

**Entre el Sonido y el Silencio: la actitud fenomenológica
en el acompañamiento de fin de vida en un caso de
Musicoterapia Oncológica**

Trabajo para optar al Postítulo de Consultoría en Análisis Existencial

Septiembre 2025

Alumna: Cecilia Carrère Oettinger

Porf. Guía: Alejandra Fonseca

Resumen

El presente documento aborda el proceso de trabajo de una paciente oncológica de fin de vida hospitalizada en el centro oncológico Fundación Arturo López Pérez. Durante su hospitalización recibió sesiones de musicoterapia, una de las prestaciones de terapias complementarias que ofrece la Unidad de Terapias Complementarias. Se concluye, que la conducción del proceso desde la perspectiva del Análisis Existencial de Längle resultó fundamental, especialmente desde el ámbito de aplicación del Acompañamiento, así como la Actitud Fenomenológica desde donde se posiciona la musicoterapeuta.

Palabras claves: fin de vida, musicoterapia, análisis existencial, acompañamiento, actitud fenomenológica.

Índice

Introducción	1
Bases teóricas	
La etapa de fin de vida	3
La Musicoterapia como disciplina y su uso en fin de vida	3
El Análisis Existencial	5
Ámbitos de aplicación del Análisis Existencial: Psicoterapia, Consultoría, Acompañamiento	6
Modelo Antropológico y dimensión de la Persona	8
Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia	9
La actitud fenomenológica en el acercamiento al paciente	12
Desarrollo	
Contexto de la intervención	14
Presentación del caso de Sra. Ana	17
Encuentro y proceso	18
Análisis del caso	27
Discusión y conclusiones	31
Referencias	39

Introducción

Para la enfermedad del cáncer existen diversos tratamientos que buscan su curación. Éstos van desde intervenciones quirúrgicas, pasando por quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia hasta, generalmente, una combinación de estas diseñadas de manera específica para cada paciente. Cuando estas intervenciones no logran controlar el avance de la enfermedad, se pasa a una etapa terminal que culmina con la muerte del paciente – denominada fin de vida - en la cual las intervenciones ya no apuntan a la enfermedad misma sino más bien a la persona y su calidad de vida.

Los cuidados de fin de vida buscan aminorar el dolor y síntomas molestos que afectan al paciente para garantizar su bienestar. Pero también, es fundamental en esta etapa el cuidado y tratamiento de la dimensión emocional, social y espiritual del paciente y de su entorno más cercano. Estos cuidados pueden venir de la psicooncología, de la asistencia social y la terapia ocupacional, así como también de la religión, entre otros (Cordeiro, 2020). Existen también terapias complementarias que no son invasivas y son de fácil implementación como el Reiki, la Acupuntura, prácticas de Mindfulness y Yoga, y terapias expresivas como el Arteterapia y la Musicoterapia.

La Musicoterapia es una disciplina que utiliza el sonido y la música como elemento esencial para lograr objetivos terapéuticos específicos con un paciente, llevado a cabo por un musicoterapeuta calificado (Wigram, Pederson, Bonde, 2005). Su uso existe en todos los ámbitos de la vida con objetivos variados, y en la etapa de fin de vida puede ser beneficioso para el paciente con objetivos que pueden ir desde aumentar el estado de calma y bienestar, propiciar la contemplación de la propia biografía a través de la escucha activa de músicas significativas para el paciente, hasta contemplar y aceptar la propia muerte.

Pero ¿qué será lo más importante para el paciente en esta etapa previa a la muerte?

El Análisis Existencial, que es una “psicoterapia fenomenológica-personal cuyo objetivo es ayudar a la persona a un vivenciar libre, tomas de posición auténticas y un trato responsable consigo mismo y el mundo” (Längle, 2014. pág.

4), postula que las personas al final de sus vidas quieren, por lo general, “paz y tranquilidad, morir en una relación (consigo mismo y/o con otros) y morir conscientemente, cuando han pensado acerca del morir” (Längle, 2015, pág. 89). A veces, este momento es la última oportunidad para lograrlo. Esto exige de parte del que acompaña -ya sea un familiar o profesional - una actitud: dejar ser, dar espacio, estar abierto, y aceptar, para mirar lo que viene del paciente e intuir qué es necesario para él o ella (Längle, 2015).

Desde la experiencia en el campo de la musicoterapia y el acompañamiento a esos pacientes, la etapa de fin de vida, que puede durar días, semanas o algunos meses, es un tiempo íntimo, delicado y frágil durante la cual puede existir muchos cambios. Por ende, debe primar por sobre cualquier técnica o método una actitud fenomenológica, señalada como la forma y método de proceder en psicoterapia y consultoría en Análisis Existencial. Esta alude a una actitud de apertura y respeto, que indica poner entre paréntesis cualquier saber previo (sin supuestos sobre el otro, la situación, el tema, como en este caso el fin de vida o la muerte, las reacciones o síntomas asociados, entre otros), entregándose a los contenidos percibidos que emergen del propio paciente o bien de la situación en la relación entre acompañante y paciente (Längle, 2006).

En este contexto, este trabajo presentará algunos pasajes del caso de una paciente oncológica de fin de vida que recibió 8 sesiones de musicoterapia, e intentará reflejar cómo la mirada desde el Análisis Existencial, la modalidad del Acompañamiento y la Actitud Fenomenológica fueron pilares fundamentales en este proceso.

Bases teóricas

La etapa de fin de vida

La etapa de fin de vida en una enfermedad como el cáncer se caracteriza por su avance irreversible con escasa o nula respuesta al tratamiento específico. Está asociada al empeoramiento de la sintomatología física, la presencia de metástasis, y un declive de la funcionalidad llevando a un deterioro de la calidad de vida. Generalmente en este momento el paciente y su familia reciben atención de cuidados paliativos, que posee una visión interdisciplinaria centrada en el paciente. Los cuidados paliativos tienen como objetivo aliviar el sufrimiento tanto físico como emocional, aumentando así el bienestar general. A través del control general de la sintomatología y el respeto de las creencias y valores del paciente, se busca que pueda tener una muerte digna y en paz (Cordeiro, 2020).

Luego de un manejo adecuado de los síntomas y asegurando la comodidad del paciente, es fundamental atender sus necesidades emocionales, sociales y espirituales. Estas pueden incluir ser reconocido como persona, observar hacia atrás su vida, resolver temas pendientes, expresar preguntas acerca de la muerte, o explicitar sus creencias espirituales (Cordeiro, 2020).

Es importante señalar que algunas personas transitan este proceso de fin de vida con o sin ayuda, como también con muchas dificultades y temores que les impiden alcanzar tranquilidad, o una actitud templada frente a la enfermedad, la propia vida vivida, o la propia muerte. Otros en cambio, sí logran tal tranquilidad, lo que se muestra como una entrega en el dejarse morir. El acompañamiento en el fin de vida a través del uso de la musicoterapia puede ayudar para ambos casos (Huda, Banda, Liu, Huang, 2023).

La Musicoterapia como disciplina y su uso en fin de vida

La música ha sido siempre parte esencial de la vida del ser humano como expresión de su ser más profundo. Ha sido utilizado para un sinnúmero de objetivos, como expresar y comunicar emociones, entregar un sentido de pertenencia, acompañar momentos importantes, entregar disfrute artístico, y aumentar el bienestar (American Music Therapy Association, AMTA, 1998). Ya desde tiempos remotos se conoce el poder que tiene la música sobre el hombre (Miranda, Hazard,

2017). En la leyenda de la mitología griega Orfeo y Eurídice, Orfeo apaciguaba el alma de los hombres que lo escuchaban tocar su lira, y con su música enamora a Eurídice y logra rescatarla del inframundo (Miranda, Hazard, 2017).

La posibilidad del uso terapéutico de la música se comienza a investigar de manera cada vez más científica y a mediados del Siglo XX se establece como disciplina con la formación de asociaciones de musicoterapia y centros de formación (Asociación Chilena de Musicoterapia, 2005). En Chile existe el Postítulo de Terapias Expresivas con mención en Musicoterapia desde el año 1999 en la Facultad de Artes de la Universidad de Chile.

La musicoterapia consiste en el uso clínico, basado en evidencia, de intervenciones musicales para lograr objetivos individuales dentro de un vínculo terapéutico con un musicoterapeuta calificado (Wigran, Pederson, Bonde, 2005). Las intervenciones de musicoterapia pueden tener objetivos tanto físicos, como emocionales y espirituales en ámbitos de salud, educativos y comunitarios, abarcando todas las etapas de la vida. Algunos objetivos comunes son: favorecer la expresión de emociones, mejorar la comunicación y fortalecer vínculos, estimular funciones cognitivas, fortalecer la identidad y sentido de pertenencia, apoyar la rehabilitación neurológica, aliviar síntomas como el dolor y náuseas, aumentar la sensación de bienestar, entre otros (Wigran, Pedersen, Bonde, 2005). Actualmente, existen diversos modelos de musicoterapia reconocidos mundialmente y variados métodos y técnicas de aplicación. Una modalidad es la activa, en la cual el paciente o cliente participa de manera activa en la terapia, ya sea a través de la improvisación con instrumentos y voz, composición o recreación de canciones. En la modalidad receptiva el paciente escucha la improvisación o canciones interpretadas por el musicoterapeuta, ya sea en vivo o pregrabadas (Wigram, Pederson, Bonde, 2005).

Su uso en la etapa de fin de vida es ampliamente utilizado para atender necesidades espirituales y existenciales del paciente. Cuando se tiene una enfermedad terminal y hay conciencia del término de la vida, puede ser importante para el paciente mirar su vida hacia atrás y encontrar un sentido. La música puede ser beneficiosa en esta tarea, ya que el paciente puede recordar canciones o sonidos que han marcado momentos importantes de su vida.

En mi trabajo como musicoterapeuta en oncología, cuando me ha tocado trabajar con pacientes en fin de vida muchas veces realizo un cuestionario creado por mí llamado “Mirando la vida a través de la música”, en que a través de preguntas estimulo el recuerdo de sonidos y canciones significativas en distintos momentos de la vida. Escuchar estas músicas puede ayudar al paciente a realizar un recorrido de lo vivido, construyendo al final un sentido de cierre en paz o en conformidad de su existencia. Al mismo tiempo, escuchar música ligada a la biografía puede entregar o reforzar una sensación de identidad propia cuando se ha perdido tanto por la enfermedad (Huda, Banda, Liu, Huang, 2023).

