



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ARTES  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE  
POSTÍTULO EN MUSICOTERAPIA

## **Una experiencia musicoterapéutica con S: más allá de la demencia tipo Alzheimer.**

Monografía para optar a la especialización de Postítulo en Terapias de Arte,  
Mención Musicoterapia

VÍCTOR M. TAPIA CORNEJO

Profesor Guía: Nicolás Larraín Süsskand

SANTIAGO DE CHILE  
2016

<b>INDICE.</b>	<i>Pág.</i>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>II. Contexto Institucional.....</b>	<b>7</b>
<b>III. Marco teórico.</b>	
<b>3.1. Envejecimiento.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2. Demencias.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2.1. Enfermedad de Alzheimer (EA).....</b>	<b>16</b>
<b>3.2.1.1 Impacto familiar de la EA.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3. Identidad.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3.1. Identidad en la persona con EA (PcEA).....</b>	<b>21</b>
<b>3.4. Creatividad y Expresividad en la PcEA.....</b>	<b>24</b>
<b>3.5. Musicoterapia (MT) y EA.....</b>	<b>27</b>
<b>3.5.1. Modos Expresivos-Receptivos (ME-R) y Personalidad Expresiva en la PcEA.....</b>	<b>31</b>

#### **IV. Proceso musicoterapéutico.**

4.1. Antecedentes personales, funcionales y familiares de S.....	34
4.2 Aproximación diagnóstica.....	37
4.3. Objetivos.....	44
4.4. Criterios de evaluación.....	44
4.5. Metodología de trabajo, Setting.	
4.5.1. Institución y espacio físico.....	46
4.5.2. Instrumentos musicales.....	48
4.5.3 Horarios y asistencia a las sesiones.....	49
4.5.4. Esposo-cuidador.....	50
4.5.5. Revisión de material y la supervisión.....	51
4.6. Desarrollo del proceso musicoterapéutico.	
4.6.1. Etapa de aproximación diagnóstica.....	52
4.6.1.1. Acerca del terapeuta.....	58
4.6.2. Etapa central del proceso musicoterapéutico.....	61

4.6.2.1. Acerca del terapeuta.....	67
4.6.3. Etapa de cierre del proceso musicoterapéutico.....	70
4.6.3.1. Acerca del terapeuta.....	72
4.7. Evaluación del logro de los objetivos.....	74
V. Análisis del vínculo musicoterapeuta-usuario.....	78
VI. Autoevaluación de fortalezas y debilidades propias del terapeuta....	81
VII. Conclusiones.....	83
VIII. Bibliografía.....	86
IX. Anexos.....	92

## **I. Introducción.**

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una entidad clinicopatológica caracterizada por una demencia de perfil lentamente progresivo, que comienza habitualmente en la ancianidad, e incluye cambios anatomopatológicos cerebrales capaces de llevar a la persona afectada a la dependencia total. Considerando su frecuente inicio en la sexta o séptima década de la vida y el global envejecimiento demográfico, representa un desafío creciente a los sistemas sanitarios locales y nacionales.

En este sentido, se han desarrollado en Chile terapias principalmente biomédicas, desarrollándose estrategias farmacológicas y no farmacológicas que apuntan a los signos y síntomas del “enfermo”, de forma genérica y que por lo demás conllevan muchas veces una serie de efectos adversos que no hacen sino prolongar el malestar del enfermo y de su entorno, desconociendo las particularidades de la vivencia de cada persona en su contexto individual.

Si bien el perfil de la enfermedad y su abordaje terapéutico han sido caracterizados habitualmente desde un enfoque neurológico -en el cual el deterioro cognitivo está al centro- la vivencia de la Enfermedad de Alzheimer (EA) es un fenómeno particular en cada caso, heterogeneidad dada tanto por la unicidad de la persona afectada como por las características de su entorno y contexto.

La musicoterapia es capaz de visibilizar, acoger y aceptar la vivencia individual de la persona con EA (PcEA), reconociendo la unicidad de su experiencia, rescatando la riqueza única de cada persona y sus modos expresivos-receptivos (ME-R), el impacto de la EA en su identidad, integrando las dimensiones física, emocional y cognitiva en terapia y fomentando su expresión sonorocorporal en un encuadre orientado a objetivos terapéuticos definidos entre la PcEA, su cuidador(a) y el musicoterapeuta.

La experiencia terapéutica que será narrada en la presente monografía es un relato acerca del encuentro entre dos personas una vez corrido el velo de la enfermedad, en un contexto musicoterapéutico que recibe, respeta y acoge la vivencia particular de **S**, la usuaria, en relación a su situación de vida presente desde sus propios modos expresivo-receptivos (ME-R), trascendiendo la categoría del diagnóstico biomédico y reconociendo en ella sus múltiples potencialidades desde su personalidad expresiva.

## II. Contexto institucional.



La presente experiencia se desarrolló en el CESFAM Dr. Segismundo Iturra Taito (SIT), dependiente de la Dirección de Salud Municipal de la I. Municipalidad de San Felipe. El CESFAM SIT pertenece a la Red de Salud Municipal, la cual cuenta en total con tres establecimientos de Atención Primaria de Salud:

- CESFAM Dr. Segismundo Iturra (incluye CCR y SAPU).
- CESFAM Curimón.
- CECOSF Padre Hugo Cornelissen.

El CESFAM SIT fue inaugurado en abril de 2009, y cuenta al 2015 con 35.300 beneficiarios (población inscrita validada), de los cuales 3815 (10,8%) son

personas de 65 años o más (Dirección de Salud Municipal, I. Municipalidad de San Felipe, 2016), a las cuales se les asigna el término genérico “adultos mayores” de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).

Las atenciones y actividades del CESFAM SIT se enmarcan en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, el cual intenta desarrollarse junto a metas sanitarias e indicadores de actividad de APS (IAAPS), los cuales a su vez fijan criterios de evaluación de la gestión con un enfoque biomédico (Subsecretaría de Redes Asistenciales MINSAL, 2015) (Vargas I., 2016). Estos parámetros (metas sanitarias e IAAPS) orientan fuertemente el quehacer y formas de abordaje de los equipos de APS hacia sus usuarios beneficiarios, buscando su cumplimiento. El alcance de estos indicadores está asociado a financiamiento para los CESFAM, pudiendo comprometerse éste en caso de no lograrlos.

Entre estos indicadores de gestión no existe alguno relacionado con la temática de la demencia, ni desde quienes la presentan ni sus familias. De hecho Chile ni siquiera cuenta con un Plan Nacional de Demencias, estando éste en fase preliminar (Ministerio de Salud, 2016). De hecho, recién en marzo de 2015, durante la Primera Conferencia Ministerial de la OMS sobre la Acción Mundial contra la Demencia desarrollada en Ginebra, Chile suscribe formalmente para establecer la demencia como tema prioritario de Salud Pública.

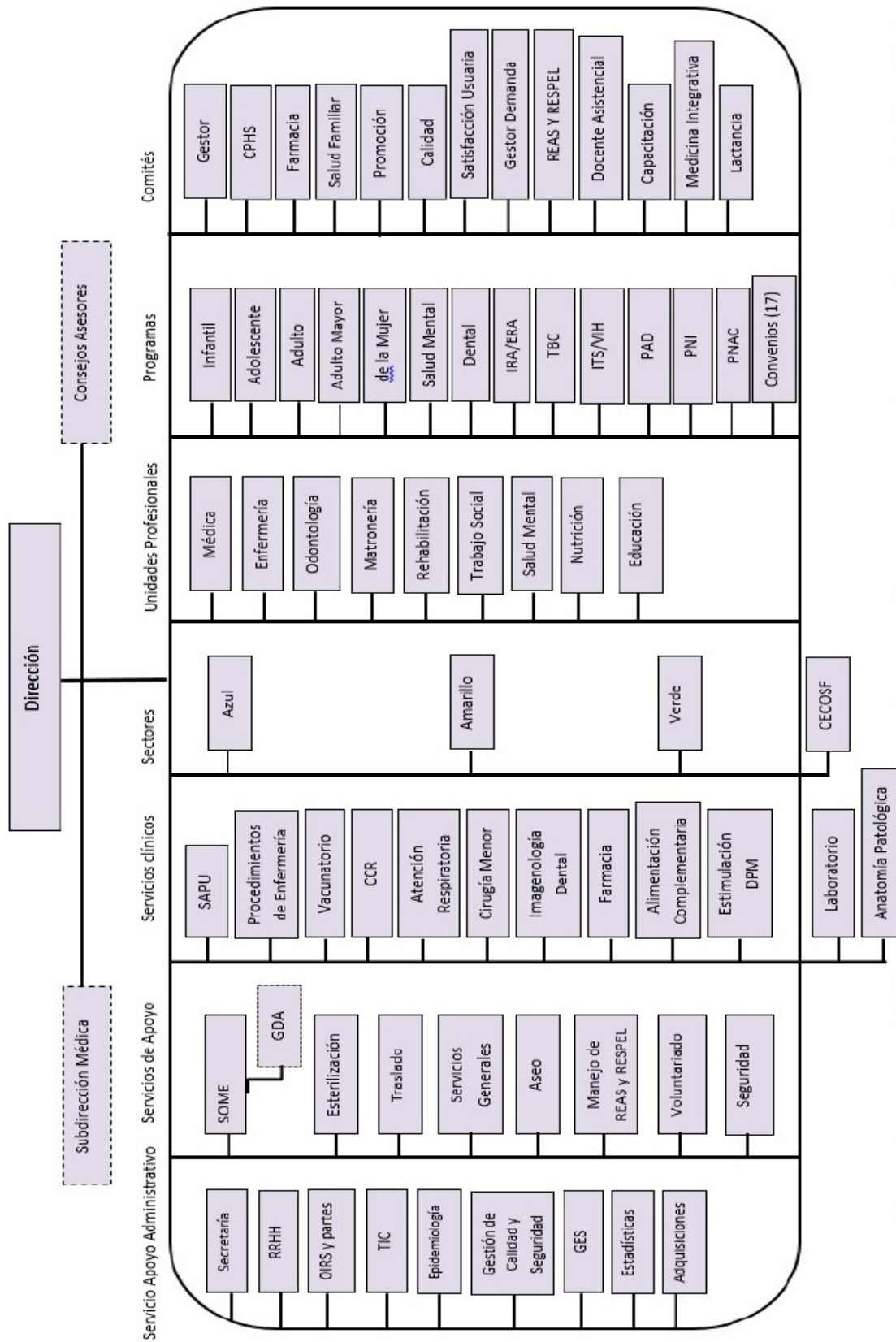


Actualmente en el CESFAM SIT, en caso de sospecharse en algún usuario(a) la presencia de alguna demencia, el médico general -en su atención en el box- emite la derivación al neurólogo para el descarte o confirmación diagnóstica y si corresponde, iniciar el tratamiento medicamentoso. En caso de confirmarse algún tipo de demencia, el CESFAM acompaña el tratamiento del especialista con atenciones de fonoaudiología, visitas domiciliarias de los miembros del equipo de salud que sean requeridos según la disponibilidad de los profesionales, junto a la educación y acompañamiento al cuidador y manejo conductual de las alteraciones derivadas de la demencia.

