.

Wormit, A.; Warth, M. Koenig, J. Hillecke, T. y Bardenheuer, J. (2012). "Evaluating a Treatment Manual for Music Therapy in Adult Outpatient Oncology Care", en *Music and Medicine*, vol. 4, nº 2, pp. 65-73.

Zigmond, A. y Snaith, R.(1983). "The Hospital Anxiety and Depression Scale", en *Acta Psychiatr Scand*, nº 67, pp. 361-370.

13. ANEXOS

13.1 Anexo I. Dictamen favorable del Comité de Ética del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.



Arrixaca

Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

Ctra. Madrid - Cartagena • Telf. 968 36 95 00
30120 El Palmar (Murcia)

Dr. D. Antonio Piñero Madrona
Presidente del CEIC Hospital Virgen de la Arrixaca

CERTIFICA

Que el CEIC Hospital Virgen de la Arrixaca en su reunión del día 20/12/2013, acta 11/13 ha evaluado la propuesta del investigador **Alfonso López Ruiz** referida al estudio:

Título: Intervención musicoterapéutica en pacientes oncohematológicos sometidos a trasplante autólogo: aplicación del modelo Helen Bonny de imagen guiada y música (BMGIM)

1º. Considera que

- Se respetan los principios éticos básicos y su realización es pertinente.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador **Alfonso López Ruiz** y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

Lo que firmo en Murcia, a 20 de diciembre de 2013

Fdo:



Dr. D. Antonio Piñero Madrona
Presidente del CEIC Hospital Virgen de la Arrixaca

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE

INTERVENCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS SOMETIDOS A TRASPLANTE AUTÓLOGO: APLICACIÓN DEL MODELO HELEN BONNY DE IMAGEN GUIADA Y MÚSICA (BMGIM).

Por favor, lea atentamente esta hoja de información:

Hoy, se le va a invitar a participar en este Proyecto de Investigación que está siendo realizado por D. Alfonso López Ruiz del Departamento de Psiquiatría y Psicología Social de la Universidad de Murcia, y que se va a llevar a cabo en el Servicio de Hematología y Hemoterapia una vez evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Si acepta tomar parte en este estudio, se le pedirá que firme el formulario de consentimiento adjunto. Por favor, lea muy detenidamente la información que se le ofrece a continuación. El investigador o alguno de los miembros del personal responsable del estudio responderá a todas sus preguntas y le explicará más detalladamente en qué consiste el estudio. Además puede usted consultar con las personas que considere oportuno. Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno. No firme el formulario de consentimiento hasta que esté seguro de haber comprendido completamente la naturaleza del estudio y lo que éste implica y tenga el convencimiento de que desea colaborar; por último, se le hará entrega de una copia de esta hoja de información para el paciente y del consentimiento informado por escrito.

El hecho de que usted acceda a participar en este estudio no supondrá ninguna alteración en su programa de controles en el hospital, ni se le someterá a ningún procedimiento ni tratamiento distinto a los que recibiría por parte de su médico si no participa en el mismo.

¿Cuál es el objetivo de este proyecto de investigación?

El objetivo de este proyecto es evaluar el efecto positivo de la musicoterapia en pacientes adultos que van a ser sometidos a un trasplante autólogo como indicación de su enfermedad hematológica. Para ello, se utilizarán cuestionarios específicos en la visita inicial y a los 5 meses del inicio del estudio. Las puntuaciones de los cuestionarios que usted cumplimente serán comparadas respecto al momento en el que entró en el estudio para ver la evolución.

También se evaluará a los 6 meses del inicio del estudio la evolución clínica de su enfermedad, la recuperación hematológica e inmunológica así como las posibles complicaciones ocurridas tras el trasplante.

¿A qué me comprometo si decido participar?

Una vez que haya aceptado colaborar en este proyecto, simplemente deberá firmar y fechar la hoja de consentimiento informado donde nos concede el acceso a la información disponible en su historia clínica del hospital respecto al manejo de su enfermedad. Además deberá cumplimentar 4 cuestionarios de valoración en la visita de inicio y 2 cuestionarios a los 5 meses siguientes del inicio del estudio.

Para ello se seleccionarán a 20 pacientes con Mieloma, Linfoma o Tumor sólido que vayan a ser sometidos a un trasplante autólogo y se incluirán al azar en dos grupos.