Para los últimos días y horas del paciente, cuando está con cuidados paliativos y generalmente con la familia, utilizo un instrumento de cuerdas muy usado en la musicoterapia antropológica, la lira. Está basada en la antigua lira griega, y tiene una sonoridad suave y a la vez profunda y resonante. El sonido mismo tiene un efecto de “envolver” al paciente como en un baño sonoro, y a la vez entrega consuelo y un sentido profundo a la familia en el momento de “espera” de la muerte.

El Análisis Existencial

El Análisis Existencial puede ser definido como “una psicoterapia fenomenológica-personal, orientada a lograr una existencia libre (anímica y emocionalmente), a una toma de posición auténtica, y un trato responsable con la propia vida y con el mundo” (Längle, 2014, pág. 4). El objetivo de esta psicoterapia es ayudar a las personas a vivir con una coherencia interna a través del cual se expresa la autenticidad y legitimidad personal considerando también la otredad. El punto de partida, y lo central del trabajo, es el acceso y la movilización del propio vivenciar, el cual significa que el paciente pueda permitirse lo que percibe y experimenta, lo que siente, y decidir y actuar en concordancia. Implica una mirada atenta, honesta y amorosa hacia aquello que aparece, viene y se mueve en su interior, ya que en este vivenciar libre está contenida toda la información relevante para la vida propia. Surge así la posibilidad de comprometerse con lo valioso, que

es un ejercicio personal afectivo y cognitivo donde la persona es tocada en su interior y siente lo que en realidad le es importante (Längle, 2009).

El Análisis Existencial visualiza al ser humano siempre en relación, en un diálogo que exige una doble apertura hacia el mundo y hacia sí mismo. Del mundo externo se enfrenta a situaciones que le plantean interrogantes, y para dar una respuesta debe entrar en un diálogo con lo propio. En la respuesta se debe considerar lo propio de cada situación como también considerarse a sí mismo: ¿Qué puedo y no puedo? ¿Qué considero valioso? ¿Cuáles son mis límites? ¿Qué me parece correcto? ¿Qué tiene sentido para mí? En este intercambio dialógico el ser humano puede responder con autenticidad, llegando a una acción concreta (Längle, 2009). De esta manera responde como un ser que se hace responsable, y así recibe acceso a la realidad. En ese ejercicio se realiza la existencia. En este contexto, Existencia es crear algo valioso a partir de lo dado, verlo y vivirlo en su propio valor. Y existir consiste en poder dar mi mejor respuesta a la situación en que me encuentro (Längle, 2014).

Ámbitos de aplicación: Psicoterapia, Consultoría y Acompañamiento

El Análisis Existencial tiene distintos ámbitos de aplicación en la praxis de acuerdo a los objetivos buscados y capacidades del paciente. Estos ámbitos son principalmente la Psicoterapia, la Consultoría y el Acompañamiento, entre otros (Längle, 2016).

La psicoterapia es un procedimiento curativo, que está orientado al proceso. El tema es la persona y su mundo interno, con sus capacidades y deficiencias. El proceso de elaboración y la estructura de la persona están en primer plano (p. ej. posiciones, psicodinámica, experiencias no elaboradas) y son entendidas en este contexto como la causa del sufrimiento. El objetivo es la revisión de las actitudes existenciales y posiciones mediante el trabajo sistemático de los hitos traumatizantes de la biografía, recuperar tomas de posición faltantes o corregir tomas de posición engañosas, a través de conflictos preexistentes y procesos de maduración emergentes (desarrollo de la personalidad). Este proceso requiere de

un número significativo de sesiones, y en el caso de trastornos de personalidad severos puede llegar a tomar varios años (Längle, 2016).

La consultoría, en cambio, está orientada a encontrar una solución a un problema concreto, siendo el punto de partida una problemática situacional y actual. Se busca entonces la facilitación por parte del consultor (transmisión o bien elaboración conjunta) de información, experiencia y conocimiento sobre un tema (ámbito del problema) con la correspondiente guía para el ejercicio y conducta autónoma por parte del consultante. Presupone por un lado la definición acotada del problema como también, un aspecto relevante de parte del consultante que refiere a que éste disponga, o pueda desarrollar en un breve plazo, de los recursos suficientes para trabajar en su solución de manera guiada, lo que puede implicar un cambio en el punto de vista o actitudes de su parte. A través de un mayor conocimiento y manejo de distintas posibilidades de solución al problema, el consultante puede resolverlo de manera autónoma. Una consultoría puede tener una duración de entre 5 a 10 horas, con un máximo de 20, aunque en algunos casos se puede continuar trabajando ya habiendo encontrado una resolución al problema previo (Längle, 2016).

En una posición intermedia entre la consultoría y la psicoterapia está el acompañamiento. Al igual que en la consultoría está referido a la tarea, pero requiere de mayor relación entre el consultante y el consultor. Se puede entender como una presencia aceptadora que comparte, que sostiene a la persona en alguna dificultad o malestar y que puede permanecer con ella de modo adecuado en su situación. De esta manera comparte aspectos de la consultoría y de la psicoterapia, ya que entrega apoyo y relación, así como también guías conductuales. La actitud del acompañante se caracteriza por ser generadora de espacio para que emerja lo propio de un paciente, también, por tomar parte en lo que ocurre y respetar la dignidad de la persona. El acompañamiento no tiene una duración específica como la psicoterapia y la consultoría, puede durar años si es necesario según la situación. De igual manera se puede realizar acompañamiento a pacientes con trastornos de personalidad, es decir, con alguna patología, ya que no se trata del tratamiento del diagnóstico psicopatológico. El acompañamiento es adecuado en las situaciones de

duelo y en la muerte, donde lo central es posibilitar y proteger el espacio íntimo del moribundo (Längle, 2016).

Modelo Antropológico y la Dimensión de la Persona

El Análisis Existencial concibe al ser humano como una unidad tridimensional de cuerpo, mente y espíritu, en el cual el espíritu representa la apertura del hombre al mundo y a sí mismo (Längle, 2014). El concepto de Persona es central en el Análisis Existencial y corresponde a la dimensión espiritual en el ser humano. El aspecto psicofísico en el ser humano se refiere a la sustancia, lo objetivable, lo que está predeterminado y es lo fáctico, lo que puede enfermar. Y en otro polo existe lo que no se puede fijar, lo libre en el ser humano y que no enferma; lo que es pura posibilidad y fuerza y que tiene la capacidad de tratar con lo psicofísico. Algunas imágenes de la persona, es decir, por medio de las cuales la podemos percibir, pueden ser ópticas, como los gestos, la mirada y el brillo de los ojos, la postura, pues en ellos se nos muestra algo de su ser. También hay una imagen acústica, en el sonido y timbre de la voz, y su cadencia al hablar, sus pausas. En sus formas de comportamiento a través de historias, anécdotas, en lo que hace y cómo lo hace también se puede vislumbrar algo de la persona. Finalmente, a través de la propia intuición, el propio ser persona, se puede sentir y salir al encuentro de otra persona (Längle, 2015).

La persona no se puede definir propiamente, pero hay aspectos que la caracterizan o reflejan, según Längle (2015):

- ❖ La persona es lo libre en el ser humano (Frankl [2015]), posee la posibilidad de ser siempre diferente, de sorprender, y de tener siempre una elección ante sí mismo. En este sentido lo incompleto es propio de la persona.

- ❖ La persona es única y singular, a través del elegir y decidir el ser humano se diferencia de los demás y adquiere sus propias características.

- ❖ La persona se diferencia de los demás, pero está en una constante relación consigo mismo y con el mundo, encuentra una referencia

en el otro, y tiene la tarea de decidir cómo tratar consigo misma y con el otro. Esta apertura al encuentro origina la intimidad y el diálogo interno como una contraparte interna al estar dirigidos a otros.

❖ La persona es lo interpelable, comprendedor y respondiente en el ser humano, que cuando escucha lo que sucede en su interior encuentra un constante "Yo". De esta manera a través de la persona uno es sujeto, el agente y centro de sus acciones, y este "Yo" es alguien que tiene responsabilidad de sí mismo.

❖ La apertura de la persona tiene otras características como la vulnerabilidad, el pudor, la intimidad, el ser-sí-mismo y la autenticidad (Längle, 2015).

Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia

El Análisis Existencial postula cuatro condiciones básicas que debe enfrentar el ser humano para alcanzar una vida plena, entendidas como las exigencias existenciales del ser humano. Juntas conforman el eje estructural fundamental de la experiencia humana y la manera en que las personas interactúan con su realidad. Pueden ser entendidas como el andamiaje sobre el cual se construye la existencia. Como teoría, su función principal es proporcionar un marco comprensivo del sufrimiento y orientar el proceso terapéutico hacia el consentimiento interior. El ser humano está permanentemente ocupado en mantenerlas en equilibrio, llevarlas en lo posible a su plena realización, adaptarse a ellas y responder a sus interrogantes (Längle, 2009). Estas son:

1ª MF **Poder-ser/estar aquí:** Es la dimensión de la tranquilidad, estabilidad, y seguridad. La pregunta fundamental de la existencia es *Yo soy, pero, ¿puedo ser?* Para responder a esta pregunta se necesita percibir lo fáctico, las condiciones y posibilidades, lo cual es posible con experiencia y conocimiento.

Las condiciones que se tienen que dar para responder afirmativamente a esta pregunta son protección, en cuanto a paz, espacio como apertura, y sostén, que entrega una base fiable para lograr tranquilidad y seguridad en el mundo. Si estas condiciones están suficientemente presentes se puede confiar en el mundo y en

uno mismo, conformando una confianza fundamental, que refiere a la confianza última en aquello que se siente como sostén definitivo de la vida, aún en las situaciones más adversas (Längle, 2014).

Podemos caracterizar la noción de un sostén integral como “Fundamento del Ser”, el cual es vivido como un sentimiento de que hay algo a lo que uno se puede entregar, aún si se muere. Esto permite que se desplieguen las actividades propias de la dimensión personal según el modelo antropológico que son la capacidad de aceptar y soportar lo que es (Längle, 2014).

Si estas condiciones son frágiles o insuficientes, surgen en términos generales, sentimientos y vivencias de inseguridad, intranquilidad y angustia, ante los cuales se corre el riesgo de un actuar permanente de protección y defensivo, denominados reacciones de coping, entendidas como conductas automáticas de protección comandadas por la dimensión psíquica. Por mencionar algunos podemos ver las conductas de huida, activismo y lucha, hasta llegar a la parálisis. De fijarse estas reacciones de coping en esta primera motivación se puede llegar a la aparición de trastornos de angustia (Längle, 2014).

