



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología

Licenciatura en Musicoterapia

***CREATIVIDAD CLÍNICA:***

***Intervenciones estratégicas de Musicoterapia en adultos mayores con diagnóstico de demencia en una institución dedicada a la Rehabilitación Neurológica***

Lis Favro

2017

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología

Licenciatura en Musicoterapia

Tesis de grado:

**CREATIVIDAD CLÍNICA**

*Intervenciones estratégicas de Musicoterapia en adultos mayores con diagnóstico de demencia en una institución dedicada a la Rehabilitación Neurológica*

Ponente de tesis:

Lis Favro

Tutor de tesis:

Lic. Iván Fernández

Co-tutor de tesis:

Ps. Alejandro Zingale

Título a obtener:

Licenciatura en Musicoterapia

Rosario

2017

# ÍNDICE

Introducción	4
<b>CAPÍTULO I</b>	
Situación problemática	8
Objetivos y propósitos	13
Diseño metodológico	14
Estado del arte	17
<b>CAPÍTULO II</b>	
Patologías diagnósticas	21
Consideraciones Musicoterapéuticas	24
- Musicoterapia y Rehabilitación Neurológica	25
- Musicoterapia y entrenamiento	27
- Musicoterapia y memoria musical	30
- Paciente y terapeuta	31
Lo creativo de las intervenciones estratégicas	34
<b>CAPÍTULO III</b>	
Organigrama institucional	38
Organigrama departamental	39
<b>CAPÍTULO IV</b>	
Intervenciones estratégicas	45
Producción Musical	46
Escucha	67
Aspectos favorables de las intervenciones	77
<b>CAPÍTULO V</b>	
Reflexiones finales	80
<b>ANEXOS</b>	
Redes conceptuales	83
Referencias bibliográficas	93
Agradecimientos	96

# INTRODUCCIÓN

“Podrá suceder que volváis a vuestra tesis incluso decenas de años más tarde.

Pues habrá sido como vuestro primer amor y os resultará difícil olvidarla.”

(Eco, 1989, p253)

El escrito que se ha de vislumbrar a lo largo de estas páginas tiende a formalizar algunas cuestiones que se suceden como conflictivas en diversos roles en los que, quien escribe, llega a transitar como futuro profesional de la salud: el de estudiante, el de creador de un proyecto, el del modificador de proyectos ya existentes (por nuevos contenidos, por nuevos posicionamientos teóricos, prácticos, clínicos), el del teorizador de la práctica.

En instancias académicas y al encontrarse con asignaturas específicas de la carrera - Licenciatura en Musicoterapia-, no es de extrañar el verse involucrado en la creación de un proyecto para alguna institución (pensando en la concreción de éstos como tales, o bien, como cierre de la asignatura). En ellos se incluyen los recursos materiales y humanos, objetivos, el porqué de este, la pretensión del terapeuta, entre otros.

En una nueva instancia, la etapa laboral, los elementos antes mencionados se combinan –pudiendo prescindirse en ocasiones de la escritura del proyecto, aunque no de este como tal. Un proyecto (propio o ajeno) en una institución podría considerarse un modo de organizar el hacer: clínico y ético (en el espacio terapéutico, en la toma de decisiones en un tratamiento, en la convivencia con otros profesionales, en las jerarquías institucionales).

No se profundizará en lo que respecta a la escritura o formalidad de un proyecto en sí, sino en la expresión (escrita o verbalizada) de la práctica diaria. La tecnicidad del lenguaje a implementar mientras se planifica el hacer, cuestionar o sugerir un tratamiento y hasta informar una evolución.

Considerar la duda por sobre la certeza en cada propuesta o intervención, analizando constantemente variables tales como la eficacia, el momento clínico y la persona que requiere de tal terapéutica. La convivencia entre la terminología técnica, la sensibilidad de la materia musical y la singularidad de quien padece. Reflexionar sobre el concepto de *la verdad* en intervenciones, su funcionalidad con respecto a un otro y su pretensión como no universal serán la guía para desarrollar el trabajo a continuación.

Puede resultar desafiante, quizás por falta de entrenamiento en la escritura, la exposición de lo aprendido, comprendido, leído, creado, descubierto. Allí emergen interrogantes que cuestionan lo cotidiano de la actividad en la que se desarrolla quien escribe. Ni en la mismísima soledad del consultorio (que nunca llega a ser tal) se encuentran indicaciones de cómo resolver estos cuestionamientos teóricos, siempre hay alguien más a quien comunicar: un familiar de un paciente, un docente, un colega, un directivo, alguien interesado, una persona que posicione a quien comunica en un lugar paradójico de *escucha a sí mismo*.

Tener en claro las singularidades de cada persona, su complejidad, sus déficits y potencialidades a partir del trabajo en cierta frecuencia regular, pretenderá en cualquier caso la eficacia en el tratamiento, complemento esencial para una buena evolución del mismo. Esta investigación tendrá como propósito entonces asimilar aspectos clínicos y terapéuticos (intervenciones estratégicas de Musicoterapia en una población determinada) con aquello que concierne a la formalización de la profesión desde una perspectiva personal y constituida en un lapso de tiempo prudente (Noviembre 2013 - Marzo 2017) en una institución relacionada al ámbito de la Rehabilitación Neurológica en la ciudad de Rosario.

La organización del trabajo de investigación es tradicional en general, mostrando el entrecruzamiento constante del contenido teórico recabado, la formación académica y la práctica en el ámbito laboral; encontrando así su fortaleza en la producción y desarrollo del hacer clínico de Musicoterapia en un campo específico: el de la Rehabilitación Neurológica en adultos mayores con diagnóstico de demencia.

Acompañan al texto escrito diversas *redes conceptuales*, que tendrán la intención de adelantar un panorama en cada caso. Las mismas serán de apoyo visual en la presentación (defensa oral).

*Capítulo I:* a modo de apertura, la descripción de la problemática, la temática de interés a investigar, objetivos (generales, específicos y propósitos), el diseño metodológico utilizado y el estado del arte de la problemática.

*Capítulo II:* el entrecruzamiento entre las concepciones teóricas tanto médicas (diagnósticas), como del orden musicoterapéutico y la construcción de conceptos hacen al marco teórico de la investigación.

*Capítulo III:* el organigrama institucional y el departamental facilitan la comprensión del contexto al cual se circunscribe la investigación.

*Capítulo IV:* la formalización de la experiencia es organizada de la misma manera en cada uno de los ítems a abordar: descripción de la intervención, objetivos, variantes, caso clínico para ejemplificar su implementación y aquello que resulte estratégico.

*Capítulo V:* la proyección de las reflexiones será clave para, de alguna manera, concretar con un posicionamiento ante la temática de investigación seleccionada.

# **CAPÍTULO I**

*Problemática. Objetivos y propósitos. Diseño metodológico. Estado del arte.*

# SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

*Red conceptual. Situación problemática.*

En un intento de realizar una conversión por tiempo limitado en investigador, es que, quien escribe, elige un tema que resulte de interés y aporte novedad.

Redactar la situación problemática de esta investigación como tal, arroja un resultado inesperado y en honor a Snicket (1999): *Una serie de eventos, [por momentos] desafortunados*. Sin ser necesariamente cada uno de ellos una temática a investigar, son en sí, consecuentes. Es relevante poder mencionar la situación de origen más reciente en aspecto temporal como aquella que tienda a ser abordada en el desarrollo del escrito principalmente. Si bien son problemáticas surgidas en un contexto laboral, es la última de ellas la que se materializa como un problema a investigar.

A continuación comenzará a vislumbrarse la gestación del interrogante principal de la investigación. No hubiera surgido, quizás, sin haber transitado quien escribe por diferentes momentos de crisis (como profesional, como profesional a cargo de un departamento, como profesional en una institución, como profesional joven...).

*Sobre la pertinencia de utilizar la primera persona en la escritura:*

A pesar de no ser adherente al uso de ésta en escritos formales (en contraposición a la informalidad de una conversación ordinaria), es necesario poder expresarlo así: en la primera persona del singular.

Estos eventos -desafortunados- hicieron que sea posible llegar a una situación problemática de veras, quitándole magnitud a las anteriores por cuestiones comparativas. Estos acaecimientos tienen tal carácter de infortuna por la percepción misma de quien los enfrentó y no porque su naturaleza así lo indique.

*Eventos inaugurales*

En el mes de Septiembre de 2013 surge la posibilidad de comenzar a formar parte de un equipo en una institución (que para ese entonces recientemente abría sus puertas en la ciudad de Rosario con sede principal en la ciudad de Buenos Aires) dedicada al



tratamiento de personas que padecen enfermedades neurodegenerativas, trastornos del neurodesarrollo, accidentes cerebrovasculares, traumatismos de cráneo, entre otros. *¡Todo un desafío!* Si apenas alcanzaba a distinguir una patología de otra. A pesar que esa ignorancia -por desconocimiento- me acobardaba, la necesidad de generar un cambio en mi día a día, se volvía inminente.

Me gustaría poder abrir un paréntesis y hacer un breve enunciado del tipo de instituciones en las que se concentran los espacios terapéuticos (de Musicoterapia) en la ciudad de Rosario: instituciones geriátricas/gerontológicas, Centros de Día (discapacidad), Centros Educativos Terapéuticos (discapacidad) principalmente. Con seguridad la excepción a la regla emerge en forma de consultorios particulares, intervenciones escolares, cargos en instituciones estatales, instituciones dedicadas a la Neuro-rehabilitación. Dada la condición de excepcional, existen mínimas -aunque no nulas- posibilidades de llevar adelante una práctica en un ámbito por fuera de los habituales. Es esa condición la que también deja carente aspectos literarios académicos o vivenciales (por experiencia) de un accionar conforme a especialidades.

Resulta importante poder mencionarlo ya que es a partir de este ínfimo porcentaje de Musicoterapeutas vinculados a la rehabilitación neurológica que un área de interés desconocido en la ciudad de Rosario comienza a desarrollarse con cierta formalidad. *¡He aquí el origen de la aventura hacia lo incierto!* (y errabundo).

Considerando que el modelo institucional tiene sus bases en la Ciudad de Buenos Aires, los directivos deciden que se realicen rotaciones en tal institución. Aunque probablemente jornadas completas durante un mes no dejarían más que un panorama de cómo podría, en el mejor de los casos, llevar las riendas de un Departamento de Musicoterapia.

*¡Cuánto se desdibuja el trabajo clínico entre tanto preámbulo!* Era lógico, si apenas llevaba días de su inauguración, no había población con la cual trabajar aún.

En ese proceso de pasantías antes referenciado es que me dedico a observar plenamente: consultorios, detalles del momento previo a la atención de pacientes, sesiones de todo tipo (con uno, dos, tres, seis pacientes), reuniones de equipo y departamentales, investigación y toda aquella actividad desarrollada allí.

Otro evento (infausto, por cierto), se engendra como tal, en el preciso instante en el que se me da a conocer el espacio físico en el cual me desempeñaría en la ciudad de Rosario. Un habitáculo sin grandes dimensiones, cuadros decorando las paredes, **y no más.**

Con el acuerdo de quien dirigía el departamento análogo en la ciudad de Buenos Aires y la dirección de la sede en Rosario, se invierte en parte del material necesario: instrumentos musicales, aislantes. Y oportunamente “abrir” agenda...

Los horarios no tardaron en ocuparse. Quienes por la institución transitaban (pacientes, profesionales, administrativos, directivos) comenzaron a saber un poco más de esta profesión tan novedosa en la ciudad en cuestiones de rehabilitación neurológica. *¿Qué haces vos ahí?*, me preguntaban, tanto así como mi nombre de pila.

Con el transcurrir de los meses, una cuota de seguridad en uno (amor propio) y la práctica clínica, lecturas (de casos clínicos, papers), horas de estudio dedicadas a la ejecución instrumental, entre otras, se logra cierta consolidación en el marco institucional: el servicio de Musicoterapia está incluido en casi todos los tratamientos.

El flujo de personas aumenta de forma considerable, por consiguiente la cantidad de horas de atención. Otro profesional del área debe incorporarse. He aquí, donde comienza mi proceso de metamorfosis que me lleva de ser Musicoterapeuta en una institución (particular) a Jefe del Departamento de Musicoterapia de la misma. Una especie de Gregorio Samsa (Kafka, 2005) de la Musicoterapia.

No es sólo un cambio en el rango, sino una cuestión que por diferentes motivos se jerarquiza y se colma de responsabilidades (que traté de minimizar inicialmente): atender inquietudes de cada profesional del área y de la institución, asistir a reuniones varias, atender pacientes (con toda la preocupación que eso me generaba) y, aunque no menos importante, plantear una línea de trabajo departamental que se subordine a la institucional...

#### *La situación problemática, eventual consecuencia*

Si todo lo anterior parecían problemas, nada se compara con esta última instancia. Lo interesante de enfrentarse a estas mal llamadas adversidades es la capacidad que se adquiere para poder resolverlas, sin desfallecer en el intento.

Como se enunció inicialmente, la institución se dedica a tratar pacientes con diversidad de patologías diagnósticas (siempre alguna), resultando los diagnósticos, por una cuestión de trabajo en conjunto con los demás profesionales (de áreas diversas) y de convicción, útiles para abordar el tratamiento de quien padece.

Yo no sabía de diagnósticos, menos, mi lugar en el tratamiento. *¡La inseguridad!* (y el realismo). Dos golpes bajos.

En un intercambio con quien me supervisaba en ese momento, sus palabras fueron determinantes en el futuro: “Nadie va a creer en algo que vos no estés convencida”. *¡Sucumbo!*, al confirmar saber tanto del ser Musicoterapeuta en una institución de tales características como de etiología.

A pesar de asemejarse al apocalipsis de mi vida profesional, fue solo un estruendo inicial que hizo rotar piezas que parecían inamovibles. Las respuestas estaban escritas en diferentes investigaciones, publicaciones, libros -que hasta el momento no había leído, en el bagaje teórico de la profesión. Estudiar, leer, actualizar contenidos y esa cantidad de actividades que realizan, o debieran realizar, comúnmente los que con la salud se involucran.

Lamentablemente, o por fortuna (la contradicción), en ningún lugar se había dedicado un apartado que responda a un requerimiento específico en el contexto de una institución especializada en rehabilitación neurológica: *¿Cómo puede la Musicoterapia intervenir en el tratamiento de quien transita un proceso de demencia?*

Poder encontrar aspectos comunes a trabajar con la población elegida en torno a un diagnóstico concreto. Desarrollar formas de intervenir, explicar su modo de acción o bien, el para qué de estas, teniendo en cuenta lo ya utilizado por otros profesionales a nivel mundial y la ausencia de bibliografía regional sobre la temática. Sin querer hacer un manual de Musicoterapia con plantillas de aplicación unidireccional en un campo específico, sino apelando a la experiencia en el ámbito en un lugar determinado y la variabilidad infinita de posibilidades clínicas, en vías de creación de nuevas formas de intervenir a partir de las ya exploradas.

Es de ayuda al intentar cerrar la cuestión:

Cuando se habla de «descubrimiento», especialmente en humanidades, no se

trata de inventos revolucionarios como el descubrimiento de la escisión del átomo, la teoría de la relatividad o un medicamento que cure el cáncer: también puede haber descubrimientos modestos, y se considera «científico» incluso un nuevo modo de leer y comprender un texto clásico. (Subrayado por el autor) (Eco, 1982, p16)

# OBJETIVOS Y PROPÓSITOS

Esta propuesta investigativa recupera lo planteado por Achilli (2005, p50) en “Investigar en Antropología Social”, en su distinción analítica entre objetivos y propósitos de la investigación.

Por objetivos se entiende aquello que pretende conocer la investigación, mientras que los propósitos refieren al para qué de ese conocimiento.

## **Objetivo general**

- Describir y analizar las intervenciones estratégicas de Musicoterapia en adultos mayores con diagnóstico de demencias realizadas en una institución dedicada a la Neurorehabilitación en la ciudad de Rosario

## **Objetivos específicos**

- Distinguir las diferentes intervenciones estratégicas Musicoterapéuticas identificando objetivos, variantes y casos clínicos en cada una de ellas realizadas en una institución dedicada a la Neurorehabilitación en la ciudad de Rosario
- Describir el rol del profesional en torno a la dinámica institucional y departamental de la institución en la cual se inscriben dichas estrategias

## **Propósitos**

No es en vano cuestionar el posicionamiento del investigador en torno a los propósitos que la investigación tenga. Si bien se investiga por una demanda académica para la obtención de un título de grado, también fue necesario realizar esta organización investigativa pensando en la coordinación de un departamento de Musicoterapia en una institución en particular. Razón por la cual resulta importante hacer mención de los propósitos del conocimiento. Los mismos guardan absoluta relación con el posicionamiento profesional en una institución y con los requerimientos del proceso de investigación.

- Identificar los aportes de la Musicoterapia para el abordaje de demencias, pensando en Neurorehabilitación
- Brindar herramientas que posibiliten tipos de intervención en un área específica.

## DISEÑO METODOLÓGICO

¿Cómo conceptualizar la metodología en una investigación? Souza Minayo (2004, p20) confirma que es el camino e instrumental propio de abordaje de la realidad. Esta premisa habilita entonces a asimilar aspectos expuestos por autores dedicados a la temática, para así organizar aquello que es considerado como el propio proceso de desarrollo de las cosas: el alma del contenido. El lector podrá encontrarse a continuación con el enfoque elegido, el tipo de diseño, metodología utilizada para la obtención de datos, criterios de registro y materiales.

La presente es una investigación de enfoque cualitativo, la cual responde al tipo *investigación-acción práctica* (Sampieri, 2006, p708). Este modelo estudia prácticas locales, involucrando indagación individual o en equipo, centrando su desarrollo en los participantes e implementando un plan de acción. Como finalidad se pretende resolver un problema cotidiano e inmediato, como en este caso es analizar los modos de intervenir estratégicos de Musicoterapia en adultos mayores con diagnóstico de demencia en un lugar determinado. Puede expresarse en pocas palabras el tipo de diseño elegido: “Se investiga al mismo tiempo que se interviene” (León y Montero en Sampieri, 2006, p706)

Se incursionó en aquellos aspectos teóricos que otras disciplinas y distintos posicionamientos de Musicoterapia, elaboraron, para así involucrar en un proceso activo de mantención, modificación, y reformulación de éstos. Permitiendo pensar en la transformación constante del objeto de estudio: para un futuro cercano, para *aggiornarse* ante cada descubrimiento o ante cada lector (o terapeuta).

Los datos, analizados descriptivamente, se obtuvieron del contexto laboral en el que, quien escribe es terapeuta, por ende se circunscriben a una práctica profesional. La institución responde al marco de la rehabilitación neurológica en la ciudad de Rosario. Se tomó un período de tiempo que abarca desde Agosto 2013 hasta Marzo 2017.

Los pacientes que participaron de las diferentes sesiones en el área de Musicoterapia fueron inicialmente admitidos por un médico neurólogo especialista en memoria y conducta, luego se les fue suministrado un programa de evaluaciones que incluye la de Musicoterapia.