Habitualmente los controles por especialista neurólogo para los usuarios con demencia del CESFAM SIT no llevan una regularidad constante, siendo atendidos cuando existen descompensaciones conductuales o agravamiento de los síntomas. Si el usuario(a) está en la condición de dependencia moderada o severa, se acompaña desde el CESFAM SIT con los cuidados médicos según lo requiera: controles con psicólogo para el cuidador, médico, enfermería, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, kinesiólogo, etc., que responden básicamente a la demanda o necesidad de cada caso. En las etapas de mayor dependencia funcional de la persona con demencia, es ingresada al Programa de Atención Domiciliaria.

El CESFAM SIT no cuenta con datos sistematizados relativos a incidencias o prevalencias locales, sólo registros aislados; tampoco cuenta con

un flujograma de atención establecido específico para la atención integral de personas con algún tipo de demencia. Aun así, existe atención profesional para estas personas y sus cuidadores, orientada a la estimulación y rehabilitación cognitivas, atención hecha por fonoaudióloga, junto a la educación a cuidador(a) acerca de la patología, su evolución, tratamiento y signos de alerta, también a cargo de la fonoaudióloga del Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR).



Organigrama CESFAM SIT

### **III. Marco teórico.**

#### **3.1. Envejecimiento.**

El envejecimiento se puede definir como el proceso de hacerse mayores, proceso que es permanente, continuo, universal e individual, involucrando a la persona en todas sus dimensiones y acompañándola durante todo su ciclo vital. Se asocia a un declive progresivo del control homeostático y de la capacidad de responder eficientemente ante una sobrecarga, estrés o un cambio en las demandas del entorno (Watchel T.J., 2008) (SENAMA, Ministerio de Desarrollo Social Chile, 2012) Cada persona lo vive según sus características personales y aquellas del contexto en el cual vive y se desenvuelve, por lo cual no existen dos procesos de envejecimiento iguales.

Actualmente Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, siendo uno de los países más envejecidos de América, existiendo aproximadamente 2,6 millones de chilenos mayores de 60 años, con una esperanza de vida cada vez mayor -bordeando hoy aproximadamente los 80 años- convirtiendo a la vejez en una etapa del ciclo vital individual muy extensa (SENAMA, Ministerio de Desarrollo Social Chile, 2012).

En estos días ser una persona mayor en Chile contempla variados desafíos, entre ellos relacionados a los problemas de salud asociados a la vejez, a la insuficiente protección social que tienen hoy los mayores y al temor a ser funcionalmente dependientes de otra persona. Uno de los motivos por los cuales

una persona (especialmente una persona mayor) puede volverse dependiente de alguien más o ver reducida su funcionalidad en diversos grados, es a causa del desarrollo de una demencia, como se verá luego.

Según algunos autores (Ministerio de Sanidad, 2012) existen distintos tipos de envejecimiento:

- *Envejecimiento normal*: o primario, involucra una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, inevitables, y que ocurren como de forma natural como consecuencia del paso del tiempo (por ejemplo, la disminución de masa muscular, el fallecimiento de cercanos, la jubilación).
- *Envejecimiento patológico*: o secundario, se refiere a aquellos cambios que se producen como consecuencia de enfermedades y que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, pérdida de memoria en demencias, dolor articular en artropatías degenerativas) y que, en algunos casos, pueden prevenirse o revertirse.
- *Envejecimiento óptimo*: es el envejecimiento que tendría lugar en las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas, sociales), considerando la multidimensionalidad del envejecimiento. Implica una baja probabilidad de enfermedades. El envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas que presentan conductas de autocuidado,

fomentando su autonomía e impactando de forma positiva en su calidad de vida haciendo posible que se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales.

### **3.2. Demencias.**

Considerando el recién mencionado y creciente envejecimiento demográfico y su asociación con los cuadros de demencias, es esperable que la prevalencia de éstas últimas vaya en aumento a nivel global, lo cual supone un desafío no sólo para la persona diagnosticada y su entorno cercano, sino también para los sistemas de salud del mundo (Dugmore O., 2015)

Las demencias son un grupo de enfermedades caracterizadas por un deterioro adquirido, persistente, de una o más capacidades cognitivas, generalmente asociado a alteraciones conductuales, y de severidad suficiente para causar una pérdida de la autonomía (Slachevsky A., 2013) (Scott K. R., 2007) (Vally, 2010). El perfil temporal del deterioro cognitivo -persistente y estable- distingue a las demencias de las alteraciones de consciencia y de los déficits fluctuantes asociadas a otras patologías (Watchel T.J., 2008) La demencia también puede ser definida como un síndrome neuroconductual que incluye signos y síntomas cognitivos y psicológico-conductuales (agitación, apatía, agresividad, por ejemplo), lo suficientemente intensos como para alterar la funcionalidad de quien lo sufre, afectando también al grupo familiar, aspecto

que se abordará luego. Además del déficit mnémico debe aparecer al menos otro síntoma de tipo cognitivo, como desorientación témporo-espacial, afasia, aprosexia, agnosia, apraxia o disfunción ejecutiva, debe marcar una ruptura con el nivel de funcionamiento previo, debe ocurrir en ausencia de alteraciones de la conciencia y tiene que perdurar en el tiempo (Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía, 2012) (Watchel T.J., 2008)

Según su etiología, podemos diferenciar a las demencias en (Fago, 2001):

- Degenerativa, o demencia primaria, como la Enfermedad de Alzheimer (EA).
- Secundaria a trastornos vasculares, como la demencia vascular.
- Secundaria a traumatismos craneanos.
- Asociada a trastornos neoplásicos.
- Derivada de procesos infecciosos.
- Otras causas: nutricionales, intoxicaciones y alteraciones metabólicas

### **3.2.1. Enfermedad de Alzheimer (EA).**

De los tipos de demencia recién mencionados, la Enfermedad de Alzheimer (EA) pertenece al grupo de las demencias primarias, y de todas las demencias identificadas corresponde a la más frecuente.

La EA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, manifestada por un deterioro de la memoria y otras funciones cognitivas, pérdida progresiva de la independencia en las actividades de la vida diaria (AVD) y una variedad de alteraciones conductuales y síntomas neuropsiquiátricos. La prevalencia de la EA es de aproximadamente un 60% (siguiéndole en frecuencia la demencia vascular con un 20% y la demencia por cuerpos de Lewy, con un 15%) aumentando esta prevalencia con la edad de la persona, estimándose que se duplica el porcentaje de prevalencia cada 5 años por encima de los 60 años de edad; así la prevalencia de EA es de 1% en el grupo de 60 a 65 años, de 2% entre los 65 y 70 años, de 4% entre los 75 y 80 años de 16% entre los 80 y 85 años y aproximadamente del 40% en los mayores de 85 años (Marín, 2006).

La patogenia de la EA no se conoce con exactitud, pero se ha demostrado una reducción del grado de inervación colinérgica en áreas neocorticales e hipocámpicas y una pérdida de neuronas de los núcleos colinérgicos del prosencéfalo basal. Asimismo, se han identificado factores de riesgo asociados a la EA: edad avanzada, género femenino, baja escolaridad, historia previa de depresión y/o traumatismo cerebral, entre otros. Junto a éstos factores, se



encuentran genotipos que confieren determinada vulnerabilidad (“genes de susceptibilidad”) (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2006)

El diagnóstico de presunción es clínico, estableciéndose criterios de probabilidad diagnóstica (criterios NINCDS-ADRDA, Anexo 9.1.), obteniéndose el definitivo mediante el estudio anatomopatológico: la EA se caracteriza por atrofia cortical, ensanchamiento de surcos cerebrales y dilatación ventricular compensatoria. Microscópicamente existen ovillos neurofibrilares, placas seniles (neuríticas) y angiopatía amiloidea (depósito de proteína  $\beta$ -amiloide). El diagnóstico se basa en una correlación clínico-patológica entre la situación neurológica del paciente y los hallazgos anatomopatológicos (Fago, 2001) (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2006)

#### **3.2.1.1. Impacto familiar de la EA.**

Reconociendo que cada persona se desenvuelve en un contexto social y/o familiar particular, que la prevalencia de la EA aumenta con la edad y de que la evolución natural de la enfermedad conlleva la necesidad progresiva de cuidados y asistencia en las actividades de la vida diaria, es que resulta pertinente referirse a la figura de la cuidadora -o cuidador- de una persona con demencia, quienes tienen alta probabilidad de sufrir sobrecarga (Fitting M., 1986) y de ser personas mayores al igual que las personas con enfermedad de Alzheimer (PcEA), con todo lo que ello implica: es esperable que los cuidadores presenten

enfermedades crónicas no transmisibles, redes de apoyo disminuidas y situación financiera frágil. Estos factores pueden incrementar el estrés derivado de los cuidados de una PcEA u otros tipos de demencia (Messinger-Rapport B.J., 2006) (Abdollahpour, 2014) (Dunkin J.J., 1998).