2ª MF Valorar la Vida: Esta dimensión abarca temáticas propias de estar vivo y la vida, tales como el movimiento, el fluir, la sensación de fuerza y vitalidad, y la calidez. La pregunta fundamental de la vida es *Yo vivo, pero, ¿me gusta vivir?* Si uno está vivo hay que involucrarse con la vida, con sus alegrías, pero también con sus sufrimientos, y para esto se necesita el sentimiento, la emoción, sentir la forma en que algo nos afecta y dejarlo actuar en mí (Längle, 2014).

Las condiciones necesarias para valorar la vida son tener relación, tiempo y cercanía. El punto germinal interno donde surge la relación fundamental con la vida es el ser tocado por la vida misma. En cada vivencia se colorea la emoción y el afecto y realza lo que se percibe como valioso, conformando una vivencia de valor fundamental como base de todos los valores. Como actividad personal se indica un acercamiento a lo positivo, una apertura que implica aprobación, interés y tiempo, llevando a la persona hacia una profundización de la relación con la vida y la propia vida que produce plenitud. En este roce profundo con la vida también aparece lo

doloroso, lo negativo, lo que, en ocasiones, es experimentado como una pérdida de valores vitales y causa sufrimiento. Este sufrimiento por la pérdida de vida es el contenido del duelo, actividad personal de esta motivación, en el cual se hace un manejo personal y decidido para cambiar e iniciar una nueva relación con la vida.

Ante la amenaza de pérdida del valor de la vida pueden surgir reacciones espontáneas de protección y alivio, tales como el retraimiento, la desvalorización, la rabia y la resignación, por nombrar algunos. Cuando está en peligro o falta la relación fundamental surgen sentimientos de nostalgia y pesadumbre, pudiendo dar lugar a la aparición de los trastornos del ánimo como la depresión. (Längle, 2014).

3ª MF Permitirse ser uno mismo: La individualidad, la singularidad, la delimitación y la diferenciación son los temas de esta dimensión. La pregunta fundamental de la persona es *Yo soy yo, pero, ¿me es permitido ser así?* Para responder a esta pregunta se necesita una contemplación personal como actividad y realizar una evaluación del comportamiento propio y de sí mismo, para realizar una delimitación de lo propio frente a otro. Así se podrá lograr tomas de posición auténticas y personales (Längle, 2015).

Una respuesta afirmativa para la propia legitimación, requiere las condiciones de recibir consideración, trato justo y aprecio por parte de otros para que emerja el sentimiento de valor propio al ser reconocido en lo propio y singular. Y por parte de uno mismo, tomar distancia para poder verse, tomarse en serio, y poder juzgarse y adoptar una posición. La tarea es poder ser uno mismo, poder ser “yo” ante los ojos de los demás como ante los propios. De este modo, es posible un nivel de encuentro personal con otros para ver lo positivo de la esencia propia y del otro. El resultado de permitirse ser uno mismo es consolidar la autoestima, una identidad, lograr autoridad.

Cuando no se cumplen las condiciones de esta motivación surgen sentimientos de soledad, inquietud, vergüenza. Las reacciones de *coping* como protección ante la imposibilidad de ser uno mismo son pérdida de sí mismo, distanciamiento, ira, disociación, por nombrar algunos. Al fijarse este tipo de comportamientos surgen los trastornos en el área del sí mismo (Längle, 2015).

4ª MF Querer lo que tiene sentido: Esta dimensión trata del contexto, la orientación, el futuro, y la acción. La pregunta por el sentido de la existencia es *Yo estoy aquí, pero ¿para qué es bueno que yo sea?* Para responder a esta pregunta se necesita reconocer lo situacional, lo exigido y tener apertura ante lo ofrecido.

Las condiciones que se deben dar para que el ser humano sienta que es bueno que sea son un ámbito de actividad, un contexto estructural valorado y un valor en el futuro. Cuando están presentes es posible entregarse comprometidamente a la acción, y estas experiencias conforman el sentido existencial de la vida. La actividad personal necesaria para ser fructífero es crear concordancia con la situación, al comprobar que la tarea es buena para mí, pero también para otros y para el mundo, y llevarlo a la acción. Ser humano significa vivenciarse como preguntado y vivir es dar una respuesta. La libertad, auto-activación y responsabilidad por la respuesta permite realizarse como persona. Esta llave para la plenitud en la existencia es el giro existencial, que posiciona al ser humano en el rol de la acción, agente de su vida cuando responde al ser interpelado por el mundo o por la vida (Längle, 2015).

Si faltan estas condiciones aparece el vacío, la frustración, la desesperación, incluso las adicciones o la suicidalidad. Las reacciones de *coping* de protección propias de la falta de sentido y de futuro son la arbitrariedad, la idealización, el fanatismo, el nihilismo, entre otros (Längle, 2015).

La actitud fenomenológica en el acercamiento al paciente

La fenomenología es un método de investigación de los fenómenos para lograr el conocimiento de los mismos, creada en sus inicios como el modo propio de conocer de las ciencias del espíritu o ciencias sociales. En el Análisis Existencial, la fenomenología es el método a través del cual se trabaja con las personas para acceder a ellas y para que ellas mismas se conozcan y comprendan a sí mismas. Se trata de un instrumento de trabajo terapéutico cuyo objetivo es responder a la pregunta: *“¿qué y cuánto puedo yo conocer?”* (Längle, 2014, p. 63). Se trata de poder acceder a la esencia de lo que es a través de lo que se muestra. Implica una

actitud de apertura y entrega por parte del observador a los contenidos percibidos, dejando de lado todo saber previo respecto del objeto de estudio. De esta manera se puede llegar a lo propio y exclusivo de éste. Cuando deseamos ver algo esencial o propio de una persona, prestamos atención a la impresión que genera en nosotros, el modo de moverse, los gestos, la voz, el cuerpo, etc. Miro lo que se expresa como fenómeno y cómo me afecta, pero este efecto está de mi parte. Presto atención a la impresión que produce en mí, y en mi impresión puedo captar la esencia. Se produce un mirar simultáneo al otro y a mí. Para mantener abierta la mirada se necesita de lo siguiente:

1. Decisión: querer y estar interiormente dispuesto a entregarse a mirar.
2. Dedicación: aplicarse con todo el ser, con todos los sentidos e intuición.
3. Apertura y demora en la entrega: mantenerse abierto a lo que actúa sobre mí y cómo actúa en el momento actual, sin conectar inmediatamente con experiencias anteriores.
4. Coraje: abandonar todo control para exponerse al contenido de la intuición, sin saber qué es lo que veo.
5. Confianza: en la “ineludibilidad” de lo visto, y en sí mismo para soportar la visión.
6. Paciencia: contemplar sin límite externos o internos de tiempo, sin pretender ya ver algo.
7. Humildad: someterse a lo que se llega a ver, y soportar la incertidumbre.

Cuando nos enfrentamos de esta manera al paciente, es el propio paciente el que es visto y se le comprende desde sí mismo, sin supuestos previos. El foco de atención está en lo individual y momentáneo, la narración actual del otro en nosotros y su efecto. Su esencia está en cómo aparece, cómo brilla sobre nosotros y qué nos produce en el aquí y ahora (Längle, 2007).

La aplicación práctica de la fenomenología consta de tres pasos que debe seguir el terapeuta fenomenológico, que sistematiza Längle (2014) - basados en la fenomenología trabajada por Heidegger (1975) - para que se articule la comprensión de la situación:

1. Reducción - ¿Qué se muestra (espontáneamente)? Es la fase de la descripción, en que atendemos al mismo tiempo el *contenido* de lo que dice el paciente, junto con el *cómo* lo dice y al *qué se muestra en ese cómo*.

2. Construcción - ¿Cómo es esto?: Los fenómenos aislados son puestos en relación entre sí y se observa su efecto global sobre la propia esencia. Estos pueden ser características de la propia conversación como tono de la voz, titubeos, agitación, así como contenidos aislados, con los cuales se construye un cuadro de conjunto. Lo que así aparece es analizado hasta sus estructuras fundamentales y es llevado desde la estrechez de la apariencia singular, ampliado por la esencia propia, a la mirada fenomenológica profunda del terapeuta. Se abre entonces un nuevo horizonte de comprensión más amplio.

3. Deconstrucción - ¿En efecto, es así?: Luego de la comprensión de conexiones esenciales, este paso invita a ponerse continuamente en cuestión a sí mismo y lo percibido y nunca dar ambas instancias como seguras, ya que la percepción fenomenológica nunca termina y no tiene la verdad (Längle, 2014).

Desarrollo

Contexto de la intervención

El Instituto Oncológico de Fundación Arturo López Pérez es un centro especialista en cáncer, dedicado al diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia en torno a esta enfermedad. Cuentan con un equipo de más de 150 médicos especialistas con una permanente preocupación por la actualización de sus conocimientos. A ellos se suma un grupo de enfermeros, tecnólogos médicos, químicos farmacéuticos, kinesiólogos, nutricionistas, y terapeutas ocupacionales especialistas en el manejo y atención de los pacientes oncológicos. La actividad médica se desarrolla en torno a Comités Oncológicos multidisciplinarios, donde se toman decisiones conjuntas. Esto permite evaluar todas las alternativas y actuar en

forma coordinada, asegurando así la mejor solución de tratamiento terapéutico. (FALP, 2025).

Cuenta con una Unidad de Salud Mental con psicólogos, psiquiatras y asistente social, además de una Unidad de Terapias Complementarias con las disciplinas de Yoga, Reiki, Mindfulness, Arteterapia y Musicoterapia. Pacientes hospitalizados y ambulatorios pueden acceder a estas terapias de manera gratuita, en modalidad presencial u online. Acceden a estas terapias a través de una interconsulta de otros profesionales o por consulta espontánea. El jefe de la unidad participa todos los martes en una reunión clínica con una gran cantidad de profesionales en el cual discuten casos complejos de pacientes hospitalizados, y muchos de ellos son derivados a nuestra unidad. Vamos a visitar entonces a estos pacientes para presentar la unidad y preguntar si tendrían interés en alguna terapia en particular.

Como musicoterapeuta realizo principalmente intervenciones grupales con el violín en todos los servicios de pacientes hospitalizados y en la quimioterapia ambulatoria. En los servicios de pacientes hospitalizados comienzo tocando varias piezas en el pasillo, recorriendo todas las habitaciones por fuera. Estoy atenta a aplausos o expresiones de agradecimiento que puedan venir de alguna habitación. Entonces me acerco a la puerta de la habitación, miro, y si no hay resistencia, entro a la habitación para responder a estas reacciones espontáneas y generalmente se entabla una conversación con el paciente. Durante la conversación siempre presento nuestra unidad y el sentido de las terapias. Esta forma inicial de acercamiento al paciente es muy beneficiosa, ya que es poco invasiva y poco o nada de amenazante para él.