Quien llevó a cabo las sesiones de Musicoterapia realizó los siguientes registros escritos:

- *evaluación*: es la primera consulta con un profesional del área de Musicoterapia, donde se obtiene información sobre la persona, sus intereses y capacidad de desempeño al momento
- *informes diarios*: data que proviene de lo realizado en el día y el rendimiento individual de cada paciente; estos son registros personales
- *informes mensuales*: hacen a la evolución durante el mes de cada uno de los que ya concurren al programa de rehabilitación institucional; estos son registros para la historia clínica del paciente

La institución elegida brinda un espacio físico determinado para el área de Musicoterapia. El mismo es una sala acustizada de uso exclusivo por el tipo de materiales que se encuentran allí: instrumentos musicales armónico-melódicos (piano, guitarra), membranófonos e idiófonos percutidos, sacudidos y raspados, shaker, instrumentos a percudir. Además de materiales para la reproducción de sonido (altavoz portátil), lectura de partituras, aplicaciones y registro (iPad).

En lo que respecta a la producción de conocimiento a partir de la experiencia se organizó en forma de intervenciones estratégicas. Estas se constituyen analíticamente compartiendo una misma lógica descriptiva, utilizando puntos en común estableciendo diferencias enunciadas desde la distinción y singularidad estratégica en cada una.

Teniendo en cuenta la información obtenida en registros escritos, la incursión en bibliografía y la creatividad clínica, se definieron una serie de intervenciones para ser utilizadas en el tratamiento de aquellos adultos mayores diagnosticados con demencia.

Es elaborada la planificación de las diversas intervenciones (temática principal de la investigación), considerando conocimientos sobre la patología a tratar y el desarrollo en el campo de acción profesional. Se realizan modificaciones sobre el plan de acción de acuerdo a las necesidades del momento clínico y la actualización de contenidos.

Como la propuesta metodológica así lo sugiere, al finalizar la implementación de un plan de trabajo (las intervenciones), se evaluaron, conduciendo así a un ciclo de

retroalimentación que implicó más y nuevos ajustes a cada intervención, adecuándose a las contingencias.



# ESTADO DEL ARTE

Al revisar la literatura en torno a la temática elegida es posible encontrarse con varias líneas de trabajo en Musicoterapia reconocidas mundialmente, que han propiciado aportes al tratamiento de pacientes con demencia. Entre ellas se encuentran los modelos de: Tomaino (2000), Ansdell (1995), Aldridge (2000), Pollack & Namazi (1992), entre otros.

Algunos de estos lineamientos sugieren un abordaje ligado a la improvisación principalmente, otros vinculan aspectos del orden de lo receptivo, y en otros casos es factible visualizar una labor sostenida en la ejecución en vivo de aquello que resulte familiar para el paciente. Estas formas de acceder a la clínica en Musicoterapia son utilizadas para el tratamiento de pacientes con patologías diversas, incluidas las demencias. En cada una de ellas hay estudios de casos, cuantitativos, que comprueban beneficios de las mismas.

Las líneas de formación y especialización en Musicoterapia no son las técnicas en sí, sino una fundamentación desde perspectivas diversas, encontrando su validez en cada terapeuta, su especialidad, su funcionalidad y su modo de proceder clínico.

Gran número de técnicas se encuentran desarrolladas por autores específicos a lo largo de la historia de la Musicoterapia.

En lo expresado por diferentes autores en “Handbook of Neurologic Music Therapy” (Thaut, 2014) pueden observarse variedad de modalidades protocolizadas llevadas a cabo por un profesional calificado. Cada una de estas propuestas contienen un desarrollo y un terapeuta (musicoterapeuta) puede utilizarlas si realiza la formación específica.

La autora (Ridder, 2003, p30) que aúna algunos aspectos de la literatura en torno a la Musicoterapia y sus técnicas, propone una tabla de implementación de las mismas, la denomina “Técnicas de la Musicoterapia”.

Techniques of music therapy	Live music (Mt plays)	Taped music	Instrument playing (pp)	A cappella singing	Structured programme	Structured framework	Open area	Closed group	Open group	Individual
Background music		X					X	X		
Music listening		X								X
Music & movement	X	x		X	X			X		
Music-remembrance	x	X		x	X			X		
Music-stimulation	X	x	X		X	X		X		
MTC/music therapeutic care				X		X				X
Play-along		X	X				X		X	
Sing-along	X				X	X	X		X	
Social dancing, folk dancing	X	x		x	X	X	x	X	x	
Stress reduction	x	X	x	x	X	X		X		
Therapeutic improvisation	X	x	X	x		X		X		X
Therapeutic singing				X		X				X
Vibroacoustic therapy		X				X				X
Vibrotactile stimulation	X		X	X			X			

Recuperado de Ridder, H. (2003) *Singing dialogue*. Aalborg Universitet, p 30.

Reminiscencia musical, estimulación musical, MTC (cuidado musicoterapéutico), ejecución instrumental, canto, danzas folklóricas, improvisación terapéutica, canto terapéutico, musicoterapia vibro acústica y estimulación vibro táctil conforman la revisión. En esta, producto del análisis de cada una de las modalidades con respectivas aplicaciones, es posible encontrarse con sugerencias de utilización. Es una clasificación en la cual se administran cada una de las técnicas, siendo recomendadas por la literatura como para sesiones grupales (abiertas y cerradas), sesiones uno a uno, ejecución, programas estructurados y escucha.

Desde las fuentes relevadas en torno al tratamiento de demencias puede uno encontrarse con diferentes fases en las que conforman un común acuerdo sin importar su proveniencia.

En las propuestas literarias investigadas, las fases se distinguen en evaluación (evidencia e información del paciente), regulación (cambios en comportamientos anímicos), estimulación (habilidades cognitivas, aspectos del lenguaje y movilidad física) y comunicación (interacción con otros). Las solicitudes institucionales en torno al tratamiento y la conformación departamental adhieren a esta modalidad, aunque no necesariamente se prescriba a tales nomenclaturas.

Ajustando esta visión a los requerimientos institucionales (incluidos los departamentales) y las necesidades de quienes concurren se cree en aspectos técnicos como organizadores de la práctica. Sin desprestigiar aquello que ya se implementa, sino tomando como condición para producir nuevas modalidades o bien, adaptar las existentes a las necesidades de los tiempos que corren y la singularidad de quien asiste.

Lo interesante de investigaciones halladas y bibliografía consultada resulta de la nomenclatura de éstas: **técnicas** (de Musicoterapia). Propiciando entonces un cambio en el posicionamiento del enunciado para la investigación presente, en función de recrear un panorama completamente diferente. Posibles **intervenciones** (estratégicas de Musicoterapia) que, sin lugar a dudas tomen lo ya realizado o por lo menos algunos de los aspectos planteados en torno a la ejecución, la improvisación, el movimiento: elementos de la música, utilizados con fines terapéuticos en quienes transitan un proceso de demencia, de manera creativa.

Según Ridder, una técnica en Musicoterapia es una forma de proceder específica que media entre la implementación terapéutica y actividades de entretenimiento. Desde una perspectiva más singular que sostiene la investigación en sí, se considera que el concepto técnica bien podría utilizarse al modo en el cual el profesional ejecute un instrumento musical, por ejemplo, el cambio de dedos al realizar una escala ascendente o descendente en el piano es un aspecto técnico. No siendo entonces, una técnica aquello que en el ámbito terapéutico el profesional haga con el/los paciente/es, no existe allí un conjunto de procedimientos, sino intervenciones estratégicas que combinen el emergente del momento clínico, la habilidad técnica del terapeuta, la necesidad de quien concurre y su singularidad. Son estratégicas, porque consideran diversidad de variables que a una técnica en sí le exceden.

## **CAPÍTULO II**

*Marco teórico. Demencias. Creatividad.*

*Musicoterapia.*

# PATOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS

*Red conceptual. Patologías diagnósticas.*

Al seleccionarse un tipo de población con una problemática específica: adultos mayores transitando procesos demenciales, resulta conveniente mencionar las características principales de las patologías diagnósticas a tratar. No teniendo como meta la re-conceptualización o problematización de estas, sino mencionar el modo de identificar este tipo de cuadros clínicos.

Tal como en otro momento del escrito se enuncia, el poder reconocer momentos diagnósticos fue un giro epistemológico para quien escribe y una demanda institucional e interdisciplinaria (de todas las áreas tratantes en la institución).

Es utilizado este conocimiento, el de las patologías y sus características, para ampliar las posibilidades clínicas en el tratamiento. A pesar de utilizar una nomenclatura común (médica) para referirse a la diversidad sintomatológica en torno a las demencias, ninguna de estas clausurará la singularidad de quien padece. Se hace inevitable pensar en la combinación, el entrecruzamiento, de aquellas premisas clínicas, la historia de la persona, sus intereses, su potencial, habilidades, destrezas, reconocimiento del propio déficit, resultando insostenible la noción absoluta de un diagnóstico como determinante.

A continuación se relevarán aproximaciones que hacen a las entidades diagnósticas abordadas haciendo una revisión literaria, considerando tres artículos principales que fueron esclarecedores en la investigación:

- 1) *Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer.* Artículo de Revista Científica. (Robles, Del Ser, Alom y otros, 2002)
- 2) *Factores predictores de conversión en deterioro cognitivo leve.* Artículo de Revista Científica. (Serrano, Taragano, Allegri y otros, 2007)
- 3) *Singing Dialogue: Music therapy with persons in advanced stages of dementia.: A case study research design.* Tesis Doctoral. (Ridder, 2003)

No obstante la información se seleccionó en torno a la pertinencia con la investigación,

no priorizando así datos que merecen ser analizados por especialistas en el tema.

Parafraseando a Robles, Del Ser, Alom y otros (2002, p18), se estima como entidad diagnóstica más común (o quizás más reconocida) entre las demencias, la Enfermedad de Alzheimer. Aunque existen otros -subtipos de demencias- como la demencia vascular, demencia frontotemporal o demencia por cuerpos de Lewy.

El proceso de enfermedad comienza mucho antes que aparezcan las manifestaciones clínicas, resultando así un diagnóstico en una fase tardía. Dada esta circunstancia es conveniente poder distinguir fases iniciales, instancias en las que muchas personas realizan una consulta neurológica. Siendo los “olvidos” el principal motivo de consulta. Se realizarán algunas distinciones básicas de: Demencias en términos generales y Deterioro Cognitivo (DC); por ser las de mayor predominancia en el abordaje clínico.

El hecho que una persona se vea afectada en actividades sociales (medio sociocultural) y ocupacionales de la vida diaria (actividades instrumentales y básicas) es una condición fundamental para establecer el diagnóstico de demencia.

Para cumplir con los criterios se debe presentar la siguiente sintomatología (Ridder, 2003, p22):

- Amnesia: olvidos de corto (reciente) y largo plazo (pasado).
- Apraxias: alteración en la secuenciación de movimientos coordinados con función específica, por ejemplo, vestirse.
- Afasia: pérdida de habilidades lingüísticas (dialógica degenerativa), ya sea por el habla o escritura. Por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer es asociada comúnmente a las anomias dificultando el hallazgo de palabras y de nombres.
- Agnosias: fallas en la capacidad de reconocimiento de lo previamente aprendido o de aprender algo nuevo, entre ellos objetos, funciones y personas.

Estas alteraciones deben ser comprobables por un informante (familiar, por ejemplo) o exámenes sucesivos; persistentes por semanas o meses y objetivables en la evaluación del área de Neuropsicología (incluye batería de *tests* aplicables con mediciones determinantes).

Las demencias muestran, además de los déficits neurológicos, síntomas conductuales y psicológicos tales como: agitación, psicosis, paranoia, alucinaciones, agresiones,

hiperactividad y depresión. Los mismos, son insuficientes en cuanto a problemas de salud refiere, como para ser características puras en el diagnóstico. (Ridder, 2003, p23)

El Deterioro Cognitivo (DC) se caracteriza por una declinación cognitiva mayor a la esperada para edad, aunque no es esto un criterio suficiente para ser una demencia debido a diferencias en valores establecidos en la evaluación neuropsicológica. Quien padece DC tiene recursos compensadores de su déficit, sin comprometer su vida cotidiana y con plena conciencia de ello. Para ser relevado como tal, precisa de algunos meses desde su inicio, pudiendo ser transitorio, reversible o progresivo (derivando en una demencia propiamente). Estadísticamente, en estudios realizados en los últimos años, el DC afecta al 25% de las personas mayores de 60 años. De estos casos, el 15% evoluciona hacia alguna forma de demencia al cabo de 12 meses, asimilándose la falta de actividad laboral, la menor escolaridad y la dificultad para la resolución de situaciones conflictivas como factores de riesgo. (Serrano, Taragano, Allegri, otros, 2007, p75)

Es importante dar cuenta de características de los diagnósticos de los pacientes con los cuales se trabaja para reconocer cuáles son algunas de formas de evolución de cada caso: para brindar herramientas adecuadas, para acompañar a la progresiva evolución (neurodegenerativo). No hay personas que transiten el proceso de una demencia de una misma forma, aunque la aparición de síntomas sea coincidente. Por esta razón es que se diseñaron diferentes intervenciones estratégicas musicoterapéuticas que engloban diversidad de objetivos que responden a la sintomatología de las demencias, pero pueden ser lo suficientemente versátiles para adecuarse a cada persona (estrategias terapéuticas).

# CONSIDERACIONES MUSICOTERAPÉUTICAS

“No es verdad que el mundo sonoro es patrimonio de los músicos como no es verdad que el mundo visual sea patrimonio de los pintores. Asumir el propio mundo sonoro interno requeriría primero creer firmemente en su existencia y además en su importancia.”

(Gainza en Vivanco, 1995, p10)

## *Red conceptual. Consideraciones musicoterapéuticas.*

Los años de formación académica y el día a día en la práctica clínica mostraron, a quien los transita, lo complejo de pregonar una definición concreta del concepto Musicoterapia. *¿Qué significa la Musicoterapia para cada terapeuta? ¿Por qué llega un paciente al consultorio de Musicoterapia? ¿Cuáles son los propósitos de las propuestas clínicas?* Un sin fin de cuestionamientos podrían presentarse atormentando la sola idea del estatismo conceptual de una terapéutica.

Estos interrogantes, en su mayoría retóricos (o por lo menos en el párrafo introductorio) intentan abrir o, por qué no delimitar, el panorama en torno a la conceptualización. Es entonces, necesario aproximar teóricamente los cimientos que sostienen el hacer clínico singular, departamental, institucional. La pretensión no será, bajo ningún punto de vista, universalizar una práctica, sino brindar herramientas que posibiliten modos de intervenir en un campo específico, como lo es la Musicoterapia en adultos mayores con diagnóstico de demencias.

La forma de relación establecida en el consultorio, lo propio de la rehabilitación neurológica, las competencias del profesional y la importancia del entrenamiento musical son las temáticas principales desarrolladas.



## **Musicoterapia y Rehabilitación Neurológica**

“Neurology’s favourite word is deficit”

(Sacks, 2003, en Ridder, p 27)

Ilustrando el pensamiento de Thaut (2014), quien realiza un recorrido historizando brevemente la Musicoterapia, este menciona inicialmente (mediados del siglo XX) que se encontraba muy arraigada a los conceptos de las ciencias sociales, argumentando que la música adquiere un valor terapéutico a partir de los roles emocionales y sociales que juega en la vida de una persona, cultura o sociedad. La música como ente facilitador de grupalidad, asociación e integración, de representación de creencias e ideas, y como soporte de propósitos educativos.

Según el autor, a principios de los años noventa, la Musicoterapia es observada desde un lugar completamente diferente, impulsado por nuevos conocimientos de la investigación sobre la música y la función cerebral: neurociencia cognitiva e imágenes cerebrales.

Estos conocimientos arrojan resultados que comprometen a diversidad de procesos cerebrales incluidos en la creación y percepción de la música. Demuestran además que la música no sólo es un lenguaje estructurado (en la percepción, cognición y control motor), sino que puede ser usado para entrenar y rehabilitar a los que padecen lesiones cerebrales (accidente cerebrovascular, traumatismo encéfalo craneano) o enfermedades neurodegenerativas (demencias).

Tanto este como otros autores que se dedicaron a indicar modos de abordar multiplicidad de casos (o bien, patologías), muestran su forma de acceder al campo explicitando su modalidad. Entre las más reconocidas, desde una perspectiva neurocientista, pueden encontrarse las dedicadas a los cuadros clínicos en los que el daño cerebral es adquirido eventualmente, como por ejemplo, traumatismos de cráneo o *stroke*. También pudieron hallarse en trastornos del neurodesarrollo o del estado de ánimo. Se registraron, asimismo, estudios realizados en pacientes con demencia, variando de acuerdo a la fase en la que las persona se encuentra de la demencia (fase inicial, avanzada).

*¿Cómo puede aprovechar la rehabilitación este tipo de funciones similares pero*

*sutilmente diferentes?* se pregunta Tomaino en un artículo de su autoría dedicado a la temática (2002, p10) al referirse al caso de un paciente que no podía vestirse pero si podía desempeñar la apertura de una Rapsodia Húngara en violín como lo había hecho en el pasado.

Según la autora, estas habilidades (ejecutar un instrumento y vestirse, por ejemplo) implican prácticamente los mismos movimientos, pero algo los diferencia sustancialmente: La música y sus elementos son procesados por áreas más “primitivas” del cerebro, por lo que es más factible poder recordar estas y no otro tipo de movimientos. Aunque probablemente el adentrarse en los detalles de tal afirmación derivaría en una investigación de otras características, resulta pertinente como dato al considerar la Musicoterapia parte de un plan de tratamiento en neuro rehabilitación.

La percepción musical y el procesamiento de los elementos “clásicos” de la música, tales como el ritmo, melodía, armonía, matices y timbre; como así también asociaciones y recuerdo; son fundamentales para poder desarrollar intervenciones en el área elegida: *Musicoterapia en adultos mayores diagnosticados con demencias.*

La *Musicoterapia*, en un ámbito relacionado a la rehabilitación neurológica, puede definirse como el uso terapéutico de la música en función de potenciar y estimular aspectos cognitivos, afectivos, sensoriales, lingüísticos y motores debido a enfermedades o lesiones. Se basa en estudios neurocientíficos sobre la percepción y producción musical; además de conocimientos en las áreas de neuroanatomía y fisiología, neuropatología, terminología médica, y, rehabilitación de funciones cognitivas, motoras, del habla y del lenguaje. Este tipo de terapéutica cuenta con modos de intervención que se adaptan a las necesidades del paciente, persiguiendo objetivos terapéuticos no musicales. Es interdisciplinaria y cada profesional musicoterapeuta puede contribuir y enriquecer los equipos de tratamiento.

En el proceso rehabilitador de quienes padecen algunos de los cuadros clínicos antes mencionados y sus características, el trabajo de estimulación de la memoria será el punto de partida. Obtenida a través de la invitación a la ejecución instrumental y vocal, y el reconocimiento de éstas por medio de la escucha, en sesiones de Musicoterapia programadas semanalmente, coordinadas por un profesional idóneo.