Es común identificar en los cuidadores la presencia de varios factores (Breinbauer H., 2009):

1) Una desatención o negligencia por el propio bienestar, proyecto vital, intereses personales y vida social. El cuidador tiende a invisibilizar sus propias necesidades, postergándose en “beneficio” de quien cuida, sin pedir ayuda a equipos de salud.

2) Deterioro familiar, relacionadas muchas veces a dinámicas culposas y/o manipulatorias.

3) Ansiedad o frustración por la sensación del cuidador de no contar con la preparación suficiente para un adecuado cuidado del otro.

Esta sobrecarga afecta al cuidador en todas sus áreas, impactando también financieramente al grupo familiar, lo que puede acarrear y/o potenciar a su vez cambios en las relaciones familiares, trastornos de ánimo, tendencia al aislamiento social, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad que en población comparable sin sobrecarga (Breinbauer H., 2009).

Esta vivencia de los cuidadores respecto al proceso vital asociado a una demencia impacta directamente -a su vez- en la evolución de la demencia de quien está bajo su cuidado (Dunkin J.J., 1998), produciéndose un ciclo que se retroalimenta entre cuidador y cuidado: el bienestar de uno impacta directamente en el bienestar del otro. Se puede afirmar que para cuidar al enfermo se debe cuidar también al cuidador. En este punto se han documentado diversas experiencias para cuidadores desde la musicoterapia (Nemesh, 2016) (Hammar L.M., 2011) (Klein C.M., 2012) (Brotons, 2003) las cuales apuntan a entregar herramientas al cuidador(a) para un mejor abordaje de la cotidianeidad con una persona con demencia, comprender, aceptar y acompañar el proceso de deterioro natural de la enfermedad, permitir un espacio protegido para favorecer su propia expresividad y aprender conductas de autocuidado.

### **3.3. Identidad.**

Durante la evolución de la Enfermedad de Alzheimer (EA) van progresivamente cambiando las manifestaciones exteriores del mundo interno de la persona afectada, existiendo un supuesto habitual de asociar la EA como un proceso del cual deriva una “pérdida del ser” y una “muerte social” (Martorell Poveda, 2008), supuesto también presente -en ocasiones- en el cuidador(a).

Heidegger (Heidegger, 1969) sostiene que el aspecto relacional se vincula profundamente con la identidad personal. En lugar de la identidad siendo

la correspondencia entre las entidades de la persona y la categoría o “etiqueta”, la identidad se encuentra en la relación entre los dos -cómo el ser subjetivo se refiere al objeto. La pregunta “¿Qué soy yo?” se refiere sólo a la categoría de “identificación”, mientras que la pregunta “¿Quién soy yo?” apunta al aspecto relacional del sujeto a objeto, de lo cual puede pensarse que la identidad depende tanto o más de los otros que de la propia persona. Para Kierkegaard (Kierkegaard, 1989) la identidad personal es una tarea o proceso dinámico y no una condición predeterminada definida por los demás.

Víktor Frankl (Frankl, *Man’s search for meaning*, 1984) por su parte apela a un sentido profundo de la identidad, señalando que cada persona siempre puede elegir la forma en que se relaciona con su propia existencia, en lugar de definir su existencia a través de un sistema de etiquetas y categorías preestablecido. Frankl afirma que la identidad personal sólo es posible a través del propósito personal para la vida, de una manera responsable (Frankl, *Man’s search for ultimate meaning*, 2000). Él argumentó que esta decisión interna se hace posible por medio de una libertad espiritual que le da significado y propósito a la vida de cada persona. Esta libertad puede ser utilizada para elegir la actitud y propósito personal de cada uno -y por lo tanto la identidad- frente a cualquier circunstancia de la vida.

### **3.3.1. Identidad en la Persona con Enfermedad de Alzheimer (PcEA).**

En Chile existe una hegemonía del modelo biomédico al momento de abordar el tema de las demencias en general y la Enfermedad de Alzheimer (EA) en particular (COPRAD, Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias, 2016).

Se tiende a categorizar a la Persona con Enfermedad de Alzheimer (PcEA) como un ser eminentemente enfermo, centrando la mirada en el déficit cognitivo e ignorando a la persona detrás de la etiqueta, su historia, unicidad, fortalezas y su dimensión vincular. Este abordaje está lejos de un acercamiento integral a la PcEA, más allá de su diagnóstico.

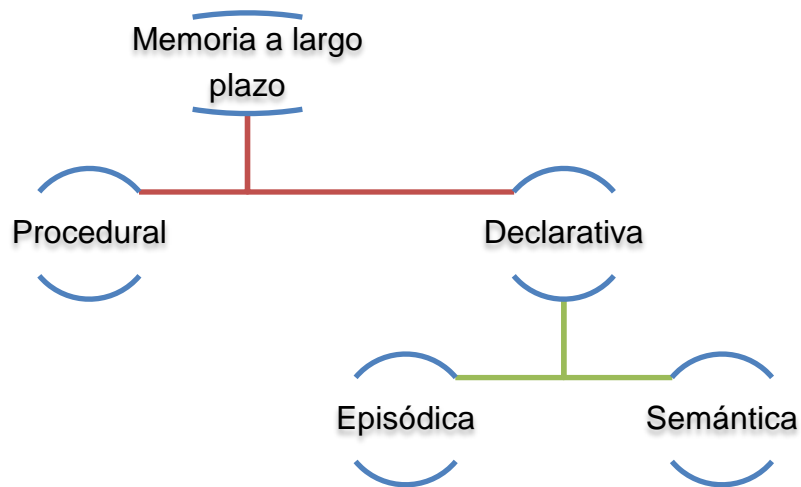
Así, se etiqueta a las personas con demencia bajo un rótulo común, desconociendo la unicidad de cada persona, dado que la identidad de la persona “desaparece” paulatinamente –en este enfoque- con la enfermedad (Kitwood, Editorial: Person and Process in Dementia, 1993) haciendo del diagnóstico de demencia un camino sin retorno. Esto puede ser fomentado por equipos de salud, quienes estando insuficientemente formados en la complejidad de la demencia (COPRAD, Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias, 2016) contribuyen a formar en el cuidador (a), la familia y cercanos a la persona con demencia la noción de que cada día la PcEA “será menos” quien solían conocer, perdiendo las características que lo hacen único. Además se tiende a no tomar en cuenta las múltiples potencialidades de la persona con demencia (Martorell

Poveda, 2008). Todo esto es recibido por la PcEA, quien puede integrarlo en sí, asumiendo la despersonalización asociada a la etiqueta “enfermo de Alzheimer” o “demente”, en un flujo constante entre “los demás” y sí mismo, configurando su identidad. Esto puede incrementar a su vez una mayor invisibilización de la PcEA por parte de sus cercanos, fenómeno que será observado e integrado en este proceso musicoterapéutico, como se revisará más adelante.

Antes de continuar hablando de la identidad en la EA, es útil traer al presente algunos aspectos de la memoria, elemento de por sí afectado en los cuadros de demencia. Dada su relevancia en el recuerdo de acontecimientos biográficos, nos centraremos en la memoria a largo plazo.

En términos generales, la memoria a largo plazo puede dividirse en dos: memoria procedural (asociada a destrezas motrices, perceptuales y cognitivas, expresiones inconscientes de destrezas conductuales previamente adquiridas) y memoria declarativa (hechos y creencias acerca del mundo). Por su parte, la memoria declarativa puede subdividirse en memoria episódica (que contiene información de hechos experimentados en tiempo y espacio, con directa asociación de los recuerdos al momento y lugar de obtención) y memoria semántica (información genérica, no asociada a contextos). La memoria semántica puede contener información relativa a la identidad (fecha de nacimiento, por ejemplo) (Klein S., 2012)

Figura 1.



Considerando el déficit mnémico asociado a la EA, se puede observar una afectación de la identidad dado que la memoria (particularmente la semántica y episódica) facilita la continuidad y coherencia del sí mismo a lo largo del ciclo vital y la estabilidad en las redes sociales de la persona, quien recurre a los hechos pasados en su existencia para integrarlos coherentemente con el presente de una forma dinámica (Niedźwieńska A., 2010) (Roache, 2016) (Addis D.R., 2004) Esta reducción en la capacidad de reminiscencia, asociada al cambio en el reconocimiento de la Persona con Enfermedad de Alzheimer (PcEA) por parte de “los otros” (reducción influida por el contexto cultural), fomenta un cambio en la identidad de la persona.

Sabat y Harre han cuestionado la pérdida del “sí mismo” en la demencia (Sabat S., 1992), en el sentido de que la persona con demencia puede también “sostener” a otros, en una interacción social múltiple, perdurando dinámicamente

los roles que cada persona cumple en el entramado social. En este sentido es interesante considerar la relación entre la persona con demencia y su cuidador(a).

Por su parte, Kitwood (Kitwood, *Towards a Theory of Dementia Care: The Interpersonal Process*, 1993) propone salir del paradigma “personas con demencia-los demás”, enfoque predominante al momento de abordar esta temática, para asistir al encuentro humano en un “nosotros”, con un sentido vincular, considerando la presencia de demencia como un fenómeno comunitario. Este encuentro podría ser aquel que puede ocurrir entre “terapeuta-usuario” o “cuidador-usuario”. Esto es coherente con lo planteado por Heidegger (Heidegger, 1969) y abriría un espacio para co-construir con la PcEA, su cuidador y su entorno su rol e identidad, en un proceso dinámico.