El contexto de hospitalización tiene sus particularidades. Los pacientes son constantemente intervenidos por el personal de salud con horarios estrictos: administración de medicamentos, toma de exámenes, controles de enfermería, kinesiología, nutrición, aseo, entre otras medidas.

En la intervención del concierto de violín, la música actúa como un objeto intermediario que me permite acercarme al paciente sin que él lo haya solicitado previamente y de una manera más bien neutra, porque no voy a pedirle ni exigirle

nada. En la conversación lo escucho y voy intentando captar si tiene una relación con la música, indago por sus preferencias, si está escuchando música en su celular, y le pregunto si hay alguna canción o estilo que le gustaría escuchar en este momento. Entre los materiales, porto una *tablet* con un atril en el cual tengo carpetas con distintos estilos de música: popular, clásica, tangos y boleros, música de películas, y música de festividades. Si no tengo lo que me solicitan puedo buscar la partitura por *internet* en la propia *tablet*. Después de la interpretación, muchas veces el propio paciente me cuenta algo significativo en relación con la canción solicitada, y si no generalmente pregunto: “¿Le gusta esta canción?” “¿Por algún motivo en particular?” “¿Por qué me solicitó esta canción?” “¿Tiene que ver con algo?” “¿Con qué?” “¿Me puede contar?”. Todas estas preguntas dentro de una conversación natural, no como un cuestionario, más bien un diálogo, tomando lo que viene del paciente. Muchas veces surge porque el paciente tiene una reacción después de la escucha al conectar gracias a la música con algo propio e interior. Es decir, el paciente entra a propósito de la música en relación consigo mismo y algún aspecto de su biografía. Y, sin duda, en este contexto suele haber mucha labilidad emocional, entonces basta escuchar una canción significativa para dejar salir la emoción que estaba trabada. A veces pienso que con todo lo que están viviendo en la experiencia corporal y médica es como si perdieran la llave para acceder a su interior y la música los ayuda a encontrarla.

De esta manera la intervención que es inicialmente grupal, porque todos pueden escuchar desde sus habitaciones, se puede convertir en pequeñas intervenciones individuales al dedicarme a algunos pacientes, y éstas pueden tener una duración de entre 5 a 15 minutos por paciente. Al finalizar reafirmo la entrega de información sobre la unidad y en este momento algunos pacientes refieren que les gustaría continuar y recibir acompañamiento con musicoterapia de manera individual.

En una reunión clínica de los días martes se discutió el caso de la Sra. Ana¹, y la Unidad de Cuidados Paliativos sugirió que nuestra unidad le entregara apoyo

¹ Sra. Ana es un nombre ficticio que uso para proteger la identidad de la paciente.

de alguna terapia. Mi jefe me solicitó que la visitara para presentarle la unidad, y acudí ese mismo día al servicio donde estaba hospitalizada.

Presentación del caso de Sra. Ana

La Sra. Ana tiene 85 años y es una profesora jubilada de un pueblo lejos de la capital. Es viuda hace 19 años y no tiene hijos. Vive con una cuidadora de día y de noche en su pueblo y tiene una escasa red de apoyo familiar, sólo un hermano de 91 años y su sobrino.

Respecto de sus antecedentes médicos y de su diagnóstico, la paciente llega a FALP derivada de su hospital de origen a su primera consulta con una obstrucción esofágica, dolor abdominal permanente y disfagia. Es hospitalizada ese mismo día y luego de exámenes se llega al diagnóstico de cáncer escamoso de la unión gastroesofágica, afagia, desnutrición severa y candidiasis esofágica. En los días posteriores, con exámenes más detallados se diagnostica una obstrucción neoplásica sincrónica pulmonar, además de una infección del tracto urinario. Todos estos síntomas y diagnósticos dan cuenta del delicado estado de salud de la paciente, a lo cual se pueden suponer afectaciones en otras áreas, como la dimensión psíquica, a nivel emocional, debido a su malestar físico, a la serie de procedimientos médicos y al mismo diagnóstico.

Ingresa a la Unidad de Cuidados Paliativos ya que no hay opciones de tratamientos curativos para ella. Los objetivos de los tratamientos entregados son mejorar su estado físico general y reducir el dolor, aumentando así su bienestar. Se entrega alimento vía parenteral, recibe hidratación, antibióticos, y oxígeno, y además se busca que pueda volver a alimentarse de manera autónoma a través de la instalación de una prótesis esofágica. También se le administra 5 sesiones de radioterapia paliativa.

El día que conozco a la Sra. Ana lleva 5 días hospitalizada y ya está enterada de sus diagnósticos.

Encuentro y Proceso

Primera sesión

El día que conozco a la Sra. Ana estoy realizando un concierto grupal en una unidad de hospitalizados. Como siempre entro a las habitaciones para saludar y ofrecer una canción a elección, y al entrar a una habitación compartida escucho que la señora que está al lado de la ventana me está aplaudiendo. Me encuentro con una señora que está acostada en su cama, tapada con la frazada hasta el cuello, se le ve solamente su rostro, el cual es pequeño y más bien delgado y huesudo, con pelo corto crespo entre negro y canoso y unos ojos negros muy grandes y expresivos, que parecieran tomar gran parte de su rostro.

Inmediatamente me mira a los ojos con una mirada fuerte y con gran interés. Me felicita por la música con una gran sonrisa que ilumina su rostro. Me cuenta que está muy contenta y sorprendida con el violín porque hoy es su cumpleaños. Le deseo un feliz cumpleaños, y voy a buscar a las enfermeras para poder cantarle. Dos enfermeras me acompañan y mientras toco en el violín “Cumpleaños Feliz” ellas cantan. La Sra. Ana está visiblemente emocionada y se le llenan los ojos de lágrimas, pues pese a su situación celebra un año más de vida. Al preguntarle cuántos años está cumpliendo me cuenta que son 85, y con humor y riéndose me dice que ya está muy vieja. Me relata de manera alegre y enfática que nunca había recibido un regalo de cumpleaños tan hermoso como esto. Luego dirige su atención fuera de sí y me pregunta con mucho interés y vivacidad, de dónde vengo, desde cuándo toco violín, todo el tiempo con sus ojos negros grandes y expresivos puestos en mí. En un momento detiene su hablar, y más suave, casi en un susurro, me dice: *“¡Qué hermosos ojos tiene usted!”*, sonrío agradeciéndole. Le ofrezco otra canción como regalo de cumpleaños, y me pide el tango “Volver”. Señala que le encantan los tangos y me cuenta que sus padres escuchaban tangos cuando ella era pequeña. Le pregunto cómo eran para ella esos momentos, y me relata que los domingos escuchaban tangos en una vitrola (*“¿Has visto una vitrola?”* me pregunta con un tono de complicidad) y ella con sus hermanos se sentaban en el suelo a escuchar y ver a sus padres bailar, lo que le producía mucha emoción. Sus ojos

brillan al contar su relato y pareciera que todo su rostro se transformara en la niña mirando a sus padres con emoción y disfrutando del tango.

Entremedio de la conversación suena su celular que lo tiene a su lado, y al mirarlo me dice con algo de seriedad y preocupación: “*Me va a disculpar, pero me está llamando mi hermano, seguramente para saludarme, así que le voy a contestar*”. Contesta y habla con su hermano, quién puedo captar que la saluda por su cumpleaños y ella le agradece con mucho cariño, mientras me mira y me guiña un ojo con una sonrisa. De pronto su rostro se pone serio y le dice a su hermano: “*¿Tienes almuerzo para hoy?*” y escucha la respuesta muy interesada, y rápidamente su rostro se ilumina nuevamente y contesta: “*¡Qué bueno que te llevarán el almuerzo!*”. Después de unas frases más le dice a su hermano de manera cálida: “*Te voy a tener que dejar ahora porque vino una señora muy linda a verme que toca el violín.*” Mientras le habla me mira con una sonrisa coqueta. Al colgar me cuenta que es su único hermano que queda vivo, tiene 91 años, y ella se preocupa mucho por él porque vive solo, y lo sigue haciendo hasta hoy, pese a su condición, dando cuenta de sus capacidades y fortalezas conservadas como de su voluntad. Le pregunto si son de Santiago, y me contesta que son de región, que su casa queda al lado de la plaza principal de su pueblo frente a la Iglesia.

En ese momento entra una enfermera que saluda con cariño a la Sra. Ana, y le dice que tiene que hacerle unos exámenes de sangre. Así que le cuento a la Sra. Ana que me voy a ir y le pregunto si le gustaría que yo volviera mañana para escuchar más música. Mi mira directa y muy profundamente a los ojos, sostiene mi mirada, y me dice “*Me encantaría, ¡lo he pasado maravillosamente con usted!*” Le doy la mano para despedirme; su mano es muy delgada, sus dedos largos y huesudos, pero sostiene mi mano con fuerza y la siento muy firme y cálida. Tomadas de la mano me agradece y nos despedimos con una sonrisa.