Siendo las demencias enfermedades crónicas y neurodegenerativas, será inminente el

paso del tiempo con progresiva evolución de los cuadros clínicos. Allí es donde la rehabilitación cumple funciones esenciales:

- *mejorar relaciones interpersonales* (estrategias puestas al servicio del paciente, la familia y entorno)
- *maximizar las capacidades* (potencial del paciente, no sólo su déficit)
- *promover la mayor independencia posible* (herramientas que beneficien este proceso)

### **Musicoterapia y Entrenamiento musical**

Parafraseando a Sacks (2009, p 249), el rol del musicoterapeuta estaría en la creación de un *punte sobre el abismo* en el <ahora> del paciente. Se utiliza la palabra <ahora> remitiendo a los desfases temporales sufridos a causa de la sintomatología característica de un proceso demencial avanzado. En el ejemplo citado por el autor refiere a un paciente el cual pierde su memoria afectando el reconocimiento de familiares, vivencias, experiencias, siendo los momentos de ejecución musical aquellos que le permitan establecer una conexión con su pasado y presente.

Es aquí donde cobra relevancia el *entrenamiento musical*, desde dos perspectivas diferentes:

- **rol paciente:** la importancia de concurrir a sesiones de Musicoterapia semanales implican el contacto con el material sonoro y con el terapeuta, siendo esto parte del entrenamiento-rehabilitador
- **rol musicoterapeuta:** entrenamiento musical como elemento enriquecedor de posibilidades sonoras capaces de propiciar contextos musicales coherentes y acordes a eso que el paciente trae consigo

El entrenamiento, como repetición de patrones específicos, posibilita automatismos en torno al movimiento, memoria, percepción del espacio (destreza en un instrumento, por ejemplo). Esta práctica regular permite entonces, poder atender a múltiples factores y mejorar el desempeño, fundamentalmente en el rol del terapeuta. En el ámbito musical, superando el límite de los automatismos de la práctica, la interpretación forma parte del dinamismo: comprender una idea musical, para así lograr mejoras en la interpretación.

Estas dos visiones del entrenamiento (paciente y terapeuta) supone temporalidades diferentes, un entrenamiento que se hace en el proceso y otro que podría -debería para quienes se aventuran en este tipo de modalidad de trabajo- existir previamente y ser perfeccionado o enriquecido en el hacer clínico.

La práctica clínica en el ámbito sugerido demanda competencias en el profesional a cargo. Bruscia (1981) dedica un capítulo a este tema, siendo oportuno nombrar/enumerar diversos puntos en los que se acuerda. El autor utiliza títulos, bajo los cuales engloba y describe la clasificación de las competencias.

Entre ellas se encuentran:

Base musical

*1) Teoría musical e historia*

Si bien aquello que se relaciona íntimamente con las bases teóricas de la música tiende a ser considerado como innecesario en la operatividad de la propuesta clínica, puede ser cuestionado dependiendo de la modalidad a utilizar. Los conocimientos teóricos no se aplicarán entonces a la relación terapéutica (a ser aprendidos por el paciente), sino a enriquecer cada intervención para con el paciente. Entre ellos encontramos:

- Habilidad para analizar elementos, estructura y estilo de composiciones musicales, visual y auditivamente.
- Reconocimiento y diferenciación de estilos
- Habilidad para ejecutar en primera instancia melodías tonales
- Habilidad para reproducir melodías tonales, patrones rítmicos y progresiones de cuatro acordes.

*2) Composición y arreglos*

- Habilidad para componer canciones con acompañamientos simples
- Habilidad para adaptar y arreglar composiciones musicales para partes vocales simples y para ensambles musicales

*3) Ejecución en instrumento musical de porte*

El conocimiento en profundidad de un instrumento musical logrará que en instancias terapéuticas el foco esté en aquello que suceda con el/los paciente/es y no en las

inseguridades del precario contacto con el mismo.

- Habilidad para ejecutar de manera avanzada repertorio en instrumento musical de porte (o vocal), con técnica considerable.
- Habilidad para la ejecución en pequeños y grandes ensambles musicales
- Habilidad para transportar composiciones simples en el instrumento

#### 4) *Teclado/Guitarra*

Ambos instrumentos pueden considerarse como fundamentales en este tipo de propuestas terapéuticas. Estos brindan infinitas posibilidades sonoras, tanto acompañando como haciendo figura melódicamente.

- Habilidad para ejecución en nivel intermedio con eficiencia técnica
- Habilidad de lectura y ejecución a primera vista
- Habilidad para ejecutar repertorio tradicional y popular
- Habilidad para la ejecución de progresiones de cuatro acordes en todas las tonalidades
- Habilidad para realizar progresiones de acordes
- Habilidad para armonizar melodías
- Habilidad para transportar melodías simples
- Habilidad para cantar conjuntamente a la ejecución

#### 5) *Voz*

- Habilidad para cantar entonado
- Comprensión de técnicas vocales básicas
- Habilidad para cantar de memoria repertorio tradicional

#### 6) *Instrumentos no sinfónicos*

- Habilidad para ejecutar variedad de instrumentos melódicos y de percusión (no sinfónicos)

#### 7) *Improvisación*

- Habilidad para inventar melodías originales, acompañamientos en variedad de estilos y modos, de manera vocal e instrumental.

- Habilidad para improvisar en pequeños ensambles musicales

#### 8) *Movimiento*

- Habilidad de expresión mediante el movimiento
- Capacidad para moverse expresivamente con la música

### **Musicoterapia y Memoria musical**

“Music is a worldwide phenomenon”

(Foster, 1998, en Ridder, p27)

Bajo el título de “Educación de la memoria musical” (Barbacci, 1965) el musicólogo y compositor argentino clasifica los diversos tipos de memoria musical, teniendo cierta relación con la ejecución instrumental en sí: practicada, preferencialmente, por músicos profesionales o estudiantes del área musical. El autor refiere en lo que a la ejecución y el perfeccionamiento respecta.

*¿Qué relación guarda entonces una clasificación de la memoria musical -para músicos- con el tratamiento de quien se encuentra transitando un proceso demencial? ¿Acaso los músicos no son humanos! ¿No es la memoria musical algo inherente a la humanidad toda? ¿Por qué no combinar los recursos musicales, la capacidad de entrenamiento y funciones a estimular para diseñar tratamientos acordes?*

Siguiendo parte de la clasificación ideada por Barbacci, entrelazada con objetivos clínicos, es que se propone a continuación la memoria musical como componente esencial a trabajar en las sesiones de Musicoterapia con aquellos que se encuentran transitando un proceso de demencia.

- *Memoria musical muscular* es la de más utilidad en la práctica instrumental, se encarga de automatizar movimientos, permitiendo atender a diferentes cuestiones de la interpretación. Fundamental para la tecnicidad del instrumento.

En sesión: aspectos corporales del movimiento, incluyendo miembros superiores, inferiores, desplazamiento, postura.

- *Memoria musical auditiva* es la encargada de proporcionar juicios de valor en

torno a la ejecución. Reconocimiento auditivo.

En sesión: identificación de diversas melodías, entonación, sincronía, alcance tonal.

- *Memoria musical visual* se utiliza para retener todo lo captado a través de la vista. Aspectos significativos de la partitura, posiciones en la ejecución y aspectos básicos del instrumento son procesados por esta memoria.

En sesión: identificación de particularidades escritas, secuenciación de movimientos (en ejecución instrumental y desplazamiento) que parten de la imitación.

- *Memoria musical rítmica* considera la capacidad de recordar ritmos y movimientos.

En sesión: fundamental para organizar secuencias rítmicas de acompañamiento o rítmicas puras.

- *Memoria musical analítica* es la que se encarga de analizar y retener lo leído (se comporta como ayuda para las demás memorias).

En sesión: soporte desde lo visual (lectura, imitación) para resolver diferentes propuestas.

- *Memoria musical emotiva*: interpretación de la obra, diseñada previamente, no asimilada a la improvisación libre. Previa reflexión.

En sesión: acuerdos previos en relación al cómo de la ejecución o propuesta.

## **Paciente y Terapeuta**

El tiempo de permanencia y exclusividad en la institución hizo que una denominación común y poco cuestionada se sumerja en el discurso cotidiano, siendo designado aquel que concurre a los espacios terapéuticos y consultorios como paciente. No es esta una instancia en la que se crea necesario ahondar sobre la etimología del término en sí, sin embargo es viable esbozar un posicionamiento ante tal selección.

En el afán de indagar un poco más en aquello que concierne a cómo nombrar al otro que asiste al espacio clínico puede uno encontrarse con cuatro modelos de la relación médico-paciente y un análisis de estos, aunque afirman que los mismos no contemplan todas las posibilidades (Emanuel, E. y Emanuel, L., 1999). Entre ellos se encuentran:

- el modelo paternalista: el médico asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias para su bienestar y salud.
- el modelo informativo: el médico proporciona toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee.
- el modelo interpretativo: el objetivo es determinar los valores del paciente y que es lo que realmente desea en ese momento, y ayudar a elegir.
- el modelo deliberativo: el médico ayuda a determinar y elegir entre todos los valores relacionados con su salud y que puede desarrollarse en el acto clínico.

Siguiendo lo planteado por los autores, el profesional (médico, en gran parte de su desarrollo) debe sostener una de estas líneas de conceptualización en su práctica, y solo cambiar cuando las circunstancias lo ameriten (de manera excepcional). Esto que resuena como formalidad autoritaria a simple vista, hace al posicionamiento ético del profesional ante quien padece (en este caso).

Coincidiendo en lo expresado por los antes referenciados y a modo de conclusión en la temática se considera el modelo deliberativo con concepciones humanistas como el más apropiado para llevar adelante una práctica en el ámbito de la salud en torno a la neuro rehabilitación. Este modelo pretende un proceso de reflexión integral para desarrollar la autonomía del paciente, promueve un accionar humanista profesional, los valores de éste son importantes para la toma de decisiones del paciente y acentúa su práctica en la comprensión más que en la transmisión de información. También es este modelo el que puede adaptarse a diversidad de profesiones. El musicoterapeuta no es médico (o por lo menos no lo es por la formación en Musicoterapia únicamente), pero puede adoptar este posicionamiento, compartiendo varios de estos ideales clínicos.

Desde una perspectiva que engloba el proceso de formación y el espacio clínico se utilizará el término *paciente* para referir a quien es asistido, perpetuando el sentido de este en la relación profesional-paciente (modelo deliberativo).

Las ideas principales trabajadas en este capítulo tienden a relacionarse de manera directa con el posicionamiento teórico seleccionado y establecido. Este recorrido comprende nociones básicas de las patologías a tratar: demencias, sus características, tipos y sintomatología; cómo influye el conocimiento del diagnóstico en el tratamiento.



Cómo denominar a quien transita por el espacio clínico encontrando su fundamento en el modelo médico-paciente deliberativo. La conceptualización de la práctica clínica en musicoterapia en términos generales asociada a la rehabilitación neurológica, considerando aquello que es de suma importancia para llevar a cabo diferentes intervenciones . Asociando la práctica clínica a una dinámica que funda sus cimientos en lo estratégico y creativo para desarrollar una cantidad de intervenciones diseñadas para la población de adultos mayores que transiten procesos de demencia.

# LO CREATIVO

## DE LAS INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS

*Red conceptual. Creatividad, intervenciones y estrategias.*

Estos tres términos (creatividad, intervenciones y estrategias) se presentan tanto en el título como en el subtítulo de la investigación, razón por la cual se vuelve inevitable esbozar el porqué de su utilización y lo fundamentales que resultan en la interacción con el hacer clínico.

Atreverse a conceptualizar la **creatividad** podrá establecer ciertos parámetros al momento de mencionarla. ¿Qué significa ser creativo? ¿Es la creatividad algo propio de los artistas? ¿Podría verse reflejada en las acciones que hacen la cotidianidad de las personas? ¿Podría pensarse la creatividad en términos terapéuticos?

Es relevante destacar en este punto a dos autores que exponen en aquello que concierne a la materia creativa (Goleman, 2009 - Kaufman, 2009). Estos acercan un panorama esclarecedor a tal cuestión, promoviendo la utilización del término como título de esta investigación.

Según Goleman, la creatividad cuenta con elementos fundamentales, entre los que se encuentran:

- Habilidades en el propio ámbito de actividad (dominio básico de un campo). Aquí se encontraría si, la tecnicidad en un instrumento musical, por ejemplo. Es una combinación entre la aptitud y el talento natural sumados al entrenamiento de estas habilidades.
- Habilidades en el pensamiento creativo. Poder imaginar una variada gama de posibilidades, con predisposición a correr riesgo y seguir intentando.
- Posibilidad de intuir formas de nutrir el proceso creativo en sí.
- Motivación. Impulso de hacer algo por el mero placer de hacerlo más que por una compensación.

Se piensa entonces en poder recabar la mayor cantidad de datos acerca del problema (o situación), considerando elementos insólitos e improbables, sin buscar la manera obvia

de resolver el conflicto. La creatividad tiene como esencia ser apropiada, útil, valiosa y significativa, entre sus atributos.

El otro autor (Kaufman) clasifica la creatividad en “*big C*” (la letra C en mayúscula) y “*little c*” (la letra c en minúscula). La primera representa el tipo de creatividad que trasciende generaciones: Mozart, Beethoven, Einstein se encuentran entre los representantes. La restante, gira en torno a la creatividad de lo cotidiano, situaciones que ameritan la creatividad de cualquier persona (2009, p 67). Encontrar una forma de ubicar la creatividad terapéutica puesta al servicio de quien padece, mostrando posibilidades diversas, apelando a la eficacia en el tratamiento, en constante búsqueda de un servicio de Musicoterapia que responda a las necesidades de los que asisten.

Mediando entre la Creatividad y la creatividad desde una mirada clínica, sin olvidar los elementos que conforman el proceso de la creatividad, se habilitará un acceso de lo creativo circunscripto a aquello que surja en cada una de las sesiones (que no tienden a generar modificaciones estructurales de amplias magnitudes), y, en simultaneidad poder utilizar estos pilares creativos en un lugar de enseñanza para otros terapeutas. Sin llegar a tener la connotación y renombre de Franz Liszt, sino un profesional que intente profundizar en la innovación terapéutica (en Musicoterapia) en pacientes con un padecer neurodegenerativo, en este caso, las demencias.

Para poder establecer cierta base sólida en la conceptualización de las **estrategias**, Morín, en “Los siete saberes necesarios para la educación del futuro” (2011) habilita a recrear un paisaje conceptual de estas. Las estrategias permiten, dada su condición, modificar e incluso anular una acción emprendida, haciendo de esta manera que ninguna acción asegure de obrar en el sentido de su intención. Si bien, en el contexto terapéutico hay objetivos para con otro, no hay garantías que la propuesta sea exactamente la misma en cada caso. Existe entonces una relación directa de la estrategia a la singularidad, el azar, contratiempos u oportunidades encontradas en el curso del camino. (2011, p 47)

Realizando así una introducción, y adelantando a un próximo concepto a desarrollar: las **intervenciones**. Partiendo del no estatismo (programa) del tratamiento, sino en la posibilidad de modificarlo de acuerdo a como es observado el panorama o situación.

A diferencia de algunos protocolos de evaluación y rehabilitación, de diferentes áreas involucradas en los tratamientos que la institución provee, que modifican algunas variantes en torno a particularidades de algunas personas (escolaridad, edad), una intervención estratégica de antemano se predispone a modificar lo necesario para adaptarse al ambiente, examinando certezas e incertidumbres de esa acción.

¿No es favorable habilitar caminos en torno a una terapéutica creativa y estratégica? Aquella que con el conocimiento de algunas premisas que hacen a las patologías, los recursos terapéuticos y los que la musicalidad le brinda, sumado a la singularidad de quien padece puede brindar un servicio acorde a la necesidad del paciente, pensando en los beneficios a corto o mediano plazo de esas acciones (intervenciones).

En cuanto al uso de esta terminología es que se funda un cambio, con tendencia a un re direccionamiento epistemológico. Achilli en “Investigar en antropología social” (2005, p 35) fundamenta su preferencia por la utilización de un término que se aleje de la palabra técnicas para utilizar en investigación. Justificando que este término alude a una noción de universalidad, aplicable a cualquier investigación.

Se considera entonces en la posibilidad de generar un giro al plantear una nomenclatura que asegure desde lo conceptual apertura, flexibilidad y organización: intervenciones estratégicas.

## **CAPÍTULO III**

*Organigrama institucional y departamental.*

# ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

## ORGANIGRAMA DEPARTAMENTAL

La investigación será acotada a una población en particular en el marco institucional en donde quien escribe, se desempeña como Musicoterapeuta desde su apertura en la ciudad de Rosario. Se brindan a continuación datos que hacen a la propuesta institucional y la organización del departamento de Musicoterapia.

Si bien no será la dinámica de la institución presentada detalladamente, son relevantes algunos aspectos de su funcionamiento y lo concerniente a lo departamental (del servicio de Musicoterapia) para comprender el contexto de implementación y análisis de diversidad de intervenciones.

### *El instituto de Rehabilitación Neurológica*

Como se mencionó en las primeras páginas del presente escrito, la institución abre sus puertas en el mes de Agosto de 2013, conservando el modelo proveniente de la ciudad de Buenos Aires.

Variedad de profesionales hacen a la diversidad y convivencia en la institución. Cada uno es parte de un servicio o departamento correspondiente, con un jefe a cargo de la coordinación del mismo. Psicología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Neurología, Psiquiatría, Kinesiología, Neuropsicología, Cardiología, Nutrición y Musicoterapia hacen a la variedad de áreas tratantes.

Todos los servicios que allí se ofrecen tienen bases teóricas relacionadas a la rehabilitación neurológica de pacientes que hayan sufrido un daño cerebral adquirido o bien una patología neurodegenerativa.

Cada patología tiene su propia clínica, con un médico en la coordinación. Entre ellas se encuentran la clínica de movimientos anormales, memoria y conducta, trastornos del neurodesarrollo, traumatismo de cráneo y enfermedades cerebrovasculares.

La impronta institucional es la interdisciplina, pensándose así cada una de las áreas tratantes como fundamentales en los tratamientos, ya sea para el ingreso, continuidad o cambios a nivel terapéutico. Esta información es transmitida y debatida en diferentes reuniones organizadas semanalmente por cada clínica.

Si bien, todas poseen un funcionamiento similar, resulta pertinente poder describir el área elegida donde se desarrollan las intervenciones de esta investigación: clínica de memoria y conducta, especialista en el tratamiento de demencias.

La clínica de memoria y conducta presenta dos etapas para quien es asistido:

1) *PEI* (Programa de Evaluación Integral). Este es solicitado por el médico especialista en al área de Neurología e incluye evaluaciones en diversas áreas tales como: Cardiología, Nutrición, Clínica, Terapia Ocupacional, Neuropsicología, Fonoaudiología, Psiquiatría y Musicoterapia. Luego de realizadas las mismas se entrecruza la información en una reunión de equipo, en busca de un adecuado tratamiento (como parte de un grupo de trabajo o bien, en sesiones uno a uno con cada terapeuta)

2) *CRE* (Clínica Rehabilitación Específica) En esta instancia, y una vez ya decidido el tratamiento para el paciente, el mismo se ingresa en un programa de rehabilitación, que incluye las áreas mencionadas en el anterior –analizando las prioridades y necesidades de este. Cada terapia que se incluye en el programa se realiza al menos una vez por semana, sumándose controles mensuales con los médicos tratantes. Predominan las instancias grupales.