#### **3.4. Creatividad y Expresividad en EA.**

La expresión artística fortalece la capacidad para apreciar el entorno, fomenta la creatividad mediante la capacidad para idear diferentes posibilidades y eventuales cursos de acción, nos permite dar forma a nuestras ideas y comunicarlas mediante la exteriorización de nuestro sentir/pensar, proporcionándonos la posibilidad de develar nuevos hallazgos propios o de otros, durante el proceso de creación, y finalmente, es una forma de ampliar la conciencia (Eisner, 2004). En los casos en que la comunicación verbal está



afectada, las terapias de arte -como la musicoterapia- pueden permitir una vía de acceso no verbal a procesos internos de la persona y abarcando sus dimensiones afectiva, cognitiva, social y física. Esto será una de los pilares del proceso musicoterapéutico descrito a continuación.

Para las personas mayores el estímulo y desarrollo de la creatividad propia de cada persona es un factor protector en cuanto a su salud, tanto desde el punto de vista cognitivo como afectivo, físico y social (Carrascal S., 2014), y en las PcEA esto toma un valor aún mayor debido a la situación de desajuste interno que viven, a la incomprensión por parte del entorno de su vivencia y al olvido de sus propias fortalezas tanto por los demás como por ellos mismos.

Desde un punto de vista neurológico, es sabido que mediante fenómenos neuroplásticos es posible generar nuevas sinapsis en la adultez (Arias-Carrión O., 2007) (Benitez King, 2007) lo cual ocurre como respuesta a una exigencia ambiental o a la necesidad de resolver un “problema” de forma diferente a la habitual. Esto facilita la adaptación posterior de la persona a situaciones ambientales novedosas para las cuales no estaba inicialmente preparado. Si esta solución novedosa –creativa- es puesta en acción (se expresa), tenemos un resultado observable, que puede o no ser eficiente en la solución del problema inicial, pero que involucra a la persona con su entorno y le permite hacer ejercicio de su autonomía. Entendiendo la expresión como el componente observable de la expresividad, le permite a la persona una evaluación inmediata de su actuar,

evaluación que tendrá un componente interno, de resonancia y reflejo personal, y otro externo basado en el impacto de sus acciones en su entorno. En musicoterapia, lo expresivo es –desde lo observable- el fenómeno sonoro-corporal a través del cual se desenvuelve la persona, y en el núcleo del abordaje musicoterapéutico está la expresividad de la persona (Andreu S., 2009). Este elemento será abordado luego a la luz de los objetivos que se plantean en este proceso musicoterapéutico.

El empleo de intervenciones terapéuticas que consideren la complejidad de cada persona y respeten su componente creativo y expresivo individual, favorecería un abordaje más integral y natural, integrando estos componentes como factores promotores del bienestar de cada usuario(a). Es este el caso de las terapias artísticas, las cuales permiten un abordaje integral (físico, emocional, cognitivo, social) por medio de una actividad de alta complejidad, haciéndolas una vía idónea para el encuentro con la persona con demencia, más aún si se considera que la creatividad no es exclusiva de un área cerebral sino que se vincula con amplias redes neuronales. De hecho, la experiencia musical involucra diferentes áreas cerebrales (Janata, 2005) lo que podría explicar la persistencia de la expresión artística incluso en personas con cuadros demenciales avanzados, y fundamentar neurológicamente la intervención musicoterapéutica en las PcEA.

### **3.5. Musicoterapia y EA.**

Hasta aquí se ha mencionado la necesidad mundial de abordar el desafío de las demencias, y en particular la demencia tipo Alzheimer, desde un enfoque multidisciplinario e integrador. Pues bien, la musicoterapia ha hecho aportes variados en esta área (Brotons M., 1997) (Koger S., 1999) (McDermott O., 2013) (Ueda, 2013) (Raglio, 2012) (Guétin, 2009) (Bruer R., 2007).

Desde el abordaje biomédico existen variadas metodologías de intervención dirigida a las personas con demencia (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2010) (Centro de Estudios de la Vejez y el Envejecimiento, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015) debido -en parte- al difícil diagnóstico en las fases iniciales, al insuficiente número de funcionarios de salud capacitados en esta temática en el nivel primario de salud en Chile, a la limitada investigación cualitativa en geriatría, a la alta complejidad de la demencia como fenómeno humano y al limitado alcance de la terapia farmacológica en estas personas (la cual comúnmente acarrea efectos colaterales como aumento del riesgo de caídas, sedación, signos extrapiramidales, alteraciones gastrointestinales, e incluso un aceleramiento del declive cognitivo) (Iliffe S., 2002) (Douglas S., 2004)

Por ello, y dadas las fortalezas de las terapias de arte mencionadas en el apartado anterior, se han desarrollado diversos modelos de intervención multidisciplinaria en las PcEA, incorporando diferentes profesionales de

asistencia socio sanitaria y enfoques de atención (Iliffe S., 2002) (Fortinsky, 2001) (Dugmore O., 2015) buscando un acercamiento integral y eficaz a la situación de la persona con demencia y su familia o entorno. En esta temática la musicoterapia para personas con demencia se ha convertido en un área de desarrollo en constante crecimiento (Wigram T., 2002), debido por una parte a la mencionada necesidad de un enfoque integrador para el abordaje de la persona con demencia y su entorno -que abarque aspectos físicos y emocionales asociados a la vivencia del deterioro propio de la EA, y no sólo aspectos cognitivos- y por otra, a los efectos de la música y la musicoterapia en este tema (Palisson J., 2015) (Hailstone J., 2009) (Lin S., 2011) (Kerer, 2013) (Peretz I., 1998) (Bannan N., 2008).

Por otra parte, muchas de las intervenciones sanitarias biomédicas se basan en la comunicación verbal. Cuando ella está alterada, como ocurre habitualmente en las PcEA, la musicoterapia permite una vía de comunicación eficaz, convirtiéndose en una aliada capaz de contribuir a su bienestar de forma integral.

Considerando que el eje de atención en la musicoterapia es la expresividad de la persona (Andreu S., 2009), es comprensible que la intervención musicoterapéutica puede ser capaz de abordar la vivencia de la PcEA desde sus propios modos de expresión y comunicación, respetándolos e integrándolos en el proceso terapéutico.

Aun cuando la evidencia actual no permite ser categórico en la indicación de musicoterapia (MT) para fines de mejora significativa en la condición cognitiva (Palisson J., 2015) (Ueda, 2013) y atendiendo al impacto multidimensional de la demencia en una persona, es posible en un proceso musicoterapéutico ver cambios en varias áreas, más allá de lo solamente cognitivo:

- En lo cognitivo: es posible traer al presente recuerdos significativos de la vida de la persona con demencia, facilitando la recuperación de su historia biográfica y fortaleciendo su identidad (Van de Winckel A., 2004)
- En lo vincular: La música puede ayudar a paliar la soledad presente muchas veces en personas con EA. Esta soledad no siempre se relaciona con la ausencia física de otro, sino con la habitual sensación de desorientación derivada del deterioro cognitivo, de una reducción en la propia autoestima y confianza en sí mismo y a la común sensación de incompreensión por parte de los cercanos. La MT puede favorecer el vínculo familiar, fomentando la socialización y favoreciendo los lazos familiares (Nemesh B. , 2016) (Pollack N., 1992) También promueve la aceptación de la persona y su expresividad sin enjuiciarla, acogiéndola y valorándola globalmente, poniendo un foco en el vínculo terapeuta-usuario (Serra, 2015).
- En lo físico: contribuir al control motor (Clair A., 2006), favorecer la regularidad del ritmo de marcha y aumentar su estabilidad dinámica, por medio de dinámicas y técnicas que incorporen en el proceso terapéutico la

conciencia del cuerpo y el movimiento corporal. Por otra parte, existen experiencias que sugieren que el ejercicio físico puede potenciar la capacidad cognitiva de los usuarios cuando se emplea música para apoyar la intervención (Van de Winckel A., 2004), lo cual podría establecer lineamientos para crear alianzas futuras en esta área entre la kinesiología y la musicoterapia (MT), coordinando objetivos y acciones para el bienestar del (la) usuario(a).

- En lo psicológico: la MT puede fomentar la natural expresividad humana mediante la producción sonoro corporal (Mercadal-Brotons, 2008) (Brotons M., 1997) Además el proceso musicoterapéutico puede contribuir a regular las alteraciones conductuales propias de la EA, mejorar el ánimo y reducir los niveles de ansiedad (Han P., 2010) (Cooke M., 2010) (Guétin, 2009) La MT puede ser una buena herramienta terapéutica también para aumentar la autoestima y la sensación de control en la persona con EA además de reforzar su identidad y favorecer la expresión personal. Esto puede impactar favorablemente en su bienestar, reduciendo sus niveles de estrés y mejorando su estado de ánimo (Cooke M., 2010) (Sixsmith A., 2007) (Hays T., 2005)

### **3.5.1. Modos Expresivos-Receptivos y Personalidad Expresiva en la PcEA.**

El arte como terapia supone un análisis de las múltiples posibilidades de los lenguajes artísticos como herramientas que posibilitan el desarrollo de la persona y la integración de sus dimensiones corporal y afectiva (Agudo, 2013). Comúnmente, el foco central de los tratamientos para las personas con EA está en el progresivo deterioro cognitivo, como se ha mencionado. Sin embargo, en la actualidad se reconocen como aspectos importantes a abordar terapéuticamente otros signos y síntomas presentes en la EA, tales como agitación, conductas agresivas y trastornos afectivos, entre otros, los cuales no hacen sino agravar la condición funcional del enfermo y de su cuidador (Douglas S., 2004). Es este compromiso global de la persona el que afecta evidentemente también el perfil expresivo de la persona con EA. Confusión, desorientación, agresividad, apatía, baja de su autoestima y sentimientos de pérdida de autonomía se traducen de forma única para cada persona y son elementos frecuentes en los patrones expresivos de las personas con EA, asociados a la experiencia subjetiva del diagnóstico y sus manifestaciones.