- Grupo en evaluación: 10 pacientes que recibirán sesiones de musicoterapia, además de rellenar los cuestionarios de valoración.
- Grupo control: 10 pacientes que no recibirán sesiones de musicoterapia, sólo deberán rellenar los cuestionarios de valoración.

Si usted pertenece al grupo en evaluación, se le realizarán 10 sesiones de musicoterapia cada 15 días, una antes del trasplante y 9 después del trasplante. Las sesiones tendrán una duración de 1:30h y se efectuarán en régimen ambulatorio, excepto las sesión nº2 que se realizará durante su hospitalización tras el trasplante autólogo.

Tanto si usted pertenece al grupo en evaluación como al grupo control, será evaluado clínicamente por parte del Servicio de Hematología a los 6 meses del inicio del estudio.

Usted seguirá con el seguimiento de sus visitas y tratamientos para el manejo de su enfermedad y no requerirá ningún procedimiento extraordinario a excepción de la cumplimentación de los cuestionarios citados y las sesiones de musicoterapia, en el caso de que pertenezca al grupo en evaluación.

Este estudio servirá para analizar el efecto de la musicoterapia en los pacientes sometidos a trasplante autólogo. Puede que usted no obtenga ningún beneficio participando en este estudio aunque la información que nos proporcione podría beneficiar a otros pacientes en el futuro.

¿A quién puedo dirigirme para resolver dudas o en caso de necesidad?

Le invitamos a realizar todas las preguntas que considere oportunas a D. Alfonso López Ruiz del Departamento de Psiquiatría y Psicología Social de la Universidad de Murcia (868887170) o al Dr. Andrés Sánchez Salinas del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (968369532), que están disponibles para ofrecerle todas las explicaciones que necesite acerca del estudio.

¿Cómo puedo salir del estudio si cambio de idea?

La adhesión a esta investigación es totalmente voluntaria. Podrá salir del estudio en cualquier momento que desee y ello no modificará de ningún modo su derecho a ser tratado.

¿Cómo se garantiza la confidencialidad?

Toda la información que le será requerida o que será obtenida para esta investigación será confidencial, según las normas de la deontología médica y según

lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la misma, así como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y documentos contenidos en el archivo. Su nombre e iniciales no aparecerán en ningún documento del estudio. Usted será identificado exclusivamente por un número. Usted puede ejercer derecho de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico. Los resultados de este estudio se presentarán en publicaciones o comunicaciones en congresos y en ningún caso se le identificará en estas publicaciones. El acceso a la información personal quedará restringido a su médico y colaboradores, y si así lo requieren al Comité Ético de Investigación Clínica que ha aprobado el estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de sus datos según la legislación vigente.

La realización del procedimiento será filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares cumpliendo lo estableció en Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen. Los datos relativos a esta investigación serán dados a conocer únicamente en el ámbito científico, de modo que nunca pueda reconocerse la participación de ninguna persona singular. Los datos serán accesibles para la Autoridad Sanitaria si lo demanda de modo explícito y para el Comité de Ética del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

En caso de retirada de su consentimiento, es de interés médico y general que todos los datos obtenidos hasta entonces se integren en la evaluación.

Participación / Abandono voluntario

Su participación en este estudio es voluntaria. Dispone de total libertad para rechazar el ofrecimiento de participar y para retirar el consentimiento del estudio en todo momento. Su decisión de colaborar o no colaborar, no afectará en modo alguno a su tratamiento actual o futuro. Contará con tiempo y ocasiones suficientes para realizar las preguntas que desee acerca de los detalles del estudio y para decidir si quiere participar.

Una vez iniciada la recogida de información para el estudio, si decide retirar el consentimiento del mismo, es suficiente con que hable con el investigador. Mantendrá el derecho de rehusar a colaborar en la recogida de los datos y puede exigir la eliminación de toda la información relacionada con el curso de su enfermedad recogida en la base de datos del promotor para que no sea incluida en el análisis.

13.3 Anexo III. Formulario de consentimiento informado.

INTERVENCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS SOMETIDOS A TRASPLANTE AUTÓLOGO: APLICACIÓN DEL MODELO HELEN BONNY DE IMAGEN GUIADA Y MÚSICA (BMGIM).