El recorte poblacional incluye adultos de entre 55 y 85 años diagnosticados con algún tipo de demencia o deterioro cognitivo leve, evidenciando síntomas en memoria, atención, destreza física y cuestiones del orden de lo conductual.

### ***El departamento de Musicoterapia***

El área de Musicoterapia forma parte del sistema integral de rehabilitación en el mismo año de apertura institucional. Desarrollándose así paralelamente a cualquiera de los departamentos involucrados.

Cuando se nombra el **desarrollo** (del espacio de Musicoterapia propiamente) se entiende por un conjunto de acciones que fueron necesarias:

- localización del espacio terapéutico físico en el instituto
- acondicionamiento del espacio físico
- selección de instrumentos musicales y su distribución
- organización de la agenda terapéutica,
- búsqueda de terapeutas que conformen un equipo calificado

El servicio de Musicoterapia era conformado inicialmente por una sola persona. Con el inminente crecimiento de la población en términos de -pacientes- la demanda, tanto de evaluaciones como sesiones de rehabilitación, se fue acrecentando, trayendo como consecuencia la incorporación de más personas al *staff*. Esto delimitó roles a cada participante activo dentro del departamento.

### ***El espacio terapéutico***

El área de Musicoterapia cuenta con un *espacio físico determinado* en el cual se realizan cualquiera de las instancias de atención a pacientes: evaluación y rehabilitación (más adelante se encontrarán descritas). El mismo está equipado con una guitarra, un piano eléctrico y diversidad de instrumentos idiófonos a percutir-sacudir-raspar de pequeño porte (shakers, güiro, aro con sonajas, xilofón) y gran porte (cajón peruano, crash, bongo, timbal, bar chimes), además de atriles, amplificador de sonido, reproductor de sonido, partituras digitales y en papel, iPad.

Una característica es, además que hay paneles acústicos que recubren algunas de las paredes del lugar, mejorando la acústica del lugar.

Este lugar, debido a los materiales con los que cuenta –instrumentos musicales principalmente-, es limitado al uso exclusivo por el área de Musicoterapia.

### ***Las sesiones***

El encuentro con cada una de las personas que transitan la institución respeta un encuadre que brinda organización desde lo institucional, repercutiendo en los mismos



pacientes y los diversos terapeutas. Las modalidades con las que se dispone para trabajar son:

- **Modalidad UNO A UNO**

Este tipo de sesión involucra la presencia de un solo paciente y el terapeuta. Son indicadas siempre en el proceso de evaluación y luego, en instancia de rehabilitación pueden ser solicitadas por el terapeuta en el caso que fuera necesario. Se detallan a continuación los dos momentos de la instancia uno a uno.

#### *Evaluación*

Una vez realizada la primera entrevista con el médico especialista en el área se procede al programa de evaluación, encontrándose allí con la evaluación musicoterapéutica.

En esta se interroga la historia musical del paciente: música significativa en su vida (géneros musicales, títulos de canciones), conocimientos previos si los tiene (estudios, ejecución instrumental). Y al finalizar se lleva a cabo una segunda parte práctica, en la que se indica una actividad musical (ejecución instrumental o vocal) para informar posible desempeño en el área con pautas sencillas (que permiten ser ejecutadas tanto por quienes poseen conocimientos musicales como por quienes no). Aquí el evaluador puede brindar en instancias decisivas sugerencias de tratamiento en el área: sesiones uno a uno, grupales, informar la incompatibilidad con los criterios vigentes de la clínica.

#### *Rehabilitación*

Esta instancia es siempre posterior a la evaluación. Es indicada en casos excepcionales en el área de Memoria y Conducta (clínica específica de las demencias y deterioro cognitivo leve). Se recomiendan las sesiones Uno a uno en proceso de rehabilitación cuando el paciente tiene mayor severidad que los grupos conformados, necesidades que se presentan por otra patología que convive con la demencia o pedido explícito del paciente. Esta modalidad, al pertenecer a la fase de rehabilitación, cuenta con objetivos específicos mensuales, delimitados por los intereses de quienes asisten como así también por aquellas lecturas que el terapeuta vaya realizando en el proceso.

- **Modalidad GRUPAL**

Sobre la selección de grupo de pertenencia/pertinencia

A esta instancia se llega únicamente una vez realizada la evaluación en el área (al igual que en rehabilitación uno a uno). A partir de las reuniones establecidas con el equipo de trabajo se decide un grupo de pertenencia para el paciente. Factores que hacen a la compatibilidad grupal se centran en resultados arrojados en evaluaciones de Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Neuropsicología y Musicoterapia. Además de aspectos observados por cada profesional en las entrevistas (su forma de dirigirse, movilizarse).

En la modalidad grupal el terapeuta trabaja con 2 o más pacientes que comparten ciertas características, tanto diagnósticas como otras cualidades tales como su rendimiento cognitivo (evaluado por el área de Neuropsicología), edad, preferencias, profesión.

### ***La frecuencia***

Cada uno de los pacientes que recibe atención en el área de Musicoterapia cuenta con al menos una sesión semanal. Puede haber tratamientos que incluyan sesiones grupales y sesiones uno a uno, siendo entonces dos sesiones semanales.

La frecuencia será una decisión que tomará el equipo rehabilitador a partir de las sugerencias del Musicoterapeuta (evaluador o rehabilitador). Es también un criterio terapéutico el hecho que un paciente continúe el tratamiento en determinado grupo de trabajo, pensándose así en los objetivos y los beneficios para este.

### ***Los diagnósticos***

Cada diagnóstico es elaborado y transmitido por el médico neurólogo que coordina la clínica de memoria y conducta. El profesional llega al mismo a partir de los resultados obtenidos en cada una de las evaluaciones realizadas al paciente.

Tener una aproximación diagnóstica de la persona con la que se trata en el consultorio abre posibilidades al abordaje en un área específica. Cierto resulta, considerando los años de experiencia, que aquello que uno haga/brinde/proponga tendrá en cuenta diferentes aspectos: resultados que arroja la evaluación y diagnóstico aproximado conjuntamente con la singularidad de cada persona. ***Ningún diagnóstico es***

*determinante* en el modo de abordaje, pero si puede ser un orientador en torno a los objetivos que se propongan desde el área.

Se hace necesario un diagnóstico presuntivo, que organice o bien, proyecte objetivos de trabajo específicos. El Musicoterapeuta no es quien se encarga de propiciar el mismo (o difundirlo al paciente o familiar), razón por la cual se convierte en una guía de trabajo y no un rótulo para quien padece.

Al discutir el ingreso de alguien a un tratamiento específico se tienen en cuenta aspectos que no hacen a su patología, sino a rasgos característicos de su persona, sus intereses, su historia.

### ***Reuniones departamentales***

Una vez conformado el departamento como tal, comienza a ser necesario contar con un espacio en el cual debatir casos clínicos incluyendo posibles intervenciones, discusión de material bibliográfico (actualizaciones en Musicoterapia, *papers*) y resolución de aquello que surja como conflictivas técnico-musicales en alguna sesión; entre terapeutas que compartan la profesión.

Estos encuentros semanales hacen al seguimiento y acompañamiento de cada uno de los integrantes, conformando una red profesional que se involucre activamente en el tratamiento de quien padece.

## **CAPÍTULO IV**

*Relato de la experiencia. Intervenciones.*

# INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS

“Es fácil organizar cualquier grupo de objetos por alguna de sus cualidades: material, tamaño, color, textura o cualidad de superficie, etc., pero cuando lo que se quiere organizar son objetos pertenecientes a diferentes categorías que además presentan las mismas variables, nos enfrentamos a un nivel de complejidad mayor.”

(Saitta, 2004, p28)

## *Red conceptual. Intervenciones estratégicas.*

Inmiscuirse en el contexto de la neurorehabilitación, pensarse como terapeuta, sin olvidar el propósito de quienes asisten al consultorio, puede ameritar (en este caso, y desde una lógica más que personal) organizar ciertos modos de intervención, obteniendo así un abanico de posibilidades a desarrollar, reinventar y utilizar en forma creativa en el espacio terapéutico.

Cada una de estas propuestas tiene objetivos específicos y otros circunstanciales que dependen de la implementación por parte del terapeuta y de las necesidades del paciente. Como se ha especificado en el capítulo dedicado a las patologías seleccionadas, se pretende entonces trabajar cómo abordar la sintomatología o déficits característicos de las demencias.

En los años de atención ininterrumpida en esta institución, entrelazando la práctica y las lecturas de diversas modalidades protocolizadas, comienzan a surgir *intervenciones estratégicas*. De suma importancia resulta afirmar que, la forma en la que sean utilizadas, en qué casos y la finalidad de éstas dependen exclusivamente de la intención del terapeuta, de los objetivos para con el otro (paciente) y de cómo éstas se lleven a cabo. Estas intervenciones están diseñadas con recursos que permiten complejizar o simplificar las mismas.

La utilización de modelos/formas de abordaje/modos organizados no implica, ni asegura eficacia en un tratamiento. El solo hecho de contar con la presencia de otro –ya sea observador, paciente, terapeuta- suma niveles a la complejidad, irreductibles a plantillas de aplicación igualmente funcionales en todos los casos.

La pretensión (paradójica si se quiere) es hacer de estas intervenciones estratégicas una estructura a ser modificada constantemente por las circunstancias del momento clínico -

e institucional- y los intereses de quien allí asiste y no un modelo a seguir tal cual se describe.

Se realiza a continuación un detalle clasificado de las intervenciones estratégicas en la clínica musicoterapéutica realizadas en una institución dedicada a la rehabilitación neurológica, especificando objetivos, variantes e implementación de las mismas, ejemplificación por medio de casos clínicos y análisis de la estrategia terapéutica. Distinguiéndose dos modos principales a enunciar: **Producción musical** y **Escucha**.

Siguiendo lo expresado por Bruscia (1989) en capítulos anteriores, en estrecha relación con las competencias del musicoterapeuta, se usan términos propios del lenguaje musical y cuestiones teóricas musicales para definir planteos clínicos. Sin embargo, los contenidos no son transmitidos de manera teórica musical a quienes concurren.

### **Combinación de recursos**

Inicialmente se consideró incluir la “combinación de recursos” como una intervención en sí misma. Pero el lector descubrirá a esta altura que la misma responde a un modo de intervención que atraviesa todas las propuestas clínicas. Combinar dos o más de estas intervenciones ya sea de Producción musical como así también de Escucha, según el criterio, apelando a la creatividad del terapeuta.

*Red conceptual. Clasificación (intervenciones estratégicas).*

## **PRODUCCIÓN MUSICAL**

En las intervenciones que aquí se detallan son utilizados abordajes relacionados a la ejecución musical a través de diversidad de recursos: instrumentos musicales, uso de la voz y del cuerpo. Forman parte además, la ejecución musical con pautas iniciales e improvisación musical.

Entre ellas se encuentran:

### **❑ Ejecución rítmica corporal e instrumental**

Se disponen instrumentos musicales idiófonos y membranófonos, o bien el uso del cuerpo a percudir tomando patrones rítmicos base (2 negras por compás, principalmente)

para favorecer el uso de miembros superiores derecho e izquierdo, alternando golpes.

Se presentan entonces esquemas de subdivisión utilizando, por ejemplo, dos corcheas y una negra sobre patrón base, o bien uso de miembros inferiores de forma contralateral. Pueden generarse diversas variaciones rítmicas.

*Objetivos:* coordinación rítmica corporal (con y sin instrumentos). Percepción temporal (duración de figuras). Memorización de esquemas rítmicos.

*Variantes:* subdivisión de tareas rítmicas en el grupo. Cambios en el compás (2/4, 3/4 y 4/4). Complejizar la subdivisión rítmica, utilizando figuras sincopadas, figuras con puntillo, semicorcheas. A cada una de estas figuras se puede asociar una sílaba en caso de precisar mayor exactitud en figuras complejas (por ejemplo: dos corcheas = co-rro).

*Caso clínico: RB (73 años), evaluación*

RB llega a la consulta ya que debe realizarse un estudio neurológico completo tras reprobar 4 veces su examen para obtener licencia de conducir. Luego de la primera entrevista con el médico neurólogo que realiza las admisiones, asiste a la evaluación musicoterapéutica.

Una vez finalizada la instancia de preguntas iniciales en la cual comenta los errores cometidos en el examen psicofísico para la obtención de licencia, se propone una segunda instancia de producción sonora, dejando a criterio del paciente la elección del material con el cual realizarla. RB selecciona el cajón peruano como instrumento a percutir. Se indican entonces tres esquemas rítmicos que combinan golpes graves y agudos, utilizando miembros superiores e inferiores.

- 1) GRAVE (mano izquierda) –negra y AGUDO (mano derecha) –negra



- 2) 2 GRAVES –corcheas y AGUDO –negra



- 3) GRAVE –negra y PIE (pie izquierdo golpeando el piso) –negra



RB puede ejecutar los mismos individualmente sin problemas en la secuenciación (es decir, en la ejecución constante en el tiempo de cada uno), siempre en compañía del terapeuta, trabajando como dúo.

El paciente además, puede generar cambios de esquema a esquema verbalizados espontáneamente por el terapeuta. Para complejizar la actividad se propone multiplicar por tres cada esquema y realizar estos conservando el orden de aparición (esquema 1 x 3, esquema 2 x 3, esquema 3 x 3).

Se observan tras varios intentos fallidos, dificultades severas en la retención de la secuencia completa, confusión de miembros superiores e inferiores, aunque conserva la capacidad de retornar siempre al pulso. Si bien, el terapeuta resalta su habilidad de tornar al eje musical (campo pulsado), RB sostiene que no ha hecho nada de lo requerido bien debido a su desconocimiento en la materia musical.

Siendo evidente el déficit en el conteo, el terapeuta propone la ejecución utilizando un *tempo* lento e indica verbalmente los momentos de cambio de esquemas. RB puede resolver lo solicitado mediante algunas modificaciones en velocidad y mínimos apoyos.

Esta intervención pone en juego el uso de diferentes tipo de memorias musicales antes mencionadas: muscular, auditiva, visual y rítmica; permitiendo de esta manera evaluar el desempeño del paciente en la secuenciación de movimientos y en el aprendizaje de estos mediante la reiteración en la ejecución.

#### Lo estratégico de la intervención

Inicialmente RB llega muy ofuscado por los resultados de la prueba de manejo, insistiendo en que es esta una actividad de su vida diaria por la cual no podía fallar, alegando además un mal trato por parte de la persona que lo reprobó. A partir de estos datos se cree conveniente el imitar musicalmente algunas de los tests asociados a los de manejo. Se observan como puntos relevantes de la intervención:

- 1) Utilizar la prueba de manejo como disparador de la actividad musical (motivo de consulta)



- 2) Analizar las posibilidades tanto físicas y musicales, como así también las cognitivas (atención, memoria, planificación)
- 3) Modificar de acuerdo a las posibilidades y necesidades del paciente los requerimientos, adelantándose a la frustración que la adversidad genera

#### ❑ **Ejecución rítmica instrumental (o corporal) con metrónomo**

Se utilizan instrumentos musicales idiófonos y membranófonos como así también el cuerpo para realizar diversos esquemas rítmicos. Se presentan en forma individual para ser comprendidos en instancia inicial y luego ser ejecutados en simultaneidad por todos los participantes (cada uno un esquema diferente), o entre paciente y terapeuta. Se incorpora como parte de la producción musical el *metrónomo* (instrumento productor de marca métrica regular en el tiempo) y se solicita constante ajuste al mismo -sincronía.

*Objetivos:* mantener regularidad rítmica mediante agente externo. Aumentar la flexibilidad y velocidad de respuesta al indicar cambios. Coordinación. Memorización de esquemas.

*Variantes:* subdivisión de tareas rítmicas en el grupo. Cambios en el compás (2/4, 3/4 y 4/4). Complejizar la subdivisión rítmica. Tempo del metrónomo (mayor o menor velocidad).

*Caso clínico:* MG, AML, NC, JLG y RB, *sesión grupal (grupo moderado)*

Este grupo se encuentra conformado hace más de un año, aunque no todos sus integrantes llevan el mismo tiempo en tratamiento. A pesar de las diferencias, el grupo tiende a consolidarse como tal en cada una de las sesiones, referenciando ocasionalmente a pasados encuentros.

Dentro del esquema institucional este grupo forma parte de los denominados “moderados”, presentando dificultad en el reconocimiento del propio déficit, fallas en el recuerdo relacionado a eventos recientes. Son independientes.

Luego de realizar una presentación de la propuesta, todos los integrantes del grupo ejecutan al unísono algunas de las secuencias rítmicas. Dos de estas secuencias son elegidas y designadas (dividiendo al grupo en dos) para que cada subgrupo pueda mantenerse constante con uno de estos patrones rítmicos. La asignación no es aleatoria,

sino que mientras se realizan los esquemas conjuntos (todos hacen uno) se observan y analizan variables: posibilidad de sostener base constante, velocidad en el cambio de patrón, subordinación al grupo, entre otras.

Una vez que lograron la estabilidad sonora conjunta con el elemento externo - metrónomo- (negra=55), se reorganizan dividiendo el grupo inicial en tres (sumando un esquema) y así hasta que cada uno de los participantes realice uno de ellos.

Los esquemas rítmicos en compás de 2/4 son:

1. Dos golpes de negra (en miembros superiores)



2. Dos golpes de negra (en miembros inferiores)



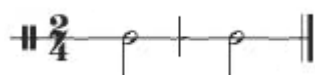
3. Dos corcheas (miembros superiores) y una negra (miembros inferiores)



4. Cuatro corcheas (miembros superiores)



5. Una blanca (miembros superiores)



Logran incorporarse los 5 esquemas rítmicos, cumpliendo cada uno un rol específico en de la ejecución:

- NC puede sostener a tiempo (siguiendo métrica) esquemas con subdivisión (3 y 4) viéndose afectada en la realización de esquema de dos tiempos con única figura (5).
- AML es quien logra sostener constantemente la base tanto en miembros superiores como inferiores (1 y 2).
- RB se moviliza de un esquema a otro precisando imitar al terapeuta en todo

momento.

- JLG únicamente sostiene los esquemas de negras consecutivas (1 y 2).
- MG alcanza a contabilizar los tiempos correspondientes al esquema de blancas (5).

Se observan severas dificultades en la rotación dinámica de esquemas, precisando realizar indicaciones de manera individual, es decir, anunciar uno a uno el próximo cambio y mostrar en un instrumento o de manera corporal el mismo. Si bien se generan aperturas para continuar trabajando en cada aspecto, se realiza al finalizar una devolución con lo logrado por paciente.

La estimulación de la memoria musical auditiva es crucial en esta intervención. La utilización del agente externo permite poder atender a un estímulo más. El ajuste al agente externo (metrónomo) no sucede casualmente, sino que si no es bien trabajado puede derivar en un ajuste por imitación al terapeuta únicamente (quien seguramente sigue al patrón del metrónomo). Para ello son necesarios en un comienzo patrones rítmicos básicos, sin complejidad en subdivisiones.