El proceso musicoterapéutico es capaz de adaptarse a esta subjetividad de la vivencia, visualizando y ajustándose a las necesidades particulares de la PcEA, con un enfoque que -complementando las tecnologizadas terapias

biomédicas habituales que abordan la patología- incluya su emocionalidad (Finnema E., 2000) y el reconocimiento de la vivencia única de cada PcEA.

Esta particular forma de cada persona de vivenciar su demencia e interactuar luego con el entorno es integrada por G. Gauna en el concepto “Personalidad Expresiva”, definido por él como aquella característica particular, personal, que cada sujeto posee y utiliza como modelo de expresión y comunicación (Gauna, Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez, 2008). Por su parte, y relacionado con lo anterior, D. Schapira define el concepto “Modo Expresivo-Receptivo” (Schapira D., 2007). Según él, los Modos Expresivos-Receptivos (ME-R) están formados por todas aquellas pautas culturales y códigos de comunicación que caracterizan a un grupo sociolingüístico determinado. Tanto este autor como K. Ferrari enfatizan la importancia de que el musicoterapeuta indague en los ME-R de las personas que acompaña en el proceso terapéutico, buscando propiciar un espacio para el despliegue de los mismos (Schapira D., 2007), lo cual fue atendido en este proceso musicoterapéutico.

Aún en las etapas más avanzadas de la EA puede encontrarse la identidad de quien la padece (Tappen R., 1999), por lo tanto su propia personalidad expresiva y modos expresivo-receptivos (ME-R), siendo la expresividad musical un correlato de múltiples factores, características y habilidades presentes en la persona (Aldridge, 1995), y es capaz de facilitarse por medio del proceso



musicoterapéutico (Raglio A., 2009). La expresividad creadora no finaliza con la vejez, sino que permanece en continua evolución también en las PcEA, y se desarrolla en torno a la flexibilidad de ideas y pensamientos, la capacidad de establecer relaciones nuevas entre las cosas y de pensar de forma diferente e innovadora (Hannemann, 2006). Esta capacidad de crear puede ser de gran ayuda para conectar a la persona mayor con su interior, facilitar el vínculo con otros y fomentar su adaptación a las demandas del entorno en el día a día, lo cual es en sí misma una forma de “estimulación cerebral” que sobrepasa con mucho la dimensión cognitiva e incorpora la natural expresividad humana como elemento de salud, capaz de potenciar la funcionalidad y prevenir el deterioro de las PcEA y de la población geronte en general (Carrascal S., 2014).

#### IV. Proceso musicoterapéutico.

##### 4.1. Aproximación diagnóstica.

###### 4.1.1. Descripción de la usuaria y su contexto.

###### 4.1.1.1. Antecedentes personales básicos:

**S. Z. A.** (de aquí en adelante sólo “**S**”) es una mujer de 68 años, casada, que impresiona subjetivamente al terapeuta como una persona con una actitud retraída durante la entrevista inicial –rasgo que perdurará durante todo el proceso musicoterapéutico- con una actitud pasiva junto a su esposo, tanto desde lo corporal como desde lo verbal. Su acercamiento a la música se da desde la escucha, particularmente de corridos mexicanos (“música ranchera”), teniendo acercamiento desde niña por parte de su padre a este estilo musical así como también tuvo cercanía con música del folclor chileno, dado que él (su padre) tocaba guitarra y practicaba el Canto a lo Divino (*Anexo 9.2*).

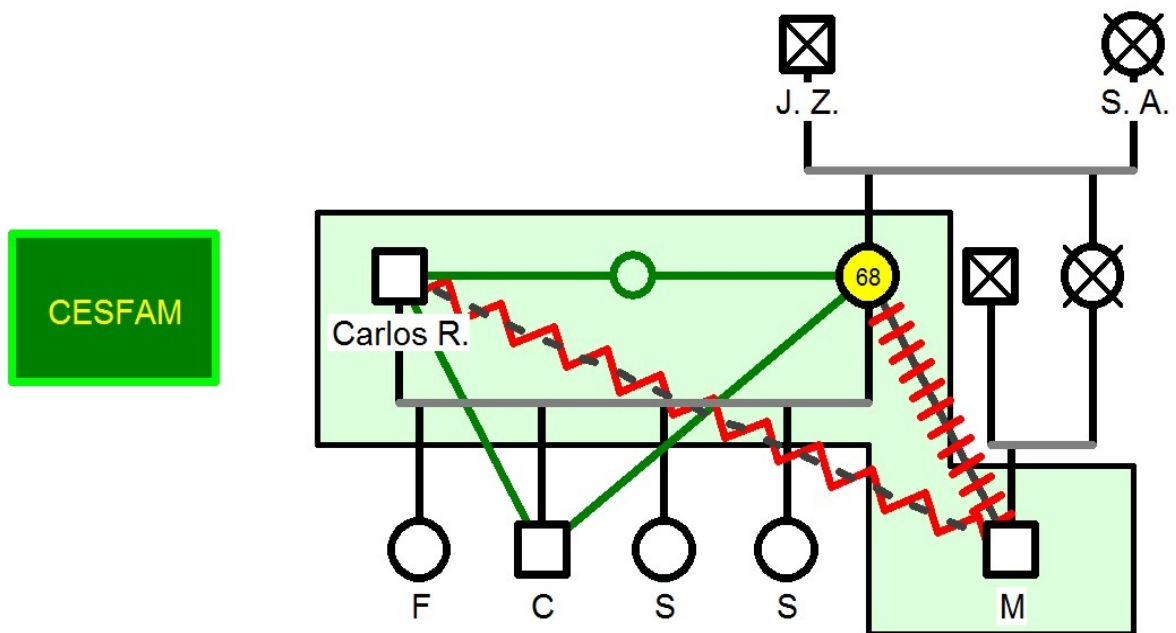
Nombre	<b>S.Z.A.*</b>
Género	Femenino
Edad	68 años.
Estado civil	Casada
Escolaridad	3er año básico completo.
Ocupación actual y anterior	Trabajaba en labores de aseo en residencial y obrera agrícola. Hoy dueña de casa.
Pasatiempos	Oír “música ranchera” (mexicana), jardinería.

4.1.1.2. Antecedentes funcionales y biomédicos (Anexo 9.3):

<b>Índice de Barthel, para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)</b>	Independiente, 100 pts
<b>Lawton y Brody, para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)</b>	3 pts., siendo independiente sólo para lavar ropa y viajar en transporte público en recorridos conocidos.
<b>Participación en organizaciones comunitarias</b>	Ninguna
<b>Montreal Cognitive Assesment (MoCA)</b>	20/30
<b>Minimental State Examination (MMSE) (Abreviado)</b>	4 pts.
<b>Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS)</b>	5 (1-7)
<b>Comorbilidades</b>	Frecuentes cefaleas, anemia, bajo peso, constipación, enfermedad renal crónica etapa 4, baja visión, hipertensión arterial, síndrome de dolor lumbar crónico, insomnio.
<b>Adicciones actuales y/o pasadas.</b>	Ninguna
<b>Tratamientos farmacológicos actuales</b>	Hidroclorotiazida, aspirina, enalapril, nifedipino, paracetamol.

#### 4.1.2. Antecedentes familiares:

Genograma de S.



En el genograma se destaca a **S** (círculo amarillo), con sus vínculos amorosos con Carlos, su esposo y cuidador, la cercanía con su hijo C. y su distancia afectiva y desconfianza hacia M., el hijo adoptivo (e hijo biológico de su hermana). Se puede observar que S vive junto a su esposo y M. Asimismo, se grafica el vínculo distante y hostil entre Carlos y M. Es posible notar como única institución que acompaña al grupo familiar al CESFAM SIT, debido a su inexistente participación en organizaciones comunitarias o redes institucionales más allá del CESFAM.

**S** está casada hace 47 años con Carlos, mecánico automotriz y quien juega el papel de cuidador principal de **S**. Con Carlos tienen 5 hijos, en orden de nacimiento: F (hija), C (hijo), S (hija), S (hija), y como hijo adoptado, M (sobrino biológico de **S**). Este último vive con **S** y Carlos, siendo el hijo más conflictivo que tienen: habitualmente hurta objetos de la casa para obtener drogas. M no trabaja, vive en calidad de allegado en la casa paterna y representa un motivo de tensión constante para Carlos y el hijo C, quienes lo han enfrentado -en ocasiones violentamente- para impedirle que continúe con sus hurtos. A pesar de esto, **S** comenta en distintas ocasiones que no es agresivo con ella ni con Carlos, afortunadamente. Los demás hijos no se meten en este conflicto familiar, siendo el hijo C el mayor apoyo con que cuenta el matrimonio según se puede apreciar, por contribuir con dinero y oportunidades laborales para Carlos en el taller mecánico de su propiedad.

#### **4.2. Aproximación diagnóstica.**

La información que inicialmente se tuvo de **S**, y antes de la primera entrevista, fue la de ser una persona mayor con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer, con moderada afectación funcional y red de apoyo dada principalmente por su esposo Carlos. Es importante tener en cuenta -para comprender el proceso musicoterapéutico- que se redujo el foco inicial de atención terapéutica al diagnóstico biomédico, anticipando lo que se pensó que

sería un proceso musicoterapéutico orientado al abordaje neurológico-cognitivo, centrado en la enfermedad. Esto en las primeras sesiones primó por sobre la usuaria y su vivencia personal. De esta forma, podría decirse que no hubo una aproximación diagnóstica “amplia” en el inicio del proceso musicoterapéutico, al descuidarse la individualidad de **S**, “viéndola” a través de las etiquetas que el sistema biomédico le había asignado y registrado en su ficha clínica, con su dependencia parcial en las actividades instrumentales de la vida diaria y red de apoyo dada principalmente por su esposo y cuidador.

Por ello, hasta este momento las expectativas del terapeuta y *sus* objetivos terapéuticos estuvieron muy ligados al componente cognitivo: básicamente los objetivos se orientaban a incrementar el rendimiento cognitivo de **S** por medio del uso de la música, aumentando la capacidad de atención de **S** y fortaleciendo sus procesos mnémicos.