Investigador Principal: D. Alfonso López Ruiz
Departamento de Psiquiatría y Psicología Social. Universidad de Murcia

Yo, (con nombre y apellidos).....

He leído la hoja de información del paciente sobre el estudio de intervención musicoterapéutica en pacientes oncohematológicos sometidos a trasplante autólogo.

- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con D/Dña.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Entiendo que al acceder a participar en este estudio, consiento en la recogida, tratamiento, cesión y transferencia (si procede) de mis datos personales, con respeto al anonimato, para fines de atención sanitaria y/o investigación médica.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y que mis datos puedan ser utilizados con fines de investigación.

Firma del/la participante:..... Fecha: / /
Día Mes Año

Firma del investigador:..... Fecha: / /
Día Mes Año

Nombre y apellidos del familiar (cuando proceda):.....

Motivo de delegar la responsabilidad.....

Firma del familiar: Fecha: / /
Día Mes Año

Por favor, recuerde que el formulario ha de ser completado POR EL/LA PARTICIPANTE, O EN EL CASO QUE PROCEDA POR UN FAMILIAR de su puño y letra

Muchas gracias por su colaboración

13.4 Anexo IV. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPQR-A)

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

INSTRUCCIONES

Al dorso de la hoja encontrará 24 preguntas que se refieren a diferentes modos de pensar o sentir. Después de cada una están las palabras SI o NO.

Lea cada pregunta y conteste poniendo una X sobre la palabra correspondiente al SI o al NO, según sea su modo de pensar o sentir.

No hay repuestas buenas o malas; todas sirven.

Por favor, no piense demasiado las cuestiones, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle todos los detalles que Usted quisiera. Procure no dejar cuestiones sin contestar.

N	E	P	S

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo? | SI | NO |
| 2. ¿Es Vd. una persona habladora? | SI | NO |
| 3. ¿Le molesta ver sufrir a alguien? | SI | NO |
| 4. ¿Es Vd. más bien animado/a? | SI | NO |
| 5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros? | SI | NO |
| 6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos? | SI | NO |
| 7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de Vd.? | SI | NO |
| 8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas? | SI | NO |
| 9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)? | SI | NO |
| 10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)? | SI | NO |
| 11. ¿Se considera una persona nerviosa? | SI | NO |
| 12. ¿Piensa que el matrimonio está pasado de moda y que se debería suprimir? | SI | NO |
| 13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida? | SI | NO |
| 14. ¿Es Vd. una persona demasiado preocupada? | SI | NO |
| 15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales? | SI | NO |
| 16. ¿Se dedica demasiado a asegurar el futuro? | SI | NO |
| 17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego? | SI | NO |
| 18. ¿Sufre Vd. de los nervios? | SI | NO |
| 19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona? | SI | NO |
| 20. Cuando está con otras personas, ¿es Vd. más bien callado/a? | SI | NO |
| 21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia? | SI | NO |
| 22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias? | SI | NO |

23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?

SI NO

13.5 Anexo V. ESCALA DE ANSIEDAD DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD)

Nombre: _____ Fecha: _____
_____/_____/_____

INSTRUCCIONES

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajuste a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o “molesto”

Todos los días	<input type="checkbox"/>	3
Muchas veces	<input type="checkbox"/>	2
A veces	<input type="checkbox"/>	1
Nunca	<input type="checkbox"/>	0

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

Como siempre	<input type="checkbox"/>	0
No lo bastante	<input type="checkbox"/>	1
Sólo un poco	<input type="checkbox"/>	2
Nada	<input type="checkbox"/>	3

3. Tengo una gran sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

Totalmente, y es muy fuerte	<input type="checkbox"/>	3
Sí, pero no es muy fuerte	<input type="checkbox"/>	2
Un poco, pero no me preocupa	<input type="checkbox"/>	1
Nada	<input type="checkbox"/>	0

4. Puedo reirme y ver el lado divertido de las cosas

Igual que lo hice siempre	<input type="checkbox"/>	0
Ahora, no tanto	<input type="checkbox"/>	1
Casi nunca	<input type="checkbox"/>	2
Nunca	<input type="checkbox"/>	3