#### Lo estratégico de la intervención

Al pensar en posibles lecturas de este fenómeno, es factible hallar puntos fuertes y débiles en cada uno. Como bien se comentó en una primera instancia, el grupo no registra el momento de conformación como tal, por ende sólo se remiten a lo sucedido en el día. Entender el posicionamiento musical en el grupo, poder verbalizar el mismo, y trabajar en las próximas sesiones el entrenamiento en las rotaciones de esquemas o bien, afirmar su lugar (el elegido, el tomado). Se perciben como relevantes de la intervención:

- 1) Analizar el posicionamiento de cada paciente, sus posibilidades de planificación y organización temporal
- 2) Indicar los cambios de forma verbal y explícita a cada uno
- 3) Relevar los logros y potencial de cada uno en la actividad al finalizar

#### **❑ Ejecución rítmica instrumental (o corporal) y melódica vocal**

A partir de una pieza musical seleccionada por el paciente (o acuerdo grupal) se propone trabajar en la búsqueda de una cómoda tonalidad para el mismo (o el grupo en general) mediante el instrumento base -piano o guitarra-. Una vez obtenida esta primera

instancia, se solicita marcación rítmica (en instrumentos percusivos o corporal) en simultaneidad. Se intentará lograr la constancia rítmica, es decir, marcación prolongada y regular en el tiempo; usando una figura o varias por compás, mientras se ejecuta vocalmente.

*Objetivos:* coordinación rítmica y corporal. Disociación de partes del cuerpo. Multitarea (ejecución vocal e instrumental).

*Variantes:* producción sonora por persona, o bien, por sectores con funcionalidad específica dentro de un grupo.

*Caso clínico: SR (63 años), evaluación*

La paciente llega por primera vez al consultorio de Musicoterapia, luego que el médico derivante del área de Neurología indique el plan de evaluación debido a olvidos, los cuales no generan interferencia en su desempeño cotidiano según informa. SR se muestra sorprendida por el material dispuesto; su predisposición fue constante durante todo el encuentro. Al indagar su historia musical y preferencias, hace mención a un contexto social musical activo, del cual disfruta en cada oportunidad. Nombra entre sus títulos musicales más representativos “Resistiré” del Dúo Dinámico (lo vincula a un momento particular de su vida).

Tomando como punto de partida estos datos, y adentrando en la segunda parte de la evaluación (instancia de producción sonora) se sugiere la interpretación del tema musical antes mencionado. Se realiza una búsqueda de tonalidad acorde a la comodidad de SR y *tempo* a ejecutar la canción. Además se solicita la identificación de partes líricas (estrofas y estribillo). Luego se indica la utilización de instrumento musical a percutir (crash con escobillas) sugiriendo golpes constantes con miembro superior derecho (4 negras por compás), los cuales se prueban en un segmento de la canción, previo a la ejecución completa. El terapeuta utiliza el piano como instrumento armónico para acompañar.

**RESISTIRE**

F min *Disco pop* B $\flat$  min

Cuan - do pier - da to - das las par - ti - das  
Cuan - do el mun - do pier - da to - da ma - gin

Fig. n° 1. “Resistiré” (fragmento). Tonalidad y comienzo.

Fig. n° 2. Marcación realizada por la paciente.

La paciente muestra versatilidad en la ejecución musical (tanto vocal como instrumental), comprendiendo constantemente los diversos pasos realizados. Puede mencionar estos una vez finalizada la actividad propuesta. A partir de esta evaluación se puede apreciar la capacidad cognitiva y musical de SR. Indicándose entonces un tratamiento que focalice en la estimulación y acompañamiento de la paciente.

El tipo de intervención elegida y la forma en la que fue utilizada hizo posible que diferentes tipos de memoria musical sean estimulados (memoria musical auditiva, visual, rítmica y muscular). Además permite tomar registro del modo de organización secuenciada por el paciente en la resolución de las diferentes instancias propuestas.

### Lo estratégico de la intervención

La primera parte de la entrevista muestra que SR no se ve afectada sustancialmente por aquello que la trae a la consulta (neurológica). Se realiza sin embargo, la instancia de producción sonora en función de pesquisar intereses y desempeño. SR asocia varios eventos importantes (placenteros y de disgusto) a la música en sí; percibiendo un buen y correcto funcionamiento general. Se consideraron como puntos relevantes de la intervención los siguientes:

- 1) Utilizar la historia musical de la paciente y su relación a eventos personales
- 2) Ajustar la producción y requerimientos a las posibilidades sonoras de la paciente (tonalidad cómoda para vocalizar, velocidad en ejecución)
- 3) Verificar sutilmente la capacidad de multitarea hasta llegar al punto máximo que

el terapeuta considere (ejecución instrumental y vocal simultáneas)

❑ **Ejecución melódica vocal y rítmica instrumental (o corporal) con metrónomo**

A partir de una pieza musical seleccionada por el/los paciente/es se propone trabajar en la búsqueda de una cómoda tonalidad para el mismo (o el grupo en general) mediante el instrumento base -piano o guitarra-. Una vez obtenida esta primera instancia, se solicita marcación rítmica (en instrumentos -idiófonos y membranófonos- o bien, el cuerpo) en simultaneidad. Se intentará lograr la constancia rítmica, es decir, marcación prolongada y regular en el tiempo; usando una figura o varias por compás. Como parte de la producción musical se incorpora el *metrónomo* y se solicita constante ajuste al mismo.

*Objetivos:* coordinación rítmica. Disociación de partes del cuerpo. Regularidad temporal mediante agente externo. Sincronía.

*Variantes:* división de tareas en el grupo. Utilizar líricas escritas para menor complejidad o bien, estimular la memorización mediante transmisión oral de estas. Subdivisión de patrones bases rítmicos (figuras de menor duración).

*Caso clínico:* LR, EG, RS, NA, RB, MDP, sesión grupal (grupo leve)

El grupo, está conformado hace ya más de un año por todas mujeres que compartieron una misma profesión a lo largo de su vida: la docencia. Muestran apertura y entusiasmo ante cada una de las propuestas del área de Musicoterapia. Las integrantes tienen un perfil similar en cuanto a su rendimiento en funciones cognitivas, por ende se las ubica en uno de los grupos más leves de la institución. Pueden dar continuidad a las sesiones, son independientes y generaron entre sí un vínculo que las une por fuera del marco del tratamiento.

LR propone trabajar con el género musical “cumbia”, asociándolo a la alegría, siendo el terapeuta quien haga un recorte de posibles temas musicales. Discuten entre ellas las opciones hasta llegar a un acuerdo: “El alegre pescador” de José Barros. Esta cumbia formalmente se compone de Estrofa - Estribillo - Estrofa - Estribillo - Estrofa - Estribillo - Estrofa - Estribillo (A B A` B A`` B A``` B).

A través de la transmisión oral y entonada, el grupo tiende a memorizar cada estrofa

(lírca y melodía) con los diferentes tópicos sugeridos en cada una (recurso espontáneo de MDP, tomada por la terapeuta), ya que no cuentan con la lectura de esta. Por ejemplo, “la luna”, haciendo referencia a:

*La luna espera sonriente*

*Con su mágico esplendor*

*La llegada del valiente*



*Y del alegre pescador*

La entonación en cada estrofa se realiza en forma grupal y al unísono.

En el estribillo, se propone al grupo reorganizarse en dos: subgrupo 1 -LR, RS, NA- y subgrupo 2 -MDP, EG y RB-. favoreciendo la recuperación de aire en la ejecución vocal.

subgrupo 1  *El pescador... Habla con la luna*  subgrupo 2

subgrupo 1  *El pescador... Habla con la playa*  subgrupo 2

subgrupo 1  *El pescador... No tiene fortuna*  subgrupo 2

*Solo su atarraya*  todos juntos

Para el acompañamiento rítmico instrumental, las participantes seleccionan el material a trabajar utilizando principalmente instrumentos idiófonos sacudidos (shakers) y golpeados (cajón peruano). Considerando como prioridad la retención de frases melódicas con líricas se propone realizar una marcación rítmica constante, tendiendo al pulso de la canción, dispuesto por el metrónomo.

Esta intervención prioriza la estimulación de la memoria musical auditiva, la rítmica, y la analítica, en función de un trabajo atencional, capacidad de realizar varias indicaciones a la vez, sumando un agente externo que organice y de regularidad a la ejecución.

### Lo estratégico de la intervención

La consigna encierra sub-consignas (solapadas por la intervención en sí) que, debido al buen rendimiento general de las participantes, son apropiadas: memorización de líricas, división en la vocalización, ejecución de ritmos sencillos y ajuste a campo pulsado. Son considerados como puntos estratégicos de la intervención:

- 1) Propiciar un espacio de intercambio en torno a la toma de decisiones: selección del tema musical, generación de subgrupos
- 2) Utilizar la propuesta estratégica de una de las pacientes en relación a las palabras clave en cada estrofa
- 3) Presentar progresivamente la dificultad de la propuesta, teniendo en cuenta las posibilidades y rendimiento de las pacientes

#### ❑ **Ajustes tonales** (reconocimiento de rango)

El recurso vocal será fundamental para llevar a cabo esta propuesta. Partiendo de la tonalidad original de cualquier tema musical (sugerido por quien concurre o en función de lo sucedido en sesión) se realiza la ejecución vocal de este, o de cualquier pieza de carácter musical (improvisada). El terapeuta, al reconocer rangos máximos y mínimos de la obra, podrá consultar con quien se encuentre si genera algún momento de incomodidad vocal. El transporte de las obras será convenientemente ayudado por piano o guitarra.

Si ya se ha hecho alguna actividad vocal con el/los paciente/s será para el terapeuta más sencillo reconocer los alcances de cada uno, pudiendo anticiparse a realizar cambios tonales desde el comienzo. Es importante poder dar cuenta de la tonalidad de las versiones originales, para así subir o bajar cada obra.

Esta intervención, como se mencionó anteriormente bajo el título "combinación de recursos", tiende a ser una propuesta incluida en otra, y rara vez se la considerará como propuesta "pura" de la sesión en sí.

*Objetivos:* capacidad para reconocer posibilidades sonoras vocales, apelando propia percepción de comodidad/incomodidad en ejecución vocal. Adaptación a diversas tonalidades.



*Variantes:* puede solicitarse cambio tonal, modificando el objetivo principal, redireccionando a la capacidad de adaptación en la entonación, subiendo o bajando apenas un semitono.

*Caso clínico: MK (70 años), evaluación*

MK llega a la evaluación en el área de Musicoterapia, luego de realizada la entrevista con el médico neurólogo especialista. Ella menciona como motivo de consulta olvidos en torno a cuestiones recientes, que no generan mayores interferencias en su cotidianidad. MK comenta que su profesión (docencia) ha generado modificaciones en su voz: su instrumento musical. Este cambio provocó que dejara de cantar, actividad de la cual disfrutaba.

En el afán de devolver a MK un momento de ejecución vocal y cumplir con lo pautado desde el departamento de Musicoterapia como parte protocolizada se propone seleccionar un tema musical de preferencia. “A mi manera” de Paul Anka fue el tema elegido.

Su tonalidad original, o bien, la tonalidad de la versión realizada por Serra Lima (1999) es Fa Mayor. Se llevan a cabo los ajustes tonales en piano ya que su voz no llega a los agudos a los que alcanzaba en su juventud, transportando la misma a Mi Mayor (un semitono más abajo). En el ajuste MK logra reconocer la tónica auditivamente y transporta la canción medio tono más abajo. Como parte de la consigna, además se indica división de la ejecución vocal, canto conjunto en estribillo y marcación de pulso, mostrando favorable respuesta en todos los puntos.

Esta intervención tiene su fuerte en la estimulación de memoria musical emotiva, sumado a las demás que se ponen en juego. Utilizar temas musicales que remiten a momentos particulares de quien asiste propiciará un espacio de expresión y de reconocimiento en la ejecución vocal.

*Lo estratégico de la intervención*

MK reconoce fallas en su desempeño cotidiano (olvidos de acontecimientos recientes), que no se identificaron como de jerarquía en las evaluaciones, indicando la levedad diagnóstica. Se corrobora tal información al realizar la segunda parte de evaluación musicoterapéutica que corresponde a la producción sonora. De todos modos se

consideran como puntos relevantes estratégicos de la intervención los siguientes:

- 1) Utilizar lo planteado por quien concurre como cuestión a destacar, en este caso la “pérdida” de la voz
- 2) Reconocer con facilidad la tonalidad original y modificar (subir o bajar) según la necesidad del paciente

#### ❑ **Entonación melódica sobre lírica escrita**

Se dispone de un tema musical seleccionado por quienes allí participan (paciente o grupo de pacientes). Puede utilizarse el recurso de la escucha inicial para reconocer la obra en términos generales (velocidad, entonación, fraseo). En más de una oportunidad esta escucha previa proporcionará ayuda al terapeuta (tonalidad, ritmo y más de una vez, conocimiento de la obra). El hecho que el/los paciente/es tengan la lírica escrita podrá considerarse como un estímulo extra, análogamente a una partitura.

El terapeuta propiciará contextos musicales acordes a partir de la utilización de instrumento armónico-melódico (piano o guitarra) o un instrumento a percudir sosteniendo una secuencia rítmica.

*Objetivos:* Memorización de frases (melódicas). Correcta pronunciación de fonemas. Ajuste tonal. Sincronía entre la base armónico-rítmica y la vocal.

*Variantes:* segmentación de líricas en integrantes del grupo, ya sea por frases, estrofas, subgrupos o canto conjunto. Enumeración de estrofas en la lírica escrita.

*Caso clínico:* MP, NA, CB sesión grupal (grupo severo)

MP, NA y CB conforman un grupo caracterizado por la presencia de mujeres adultas de entre 55 y 65 años, las cuales estuvieron laboralmente activas meses previos a sus respectivos ingresos a la institución. Se observan comportamientos que denotan el nivel de compromiso cognitivo: desorganización, fallas en la memorización de esquemas de tratamiento, dependencia en la llegada y salida de la institución.

Si bien una de ellas realiza sesiones desde hace ya un tiempo considerable, las demás son una reciente incorporación. En el primer encuentro con las tres se les indica la selección de un tema musical a ejecutar grupalmente, evitando aquellos que ya hayan sido realizados en alguna otra oportunidad (por la anterior formación grupal). CB

propone “Zamba para olvidar” de Daniel Toro, por medio de la entonación y repetición de una frase en particular: “No sé para qué volviste...”. MP y NA acuerdan en la selección de este como tema principal de la sesión.

Se realiza la búsqueda tonal correspondiente (transportando de La menor a La # menor) para la comodidad de las pacientes. El acompañamiento en piano sostiene la nueva tonalidad. Esta zamba se estructura de la siguiente forma: Estrofa - Estrofa - Estribillo - Estrofa - Estrofa - Estribillo (A A` B A`` A``` B).

Este grupo, conocido por el terapeuta a partir del tratamiento y evaluaciones en el área, muestra severas dificultades en la lectura organizada de la lírica, debiendo recurrir a la enumeración de estrofas para que puedan ubicarse fácilmente en la “partitura”.

CB ejecuta la estrofa número uno, MP la estrofa número dos y NA la número uno nuevamente. Todos vocalizan una vez ambas estrofas, y se procede a realizar lo mismo con el estribillo. El proceso se repite en la segunda parte de la canción (A`` A``` B). Una vez comprendida las dos formas melódicas que acontecen, el grupo realiza la entonación de la canción completa con acompañamiento en piano realizado por el terapeuta.

Esta intervención promueve la utilización de los diferentes tipos de memoria musical, siendo una cuestión meramente terapéutica el seleccionar una de ellas para asignarle atención particular: organización de estrofas, vocalización, análisis, etc.

#### Lo estratégico de la intervención

Teniendo en cuenta el desempeño del grupo en general es que se toman algunas consideraciones terapéuticas. El paso por instancias de evaluaciones y algunas sesiones muestran cual es la base sobre la que el grupo puede mantenerse, y cómo implementar complejidad en las propuestas de manera progresiva, y en el caso que lo amerite, individualizada. Resulta sobresaliente en esta oportunidad:

- 1) Organizar en forma de propuesta aquello que una paciente entona brevemente, y propiciar el acuerdo grupal
- 2) Entonar individualmente de cada una de las estrofas, favoreciendo la comprensión melódica (estrofas y estribillo) y comodidad tonal
- 3) Enumerar las estrofas como facilitador visual, sosteniendo la ejecución desde la

numeración: Estrofa 1, estrofa 2, etc.

#### ❑ **Ejecución conjunta de piano a 4 manos**

El recurso a utilizar es el clásico en el estudio del instrumento: *piano a 4 manos*. Diferenciándose en la ausencia de partitura principalmente y, como consecuencia, la necesidad de improvisar. Se indican grupos de teclas específicas a ejecutar: estas teclas seleccionadas tienden a resolver de inicio cuestiones relacionadas a las disonancias (por desconocimiento armónico). Se pueden proponer, para ejemplificar, todas las teclas blancas, o negras, o bien seleccionar algunas.

Se toman como indicadores para la producción la velocidad y ritmo propuestas por el paciente, sin olvidar las preferencias musicales de este. El rol del terapeuta será entonces, acompañar, sugerir ajustes, cambios o cadencias finales (no verbales).

*Objetivos:* uso de recurso musical (teclas). Combinación de sonidos. Sincronía. Desplazamiento y flexibilidad en la interpretación musical.

*Variantes:* para quienes nunca hayan tocado el piano pueden marcarse las teclas necesarias, o bien, distinguirlas por color (blanco o negro), o, para quien tenga conocimientos pueden las teclas llamarse por su nombre (DO, RE, MI, etc.) y hasta no seleccionar teclas (si el caso lo amerita).

*Caso clínico:* ES (75 años), evaluación

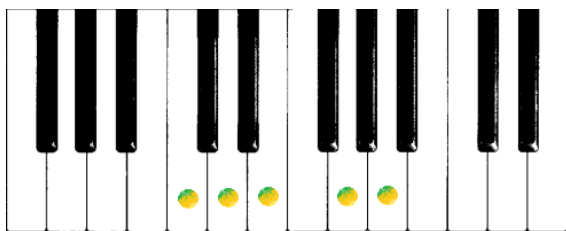
ES realiza la evaluación en el área de Musicoterapia, luego de habersele indicado desde consulta neurológica inicial. En la historia clínica del paciente (datos recabados por demás profesionales y entrevistas a familiares) se encuentra un marcado déficit en funciones cognitivas y una total dependencia para realizar actividades diarias, a sabiendas que ES era empleada bancaria antes de jubilarse y que nunca precisó de la presencia de alguien para su desempeño general. Sin embargo no presenta un motivo de consulta claro, ya que nada de lo preguntado en torno a complicaciones parece coincidir con un padecer. Si menciona que es su hija quien la trae a la consulta, y no es ella quien se acerca por propia voluntad.