Este enfoque no varió luego de la entrevista de valoración musicoterapéutica, en la cual **S** presentó elementos expresivos coherentes con su diagnóstico biomédico, con reducida amplitud expresiva: pobreza en el vocabulario, expresión facial y gestual con escasa variabilidad, vocalización sin grandes variaciones melódicas, presentando cierta dificultad en comprender algunas preguntas, escasa exploración del setting instrumental y una improvisación instrumental sin construcción de motivos rítmicos ni melódicos

estables, monótona en su sonoridad y con una duración aproximada de 30 segundos, sin establecerse diálogos musicales conmigo en mi rol de terapeuta.

De esta forma, y descuidando el terapeuta su intuición de que había algo en **S** aún no reconocido por él -al menos de forma consciente- como la riqueza y complejidad de su vivencia subjetiva, comenzaron las primeras sesiones dirigidas al foco previsto: el deterioro cognitivo asociado a la EA.

Sintió el terapeuta en este primer acercamiento a **S** como alguien extremadamente tranquilo, poco expresiva en lo musical, verbal y corporal, totalmente cooperadora y complaciente con el terapeuta, y “poco visible” al lado de su esposo Carlos.

Esta postura retraída se potenciaba con la de Carlos, quien a su vez se anticipaba frecuentemente a las preguntas dirigidas a **S**, respondiendo por ella y corrigiéndola, dando a conocer además las necesidades, preferencias y características de **S** con una prontitud que podría reducir en ella su expresividad, al “no necesitar” demarcar ella misma sus límites ni tampoco visibilizar sus preferencias.

Con el correr de las primeras sesiones, se continuó con la mirada del terapeuta enfocada en la enfermedad por sobre la vivencia subjetiva de la usuaria, con un abordaje asociado a la estimulación cognitiva desde lo corporal y sonoro, como era ya habitual con una total disposición por parte de **S** y con un cuidador que permanentemente interfería en su natural expresividad, ya sea

corrigiéndola, completando ideas o alterando la exploración instrumental espontánea de **S**.

Esto continuó, hasta que en la sesión 6ª, y en ausencia de su esposo, **S** señala que no le gusta su forma de ser:

*“S: Mi forma de ser no me gusta mucho”*

*Terapeuta: ‘¿Qué es lo que no te gusta de tu forma de ser?’*

*S: ‘Soy muy callada’ “*

Cuenta **S** en esa ocasión que le gustaría ser “habladora” e incluso “peleadora”, aun cuando no le agradan las personas “peleadoras”.

Esta revelación personal vinculada directamente a mi parecer en mi rol de terapeuta con la vivencia de **S** en ese momento, rompe mi esquema predeterminado y reduccionista acerca de **S** como una “persona mayor con demencia” y se abre mi campo perceptivo, pudiendo ver en **S** a una persona disconforme consigo misma, con un malestar que excede las etiquetas asignadas por el sistema biomédico, y al mismo tiempo con ganas de cambiar aquello.

Es llamativo para mí que la queja de **S** sea verse a sí misma como “muy callada”, simbolizando una expresión que no ocurre, una voz silenciada.



Las ganas de cambiar su situación pueden notarse cuando en la actividad inmediatamente posterior a dicha declaración **S** improvisa –invitada por mí como su terapeuta- con la consigna “*Cómo tocarías si fueras bien habladora*”, creando sonoridades estridentes con el pandero, poniéndose de pie y llevando el ritmo con el vaivén de su cuerpo, sonriendo. Luego señala sentirse bien tocando así, lo cual podría interpretarse como la traducción al lenguaje sonorocorporal de su impulso expresivo natural, hasta estos días silenciado.

Este bienestar asociado al ejercicio expresivo natural que ocurrió en esta sesión “de quiebre” está en sintonía con lo que plantea G. Gauna (Gauna, Entre los Sonidos y el Silencio, 1996), quien afirma que la expresión va en la dirección de la cura. Podría inferirse que el impulso creador de **S** surge espontáneamente en la sesión, desbordando el encuadre inicial y favoreciendo el reconocimiento por mí como terapeuta y por sí misma. En esta sesión acojo lo que **S** exterioriza, e intento movilizar a la usuaria en el sentido de dicha expresión, respetando y acompañando sus Modos Expresivo-Receptivos (ME-R), dando inicio al proceso musicoterapéutico.

Otra dimensión de este ejercicio expresivo por parte de **S** se asocia a la demarcación de límites que hace ella al tocar estridentemente, algo que según su relato no hace con frecuencia y le gustaría hacer: la agresividad necesaria para defender sus límites y espacio de las intervenciones de otros. Este “ser peleadora” podría darle las herramientas para decidir por sí misma acerca de su

vida, para ser vista y escuchada, como se hizo escuchar mediante esta improvisación referencial.

En cuanto a la relación entre **S** y su esposo Carlos, se aprecia que habitualmente **S** se ubica en un segundo plano junto a él, dejando silenciosamente que Carlos hable y actúe por ella, como “invisibilizándose” a sí misma. Carlos, de forma complementaria a la actitud de **S**, juega un rol sobreprotector, aspecto evidenciado en su atención y preocupación por la rutina diaria de su esposa. Incluso cuando se le formula una pregunta cualquiera a **S**, Carlos responde rápidamente por ella: se aprecia una tendencia en él a completar las frases de **S**, guiarla en las respuestas y corregirla, jugando el rol de “portavoz” de su esposa y restringiendo sus opciones expresivas y creativas, al no necesitar ella elaborar respuestas de cierta complejidad hacia los requerimientos del entorno dado que Carlos las elabora y expresa por ella. Esto podré relacionarse con lo expresado por **S** antes, en relación a sus ganas de ser capaz de poner límites con otros, límites suyos que son traspasados a diario por quienes invalidan su propia expresividad: cuidador, familia, terapeuta, sistema de salud. A mi parecer, **S** siente un impulso por visibilizarse, ser escuchada y reconocida, y para esto es necesario que los otros conozcan y respeten sus límites.

Si bien más importante que el diagnóstico o etiquetado de un usuario, es cómo vive o significa esa persona su situación de vida, olvidé inicialmente este

planteamiento, apegándome al diagnóstico biomédico y olvidando a la persona que tenía en frente, tal como lo hace a diario el entorno de **S** y el sistema de salud.

Una vez que **S** se muestra por sobre su diagnóstico y es reconocida por mí en sus modos expresivo-receptivos (ME-R), se produce el encuentro que marca el fin de la etapa de aproximación diagnóstica.

### **4.3 Objetivos.**

#### **4.3.1 Objetivo General:**

Que **S**:

- Experimente un despliegue de su creatividad en un encuadre musicoterapéutico, a fin de aumentar su calidad de vida.

#### **4.3.2 Objetivos Específicos:**

Que **S**:

- ♠ Enriquezca su personalidad expresiva, vivenciando sus modos expresivos-receptivos (ME-R) en una amplitud mayor a la actual.
- ♠ Fortalezca su capacidad de demarcar límites con otros, por medio del incremento de la expresión de sus propias necesidades y preferencias,
- ♠ Visibilice características personales propias, potenciando su autoestima e identidad.

### **4.4. Criterios de evaluación utilizados.**

Los criterios y metodología de evaluación utilizados se basaron en la entrevista semiestructurada de **S** y de su cuidador, junto a la aplicación de instrumentos de evaluación (Anexos 9.2 a 9.8): Barthel, Lawton y Brody, MoCA,

MMSE, GDS, Test de Zarit, y la observación musicoterapéutica directa de sus modos expresivos-receptivos (ME-R) –según los objetivos planteados- y más específicamente mediante la evaluación de la exploración instrumental de **S** y una improvisación instrumental no referencial propuesta por el evaluador. Este conjunto de parámetros de evaluación fueron considerados nuevamente en la última sesión del proceso.

En relación a los resultados de la valoración musicoterapéutica inicial (Anexo 7.2) se aprecia en **S** una cercanía biográfica con la música ranchera mexicana y música campesina chilena, desde la escucha en su infancia de rezos populares en la guitarra, tocada por su padre. Además menciona **S** que no hay música ni sonidos que le desagraden. En cuanto a la improvisación libre realizada se aprecia una inicial exploración instrumental sólo asociada a la guitarra, de pocos segundos de duración. Desde lo sonoro no hay pulso estable, motivos rítmicos ni melódicos, y su dinámica tímbrica es más bien pobre y sin cambios en la intensidad de la producción sonora. Desde lo vincular, existe una clara desconexión entre ella, su expresión sonora y la mía, en mi rol de terapeuta. Hay escaso acompañamiento desde lo corporal de su expresión sonora, adoptando al tocar una postura cerrada, sin contacto físico ni visual conmigo.

Estos hallazgos de la valoración musicoterapéutica muestran un abanico expresivo con numerosas posibilidades por ocurrir. Son estos caminos

expresivos por recorrer los que iluminarán el proceso, sumando lo que surgió durante el período de aproximación diagnóstica que luego se describirá.

#### **4.5 Setting, Encuadre y Metodología de trabajo.**

##### 4.5.1. Institución y espacio físico.

El proceso musicoterapéutico se desarrolló en instalaciones del CESFAM Dr. Segismundo Iturra Taito, dependiente de la Dirección de Salud Municipal de San Felipe (Chile) y parte de la Red Municipal de Salud. La valoración inicial se realizó en el Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) del mismo CESFAM, y las sesiones –individuales la mayoría y algunas en compañía de su esposo- se realizaron en la Sala de Reuniones del primer piso, de aprox. 5 x 7,5 mts, y unos 3,5 mts de altura, con piso de baldosas, paredes sólidas de concreto, iluminación natural y artificial (en regulares condiciones esta última), ventilación directa con el exterior por ventana, acceso universal y servicios higiénicos contiguos. La sala no presentaba aislamiento acústico, por lo cual los ruidos del exterior se podían oír durante las sesiones. En una de las paredes de la sala existía un espejo de pared de unos 1,2 x 1,5 mts aproximadamente.