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

La mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>	3
Con bastante frecuencia	<input type="checkbox"/>	2
A veces, aunque no muy a menudo	<input type="checkbox"/>	1
Solo en ocasiones	<input type="checkbox"/>	0

6. Me siento alegre		
Nunca	<input type="checkbox"/>	3
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>	2
A veces	<input type="checkbox"/>	1
Casi siempre	<input type="checkbox"/>	0
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado		
Siempre	<input type="checkbox"/>	0
Por lo general	<input type="checkbox"/>	1
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>	2
Nunca	<input type="checkbox"/>	3
8. Me siento como si cada día estuviera más lento		
Por lo general, en todo momento	<input type="checkbox"/>	3
Muy a menudo	<input type="checkbox"/>	2
A veces	<input type="checkbox"/>	1
Nunca	<input type="checkbox"/>	0
9. Tengo sensación de miedo, como de "aleteo" en el estómago		
Nunca	<input type="checkbox"/>	0
En ciertas ocasiones	<input type="checkbox"/>	1
Con bastante frecuencia	<input type="checkbox"/>	2
Muy a menudo	<input type="checkbox"/>	3
10. He perdido el interés por mi aspecto físico		
Totalmente	<input type="checkbox"/>	3
No me preocupo tanto como debiera	<input type="checkbox"/>	2
Podría tener un poco más de cuidado	<input type="checkbox"/>	1
Me preocupa igual que siempre	<input type="checkbox"/>	0
11. Me siento inquieto, como si estuviera continuamente en movimiento		
Mucho	<input type="checkbox"/>	3
Bastante	<input type="checkbox"/>	2
No mucho	<input type="checkbox"/>	1
Nada	<input type="checkbox"/>	0
12. Me siento optimista respecto al porvenir		
Igual que siempre	<input type="checkbox"/>	0
Menos de lo que acostumbraba	<input type="checkbox"/>	1
Mucho menos de lo que acostumbraba	<input type="checkbox"/>	2
Nada	<input type="checkbox"/>	3

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

Muy frecuentemente	<input type="checkbox"/>	3
Bastante a menudo	<input type="checkbox"/>	2
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>	1
Nada	<input type="checkbox"/>	0

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

A menudo	<input type="checkbox"/>	0
A veces	<input type="checkbox"/>	1
No muy a menudo	<input type="checkbox"/>	2
Rara vez	<input type="checkbox"/>	3

13.6 Anexo VI. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS PARA
PACIENTES ONCOLÓGICOS (CAEPO)

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR O ACTUAR

0 Nunca 1 Algunas veces 2 Muchas veces 3 Casi siempre

1	Habitualmente cuando me siento nervioso procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas	0 1 2 3
2	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso	0 1 2 3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo	0 1 2 3
4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor	0 1 2 3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación	0 1 2 3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud	0 1 2 3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien	0 1 2 3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello	0 1 2 3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema	0 1 2 3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0 1 2 3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son	0 1 2 3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien	0 1 2 3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volverá como antes a mi vida habitual	0 1 2 3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud	0 1 2 3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto	0 1 2 3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida	0 1 2 3
17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien	0 1 2 3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada	0 1 2 3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas	0 1 2 3
20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia	0 1 2 3
21	Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud	0 1 2 3
22	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora	0 1 2 3

23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso	0 1 2 3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien	0 1 2 3
25	Procuro controlar mis emociones	0 1 2 3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación	0 1 2 3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud	0 1 2 3
28	Intento mostrarme sereno y animado	0 1 2 3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado	0 1 2 3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar	0 1 2 3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación	0 1 2 3
32	Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes	0 1 2 3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí	0 1 2 3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será"	0 1 2 3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos	0 1 2 3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud	0 1 2 3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen	0 1 2 3
38	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa	0 1 2 3
39	Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré	0 1 2 3
40	Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual	0 1 2 3

13.7 Anexo VII. Entrevista BMGIM

- Datos personales
- Estudios/ actividad profesional
- Relaciones familiares: padre, madre, hermanos, otros parientes, figuras significativas de la niñez.
- Relaciones de pareja (historia), pareja actual, hijos...
- Relaciones sociales
- Salud: enfermedades, tratamientos, medicación, dieta, sueño, alcohol/drogas recreativas, sexo.
- Vida espiritual
- Relación con el dinero
- Relación con la música: preferencias musicales, toca algún instrumento, canta, baila
- Creatividad
- Meditación, relajación...
- Acontecimientos que considere importantes o hayan marcado su vida
- Qué espera de las sesiones de BMGIM