Segunda sesión

Al día siguiente nuevamente voy a la habitación de la Sra. Ana. La paciente vecina está durmiendo profundamente entonces entro de manera silenciosa para no despertarla, y me doy cuenta que tampoco podré tocar violín ya que tiene mucho

volumen y puede ser invasivo en una habitación compartida. La Sra. Ana también está con los ojos cerrados, al parecer durmiendo. Cuando los pacientes están durmiendo pregunto a la enfermera de turno si pasaron mala noche, si se quedaron dormidos recién, si ya tienen que despertarse, porque si pasaron mala noche y están reponiéndose prefiero volver más tarde y no interrumpir su sueño. Al consultar a la enfermera me dice que debe estar sólo con los ojos cerrados descansando porque recién había hablado con ella y de hecho se acordaba que yo le había prometido que iba a volver. Al regresar a su habitación le toco el brazo de manera muy suave y susurro: “¿Sra. Ana...?” Inmediatamente ella abre los ojos y al verme sonrío y dice suavemente: “*Ay que alegría la estaba esperando*”. Le hago un gesto que la vecina está durmiendo, y me dice en voz baja: “*Si, pasó mala noche pobrecita, se quejaba de dolor*”. Me acerco a ella, agachada sobre su cama para que podamos hablar suave y escucharnos bien. Le pregunto si le afectó a ella la noche, y me cuenta que a pesar del ruido de la vecina y las enfermeras que entraban a atenderla, pudo dormir bastante bien. Me muestra sobre la mesita una taza con un poco de té y me cuenta que está contenta porque por fin puede tomar algo de té, pero le da pena molestar a las enfermeras para que la ayuden a tomarlo porque sabe que están tan ocupadas. Ahí me percaté que la Sra. Ana no puede siquiera incorporarse ni levantarse un poco en la cama - puesto que ella siempre muestra una gran vitalidad aún en la enfermedad - y está todo el tiempo en posición acostada. Le ofrezco darle yo el té, y me mira conmovida: “¿*Ay sería tan amable usted?*” Le doy el té con la bombilla de a sorbos muy chiquititos, y me cuenta que tiene que ir con cuidado porque siente de inmediato una sensación de ardor en el estómago. Le pregunto sobre esta molestia, si es todo el tiempo o sólo cuando toma líquidos. Hasta ahora no me ha contado nada sobre su enfermedad. Me cuenta que en realidad es casi todo el tiempo, pero los doctores están evaluando la posibilidad de ponerle una prótesis gastroesofágica, y con eso podría posiblemente volver a alimentarse por boca. Mientras conversamos en susurros le voy dando pequeños sorbos del té con la bombilla. Estamos las dos muy cerquita, para poder acercarle la bombilla a los labios y también para hablar bajito. Al terminar el té se nota algo cansada y suspira cerrando los ojos. Le pregunté qué le pasó y se ríe suave y dice:

“*¡Me canso sólo con tomar té!*” Nos reímos juntas, y me toma la mano y me agradece. Nos quedamos tomadas de la mano y nos miramos en silencio. Justo entra el médico, nos saluda y claramente quiere conversar con ella. Aprieto su mano suavemente y me despido para irme.

Tercera sesión

Una semana después vuelvo a visitar a la Sra. Ana, y cuando llego está con dos kinesiólogos que van a intentar ponerla de pie por primera vez desde que está hospitalizada. Al verme se sonríe y me saluda muy contenta: “*¡Qué gusto de verla, pensé que se había olvidado de mí!*”, dando cuenta del valor que siente de esta relación que deriva de la musicoterapia, sobre todo del acompañamiento que recibe. Nos reímos y le contesto que jamás me podría olvidar de ella. Me indica que está con los kinesiólogos que la van a poner de pie, y se ve que está entre expectante y contenta con esto. Al preguntarme si puedo volver después, uno de los kinesiólogos propone que toque violín mientras trabajan con ella, lo cual es algo que he hecho muchas veces. Le pregunto si le parece bien, y lo encuentra excelente idea. Saco el violín y me pide nuevamente el tango “Volver”, a lo cual accedo mientras observo el trabajo de los kinesiólogos con ella. Entre los dos, con mucho cuidado, logran ponerla de pie, ya que claramente ella no tiene la fuerza para hacerlo sola. Al estar de pie veo que es bastante baja, y se nota mucho más lo delgada que está, viéndose aún más pequeña. Los kinesiólogos le piden que intente subir y bajar cada pie, para practicar la marcha. Lo hace un par de veces, y yo voy adecuando la música al ritmo de sus pies. Luego de unos minutos le preguntan si está cansada y contesta que está agotada. Con mucho cuidado la vuelven a acostar, pero antes debe esperar unos minutos más porque entra la enfermera de turno para aprovechar de cambiar las sábanas antes que se acueste. Cuando ya está acostada y tapada los kinesiólogos se despiden de ella y se van. Apenas puede hablar de lo cansada que está, pero se siente muy contenta de haber podido ponerse de pie, lo que muestra una mirada abierta y apreciativa de su parte. Me dice que sin la música cree que no hubiera podido hacerlo. Le vuelvo a preguntar por qué le gusta tanto el tango “Volver”, y me cuenta una historia muy linda de cuando trabajaba. (“*¿En qué*

trabajaba Sra. Ana? ...fui profesora de básica”) Tenía una colega que era vecina y su hijo como de 12 años tocaba guitarra, y cuando iban a almorzar ella le decía al hijo: *“Si tocas una canción en la guitarra, te voy a dar doble postre”*, y el niño tocaba “Volver”. Le pregunto entonces: *¿Y cómo era para usted ese momento?* Antes de contestar se queda un momento en silencio, se le iluminan los ojos y pareciera estar recordando. *“¡Maravilloso!”* exclama de manera lenta y marcando muy bien cada sílaba. Mira por la ventana de la habitación a lo lejos, con una leve sonrisa algo nostálgica, y pareciera que estuviera reviviendo ese momento. Su rostro se ve transformado, como si estuviera en otro lugar. Le digo que debe haber sido muy lindo ese momento, y que me cuente un poco más. Me relata que esta colega era mucho más joven que ella, y la iba a ver cuando ya estaba jubilada, porque se había quedado viuda. Sus ojos se tornan algo sombríos y con un tono de voz más grave y susurrado me cuenta que hace 19 años falleció su esposo y ella estaba muy triste. Le contesto que me imagino lo triste y difícil que debe haber sido para ella. Le pregunto si tuvieron hijos y me cuenta que no, que nunca pudieron tener hijos. Agrega que tiene un solo hermano vivo. Le pregunto un poco más sobre su situación de vida y me cuenta que vive sola, su hermano vive cerca y un sobrino también. Me doy cuenta que no tiene mucha red de apoyo. Entra la enfermera en ese momento para realizar algún procedimiento. Así que le informo que yo voy a volver otro día. Al despedirnos nos quedamos tomadas de la mano un rato y nos miramos en silencio. Levanta su otra mano y hace en el aire frente a mi cara el signo de la cruz y me dice suave: *“Que Dios la bendiga hoy y siempre”*. Hay seriedad en su rostro y sostiene mi mirada por un buen rato. Siento repentinamente que mi pecho se aprieta de emoción. Su mirada es tan expresiva y profunda que tengo la sensación que sus ojos ocuparan todo su rostro, como si no hubiera nada más, y su ser completo estuviera en su mirada.

Cuarta y Quinta sesión

Una semana después vuelvo a ver a la Sra. Ana, y veo que está profundamente dormida. Al preguntar a la enfermera de turno me cuenta que pasó una mala noche, con bastante dolor. Hace dos días había entrado a pabellón para

la instalación de la prótesis esofágica, y ayer en la noche había vuelto a su habitación después de pasar un día en la UTI para el postoperatorio. Al conversar un poco más con la enfermera, quien noto que le tiene aprecio a la Sra. Ana, me cuenta que en general nunca se queja y trata de no molestar, así que si pasó mala noche es porque verdaderamente se sentía mal. Vuelvo a la habitación y me quedo un rato observándola y acompañándola mientras duerme. Se nota en su rostro que está más delgada y más cansada, pero a la vez se observa plácido mientras duerme.

Al día siguiente vuelvo y está despierta. Me saluda con cariño, y habla con voz suave, está visiblemente más cansada. Apenas mueve la cabeza al hablar. Saca su mano de debajo de la sábana para que yo la tome. Su mano se siente calentita y muy pequeña en la mía, y ella deja su mano relajada en la mía, sintiendo mi sostén. Le cuento que ayer vine y estaba muy dormida, que parece que no se sentía muy bien. Me cuenta que le pusieron la prótesis, que eso es muy bueno, porque puede volver a comer, pero que le dolía mucho al principio, y tiene una molestia constante en el pecho. Me muestra con la mano al centro de su pecho, donde termina la prótesis. Indago si le ha contado al doctor que tiene dolor, para que le den una dosis adicional de analgésico o algún otro medicamento. Me relata que el doctor le dice que dentro de unos días se va a acostumbrar y va a poder comer, pero a ella no le gusta pedir tanto medicamento para el dolor. Al preguntarle por qué no quiere pedir auxilio si tiene dolor, me contesta que no quiere molestar a las enfermeras. Yo le respondo que las enfermeras la quieren cuidar con todo cariño, y quieren que esté lo más cómoda y bien atendida posible. También le cuento que al preguntarle a las enfermeras por ella me doy cuenta de que la quieren mucho, y ella visiblemente se emociona, se llenan sus ojos de lágrimas y me dice que somos todos tan amables en este lugar. Le respondo que estamos ahí para acompañarla en todo momento, no sólo cuando se siente bien, sino cuando se siente mal también. Suspira y cierra los ojos, y me dice que le duele el pecho con la prótesis. Veo que no quiere hablar más, así que le ofrezco algo de música, y me dice que le gustaría escuchar algo clásico y tranquilo. Saco el violín y toco el “Aire en la cuerda Sol” de Johann Sebastian Bach. Ella escucha todo el tiempo con los ojos cerrados,

sin moverse. Cuando termino abre lentamente los ojos, me mira y me dice en voz baja: “*Qué hermosura tan grande, me sentía en otro lugar*”. Al preguntarle cómo era ese lugar, da cuenta de sus reminiscencias, pues me dice que era como el campo cuando era niña, lleno de verde, donde ella caminaba a sus anchas. Está muy relajada, a punto de quedarse dormida, así que le digo que guarde esa imagen en el corazón y descanse con los ojos cerrados. Le doy un beso en la frente y me voy.

Sexta sesión

Dos días después vuelvo y está despierta, y se ve a simple vista un poco más animada que en la visita anterior. Está con los ojos más abiertos y atenta, y gira la cabeza al verme entrar. Al preguntarle cómo está, me dice que está bastante mejor, con menos dolor. Su voz de todos modos se siente un poco decaída y tiene un aspecto cansado. Me dice que le gustaría mucho escuchar el violín. Al preguntarle qué le gustaría escuchar en este momento, me pide que yo elija algo para ella. Elijo una canción que a mi me gusta mucho, la canción “Alfonsina y el Mar”, y cuando comienzo a tocar escucho cómo exclama de emoción, y escucha mirándome intensamente como toco. Al terminar dice con entusiasmo: “*¡Me encanta Alfonsina!*” Está sonriente y en el rostro se le ve más color que cuando llegué. “*¿Y qué le pasó al escucharla? ¿Algún recuerdo o sensación en particular?*” Dejo el violín al lado y me acerco a ella. Sus ojos se llenan de lágrimas de pronto y me dice casi susurrando: “*Sentí como que a este lado (me muestra su lado izquierdo con la mano) estaba mi esposo, y al otro lado (me muestra el lado derecho) estaba mi abuelita*”. Me cuenta que ella fue criada por su abuela, entonces son las dos personas que más quiere en el mundo. Con algo de congoja me dice: “*Fue como si vinieran a buscarme*”. Me acerco más a ella, le tomo la mano y le pregunto: “*¿Y qué le pasa con eso?*” Me contesta con lágrimas en los ojos: “*Me gusta sentir que están cerca, porque sé que de esta no salgo*”. Le pregunto: “*¿Y hay algo que le falta Sra. Ana, o que le produce miedo?*” Me dice que no tiene miedo a la muerte, que ha vivido una vida buena y no le falta nada, pero lo que le da mucha pena es estar sola, tiene solamente a su sobrino que la va a cuidar, pero ella como mujer es pudorosa y le gustaría tener una mujer cerca para cuidarla y acompañarla. En este momento

rompe a llorar, tomo su mano y le hago cariño. Lloro por un largo rato de manera callada, y yo me quedo en silencio, muy conmovida y con ganas de abrazarla. Cuando termina de llorar nos quedamos un rato largo más en silencio, con las manos tomadas mirándonos a los ojos muy profundamente. Nuevamente, tengo la sensación que su ser completo estuviera contenido en sus ojos. Finalmente dice: “*Gracias mi niña*”. Me dice que está algo cansada y que le gustaría dormir. Así que nos despedimos y se queda tranquila con los ojos cerrados.