*Dato:* Acercarse por propios medios a la consulta puede mostrar que hay un reconocimiento de sí mismo en torno a una problemática. En los casos (no todos) en los

*que la persona consulta por requerimiento de un familiar puede dejar entrever un desconocimiento de alguna problemática, o preocupación excesiva del familiar.*

ES, a pesar de mostrarse molesta con la institución, el terapeuta y la consulta, realiza un cambio en su actitud cuando las preguntas tornaron hacia los aspectos musicales. Pudo realizar un listado de sus 5 obras musicales preferidas, y distingue un período de aproximadamente 10 años de ejecución en piano (entre los 10 y 20 años de edad).

En la instancia de producción sonora dentro de la evaluación se sugiere realizar una ejecución conjunta del piano, ES aceptó con entusiasmo. Aunque podía identificar la ubicación de la nota musical DO, las demás debía organizarlas en función de ésta, resultando engorroso para la propuesta. Razón por la cual, se seleccionan 5 teclas dentro de cada una de las octavas, correspondiendo a las 3 teclas blancas debajo de las 2 negras (DO-RE-MI) y las dos teclas blancas en el medio del grupo de 2 teclas negras (SOL-LA), reconociendo estas visualmente por su ubicación.



*Fig. n° 3. Teclas seleccionadas en el piano para ES.*

ES comienza a ejecutar individualmente las teclas permitidas tomando de la mitad del teclado hacia la derecha (sonidos medios y agudos), organizando así melodías simples. Se observa inflexibilidad y repetitividad en la producción, utilizando solo una octava. Desde el acompañamiento (sonidos medios y graves) se proponen secuencias de acordes y arpeggios. ES comprende cadencias finales (4to grado, 5to grado y 1er grado de la escala de DO) y finaliza su ejecución conjuntamente con el terapeuta.

Esta intervención pretende estimular la memoria musical visual a partir del reconocimiento de teclas en el piano, aunque además trabajará sobre la memoria musical auditiva en la distinción de armonías acordes. Facilita conjuntamente la secuenciación de movimientos.

### Lo estratégico de la intervención

Poder observar el cambio actitudinal en el paciente al reconocer su ámbito musical es importante para tomar decisiones en relación a las propuestas. ES es un claro ejemplo de que una entrevista que resultaba ser tan engorrosa como todo el plan en general, puede terminar siendo un espacio ameno dentro del tratamiento. Son puntos relevantes en la intervención:

- 1) Considerar lo realizado por el paciente en momentos de su vida e interpretar el gusto o interés por la actividad: no todos quieren volver a tocar el piano.
- 2) Brindar herramientas para el reconocimiento de teclas que resulten armónicas en la ejecución.
- 3) Lo musical posibilita visualizar aquello que el paciente no reconoce en las preguntas iniciales en torno a fallas, dificultades.

#### **❑ Ejecución vocal de frases cortas sobre patrón melódico**

Utilizando un patrón melódico, ya sea de alguna pieza musical reconocida, o bien de la propia invención, se asocian frases verbales como lírica de la canción. Las frases a implementar puede encerrar diversas temáticas (de necesidad por parte de los participantes, como así también espontáneas). Es importante realizar previa ejecución de cada melodía para así memorizar la misma, y que resulte más sencillo poder superponer una frase verbal acorde. La acentuación de las palabras y su longitud (en sílabas) son fundamentales para la correcta implementación.

*Objetivos:* asociación de sílabas a diferentes alturas musicales. Correcta pronunciación de fonemas en frases. Estimular la verbalización a partir de la entonación. Memorización de melodías.

*Variantes:* Se puede utilizar más de una frase melódica para generar diálogos entre los participantes. Superposición de frases melódicas entre participantes para estimular atención y continuidad.

*Caso clínico:* AF (74 años), sesión uno a uno

AF concurreó durante un año a la institución, asistiendo semanalmente a sesiones de Musicoterapia. El cuadro clínico demencial de la paciente mostraba un progresivo y

rápido deterioro que pudo evidenciarse mes a mes. En este tiempo el mutismo logra protagonizar la novedad en síntomas, siendo el punto de partida a ser trabajado en sesiones en el área de Musicoterapia.

Cuatro notas musicales de la escala de Si Mayor fueron suficientes para ser utilizadas como vehículo de expresión de diversas frases organizadas. Se usaron temáticas domésticas (actividades a realizar a diario), características del familiar que siempre está con ella (su hermana) o bien, palabras que se adecúen a la frase melódica.

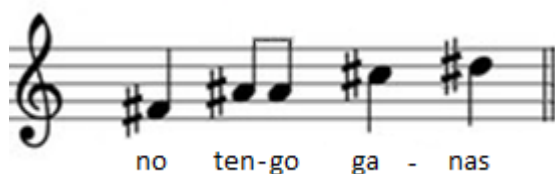


Fig. n° 4. Melodía con letra que AF utilizó en sesión.

AF logra vocalizar cada una de estas propuestas, siendo quien en varias oportunidades origine el tópico a utilizar. Se observó además que su predisposición en cada encuentro era constante.

Con esta intervención se tiende a brindar posibilidades comunicativas a partir de la memorización de frases melódicas (memoria musical auditiva y emotiva). Este tipo de ejecución tiene una intención en su mensaje, siendo facilitando en la interpretación de este.

#### Lo estratégico de la intervención

Inicialmente fueron sesiones grupales pero en la medida en los síntomas iban progresando se sugieren sesiones uno a uno. Así se continúa durante un año aproximadamente. Su hermana, quien la acompañó a cada uno de los encuentros, confirma el gusto por asistir, siendo la palabra “*Música*” una de las que AF nunca dejó de nombrar. Se consideran como puntos estratégicos de la intervención:

- 1) Utilizar el recurso de frases melódicas para estimular la oralidad y la comunicación de preferencias, situaciones cotidianas o necesidades
- 2) Brindar opciones de frases comunicativas para que AF elija y musicalizar las mismas

- 3) Buscar melodías acordes a la situación: en este caso se precisaban melodías sencillas de no más de 4 notas

#### ❑ **Ejecución vocal de lírica con disminución de *tempo***

Tal como el título de la intervención lo indica, se disminuye la velocidad de la obra a realizar, pudiendo ésta tener diferentes finalidades. Puede ser utilizado como recurso organizador del tiempo, el metrónomo.

El rol activo del terapeuta en esta intervención es fundamental, ya que es quien propicia un contexto musical adecuado mediante la ejecución de instrumento musical armónico-melódico (piano/guitarra).

*Objetivos:* correcta pronunciación de fonemas en estrofas extensas. Sincronía a partir de la modificación del *tempo*. Facilitar lectura correcta del texto.

*Variantes:* cambios progresivos en el *tempo*. Marcación de pulso en miembros inferiores en el caso de precisar.

*Caso clínico:* GAP, MP, EP, sesión grupal (grupo severo)

GAP, MP, EP funcionaron como grupo durante 6 meses aproximadamente. Si bien sus edades oscilan entre los 65 y 80 años, lograron homogeneidad en cada uno de los encuentros. Conformaron uno de los grupos más severos de las institución: rendimiento en funciones cognitivas disminuido y dependencia absoluta como fundamentos del tratamiento compartido. A pesar de estas dificultades visibles en cada uno de ellos, podían sostener las propuestas del área de Musicoterapia.

*Dato:* Cabe destacar que las distancias etarias existentes pueden en algunos casos llegar a ser un punto de conflicto entre los pacientes en aquello que a la materia musical refieren: distintas “épocas” hablan de distintos géneros musicales (o bien, artistas del momento), y en algunos casos despierta la intolerancia entre pares.

Entre los géneros musicales de relevancia, tanto GAP como EP, siempre se remiten al folklore o tango. En una oportunidad GAP sugiere trabajar en sesión el tango-canción “Caminito” de J. de Dios Filiberto, siendo apoyada la moción por el resto del grupo.

Se observan al dar comienzo a la ejecución vocal, dificultad en la lectura, pronunciación



completa de palabras y como consecuencia, desajustes a los aspectos rítmicos de la obra. Los pacientes identifican esta falla al cantar solos con el acompañamiento en piano (terapeuta). Son propuestas entonces, pautas de disminución en el *tempo*.

El terapeuta disminuye considerablemente de negra=60 a una marcación de negra=45, facilitando el proceso de lectura y vocalización de palabras en estrofas. A partir de la reiteración de frases melódicas, se afianzaba el desempeño, realizando un ajuste progresivo del tiempo. La respuesta fue favorable en el grupo en su totalidad.

Esta intervención permite estimular la memoria musical auditiva a partir de la ejecución lentificada de los diferentes fonemas por encima de cada nota musical. El proceso de los cambios de tempo pueden mostrar al paciente la importancia de realizar actividades de manera progresiva, favoreciendo a la flexibilidad en su cotidianidad.

#### Lo estratégico de la intervención

Esta es una de las oportunidades en las que las estrategias se configuran por una necesidad del momento clínico. En otros casos uno puede pensar en los objetivos de la intervención en una instancia anterior, como actividad del día.

Cumplir con el propósito de la intervención desde la necesidad emergente grupal comienza a generar nuevas experiencias que modificaron la percepción del tiempo de sesión, precisando una hora aproximadamente sin que les resulte agobiante. Como puntos relevantes de la intervención se encuentran:

- 1) Poseer la capacidad de realizar disminución en el *tempo* sin cambiar el sentido de la obra (fundamental en la práctica o estudio musical)
- 2) Tornar al *tempo* original de manera progresiva, en la medida en que se agiliza la ejecución

#### ❑ **Ejecución vocal utilizando la forma canon**

La forma canon es una de las más tradicionales en la cultura musical académica, tratándose de la superposición de una misma melodía en momentos diferentes, apelando a la continuidad melódica en cada uno de los casos sin que las demás voces (en desfase) generen interferencia o disonancia.

*Objetivos:* memorización de la lírica seleccionada. Mantener la melodía en el campo

pulsado sin confundir los diferentes segmentos que suenan en simultáneo. Atender a “entradas” de cada voz.

*Variantes:* en el caso de querer facilitar la actividad podría brindarse la lírica por escrito. Para agregar o quitar dificultad pueden generarse mayor o menor número de subdivisiones en las voces correspondientes.

*Caso clínico:* EH, YC, CF, JP, sesión grupal (grupo severo)

Este grupo se conforma por mujeres de entre 80 y 85 años. Casi todas ellas comparten un mismo diagnóstico representado por cuadros clínicos que afectan el recuerdo en torno a sucesos recientes, desorientaciones, dependencia de un cuidador o familiar, desorganización en la vida cotidiana, fallas en la expresión del lenguaje verbal, reiteraciones de tópicos de conversación. Cada uno de los encuentros se muestra como una novedad, ya que no remiten a lo trabajado en sesiones (y hasta horas) anteriores. EH es una paciente que ingresa a la institución por cuadro de traumatismo encéfalo craneano. Más allá de tener un mejor rendimiento que el resto de las pacientes, es ubicada en este grupo por demanda (paciente y familiares) de horarios específicos, siendo la única opción viable.

En uno de los encuentros, al solicitar un tema musical que se relacione a su infancia, la versión en español de “Frère Jacques” no tardó en ser sugerida por FC (quien ya lo había hecho en otras oportunidades). El grupo acuerda en realizar este tema musical. Surge entonces la posibilidad de trabajar el mismo en función de estimular algunos de los aspectos deficitarios antes mencionados a través de la forma musical canon.

La propuesta la sostiene, en un principio, EH para dar continuidad a la línea melódica que ingrese primero, debido a que no compartía el mismo diagnóstico, no presenta fallas en la percepción y sostén temporal.

Inicialmente el grupo se divide en dos partes, una comandada por EH y otra por el terapeuta conjuntamente con CF, YC y JP. Tras varios intentos todas comprenden aquello que se pretende realizar, y se logra incorporar una subdivisión más, siendo EH quien protagonice la tercera voz junto a CF. YC y JP quedan a cargo de la primera, y el terapeuta da las entradas correspondientes a cada subgrupo y ejecuta la voz número 2.

The image shows a musical score for the song 'Frère Jacques' in 4/4 time. It consists of two staves. The first staff contains two vocal parts, S1 and S2, with lyrics: 'Fray San - tia - go Fray San - tia - go duer - me usted duer - me usted'. The second staff contains a third vocal part, S3, with lyrics: 'sue-nan las cam-pa - nas sue-nan las cam-pa - nas din don dan din don dan'. The notes are simple, mostly quarter and eighth notes, with some rests.

Fig. n° 5. Frère Jacques, canción popular francesa, con marcaciones de entrada de voces por subgrupos (S1, S2 y S3)

Esta intervención (en su versión simplificada o bien, la más compleja) tiende a estimular a partir de la memoria musical visual y auditiva aspectos de la atención y memoria. Precisa del trabajo en equipo (grupo de pacientes), su complicidad para cada subgrupo en una voz y la organización a partir de un patrón regular base (por el terapeuta o metrónomo).

#### Lo estratégico de la intervención

Gran parte de las integrantes del grupo comparten características en torno a sus funciones más deficitarias: capacidad para dar continuidad a sesiones, reconocimiento de pares, comprensión de espacios y tiempos de sesión. Por ello trabajar con propuestas que propicien contextos de atención sostenida durante algunos minutos estimularán activamente en la medida de lo posible a cada participante. Son considerados puntos estratégicos de la intervención los siguientes:

- 1) Seleccionar la forma canon como aquella que reúne a la propuesta grupal con las necesidades del grupo
- 2) Propiciar el reconocimiento de los integrantes del grupo para así lograr las subdivisiones en voces
- 3) Tener en cuenta la singularidad de las pacientes, personalizando el tratamiento de acuerdo a sus posibilidades (EH sostiene en la ejecución, por ejemplo)

## ESCUCHA

En este tipo de intervenciones se priorizan aspectos relacionados al reconocimiento auditivo: identificación, diferenciación tímbrica; análisis formal y semántico de obras musicales, y la utilización de música editada para la estimulación del movimiento. Tal como se menciona páginas anteriores, dentro de la clasificación de las intervenciones, la combinación de recursos continúa siendo una estrategia a poner en práctica.

Entre ellas se encuentran:

### ❑ **Discriminación auditiva de frases melódicas**

Tal como se realiza en el entrenamiento auditivo del músico, el reconocimiento de intervalos es una de las actividades auditivas primarias por excelencia. En el consultorio esta modalidad se modifica al no sugerir una apreciación tonal exacta (ya que requiere conocimientos del orden musical), sino al poder distinguir comienzo de melodías e identificar su título o particularidades de esta.

Se utiliza el piano (u otro instrumento melódico) como instrumento productor de melodías. El hecho de no utilizar las versiones originales (música editada) hace que factores como las voces, líricas o instrumentos particulares de cada obra interfieran en el reconocimiento.

Se recomienda realizar esta intervención en varios encuentros, favoreciendo la incorporación de más y nuevas melodías a reconocer.

*Objetivos:* reconocimiento de frases melódicas. Entrenamiento auditivo. Memorización de títulos y asociación de estos a las melodías.

*Variantes:* quitar o agregar cantidad de piezas a reconocer. Quitar o agregar notas musicales respectivas. Mayor dificultad (entre dos y 5 notas) menor dificultad (más de 6 notas musicales), o bien, utilizar música editada en el caso que sea necesario. Cambiar instrumento productor (instrumento musical capaz de producir melodías).

*Caso clínico:* GC, AI, MS sesión grupal (grupo moderado - severo)

Este grupo desde hace un año se conforma como tal, aunque sufrió modificaciones en el tiempo: ingresos y egresos de pacientes. Si bien se encuentran realizando tratamiento en un grupo con características severas (a nivel institucional), desde el área de

Musicoterapia se perciben dificultades en la memoria más reciente y, no menos importante, su capacidad de tolerancia ante la diversidad de opiniones entre sí. El grupo identifica a terapeutas, nombres de compañeros. Están globalmente orientados e independientes.

A partir de este año en tratamiento se pesquisan datos relevantes que hacen a los intereses personales de cada uno, sirviendo como punto de partida para hacer una selección inicial de 3 temas musicales (u obras musicales) a reconocer. Entre ellas “Für Elise” de L. V. Beethoven, “Cumpleaños feliz” canción popular, “Wiegenlied op 49 N° 4” de J. Brahms. En la semana dos se suman: “Frère Jacques” canción popular francesa, “Caminito” de J. De Dios Filiberto y “La cumparsita” de G. Matos Rodríguez.

Los mismos fueron ejecutados y reconocidos durante tres semanas consecutivas. En cada uno de los encuentros se brinda la posibilidad de escuchar la lista de temas a los participantes de manera individual, solicitando a los demás que no revelen las respuestas en caso de reconocer en las primeras escuchas.

GC parecía tener cierta dificultad en recordar los títulos correspondientes en la primera semana, aunque puede dar continuidad a cada melodía mediante tarareos. Muestra cierto grado de frustración al no poder mencionarlos en el momento (su momento), sin embargo por su falla en el control inhibitorio verbal deja pruebas fehacientes que reconocía, recordaba y asociaba títulos con melodías a la perfección, sólo cuando no era su turno.

AI obtiene muy buen desempeño en asociación y recuerdo de títulos, pero no puede controlar su verbalidad en momentos ajenos.

MS al igual que AI, se caracterizan por buen desempeño en la consigna directa, fallando en mantener el silencio cuando es el turno de los demás participantes.

Esta intervención puede utilizarse para estimular la memoria musical auditiva (principalmente), la emotiva (al ser piezas familiares para los pacientes), apelando a una mejora en la memoria y en la evocación del recuerdo a partir del lenguaje verbal.

#### Lo estratégico de la intervención

- 1) Al realizarse esta intervención en forma breve en cada uno de los encuentros se

genera continuidad en las actividades, haciendo referencia tangible a pasadas sesiones

- 2) Se dedica el tiempo necesario a cada paciente, motivando a los demás a no revelar la respuesta en voz alta (inhibición, tolerancia)
- 3) Los temas seleccionados corresponden a un repertorio reconocido por los pacientes (ya sea por sus preferencias, o bien, por épocas compartidas)
- 4) Incorporación progresiva de temas musicales a recordar

#### ❑ **Análisis semántico de líricas**

Se utiliza un tema musical seleccionado por el/los paciente/es o bien, de acuerdo a la temática que se pretenda abordar en sesión, el terapeuta también puede elegir un tema musical en particular -siempre teniendo en cuenta los intereses de quien asiste-. A partir de este, el paciente/grupo hará el desglose del contenido semántico. Entendiéndose por semántico a aquello que se corresponde con el significado o sentido de las palabras u oraciones.

Esta intervención puede ser parte componente de alguna otra intervención, apelando a la combinación de recursos, ya que por sí sola respondería a una actividad del área fonoaudiológica y no sería el objetivo de la terapéutica. El análisis del contenido de una obra posibilita además ajustes en la interpretación musical: entender el sentido para luego interpretar-la.

*Objetivos:* comprensión de texto. Multiplicidad de lecturas. Interpretación musical acorde al texto.

*Variantes:* centrar la interpretación del texto por estrofa (menor complejidad), o bien, en la totalidad del mismo (mayor complejidad).

*Caso clínico:* TM, AE, IG, AB, sesión grupal (grupo moderado)

Este grupo se conforma por todas mujeres con una edad promedio de 80 años, compartiendo características en torno a la sintomatología diagnóstica: dificultades en la comprensión del lenguaje, memoria reciente afectada, fallas en la continuidad dialógica, desorientaciones y dependencia a familiares.