*Imágenes de la sala en que se desarrolló el proceso musicoterapéutico*

Debido al funcionamiento habitual del CESFAM, era común tener que preparar el encuadre musicoterapéutico: ordenar y limpiar la sala antes de cada sesión e instalar los instrumentos, procedimiento de preparación que tomaba al terapeuta 35 minutos aproximadamente, posterior a su jornada de trabajo en el mismo CESFAM. A medida que fue transcurriendo el proceso terapéutico, la sala se usó también para almacenar material de CESFAM, lo cual redujo un poco el espacio disponible para el proceso musicoterapéutico.

#### 4.5.2. Instrumentos musicales.

En cuanto a los instrumentos musicales empleados en el proceso musicoterapéutico, estuvieron presentes:

<b>Instrumento</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Cantidad</b>
Bombo folclórico	2	Pifilka	1	Trueno	1
Pezuñas de cabra	4	Zampoña	1	Maraca	2
Flauta dulce	2	Triángulo	1	Kalimba	1
Guitarra clásica	2	Güiro pequeño	1	Huevitos	2
Pandero	2	Toc Toc chico	1	Cascabeles	3
Pandereta	1	Cascahuilla	1	Bastón con semillas	1
Melódica	1	Shekeré	1		
Cabasa	1	Djembé	1		





*Imagen con la mayoría de los instrumentos usados (foto tomada en la sesión del 27/10/16)*

#### 4.5.3 Horarios y asistencia a las sesiones.

Las sesiones se desarrollaron los días martes, desde el 25 de agosto al 22 de diciembre, de 18 a 19 hrs aprox., debido a la disponibilidad de **S** y Carlos, del CESFAM y del terapeuta. En las primeras sesiones se consensuaron las normas del encuadre, como el horario y el respeto a la puntualidad, esperar en sala de espera mi llamado a sesión y asistir con ropa cómoda. Repetí a **S** y Carlos varias veces que no era necesario saber tocar los instrumentos, y enfatiqué la importancia del respeto y confidencialidad dentro de las sesiones. También le entregué a ambos el número de teléfono del CESFAM para contactarme en caso

de necesitarlo. Debido a la situación cognitiva de **S**, reforcé en varias sesiones estas normas y sugerencias, y siempre adhirieron a ellas.

#### 4.5.4. Esposo-cuidador.

La intervención se planificó en modalidad individual, pero con la intención de integrar a Carlos según la evolución del proceso y su propia disponibilidad, dada su importancia en el proceso de **S** y en el diario vivir de ella, en su rol de cuidador. De todas formas, en las sesiones n° 5-10, 12, 14-16, Carlos se ausentó por razones personales y laborales, aun cuando se enfatizó la importancia de su presencia en el cierre (sesiones 13-17).

Cuando estuvo presente, Carlos participó de forma más bien directiva con **S** en las primeras sesiones, y más permisivo y flexible en las últimas. Cabe destacar que Carlos fue modulado en su rol durante las primeras sesiones por el terapeuta debido a su constante intromisión en el despliegue expresivo de **S**, como se señaló antes, en una dinámica relacional que llevó al terapeuta a adoptar un rol más directivo en ocasiones con él.

#### 4.5.5. Revisión de material y la supervisión.

La metodología de trabajo también incluyó la revisión semanal de videos de sesiones pasadas, a fin de pesquisar hechos relevantes para el proceso musicoterapéutico, evaluar aciertos y errores propios, oportunidades de intervención perdidas y aprovechadas, detectar acciones derivadas de la contratransferencia, evaluar intervenciones propias y del esposo, así como observar la respuesta de **S** en los diferentes momentos de la sesión.

La lectura de autores ligados a las temáticas de demencia y musicoterapia, el análisis de la situación de salud de **S** y la aceptación de ella por mí, fueron acciones que me permitieron vincularme considerando ese conocimiento, pero desde mi propio enfoque y rol como musicoterapeuta, en construcción permanente.

La supervisión constituyó un elemento fundamental para el desarrollo del proceso musicoterapéutico, y se realizó por medio de reuniones, videoconferencias, revisión conjunta y en paralelo de los videos de las sesiones y muchas horas de diálogo honesto y directo con el musicoterapeuta supervisor, quien mediante su crítica oportuna, cuestionamientos, sugerencias, motivación constante y tareas a desarrollar por mí en paralelo a la terapia, contribuyó de forma crucial en mi crecimiento personal y en la formación inicial de mi rol de musicoterapeuta.

## **4.6 Desarrollo del proceso musicoterapéutico.**

### 4.6.1. Etapa de aproximación diagnóstica (sesiones 1 a 6)

Dados los antecedentes de salud presentes en la ficha clínica en CESFAM de **S** y su propio relato junto al de su esposo, mi acercamiento inicial a ella fue desde el deterioro cognitivo asociado a su diagnóstico médico (demencia tipo Alzheimer), considerando este foco como punto central a abordar mediante la musicoterapia (MT).

Así, los objetivos iniciales del proceso como ya se mencionó fueron favorecer los procesos cognitivos de **S**, fortaleciendo su memoria de corto plazo y atención sostenida, en el contexto creativo y expresivo propio del encuadre musicoterapéutico, y por ello las primeras actividades buscaban principalmente entrenar su capacidad de atención y memorización de patrones rítmicos y melódicos.

De forma complementaria, el terapeuta mantuvo su natural actitud de acercamiento hacia **S**, buscando conocerla más y recibirla en sus propios modos expresivos y receptivos (ME-R), conocer las dinámicas y estilos de comunicación entre ella y Carlos, los instrumentos, lo sonoro y el terapeuta. Probablemente esta actitud afectuosa y alerta del terapeuta facilitó la recepción y acogida de los hechos que llevan al cierre de la etapa de aproximación diagnóstica, como ya se ha comentado y se detallará luego, para darles un curso musicoterapéutico.

En relación a la valoración musicoterapéutica inicial en su componente improvisatorio musical, se puede señalar que **S** se excusa verbalmente en un comienzo de explorar el setting instrumental por no saber tocar los instrumentos, pero accede luego a la invitación del terapeuta y se acerca tímidamente. Explora un instrumento (la guitarra) durante pocos segundos; si bien pulsa las cuerdas no construye estructuras melódicas ni rítmicas, no adopta un pulso estable ni clara preferencia por ciertas alturas melódicas. Tampoco se aprecia una búsqueda de diferentes timbres desde la guitarra. Cuando el terapeuta la invita a improvisar, le asigna a él un pandero, mientras ella se queda con la guitarra, pero no busca contacto ni diálogos musicales con el terapeuta en dicha improvisación, a pesar de los intentos del terapeuta por lograr contacto con **S** en la música.

Los modos expresivos de **S** en lo sonorocorporal en esta etapa estuvieron acompañados y muy probablemente influenciados por comentarios, correcciones y gestos de su esposo Carlos. Este punto será abordado por mí en las sesiones siguientes dado que la intromisión de Carlos muy probablemente interfiere en la natural expresión de **S**.

Habitualmente **S** se centraba en el ritmo de la cueca al improvisar con instrumentos en las primeras sesiones, con una expresividad corporal imitativa – aunque pobre en el detalle de la imitación- comentando explícitamente *su dificultad para crear patrones de movimiento o estructuras melódicas*, y desde el punto de vista del terapeuta apreciándose una reducida capacidad de atención

sostenida. Esto último se notó en la dificultad observada en ella para repetir patrones rítmicos y melódicos hechos por el terapeuta y diferenciar alturas tonales. De hecho, la mayoría de las veces fue incapaz de determinar por sí misma si lograba imitar bien o no la secuencia sonora dada.

En otro aspecto, desde la primera sesión el terapeuta nota que tendrá que regular las intervenciones por lo general restrictivas de Carlos respecto a la expresividad de su esposa, a fin de favorecer la libre expresión de **S**. Continuando con este tema, se observa que Carlos estaba siempre junto a **S**, y como se señaló antes, mostraba una tendencia a responder las preguntas dirigidas a **S** y corregirla constantemente. Durante esta etapa del proceso, Carlos mostró este mismo comportamiento dentro de las sesiones, guiando a **S** según su propio interés, influyendo en los momentos de exploración instrumental de **S** y alterando su natural ritmo durante las sesiones: además cuando él no intervenía, ella consultaba con él permanentemente, mediante miradas, preguntas y gestos qué hacer (evidenciándose en opinión del terapeuta la habitual relación simbiótica en la dependencia y asistencia) Se adoptó por esto un rol más directivo con Carlos, pidiéndole en distintas ocasiones que dejara actuar a **S** tal como ella quisiera, sin interferir, sin “corregirla”.

Cabe señalar que muchas veces antes de las sesiones de musicoterapia **S** asistía a su sesión fonoaudiológica en CESFAM para estimulación cognitiva. Pues bien, en una de esas sesiones la fonoaudióloga le pidió a Carlos (según la

profesional comentó posteriormente) que esperara a su esposa en la sala de espera porque **S** se ponía “un poco nerviosa” en la sesión con Carlos presente. Carlos creyó que debía esperar afuera a **S** también en las sesiones de musicoterapia, y esto llevó a la primera ausencia de Carlos en el proceso musicoterapéutico. El terapeuta tomó esta oportunidad, y dada la mayor espontaneidad vista en **S** en dicha sesión (la 5ª) se optó por pedirle a Carlos que se quedara afuera en las próximas 2 ó 3 sesiones, para reincorporarse presencialmente más adelante, lo cual fue aceptado por él.