Séptima y Octava sesión

Al día siguiente paso a ver a la Sra. Ana nuevamente, pero la puerta de su habitación está cerrada. Al preguntar a la enfermera me dice que está en un procedimiento y además van a aprovechar de bañarla, así que estará ocupada como 30 minutos. Como no puedo esperar tanto, voy a ver a otros pacientes con la intención de volver, pero finalmente no alcanzo.

Recién puedo volver a verla como 10 días después, y está en otra unidad de hospitalizados. Al llegar le pregunto a la enfermera de turno cómo ha estado, y me cuenta que luego de estar con neumonía por una bacteria está mucho mejor, pero lo más difícil ha sido tramitar su alta hospitalaria, porque no podían ubicar al sobrino para que viniera a buscarla, y él es el único familiar que tiene que puede encargarse de ella. Por otro lado, costó encontrar un hogar de ancianos que pudiera recibirla y que asegurara que iba a recibir los cuidados paliativos de su consultorio. Me cuenta, además, que está con requerimiento de oxígeno por el tumor en el pulmón. Como estuvo con una bacteria sigue con indicación de aislamiento. En estas condiciones no puedo ingresar a la habitación con el violín, y el ingreso es con elementos de protección personal de bata, mascarilla y guantes, y debo permanecer a más de un metro de la paciente. Me visto con estos elementos y toco la puerta antes de entrar. En esta sección de hospitalización las habitaciones son individuales y bastante pequeñas. Al entrar veo la Sra. Ana en una posición semisentada en la cama, con una naricera para el oxígeno. Me mira y no sé si me reconoce o no, porque estoy sin el violín, y con los elementos de protección personal soy menos reconocible. Me acerco a ella y le digo. “¿*Hola Sra. Ana se acuerda de mí?*!” Me mira por un rato

fijamente a los ojos y exclama: “¡*Cómo me voy a olvidar de esos ojos!*” Está aún más enflaquecida, y en su rostro pequeño sus ojos algo hundidos se ven enormes, pero me mira con la misma fuerza de siempre. Respira con algo de dificultad. Al preguntarle cómo está, me cuenta que estuvo bastante mal, con neumonía, pero ya está saliendo, y está contenta porque ya le encontraron un hogar donde ir. Agrega: “*Queda cerquita de la plaza principal por si usted quiere ir a visitarme*”. Su sobrino ya está acá en Santiago, y ha hablado con sus doctores para preparar todo para su alta. Y lo mejor, es que ya puede comer un poco, y la nutricionista le dijo que mañana le iban a llevar un poco de pescado con puré, que es su comida favorita. Le celebro esta buena noticia y le cuento que a mí también me encanta el pescado con puré. Narra que cuando era joven le quedaba maravilloso este plato y le digo que hubiera dado cualquier cosa por haberlo probado. Está de buen ánimo, alegre, y nos reímos mucho como el primer día que nos conocimos. De pronto se acerca un poco hacia mí y dice: “*Ya no tengo miedo, no tengo nada de miedo, porque yo soy como un Pegasus, que abre sus alas y vuela alto muy alto y es libre*”, y hace un gesto delicado con su mano hacia arriba. Luego sigue conversando, me pregunta por mí, cómo he estado yo. En el medio de la conversación tocan la puerta y la enfermera se asoma para decirle que llegó su sobrino a verla. Le pregunto si le gustaría que yo tocara una canción fuera de la habitación, con la puerta entreabierta para que escuche. Le parece excelente idea. Antes de salir, nos tomamos una vez más de las manos y nos miramos a los ojos y me dice: “*Gracias mi niña por todo, nunca la voy a olvidar y que Dios la bendiga siempre*”. Le agradezco a ella también, por el tiempo compartido, por la suerte de haberla conocido. Me dice que quiere escuchar “Volver” y está contenta porque su sobrino va a poder escucharme también. Salgo de la habitación, está su sobrino esperando para entrar, me saluda y agradece, me comenta que la Sra. Ana le ha hablado de mí. Toco “Volver” muy cerca de su puerta entreabierta, y cuando termino la escucho aplaudir y agradecerme. Abro un poco la puerta para verla por última vez y nos tiramos besos con la mano.

Esa fue la última vez que la vi, ya que se fue de alta 3 días después al hogar en su pueblo. De acuerdo a los registros que pudimos ver en su ficha médica, falleció dos meses después.

Análisis del Caso

En esta sección analizaré el caso de la Sra. Ana desde la teoría del Análisis Existencial. En cuanto a lo antropológico, al tener cáncer y estar en una etapa de fin de vida, evidentemente la Sra. Ana tiene afectada la dimensión somática como base, entonces el trabajo de acompañamiento realizado con ella fue apuntando a la dimensión espiritual-personal. En este análisis se abordará el modo en que se manifiestan las estructuras existenciales en su afección en relación con cada motivación fundamental y lo que se intentó trabajar en ellas.

Primera Motivación de la Existencia: ¿Puedo ser/estar aquí?

Cuando conocí a la Sra. Ana, ella ya estaba con su diagnóstico de cáncer, y nunca fue un tema o una pregunta para ella el aceptarlo o por qué le pasó esto a ella. También tenía claro que los tratamientos que le estaban brindando eran paliativos, para entregarle el mayor confort posible en su últimos meses de vida, y en especial, para paliar su desnutrición severa.

La pregunta para la Sra. Ana sería ¿Puedo ser en estos últimos meses de vida con el cuidado que voy a tener? Como actividad personal había un aceptar en ella de su realidad, especialmente estando hospitalizada y bien atendida, ante lo cual expresaba gratitud. A pesar de las molestias físicas que tenía había un sentimiento de protección y sostén, referido al hecho de que ella sabía que el equipo médico estaba haciendo todo para que ella estuviera lo mejor posible. En este sentido tenía confianza y tranquilidad. En cuánto al dolor y las molestias físicas, tenía la capacidad de soportar, de ser capaz de sobreponerse a ellas, sabiendo que eran algo esperable. El espacio hospitalario, aunque entregue los cuidados necesarios es un lugar frío y desconocido para el paciente, sin embargo, la Sra. Ana ponía todo de su parte para estar con buen ánimo, adoptaba en palabras de Frankl valores actitudinales, entendidos como la posibilidad de trabajar en la conservación de la dignidad y de la integridad interior en situaciones que son inevitables (Längle, 2015).

Lo que le generaba angustia era lo que iba a pasar cuando le daban de alta, el temor ante su vulnerabilidad. La incertidumbre de cómo iba a ser cuidada le generaba inseguridad, siendo la pregunta para ella: ¿Podré ser cuidada con dignidad? ¿Podré ser con esta situación de vulnerabilidad? El expresar este temor y llorar fue como un dejar ser, un soltar, desarrollando una actitud aceptadora, permitiendo abrir un poder-ser aún con este temor. Nuestros encuentros y conversaciones, por muy cortos que fueran, generaron un espacio suficiente y de confianza para la Sra. Ana para dejarse ser con sus sentimientos. Hablar de ella, de su biografía, le abrió un espacio más amplio, y el soportar con ella en silencio sus dolores le entregó sostén, un espacio de encuentro con un otro y consigo misma, como en los recuerdos un espacio con sus seres queridos ya muertos.

Segunda Motivación de la Existencia: ¿Me gusta vivir?

La forma de conocer a la Sra. Ana, a través de la música del violín, abre, en su caso, un acceso al gustar. Le gusta la música, tiene un valor para ella, le produce alegría y disfrute. A la vez, le entrega calor al corazón que se refleja en sus mejillas que toman color con la emoción. Aún en las condiciones en que se encuentra, puede vivenciar sentimientos positivos a partir de la música, dando muestras de que su capacidad de apertura, relación y receptividad con la vida estaba intacta. Y estos sentimientos positivos le entregan fuerza y bienestar, la vivifican aún en el fin de vida.

La música, además, funciona como un puente que une, comienza con un escuchar y mirar activo, y luego, el ser tocado interiormente permitió una apertura para la cercanía. Hay un acercamiento físico, en mirarnos a los ojos con interés y calidez, sentir la piel y su temperatura al tomarnos las manos, hablar muy cerca para ser escuchada en susurros. En ello se fue generando una relación brindando tiempo y dedicación, que abarcó desde ayudar a la Sra. Ana a tomar su té hasta permanecer con ella en su llanto. En esta cercanía y tiempo la Sra. Ana pudo acercarse también a sí misma, a lo que le produce alegría, como recuerdos lindos de su vida, y también a lo que le produce sufrimiento, como la incertidumbre ante su alta hospitalaria. Pudo, en este sentido, hacer un duelo por la pérdida que

significa no tener una red de apoyo adecuada para su cuidado, lo cual era un valor vital para ella. Se permitió los sentimientos de pena, dejó fluir las lágrimas, manteniéndome yo con ella en esa pena, así como ayudándola a permanecer consigo misma. A pesar de la pena fue un momento de mucha intimidad y calidez, en el cual la Sra. Ana se dejó tocar y ser, fluyeron sus sentimientos y se puso en movimiento su sentir más profundo, al recordar e imaginar, donde había alegrías como también dolores o frustraciones, que al dejarlos ser, le brindan finalmente un sentimiento de valor por su vida, por lo vivido.

Tercera Motivación de la Existencia: ¿Me es permitido ser así?