Entre ellas establecieron un acuerdo de seleccionar un tema musical para cada uno de

los encuentros (por más que este no sea el único modo de abordar las sesiones). En una oportunidad, en medio de la búsqueda del material (canción), AB sugiere trabajar con el género musical milonga. Si bien todas apoyan la moción, ningún título pudo ser evocado por el grupo. El terapeuta propone entonces tres títulos, de los cuales, eligen “Azúcar, pimienta y sal” de Héctor Varela.

Se otorga a cada una la lírica del tema musical y lo escuchan (versión editada) acompañando vocalmente la misma.

El terapeuta da cuenta que en la lírica, la metáfora era un recurso común del compositor, pudiendo trabajar en la comprensión del texto.

El grupo se dispersa notoriamente en la interpretación de la totalidad de la obra, recurriendo entonces a la utilización de frases aisladas. Esto promueve la organización del hacer, nivelando a cada una de las integrantes: en la medida en la que se va avanzando en el texto se asimilan aspectos generales de la obra, tales como, la temática principal, personajes que intervienen, características. Al finalizar, se realiza una nueva escucha, acompañando vocalmente la lírica.

Esta intervención resulta beneficiosa en el trabajo de estimulación de la memoria, a partir de la memoria musical analítica y visual. El hecho de organizar la lectura facilita el proceso de interpretación semántica.

#### *Lo estratégico de la intervención*

El grupo puede establecer cierta modalidad de trabajo que hace al reconocimiento e identificación del espacio de Musicoterapia como tal. A pesar de no estar definiendo la profesión en sí, establecen una la relación de la música (o bien, canciones) a las sesiones en el área, considerándose importante. En esta oportunidad se encontraron como estrategias de la intervención:

- 1) Tomar cada propuesta del grupo, en este caso una “milonga” para trabajarla en sesión
- 2) Analizar el contenido semántico por frases (como forma de organización)
- 3) Utilizar el texto a analizar con escuchas de la versión original tanto al comenzar como al finalizar, para guardar el sentido musical de la propuesta

#### ❑ **Análisis formal de obras musicales** (estructura, reconocimiento)

Como se han presentado en ocasiones anteriores, alguna de estas intervenciones podría considerar un complemento a utilizar encontrándose solapadas por otras más abarcativas. Esta intervención es además fundamentada en la comprensión de una obra: material sonoro utilizado, forma musical, características estilísticas, entre otras. La práctica con cierta regularidad de este tipo de propuestas podría favorecer en el reconocimiento de similitudes y diferencias sonoras (desde lo comparativo). Es útil en el reconocimiento de la música como fenómeno complejo y no meramente una lírica musicalizada.

No necesariamente se usan términos musicales en su aplicación, sino que los participantes deciden cómo denominar estas.

*Objetivos:* reconocimiento de características comunes en géneros musicales que hacen a la forma de estos. Identificación de recursos utilizados en diferentes partes de la obra musical. Escucha ligeramente apartada de la interpretación del texto.

*Variantes:* puede llevarse el análisis hacia la estructuración lírica, instrumental, o ambas (según la complejidad que quiera abordarse)

*Caso clínico:* AS, OB, SM, ERC, AB, MN, sesión grupal (grupo moderado)

La conformación de este grupo permaneció estable durante 6 meses aproximadamente, sufriendo luego algunas modificaciones que derivaron en la reducción a la mitad.

Se distinguen ambos sexos con una edad promedio de 70 años. No comparten la misma sintomatología diagnóstica. ERC, SM y OB dependen de que algún familiar los acerque a la institución y los espere a la salida; se observan algunas conductas (de grupos moderados) que varían entre escrituras constantes o (en la sesión de MT no se utiliza la escritura), temas de conversación recurrentes y desinhibición verbal. AB, AS y MN son independientes, mantienen círculos sociales activos. Sus fallas se presentan principalmente en la retención de información reciente y en el hallazgo de palabras específicas al mantener actividad dialógica.

Si bien, en pasados encuentros se había propiciado momentos de análisis de aquello que se esté llevando a cabo, en este encuentro se propone como etapa inicial el análisis formal de la obra musical (canción), seguido por el ajuste tonal a la misma y la posterior



ejecución vocal e instrumental y la interpretación semántica -combinando recursos. El grupo solicita que el terapeuta seleccione una canción para trabajar, siendo “Bailando con tu sombra” de V. Heredia la elegida. Este tema musical responde a intereses comunes del grupo, sumado a una particular forma de presentar la lírica como así también su contenido.

El grupo se dispone en el espacio de la manera mencionada en la presentación, siendo el terapeuta quien indique diversos requerimientos a unos y otros. Al subgrupo 1 (ERC, SM y OB) el análisis es solicitado a partir de longitud de frases, estrofas repetidas principalmente, mientras que el subgrupo 2 (AS, AB y MN) dan cuenta de tres tipos de estrofas repetidos tres veces a lo largo de la obra. Entre todos identifican instrumentos musicales, carácter y contenido semántico.

Esta intervención pretende a partir de la subdivisión ajustar la propuesta de acuerdo a las posibilidades de los pacientes generando variables sutiles en la dificultad. Además de estimular concretamente la memoria musical analítica tomando como punto de partida la escucha y la lectura de una lírica. Puede utilizarse para favorecer la atención, memoria y la interpretación semántica.

#### Lo estratégico de la intervención

- 1) Subdividir el grupo a partir de la disposición en el espacio de los pacientes
- 2) Pautar momentos de trabajo con cada uno de ellos, propiciando el intercambio entre subgrupos
- 3) Nivelar la propuesta para que cada uno de los pacientes pueda realizarla, sin depender de la velocidad de respuesta
- 4) Seleccionar un repertorio acorde, si es que el grupo así lo requiere

#### **❑ Desplazamiento/movimiento asociado a campo pulsado regular**

Se utiliza un estímulo externo para la esquematización y organización de movimientos a realizar. Pueden realizarse coreografías (con o sin desplazamiento), ajustando las circunstancias de quienes asisten. Los distintos movimientos se pautan o acuerdan con el paciente, utilizando la repetición de estos ajustada al estímulo sonoro y no por separado. Al igual que en la ejecución instrumental, se hace preciso moderar al *tempo* de la propuesta, aumentando de forma gradual el mismo en la medida que el/los

paciente/es lo necesite/en.

*Objetivos:* estimulación de marcha o movimiento pautado a partir de cortas coreografías. Memorización de esquemas corporales y melódico-rítmicos. Atención.

*Variantes:* esquemas coreográficos con mayor o menor número de movimientos (dificultad). Coreografía armada en sesión u organizada en instancia previa. Coreografía señalizada en suelo. Lírica para asociación de movimientos.

*Caso clínico:* AML, NC, MN, NGV sesión grupal (grupo moderado)

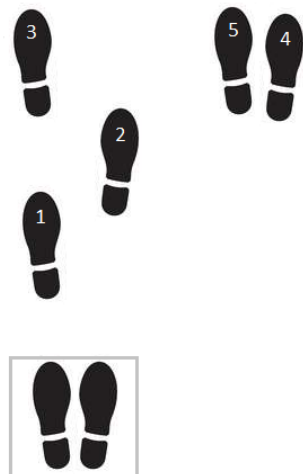
Si bien los pacientes que conforman el grupo tienen más de seis meses de tratamiento, están hace sólo dos meses conformados como grupo. La dinámica y la relación que establecieron, exclusivamente institucional, muestra una convivencia amena entre ellos. AML, NC y MN son independientes, mientras que NGV depende de que su esposa lo acompañe a la institución. Todos tienen una buena comprensión del esquema de tratamiento, los terapeutas asignados y el reconocimiento de pares. Si bien forman parte de un grupo moderado, tienen una buena adaptación y adherencia, como así también, la búsqueda de desafíos en cada sesión.

Considerando el promedio de su edad (80 años) y sus recuerdos musicales más presentes, se propone realizar una secuencia de pasos básicos del tango. El grupo ya ha trabajado en aspectos coreográficos aunque sin realizar desplazamientos. “Que el mundo fue y será una porquería ya lo sé...” entona NGV, siendo este el tema musical, “Cambalache” de E. S. Discépolo, acordado grupalmente. El tema comienza a reproducirse y el terapeuta indica la primera secuencia, que consta de 3 pasos hacia adelante.



*Fig. nº 6. Primera secuencia de pasos.*

Esta primera parte la llevan a cabo todos juntos, sincronizando a una velocidad que no se corresponde necesariamente con el pulso de la canción, sino con los acentos (moderando la velocidad del recorrido). Una vez incorporado, se presentan dos movimientos más, aunque en esta oportunidad es un paso a la derecha y el encuentro de ambos pies.

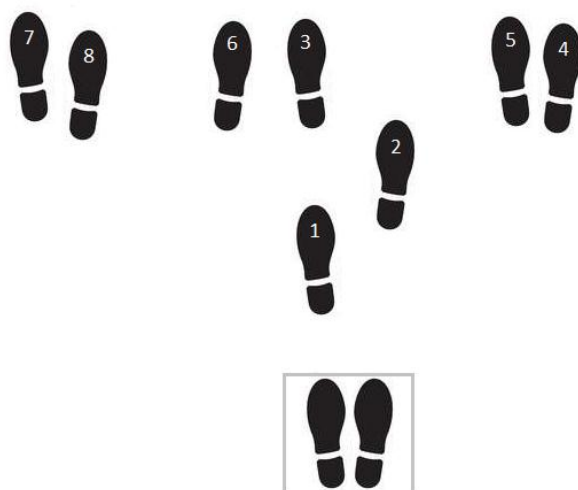


*Fig. nº 7. Primera y segunda secuencia.*

Esta segunda secuencia requiere de la imitación hacia el terapeuta y son precisos momentos de atención individual para lograr los 5 pasos. Se utilizan los minutos de duración de este tango para practicar la secuencia. Resulta interesante observar el apoyo recíproco entre los pacientes, alentando al movimiento en simultáneo como soporte en

tanto recuerdo de secuencia.

Tres pasos se suman, uno de estos indica cruzar un pie sobre el otro, pudiendo generar desestabilidad al utilizar movimientos lentos. Se tiene la precaución de la ejecución individual en cada caso, hasta comprobar fluidez en el movimiento.



*Fig. nº 7. Primera, segunda y tercera secuencia.*

Los esquemas presentados fueron transmitidos por demostración del terapeuta.

NGV recuerda las dos primeras secuencias, viéndose más impedido (por cuestiones de estabilidad también) en la última. Se acompaña al mismo tomándolo del brazo y realizando los movimientos en simultáneo.

MN alcanza a sostener el campo pulsado del tango (más rápido). Esta paciente es con cada propuesta exigente consigo, intentando siempre alcanzar un desempeño óptimo ajustado a la solicitud inicial.

AML precisa de alguien a la par para poder realizar movimientos en las direcciones correctas. NC da cuenta de esta necesidad y los realiza constantemente a la par.

NH reconoce recordar con dificultad la secuencia entera, a pesar de ello se muestra a gusto de realizar la misma con indicaciones verbales.

Esta intervención permite que la memoria musical rítmica, la visual y la auditiva se combinen favoreciendo aspectos de la memoria y el movimiento a partir de la escucha musical. La organización de secuencias de movimientos es la misma utilizada para

llevar a cabo patrones rítmicos.

Lo estratégico de la intervención

- 1) Utilizar los intereses rastreados en la sesión y en pasados encuentros: la propuesta musical de NGV, el acuerdo grupal, la edad de los pacientes e intereses
- 2) Fragmentar la secuencia en tres partes, con progresiva evolución en la dificultad (primero adelante, segundo a la derecha y luego a la izquierda con un cruce)
- 3) Priorizar moderación en la velocidad evitando riesgos en la inestabilidad de cada uno

## **Aspectos favorables de las intervenciones**

Se hallaron múltiples beneficios de la incorporación de las diferentes intervenciones estratégicas al espacio de Musicoterapia en la institución elegida. Algunos de ellos para los pacientes que recibían el tratamiento específicamente y otros impactaron además en el desempeño en el equipo de trabajo y organización espacio terapéutico del área de Musicoterapia.

Es un beneficio principalmente el hecho de utilizar recursos estratégicos propuestos creativamente a quien concurre contemplando la singularidad de este y que estos recursos sean posibles de implementar independientemente del grado de anosognosia del paciente, es decir, su conciencia de enfermedad. Se observa además su favorable desempeño en la resolución de emergentes clínicos.

A lo largo de los años de atención en la institución se percibe que aquellos pacientes que dieron regularidad al tratamiento se vieron beneficiados en la obtención de nuevos recursos, además del acompañamiento que se le puede brindar a la persona: evaluar constantemente la evolución del cuadro (informes diarios y mensuales), a sabiendas que las demencias son patologías neurodegenerativas.

Se evidenció entonces que los casos en fases iniciales de la demencia mostraron una mejor evolución del cuadro sin progresión aparente, mientras que aquellos casos más severos empeoraron su cuadro clínico. Esto fue comprobable con el tipo de intervenciones utilizadas en cada uno de los casos y el grado de dificultad requerido como parte estratégica.

Las intervenciones utilizadas facilitaron la organización del hacer terapéutico en los profesionales de un mismo departamento, semi estructurado por objetivos a trabajar según el diagnóstico y lecturas clínicas. Resultaron, por otra parte, funcionales a la interdisciplina con el resto de los departamentos participantes en la institución.

Este tipo de intervenciones estratégicas destinadas a pacientes que padecen determinado cuadro clínico como las demencias, podrían considerarse una cartera de herramientas para musicoterapeutas que se interesen en el área.

Es directamente proporcional la variabilidad en las propuestas clínicas y estrategias utilizadas con respecto a la musicalidad del terapeuta. Quien no tenga con regularidad

contacto con un instrumento musical armónico, obtendrá menos posibilidades conocidas para llevar a cabo, lentificando el tratamiento.

# **CAPÍTULO V**

*Reflexiones finales*



# REFLEXIONES FINALES

*Red conceptual. Reflexiones finales.*

No es un desenlace anhelado en esta investigación pensar resultados de manera objetiva y numérica por sus características, aunque si es posible recuperar algunas consideraciones que sintetizan el camino recorrido y abrir algunos interrogantes para futuras investigaciones.

El reconocimiento de una posición teórica en Musicoterapia fue crucial para poder desarrollar la investigación y dar lugar una terapéutica fundamentada. Este posicionamiento lo hacen diferentes autores que teorizaron sobre las competencias musicoterapéuticas, la descripción de la práctica y la comprensión de instancias diagnósticas como parte del proceso de rehabilitación neurológica.

Aquellos conceptos trabajados como pilares teóricos de la investigación pueden verse reflejados en la utilización de cada una de las intervenciones sugeridas y analizadas. Ya sea en su enunciado, en el planteo de objetivos y variantes, como así también en la ejemplificación por medio de casos clínicos, atendiendo constantemente a los emergentes de ese momento clínico y de la singularidad del paciente.

Poder enlazar la creatividad del terapeuta con los recursos musicales a disposición y la implementación estratégica para así intervenir clínicamente en el tratamiento de quien transita un proceso de demencia es de cierta forma un aspecto favorable que arroja esta investigación. No pretendiendo generar universales teórico-prácticos clínicos, sino un camino viable a ser modificado en función de los emergentes.

Pudo observarse, por otra parte, que las características de las intervenciones estratégicas descritas permitieron agilizar el intercambio de información con el resto de los de las áreas tratantes en la institución: en reuniones de discusión de casos (con profesionales de áreas tratantes diversas), como así también las departamentales (entre colegas).

Se mostró un interés diferente en el área de Musicoterapia, a partir de la organización de las intervenciones estratégicas. La institución comienza a considerar la Musicoterapia como una terapéutica que puede trabajar en pacientes con patologías específicas, focalizando en los intereses, maximizando y potenciando las posibilidades, utilizando

los recursos musicales en función de estos.

No sólo el cuerpo médico (quienes realizan las derivaciones y seguimientos) indican los beneficios del área, sino que los mismos pacientes y, en algunos casos, las familias se interesan en el área de Musicoterapia como parte del tratamiento, aportando datos musicales, interrogando la evolución o afirmando el interés demostrado por el paciente en instantes previos a asistir a las sesiones pautadas.

Estas intervenciones, fueron además, parte de un proceso de retroalimentación constante, en cuanto a mejoras, incluida la simplificación de estas: mediar entre aquello que se considera obvio desde una perspectiva musical y la transmisión de la misma adaptada a la circunstancia clínica. Siguiendo el diseño metodológico seleccionado, siendo esta forma de investigar la que guiaba por momentos la práctica clínica.

El diseño metodológico utilizado para la investigación podría ser implementado en mayor número de situaciones, no necesariamente investigativas, reinventar la práctica, reflexionar sobre el hacer clínico, perfeccionarlo y generar modificaciones.

Finalmente, y a modo de reflexión final, la implementación de intervenciones estratégicas demuestra la flexibilidad de estas, la facilidad en su utilización y su eficacia en el diálogo con demás profesionales. Sin olvidar que surgen de la unión de la bibliografía científicamente admitida y la necesidad inmediata del paciente.

La presente investigación puede ser una forma de apertura a la búsqueda de nuevas intervenciones, a una clasificación en detalle, a la incorporación de más y mejores variantes, y hasta la posibilidad de extender el campo de acción clínica al tratamiento de otras patologías que así lo requieran.

# **ANEXOS**

*Redes conceptuales*

## SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

¿CÓMO PUEDE LA MUSICO-TERAPIA INTERVENIR EN EL TRATAMIENTO DE QUIEN TRANSITA UN PROCESO DE DEMENCIA?