13.8 Anexo VIII. Lista de programas musicales.

ABANDONMENT TO BONDING

Sibelius: Swan of Tuonela
Stravinsky: The Firebird Suite (Berceuse)
Chopin: Prelude op. 28, no. 4
Bach: Suite in D Major, BWV 1068 (Air)
Saint-Saëns: Carnival of the Animals (The Swan)
Schumann: Kincerszenen (Dreaming)

CARING

Haydn: Cello Concerto in C Major (Adagio)
Puccini: Madama Butterfly (Humming Chorus)
Debussy: String Quartet (3rd Movement, Andantino)
Bach: Christmas Oratorio (Shepherds' Song, Pastorale)
Dvorak: Serenade in E Major (Larghetto)
Warlock: Capriol Suite (Pieds en l'Air)

EXPLORATIONS

Ravel: Daphnis & Chloë (Suite #2) excerpt: fade out to end
Brahms: 1st Symphony (3rd movement)
Respighi: Pines of Rome (Gianicola)
Debussy: Nocturnes (Sirenes)
Duruflé: In Paradisum
Duruflé: Notre Pere
Bach: Suite #3 (Air)

LOW

Glass - Low Symphony, 2nd movement: Some Are. Brooklyn Philharmonic Orchestra/Davies.
Glass - Low Symphony, 3rd movement: Warszawa. Brooklyn Philharmonic Orchestra/Davies.

MELANCHOLY

Bach: Prelude in B minor

Bach: Adagio in C

Bach: Mein Jesu

Bach: Chorale from Easter Cantata

Bach: Air on a G string

MOSTLY BACH

Bach/Stokowski: Passacaglia and Fugue in C minor

Bach/Stokowski: Come sweet Death

Bach/Stokowski: Partita in B minor (Sarabande)

Bach/Stokowski: Little Fugue in G minor

Brahms: Violin Concerto (Adagio)

Bach: Concerto for 2 violins and strings (Largo)

NURTURING

Britten: Simple Symphony (Sentimental Saraband)

Vaughan Williams: Rhosymedre

Berlioz: L'enfance du Christ

Puccini: Humming Chorus (from Madama Butterfly)

Massenet: Orchestral Suite #7 (Sous les Tilleuls)

Canteloube: Songs from Auvergne (Brezairola)

PEAK EXPERIENCE

Beethoven: Piano Concerto #5 (2nd movement)

Vivaldi: Gloria (Et in Terra Pax)

Bach: Adagio (from Toccata, Adagio and Fugue in C)

Bach: Brandenburg Concerto #6 (Adagio)

Fauré: Requiem (In Paradisum)

Wagner: Lohengrin (Prelude to Act I)

POSITIVE AFFECT:

Elgar: Enigma Variations (#8 and #9)
Mozart: Laudate Dominum
Barber: Adagio for Strings
Gounod: Messe Solennelle (Offertoire, Sanctus)
Strauss: Death and Transfiguration (end)

REFLECTIONS

Respighi: Pines of Rome (Pines on the Janiculum Way)
Debussy: La Cathedrale Engloutie (Stokowski Transc.)
Holst: The Planets (Venus)
Mozart: Serenade for Winds K361 Gran Partita (Adagio)

THE ADVENTUROUS INNER CHILD PROGRAM

Tchaikovsky: Nutcracker Suite (March)
Brahms: Piano Concerto #2 in B-flat, op.83 (4th movement, excerpt)
Tchaikovsky: Nutcracker Suite (Trepak)
Shostakovich: Ballet Suite #1 (Dance)
Brahms: Waltz in Ab op. 39, No. 20

TRANSCENDENCE

Vaughan Williams: Symphony #5 (I Preludio: Moderato)
Vaughan Williams: Symphony #5 (III Romanza: Lento)

TRANSITIONS

Strauss: Ein Heldenleben (Excerpt)
Brahms: 3rd Symphony (Poco allegretto)
Beethoven: 9th Symphony (Adagio molto)
Brahms: 2nd Piano Concerto (Andante)