En las intervenciones de musicoterapia a través de los conciertos de violín, busco acceder a la persona a través de la posibilidad de elegir una canción. En esta elección se vislumbra de inmediato algo singular y propio de la persona, ya sea un gusto personal o algo particular en relación a la canción, como una anécdota o un recuerdo. La persona también puede no querer elegir ninguna canción, lo cual también intuitivamente me entrega, igualmente, algo de información. En el contexto hospitalario los pacientes en general no pueden elegir nada, todo está muy estructurado y con horarios fijos: la entrega de medicamentos, los tratamientos, la alimentación, el aseo, las sesiones de kinesiología, la visita de los doctores y familiares. El paciente se encuentra desprovisto de muchas cosas que lo legitiman e identifiquen. Por eso, el hecho de poder elegir una canción, o no elegirla, es entregar la posibilidad al paciente, aunque sea por un momento, de decidir en libertad, con voluntad propia -una pequeña y la vez gran decisión personal-. Esto permite de alguna manera volver a entrar en contacto consigo mismo, y mostrarse con autenticidad. Y generalmente, la canción elegida puede ser como la punta de una hebra para acceder, tanto para el paciente como para mí, a algo singular, personal, y único de él o ella que lo delimita y diferencia de los demás. Aparecen aspectos de su biografía, recuerdos, y la manera particular en que son vividos.

La Sra. Ana desde el primer día solicitó un tango que refería a una vivencia propia, real, legítima, y de esta manera pudo mostrarse en su capacidad de construir fundamentos y percibir el sostén en sus orígenes, en la singularidad de su forma de

relacionarse y vincularse, en lo valioso para ella. En la segunda sesión en que la ayudé a tomar su té, hay una consideración y respeto a lo auténtico, permitiéndole ser así, cuando ella pese a ser muy prudente, se permite solicitar ayuda, es decir, se muestra en su imposibilidad, supera su inhibición, considera su deseo y puede ser frente a mí.

Cuando la Sra. Ana lloró ante el hecho de imaginarse no tener una mujer cercana para su cuidado, mostró la protección de su dignidad a través del pudor, dando cuenta del cuidado de sí y su autoestima.

Cuarta Motivación Fundamental: ¿Para qué es bueno que yo sea?

La Sra. Ana tenía claro su futuro, sabía que todos los tratamientos que recibía eran para entregarle comodidad en sus últimos meses de vida. En este sentido no había en ella algún tipo de resistencia, preguntas del tipo como: *¿Por qué tengo cáncer? ¿Por qué a mí?* Aceptaba, de buena manera, todo el tratamiento que le ofrecían, y la pregunta más bien a la cual estaba dedicada era *¿Qué hago con esto? ¿Cómo me tomo este tiempo que me queda? ¿Qué actitud tomo?*, mostrando que por breve que fuera aún había un futuro.

La Sra. Ana de esta manera no tomó un rol de víctima y estaba, dentro de sus posibilidades, en un rol más activo, propio del giro existencial. Dentro de su situación podía reconocer y participar de lo que era valioso para ella, entregando a este tiempo significado y sentido. Tenía una relación cercana con las enfermeras, los kinesiólogos, y en cuanto a la música a través del violín, se entregaba a valores vivenciales, reconociéndolos como bellos y únicos, disfrutándolo y dejando entibiar su corazón. El valor actitudinal de la Sra. Ana es lo más importante, ante la situación inevitable de su enfermedad y de su muerte, ella podía, a pesar de ello vivir cada momento, bueno y malo, de la mejor manera posible. Nunca conversamos concretamente si tenía miedo a la muerte, pero en nuestro último encuentro la frase que me dijo espontáneamente: *“Ya no tengo miedo porque soy como un Pegasus, que vuela libre y alto”*, percibí que fue como una manera de contarme que había enfrentado un temor y había podido sobreponerse a ello, mediante entregarse al futuro y su ineludible muerte, encontrando un sentido en retrospectiva de su pasado,

presente, y un sentido futuro, quizás con la esperanza de reencontrarse con sus seres queridos.

Discusión y conclusiones

La Fenomenología como actitud esencial

En el trabajo musicoterapéutico con pacientes hospitalizados, nunca se puede saber lo que va a ocurrir entre una sesión y otra con un paciente. Por un lado, de acuerdo al largo de los conciertos de violín y la cantidad de pacientes que debo atender individualmente, no es seguro si podré verlos una, dos o tres veces por semana, o si los volveré a ver una próxima vez. A esta situación se suma que muchas veces cuando se dispone de tiempo para un paciente, éste justo está en una intervención médica, un examen, trabajando con el kinesiólogo, o simplemente durmiendo después de una mala noche. Muchos pacientes están en una pieza compartida de dos o tres pacientes, y en esa situación en general invito a los otros pacientes a la sesión para que no se sientan excluidos y también para no invadirlos con el sonido, con el consentimiento del paciente que voy a atender en ese momento. En la sesión misma, puedo ser interrumpida en cualquier momento por una enfermera que tiene que dar un medicamento justo a esa hora, o por el doctor que hace el recorrido matutino por sus pacientes y no puede esperar a que yo termine. Nunca sé cuánto va a durar la sesión, y puedo dedicar entre 5 a 40 minutos para un paciente dependiendo de la situación y de mi tiempo que siempre es limitado.

En definitiva, prácticamente no existe ninguna condición mínima estable para mi trabajo, y cuando atiendo a un paciente más de una vez como la Sra. Ana, me encuentro cada vez con una situación nueva y diferente a la anterior. Lo único estable es la persona del paciente, en el momento en que me encuentro con él. Es bastante común que los pacientes se sienten tratados como tal, es decir como pacientes, enfermos, ya que están ahí por un diagnóstico y tratamiento oncológico, entonces de alguna manera el aspecto médico está en primer lugar. Es importante cumplir el tratamiento médico y controlar cualquier síntoma físico que vaya

apareciendo durante la hospitalización. Una vez, un paciente me comentó que lo que más le gustaba de mis intervenciones era que yo lo trataba como una “persona”, no como un “paciente”, y sentirse tratado como paciente empeoraba la sensación que tenía de su cáncer. Como dice Längle (2015) la persona está en lo singular, no en lo general, y desde este punto de vista de la diferenciación, la persona es un “individuo” que adquiere sus propias características y es inconfundible.

Además, los encuentros ocurren de manera espontánea a partir del concierto de violín, ni siquiera he mirado la ficha clínica del paciente, entonces no tengo ninguna información sobre su situación médica que me sesgue, lo que es una ventaja en este trabajo, ya que voy al encuentro con ningún saber previo, tal como lo exige la actitud fenomenológica. En general el paciente ni siquiera ha pedido ser atendido por mí, así que es una situación muy diferente a cuando un paciente pide ayuda espontáneamente.

Por esta razón es fundamental la actitud fenomenológica en el acompañamiento analítico existencial al paciente. Antes que nada, partir al encuentro con decisión, confianza, y absoluta entrega al momento, soportando con valor la incertidumbre en la que me encuentro. Luego, en vez de tener algo más o menos “planeado”, mi actuar procede del mirar, escuchar, y abrirme a la situación: *¿qué me llega de lo que veo y escucho?* Contemplo de manera concentrada y enfocada con todo mi ser, ya que no sé cuánto tiempo tendré. Hay sonido y silencio, el sonido del violín, el silencio del paciente al escuchar, mi silencio al escuchar al paciente, su voz al hablar. Este sonido y silencio crean un contrapunto con su mirada, sus gestos faciales, los movimientos de sus manos, en una especie de lenguaje único y particular que me habla, me interpela, me afecta. Al dejarme afectar se va formando un espacio “entre” donde surge el encuentro y fluye la comunicación, y en ese espacio puede ir apareciendo el paciente. Es tanta mi concentración en este momento que tengo la sensación que lo único que existe en el mundo es esta persona que está delante de mí, y en cada aspecto sensible, la voz, el calor de la mano, la mirada, está la totalidad de la persona. En este intercambio se produce, como dice Längle (2014) un “campo generativo” donde al mostrarse algo de parte del paciente, yo me abro, hay una resonancia, y se puede

formar un espacio donde se ubique lo esencial. Así como el paciente escucha el violín, sus sonidos y silencios, yo lo escucho a él, tanto sonido como silencio, y tiene la posibilidad de mostrarse en un espacio interpersonal de resonancias. Lo que recojo de este espacio me da información esencial del paciente y me muestra cómo seguir, si debo ayudar a la Sra. Ana a tomar su té, si debo ofrecerle otra canción, o si debo quedarme en silencio tomando su mano, todo esto siempre buscando la recepción y respuesta del paciente. Y así con cada encuentro, pequeño, de 10 minutos, 5 minutos, 20 minutos, vamos fortaleciendo este espacio a través de la entrega al momento, y la Sra. Ana va cada vez apareciendo más, hasta que puede expresar su mayor temor en esta etapa final de su vida.

De alguna manera tengo que estar siempre atenta a que aparezca la oportunidad de preguntar y llegar de alguna manera al último paso de la fenomenología, la deconstrucción. Muchas veces no alcanzo a llegar a comprobar lo percibido, pero también tengo la sensación que la resonancia de los sonidos y silencios de los encuentros pueden ayudar al paciente, y a mí, llegar a este lugar.

La Sra. Ana en una sesión lloró después de escuchar el violín, y al preguntarle por qué lloraba, me dio a entender que sabía que estaba muriendo, y pude preguntar qué le daba miedo, qué le faltaba. Esto ocurrió después de 6 sesiones, en que ya se había formado un espacio de confianza e intimidad. Pero muchas veces no tengo 6 sesiones con un paciente. Por eso es importante mantener siempre una actitud fenomenológica, mantenerse abierto, y cuestionarse en todo momento, sin dar ninguna instancia como segura o definitiva. Mirar al paciente en un constante devenir, en el cual cada momento puede entregar un nuevo conocimiento de él. *“Miramos, por lo tanto, vemos”* (Längle, 2014, pág. 74).

El Acompañamiento Analítico-Existencial

En el trabajo con la Sra. Ana hubo varios momentos en que en mi posición como terapeuta podría haber indagado y profundizado más. Por ejemplo, ¿quería ella realmente que le pusieran una prótesis esofágica para poder volver a comer? Muchas veces los pacientes son sometidos a intervenciones y sienten que no es tomado en cuenta su opinión al respecto. No supe si la Sra. Ana estaba de acuerdo

o no, pero por la naturaleza de nuestros encuentros, ni siquiera se me ocurrió preguntarle. Yo ofrecía música, y de alguna manera, todo lo que ocurría después partía de ella, de lo que ella mostraba, y con mucho respeto y flexibilidad yo intuía qué era importante preguntar o comentar. En el contexto, parecía que lo fundamental era simplemente *estar*, y con actitud serena y acogedora ayudarla a soportar su situación.