DEMENCIAS

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

CARACTERÍSTICAS



RELACIÓN DE LA PRÁCTICA CON LOS DIAGNÓSTICOS

SER MUSICOTERAPEUTA EN UN CAMPO ESPECÍFICO



BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA

PRÁCTICA CLÍNICA



INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS

METODOLOGÍA



ABORDAJE

HACER CLÍNICO

ESCRITURA ACADÉMICA

# PATOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS

DEMENCIAS

AMNESIA

APRAXIA

AFASIA

AGNOSIA

CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS

MEMORIA

MOTRICIDAD

LENGUAJE

RECONOCIMIENTO

SUBTIPOS

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

DEMENCIA CUERPOS DE LEVY



DETERIORO COGNITIVO

# CONSIDERACIONES MUSICOTERAPÉUTICAS

MUSICOTERAPIA

NEURO REHABILITACIÓN



MÚSICA



ENTRENAMIENTO

OBJETIVOS

MEMORIA

EXPRESIVA DE EMOCIONES

ORGANIZADA - ORGANIZADORA

PACIENTE

TERAPEUTA

RELACIONES INTERPERSONALES

MAXIMIZACIÓN DE CAPACIDADES

INDEPENDENCIA

MEMORIA MUSICAL

COMPETENCIAS

**COMPETENCIAS DEL  
MUSICOTERAPEUTA**  
KENNETH BRUSCIA

**BASE  
MUSICAL**

TEORÍA MUSICAL

COMPOSICIÓN Y ARREGLOS

EJECUCIÓN EN INSTRUMENTO MUSICAL DE PORTE

TECLADO/GUITARRA

VOZ

INSTRUMENTOS NO SINFÓNICOS

IMPROVISACIÓN

MOVIMIENTO

## CREATIVIDAD

- ORIGINALIDAD
- UTILIDAD
- RELEVANCIA

## INTERVENCIONES

- ≠ TÉCNICAS
- SIN PRETENSIÓN DE UNIVERSAL

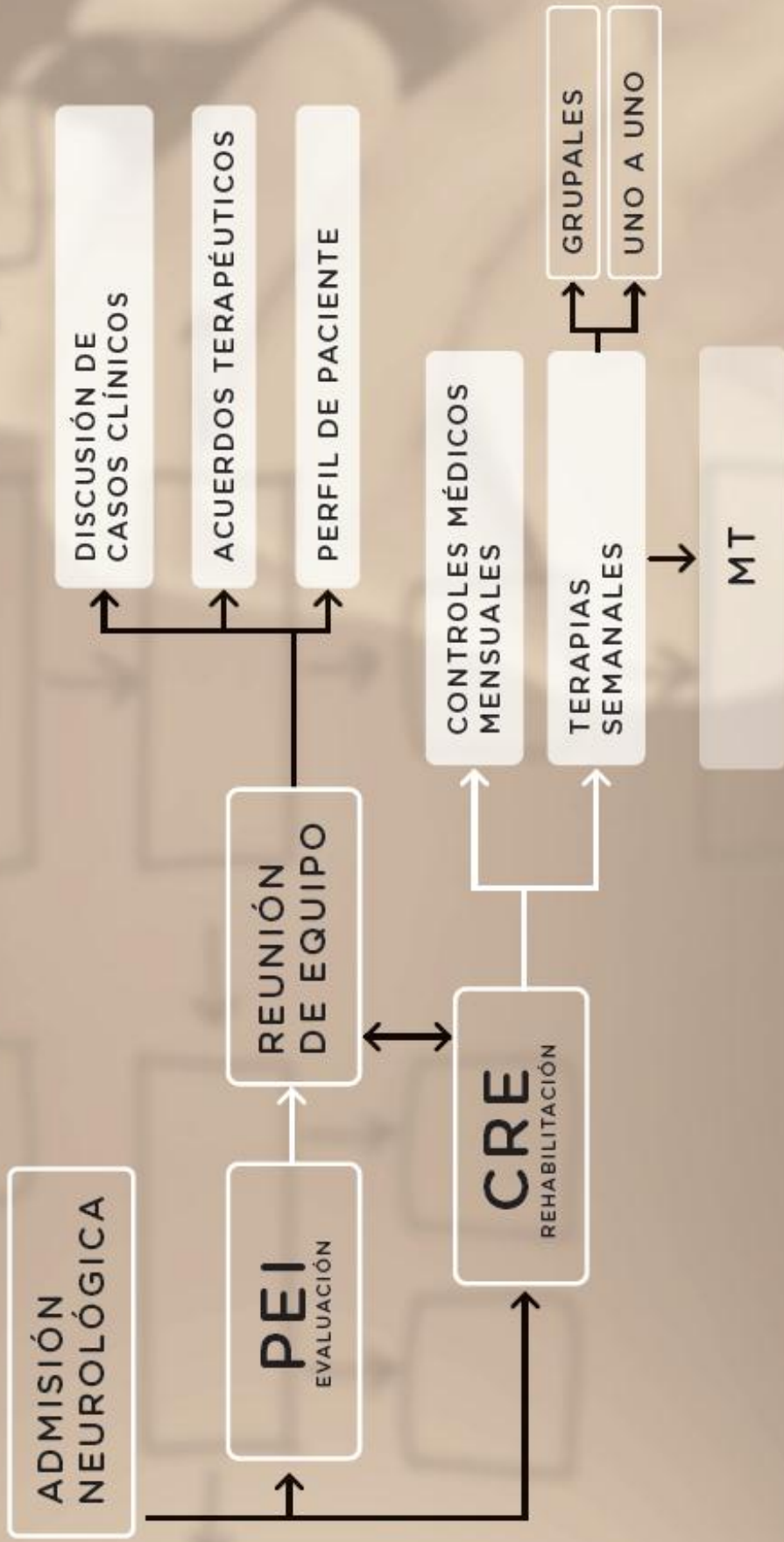
## ESTRATEGIAS

- ADAPTACIÓN
- MOVIMIENTO

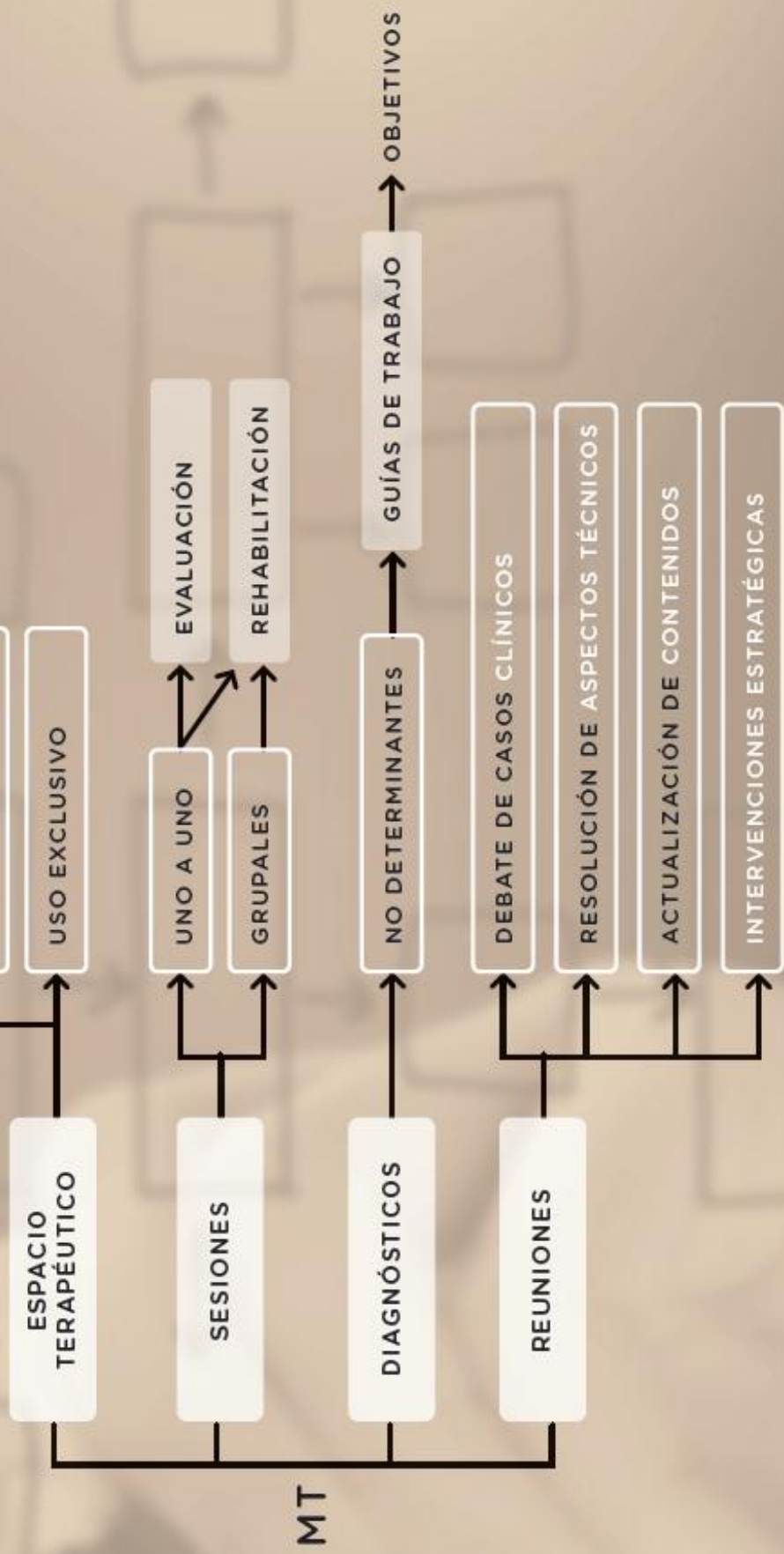


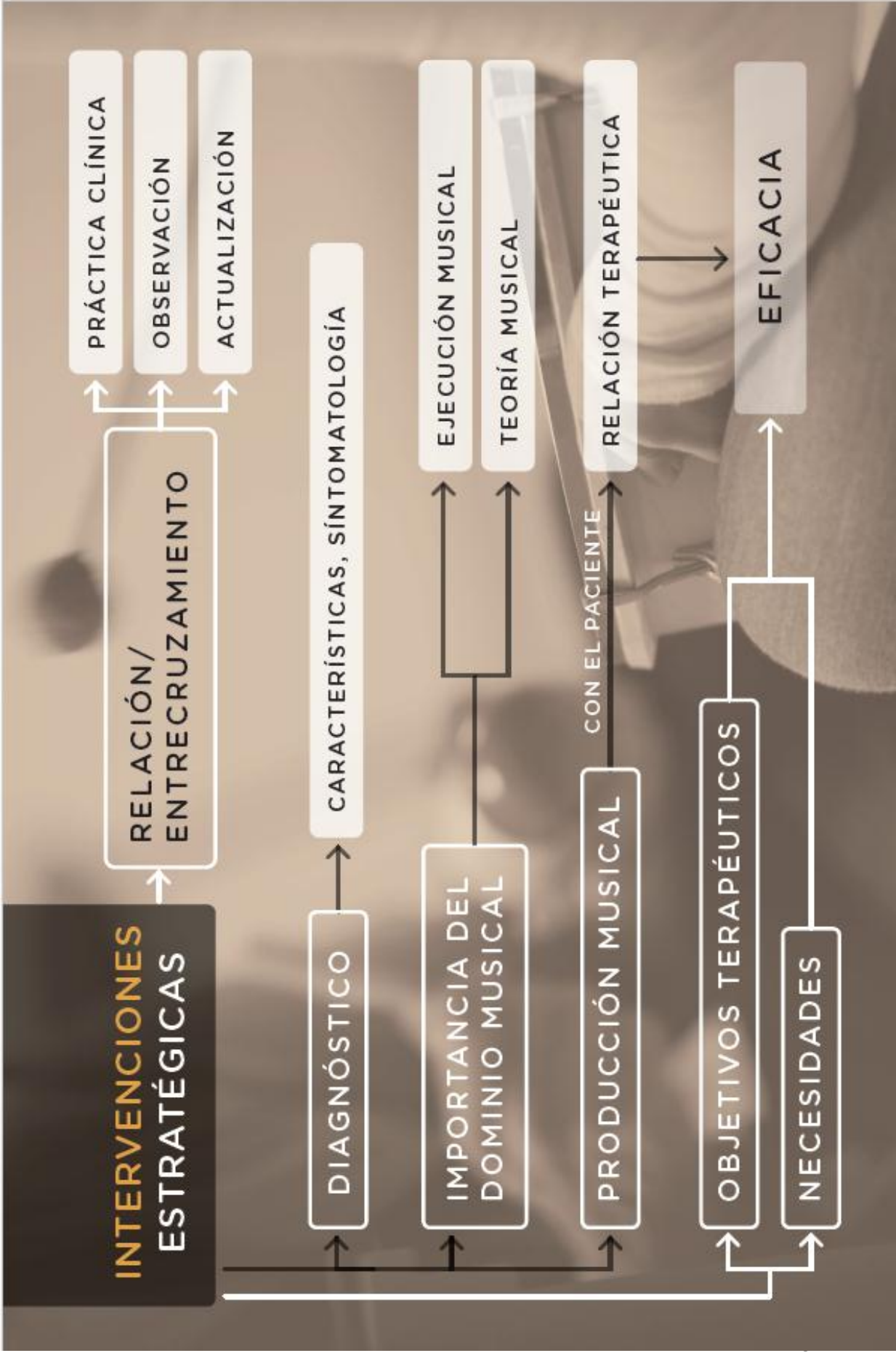


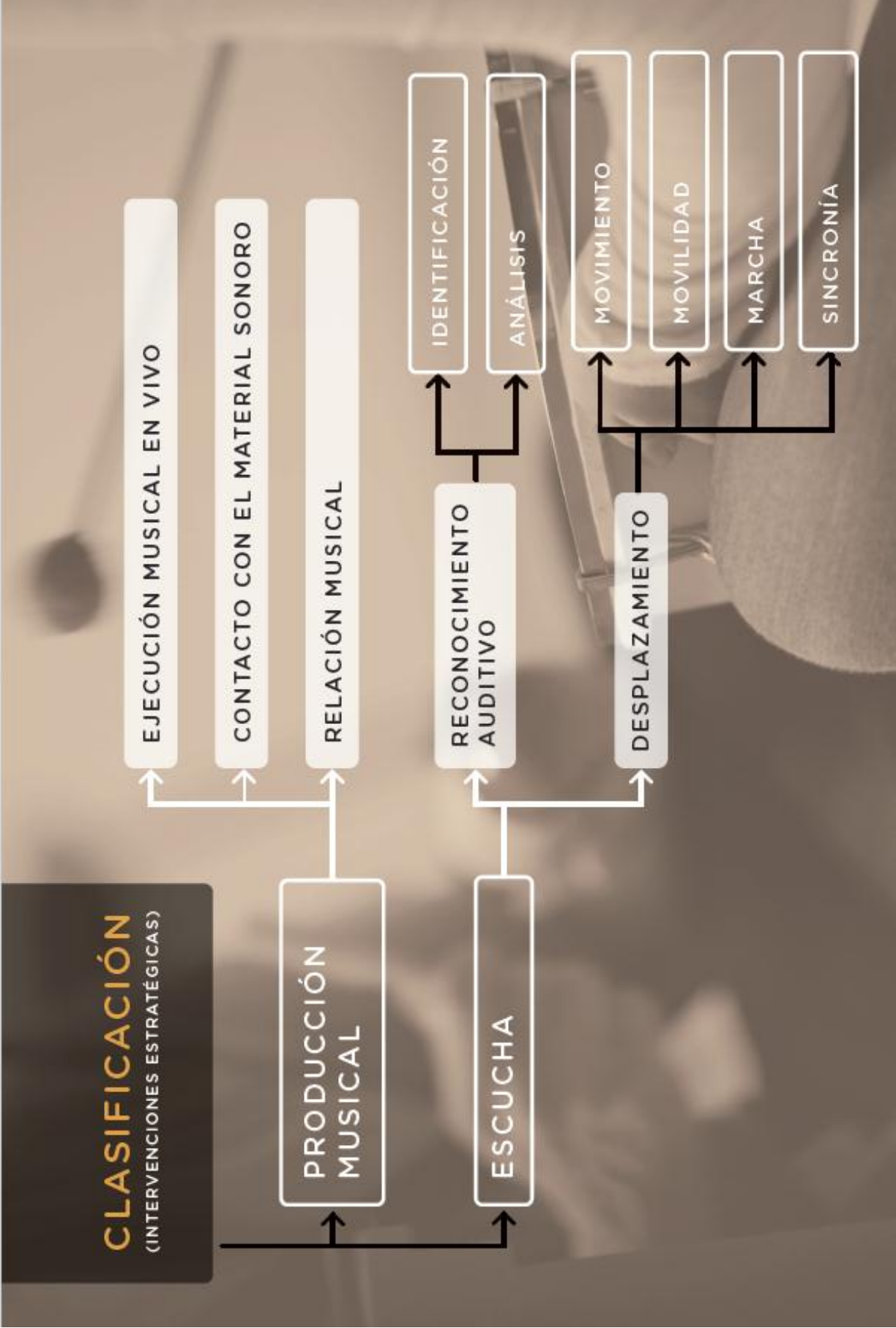
# ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



# ORGANIGRAMA DEPARTAMENTAL







**VERSATILIDAD**

- RECURSOS TERAPÉUTICOS
- PACIENTES

**HERRAMIENTAS  
PARA EL  
MUSICOTERAPEUTA**

- ORGANIZACIÓN DEPARTAMENTAL
- CONSTANTES MEJORAS

**EFICACIA**

**FUNCIONALIDAD**

- DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO
- POSICIONAMIENTO DE LA MT

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## Libros

**Achilli E.** (2005) *Investigar en antropología social*. Rosario: Centro de Estudios Antropológicos en Contextos Urbanos, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario.

**Barbacci R.** (1965) *Educación de la memoria musical*. 5ta ed. Buenos Aires: Ricordi.

**Eco U.** (1989) *Cómo se hace una tesis*. Buenos Aires: Gedisa.

**Emanuel E. y Emanuel L.** (1999) *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*. En Couceiro A y Abel I Fabre F (comp). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, pp.109-126

**Goleman D., Kaufman P. y Ray M.** (2009) *El espíritu creativo*. Barcelona: Ediciones B.

**Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. y Baptista Lucio P.** (2006) *Metodología de la investigación*. 4ta ed. México: McGraw-Hill.

**Kafka F.** (2005) *La metamorfosis y otros relatos*. Barcelona: Altaya, pp.1-69

**Kaufman J.** (2009) *Creativity 101*. New York: Springer

**Morin E.** (2011) *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.

**Ridder H.** (2003) *Singing Dialogue: Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design*. Aalborg Universitet: Institut for Musik of Musikterapi, Aalborg Universitet.

**Sacks O.** (2010) *Musicofilia*. Barcelona: Anagrama.

**Snicket L.** (1999) *A series of unfortunate events*. New York: Harper Collins Publishers.

**Souza Minayo M. y Barranza Martínez J.** (2004) *El desafío del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

**Thaut M. y Homberg V.** (2014) *Handbook of neurologic music therapy*. 1ra ed. Oxford: Oxford Press University.

**Vivanco P.** (1994) *La música está conmigo*. Buenos Aires: Guadalupe.

Artículos académicos

**Bruscia K., Hesser B. y Boxill E.** (1981) *Essential Competencies for the Practice of Music Therapy*. En *Music Therapy*, 1(1), pp.43-49

**Robles A., Del Ser T., Alom J. y otros** (2002) *Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer*. En *Neurología*; 17(1): pp.17-32

**Saitta C.** (2004) *El timbre como factor estructurante*. En Cetta, P. (comp.). *Altura-Timbre-Espacio*. Cuaderno de Estudio N° 5. IIMCV. Educa.

**Serrano C., Taragano R., Allegri R. y otros.** (2007) *Factores predictores de conversión en deterioro cognitivo leve*. En *Revista Neurológica Argentina*; 32: pp.75-93

**Tomaino C.** (2002) *How music can reach the silenced brain*. En *Cerebrum*, 4:1, pp.22-33

# AGRADECIMIENTOS

A Iván Fernández, mi tutor, quien me acompañó en un camino que ya estaba iniciado y me brindó un espacio donde desarrollar, debatir y reflexionar

A Alejandro Zingale, mi co-tutor, quien fue capaz de organizar mis pensamientos de manera metodológica

A Mario Permingeat, por su incondicionalidad desde el día uno

A mis padres, por acompañarme en cada decisión y alentarme a seguir creciendo

A mis hermanos, por entender mi proceso de tesis

A mi amiga y colega Noelí