El acompañamiento analítico existencial en la praxis es diferente a la psicoterapia y la consultoría y posee aspectos de ambas. Permite cercanía con el paciente, pero al mismo tiempo en cuánto a la tarea toma parte de lo que ocurre, permaneciendo de modo adecuado en la situación. No está referido al trabajo de los recursos ni en la búsqueda de una solución, como la consultoría, pero puede trabajar en el nivel de la vivencia. Es interesante que el contexto hospitalario exige de parte del acompañante dejarse llevar también por todo lo que ocurre alrededor del paciente, en cuánto a las intervenciones e interrupciones a lo cual está sujeto. Algunas veces yo pensé en comentar algo más acerca de lo me mostraba la Sra. Ana, y no pude porque justo entraba alguien e interrumpía. Pareciera entonces que el acompañamiento es una práctica adecuada al contexto oncológico de fin de vida desde el Análisis Existencial.

Bosquejo de una Musicoterapia Analítica-Existencial

La Musicoterapia es una disciplina que utiliza el sonido como elemento central en el trabajo terapéutico con el paciente, y este uso puede tener distintas formas y niveles. Por ejemplo, se puede utilizar ciertos elementos musicales de manera planificada, como el ritmo y el tono, para trabajar en rehabilitación neurológica o con niños que están adaptándose a un implante coclear. En este caso, un ritmo o tono a través de la escucha de una canción estimula un movimiento corporal.

En musicoterapia grupal para niños con dificultades de inclusión escolar, juegos corporales con música e instrumentos pueden ayudar a formar un espacio de creación y colaboración colectiva. La musicoterapia es ampliamente difundida para niños con trastornos TEA al entregarles una posibilidad creativa y lúdica de

comunicación y expresión. También se puede utilizar ciertos tonos que tienen determinada frecuencia para producir efectos a nivel cerebral lo que se realiza en terapias de sonido o sonoterapia. Terapias receptivas humanistas basan su trabajo en la característica de la música de generar un afecto inmediato en el que escucha, sin mediar lo intelectual.

¿Cómo podría ser una musicoterapia analítico-existencial?

Algunas ideas podrían ser:

- ✓ La música como generadora de lo vital en lo rítmico, de calor en los tonos, como un puente para acceder y acercarse al paciente (2ª MF)
- ✓ La elección de la música como primera mirada a lo propio del paciente (3ª MF)
- ✓ Realizar un ejercicio de observación de la respiración durante la escucha musical para ayudar a encontrar sostén y abrir espacio interno (1ª MF)
- ✓ Movilizar la acción en el paciente a través del giro existencial, entendido como la posibilidad de vivenciarse como preguntado y tener la libertad y responsabilidad de dar una respuesta (Längle, 2015). Quizás a través de un ejercicio de musicoterapia activa, en que tanto paciente como terapeuta tocan un instrumento, se puede “preguntar” sonoramente al paciente pidiendo una respuesta, como ejercicio para activar el giro existencial. Este punto es fundamental para el paciente con cáncer, para encontrar un sentido a su situación. En el caso de la Sra. Ana, el superar su temor y sentirse como un “Pegasus” que va a volar libre puede tener que ver con el giro existencial, donde ella esboza su mejor respuesta ante la situación en que se encuentra y el inminente fin de su vida.
- ✓ Ir más allá del afecto espontáneo que se produce en el paciente con la escucha, para acercarse a una especie de “AEP musical”. El AEP es el modelo procesal del Análisis Existencial que es un método que aplica sistemáticamente aquellos elementos de la persona que son útiles para la elaboración de vivencias bloqueantes, agobiantes, que se sienten como ajenas (Längle, 2015). Es decir, la música produce el *imput* para generar una impresión, pero luego el AEP, permite elaborar el contenido que allí surge.

✓ La escucha misma puede producir en el paciente de manera natural el primer paso del AEP1, una emocionalidad primaria, y si es así provocar la emocionalidad integrada con las relaciones de valor con preguntas como: *¿Qué pasó al escuchar esta música? ¿Hay algún recuerdo? ¿Por qué le genera esta emoción?*

✓ Si no ocurre naturalmente una impresión, se puede levantar con preguntas como: *¿Qué siente al escuchar esta música que Ud. eligió? ¿Por qué eligió esta música?*

✓ De acuerdo a lo que surja avanzar en los pasos de evaluar y decidir del AEP2 para llevar a una toma de posición personal: *¿Cómo quiere manejar esto? ¿Qué le gustaría hacer?* Y conducir en lo posible a la expresión del AEP3: *¿Cómo puede realizar esto?* Con la Sra. Ana me faltó justamente llevarla a una toma de posición y expresión en cuánto a su temor de no ser cuidada por una mujer en su última etapa de la vida.

✓ Se podría volver a elegir otra canción para simbolizar la expresión (AEP3): *¿qué canción podría representar este acto?*

✓ En cuanto al trabajo en torno a la biografía musical para pacientes de fin de vida, no quedarse solamente con la elección de las canciones de momentos significativos de la vida, sino plantear preguntas que interpelan a la persona para acabar lo inconcluso, para comprenderse mejor a sí mismo y enfrentar lo doloroso y no procesado. *¿Qué representa esta canción? ¿Cómo fue en ese momento? ¿Cómo es hoy cuando hablas sobre eso? ¿Qué le movió entonces? ¿Hay algo más que quiera hacer al respecto o que le hubiese gustado?*

✓ Lo más importante me parece es, más allá de cómo utilizo el sonido y la música, interpelar a la persona.

Reflexiones finales

Nací en un hogar con un piano, y mi padre, ingeniero químico, llegaba del trabajo y se sentaba a tocar, y yo me acostaba de espaldas debajo del piano y con los ojos cerrados, sentía la vibración del sonido en mi cuerpo. Eran momentos de gran alegría en que intuía que la música no tenía que ver con lo terrenal y que tenía

un poder enorme. Comencé a estudiar piano a los 5 años, y luego violín a los 12 años, y desde entonces la música ha sido parte fundamental de mi vida. Ya siendo adulta, al querer trabajar con personas en el ámbito terapéutico, era un paso lógico una terapia donde la música y el sonido fueran el centro. Pero por distintas circunstancias de la vida, estudié musicoterapia al mismo tiempo que la consultoría en Análisis Existencial, pensando que podía ser un complemento interesante.

Siempre quise trabajar en el ámbito hospitalario y en fin de vida. Pude hacer mi práctica de musicoterapia en el Centro Oncológico Fundación Arturo López Pérez y finalmente ser contratada, inaugurando la musicoterapia en ese lugar. Pero ya con casi 8 años de labor, veo que en realidad la música no es el centro, sino que es la persona. Y puedo utilizar en mi trabajo el violín, la lira, el *steel drum* o música pregrabada, pero el instrumento más importante que voy a utilizar soy yo misma, con mi sentir, con mi apertura, con mi entrega. Poco me di cuenta en el momento de estudiar la consultoría en Análisis Existencial que no fue en realidad un complemento, sino más bien lo central en la manera de acercarme a mis pacientes. En el ámbito oncológico los pacientes sufren, viven incertidumbre, y han perdido tanto, y la música acompaña, alivia, consuela, estimula la expresión y el sentir, pero lo que más necesitan es alguien que pueda mirarlos a los ojos, sostener su mirada, dejarlos ser y quedarse a su lado. Lo que yo he intentado entregarles no es ni cercano a todo el aprendizaje y sentido profundo que ellos me han entregado a mí.



Foto de la última sesión de la Sra. Ana fuera de su habitación con la puerta abierta.

Referencias

- Asociación Chilena de Musicoterapia ACHIM <https://achim.cl>
- American Music Therapy Association AMTA <https://www.musictherapy.org>
- Cordeiro, Oliveira, Giudice, Fernandes, Oliveira. Definitions for palliative care, end-of-life and terminally ill. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2020; 9(2): 205-228
- Huda, Banda, Liu, Huang. Effects of Music Therapy on Spiritual Well-Being among Patients with Advanced Cancer in Palliative Care: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Seminars in Oncology Nursing Journals* 2023 Dec; 39(6): 151481, doi: 10.1016/j.soncn.2023.151481. Epub 2023 Aug 2.
- Fundación Arturo López Pérez (FALP) (2025). Modelo de Salud FALP. <https://www.falp.org/fundacion/modelo-de-salud-falp/>
- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Herder
- Längle, A. Intuir lo que mueve. Fenomenología en la práctica analítico-existencial. *Traducción de Längle, A (2007): Das Bewegende spüren, Phanomenologie in der (existenzanalyse) Praxis. In: Existenzanalyse 24, 2, 17-29.*
- Längle, A. (2009) Las motivaciones existenciales fundamentales. Piedras angulares de la existencia. *Revista de Psicología* Vol. 5 no. 10. Biblioteca digital de la Universidad Católica Argentina.
- Längle, A. (2008). *Vivir con Sentido*. Lumen. Buenos Aires.
- Längle, A. (2014). *Libro de Texto de Formación en Análisis Existencial (Logoterapia). Fundamentos*. Instituto Chileno de Análisis Existencial
- Längle, A. (2014). *Libro de Texto de Formación en Análisis Existencial (Logoterapia) Parte II. La 1ª Motivación Fundamental de la Existencia*. Instituto Chileno de Análisis Existencial.
- Längle, A. (2014). *Libro de Texto de Formación en Análisis Existencial. La 2ª Motivación Fundamental de la Existencia*. Instituto Chileno de Análisis Existencial.
- Längle, A. (2015). *Libro de Texto de Formación en Análisis Existencial. La 3ª Motivación Fundamental de la Existencia*. Instituto Chileno de Análisis Existencial.

Länge, A. (2015). Libro de Texto de Formación en Análisis Existencial. La 4ª Motivación Fundamental de la Existencia. Instituto Chileno de Análisis Existencial.

Länge, A. (2016). Libro de Texto de Formación en Análisis Existencial. Fundamentos para la práctica de la Consultoría y la Psicoterapia. Instituto Chileno de Análisis Existencial.

Miranda, Hazard, Miranda. La música como una herramienta terapéutica en medicina. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2017; 55 (4): 266-277.

Wigram, Pederson, Bonde, 2005. Guía completa de musicoterapia. Agruparte, España.