En la 5ª sesión **S** comentó extensamente acerca de su propio sentir y en un momento de la sesión incluso improvisó un baile similar a cueca. En esta sesión no dijo “no sé” o “me cuesta” antes de la invitación al movimiento. Se debe señalar además que en ausencia de Carlos, para el terapeuta fue mucho más intensa y fluida la conexión con **S**, probablemente porque pudo enfocarse en ella y su expresión espontánea, sin tener que cuidar la influyente presencia de su esposo. Además el terapeuta sintió en estas circunstancias a **S** con una disposición más expresiva.

Ocurrió en la 6ª sesión el surgimiento ante la mirada del terapeuta de la inconformidad de **S** con su autoconcepto, lo que se suma a su angustia derivada de sus olvidos. Es este surgimiento el que revela al terapeuta que no tiene en frente el caso de *una demencia*, sino que es una persona aquejada por una demencia, persona con conflictos internos y configuración única e impactada

además en todas sus dimensiones por las consecuencias de la demencia, tanto en sí misma como en quienes la rodean. Específicamente en la 6ª sesión se aprecia el conflicto interior de **S** y su rechazo a la mujer callada y tímida que dice ser, mencionándolo explícitamente, lo cual lleva al terapeuta abruptamente a reconocerla en un plano mucho más amplio y a la vez profundo, con lo cual se abre un área de acercamiento terapéutico no previsto hasta ese momento –y no asociado necesariamente a un deterioro demenciante. Es en este momento de inflexión en que emerge con fuerza y por sobre lo cognitivo una mirada amplia, un contacto entre el terapeuta y la usuaria, que incorpora una forma de reconocer a **S** y puede facilitar su exploración y despliegue creativo y expresivo, lo cual además puede favorecer los procesos cognitivos afectados en la situación de demencia, incrementar su capacidad de poner límites con el entorno por medio del fortalecimiento de su personalidad expresiva, favoreciendo su “visibilidad” y reconocimiento por parte de los demás, en particular por Carlos, quien habitualmente condiciona los modos de expresión de su esposa. La experiencia de **S** de sus M E-R podría además de favorecer su ajuste interno y la integración de habilidades hasta entonces no reconocidas en sí.

Esta 6ª sesión significó un punto de inflexión en el proceso, debiendo ser reorientada mientras aún estaba en curso, para lograr la conexión del terapeuta con **S** desde su humanidad, como sintiendo el propio terapeuta la herida extensa del deterioro demenciante de **S**, sumada a un malestar con lo que **S** cree que es ella misma. En esta sesión un canal de comunicación menos intelectual y más



afectivo se intensificó en el terapeuta, favoreciendo el surgir de la conexión terapéutica. Este reconocimiento de **S** por parte del terapeuta es determinante en el desarrollo del proceso y el vínculo musicoterapéutico, tanto para el replanteamiento y abordaje de los objetivos musicoterapéuticos como para el crecimiento del terapeuta en su rol.

Dentro de las técnicas empleadas en esta etapa están la exploración instrumental libre, la improvisación no referencial, el paisaje sonoro, y la recreación musical, con canciones populares (El Gorro de Lana, de Jorge Yáñez, y La Mochila Azul, de Bulmaro Bermúdez y popularizada por Pedro Fernández), con **S** acompañando al terapeuta en el canto de dichas canciones, la imitación de patrones rítmicos y melódicos. Además en cada sesión, como parte del rito de inicio se realizaba un caldeamiento mediante un inventario corporal con música pregrabada de fondo (por lo general música del agrado de **S**)

En esta etapa de aproximación diagnóstica se indaga asimismo en la dinámica familiar, considerando particularmente la adicción a drogas de su hijo menor, evaluando la pertinencia de orientar el proceso musicoterapéutico hacia ese tema o no. **S** no lo presenta como un tema en las sesiones, y cuando se refiere a él, lo hace superficialmente y sin muestras en lo verbal ni corporal de que el hijo fuese un problema para ella, por lo cual no fue abordado directamente.

Con los sucesos ocurridos y descritos en los párrafos anteriores se da paso a la etapa central del proceso musicoterapéutico.

#### 4.6.1.1 Acerca del terapeuta.

En el análisis de mis comportamientos en esta etapa del proceso musicoterapéutico, destaco mi tendencia a anticipar las respuestas de **S**, en especial en las primeras sesiones, limitando y guiando su respuesta (como si fuese yo mismo una copia de Carlos, el cuidador), “cortando” también algunas expresiones musicales espontáneas de exploración. Por otra parte, parezco un tanto preocupado por “entretener” a la usuaria, haciendo varios comentarios y preguntas que apoyan esta percepción, como evitando el silencio. Noté esta tendencia en mí y pude superarla. Los objetivos de este proceso no eran entretener a **S**.

En lo musical manejo un escaso repertorio folclórico chileno y de música mexicana “ranchera”, estilos preferidos de **S**. Esta “carencia” musical pudo tener dos efectos: dar poco soporte de canciones en esta primera etapa, pudiendo así dificultar en algún grado la conexión de **S** con el proceso, pero también pudo haber favorecido la abierta exploración musical terapeuta-**S**, facilitando y acompañando la apertura expresiva musical de ambos, **S** y terapeuta, facilitando el encuentro.

Otro rasgo propio presente en esta etapa fue la predominancia en mí de lo intelectual por sobre lo emocional en el acercamiento a **S**, aspecto importante que fue abordado y trabajado también por la revisión de videos y la supervisión musicoterapéutica. Este aspecto de “distancia” afectiva con la usuaria se nota

desde el planteamiento de objetivos e incluso antes, desde el primer contacto con la usuaria, acercándose a ella mayormente desde lo intelectual. Si bien existía una afectividad en el vínculo en formación con **S**, predominaba en esta etapa la preocupación por llevar el proceso de forma correcta desde lo académico. Este desbalance propio se visibilizó con fuerza en el “quiebre” de la 6ª sesión, al revelar **S** un aspecto -hasta ese momento insospechado- de su vivencia personal, el cual precisamente tenía que ver con la emocionalidad de su vivencia y con el dolor asociado a su situación vital, lo cual no fue detectado por mí en un primer acercamiento. En esta sesión el relato de **S** impacta contratransferencialmente en mí, con una sensación de empatía por la vulnerabilidad que siento en **S**, y un impulso por contenerla y protegerla. Vislumbro el impacto emocional de la demencia en **S**, impacto marcado por la tristeza y la sensación de no tener control sobre su propia vida. En esta 6ª sesión priorizo la conversación para acercarme a su mundo sin la intromisión de su esposo. Es desde esta sesión donde siento una forma de vincularme a **S** más auténtica, natural, directa y fluida. Creo de crucial relevancia el darme cuenta de mi forma natural de acercarme y conectarme con mis usuarios en mi rol de musicoterapeuta, conocer mis sesgos y evitar mis naturales puntos ciegos, para acompañar al otro hacia su propio bienestar. En este aspecto el trabajo desarrollado por mí con la guía del musicoterapeuta supervisor fue imprescindible para comenzar a observarme a mí mismo con mayor rigurosidad.

Asimismo, considero como un acierto el considerar los gustos e historia musicales de **S** en la elección de canciones para el proceso, consideración que acompañó todas las sesiones, y también fue un acierto en mi opinión acompañar el desempeño de **S** con palabras de ánimo y motivación para disminuir su apatía, aspecto común a otras personas con demencia (Lyketsos C., 2003)

#### 4.6.2. Etapa central (sesiones 7 a 13).

Desde el encuentro musicoterapéutico con **S** y los antecedentes adquiridos por el terapeuta acerca de ella y su contexto en la etapa anterior, y habiendo redefinido los objetivos iniciales (centrados en la potenciación de sus capacidades cognitivas) hacia otros más integrales (orientados a fomentar la expresividad y creatividad de **S**), continúa el proceso musicoterapéutico junto a **S** acompañándola hacia su bienestar.

Durante esta etapa, gradualmente se va restando presencia en las sesiones a las actividades de imitación, usándolas más bien para facilitar el uso de los instrumentos por ella en el contexto seguro de la repetición (sin tener que “crear” sino “recrear”) Estas actividades de imitación facilitaron a mi juicio la creciente visibilidad en sesiones de **S** y sus ME-R, evaluando también de qué forma la situación de demencia influía estos. En este sentido, si bien ella era capaz de imitar secuencias rítmicas y melódicas de 3 ó 4 notas, mostraba muchas dificultades en evaluar si el terapeuta imitaba correctamente las secuencias que ella proponía.

En esta etapa las sesiones y actividades se entrelazaron en torno a los objetivos del proceso musicoterapéutico. El terapeuta estimó que sólo si **S** es capaz de verse a sí misma más ampliamente y reconocerse en su propia complejidad, puede iniciar la aceptación amorosa de quien es, para comenzar desde allí a explorar el entorno y luego demarcar sus límites con otros.

Dentro de las técnicas empleadas en esta etapa están el caldeamiento corporal con música improvisada por el terapeuta, la imitación con el terapeuta de patrones corporales, vocales, rítmicos y melódicos (adoptando roles de imitadora e imitada), el uso de instrumentos musicales para fortalecer la capacidad de demarcar límites, improvisación referencial, movimiento libre con música, composición de canciones, el rol de “Directora de Orquesta”, recreación musical y canto.

En la búsqueda por enriquecer su personalidad expresiva, paulatinamente el terapeuta lleva la atención de **S** a sí misma. Previamente a exteriorizar intenciones, preferencias o elecciones personales es necesario reconocerlas en sí, por lo que se consideró relevante facilitar que **S** fuese capaz de reconocer características propias, verse a sí misma y aumentar su autoconocimiento, para desde ahí expresar intencionadamente sus elecciones u opiniones. En ese sentido -y en línea con el objetivo de fortalecer la personalidad expresiva de **S**- se buscó fomentar su conexión con su cuerpo y el movimiento, imitando (principalmente en las primeras sesiones) o creando improvisadamente movimientos. En general, se le dio un rol de importancia durante todas las sesiones a la improvisación sonorocorporal. Mediante la exploración y vivencia de sus propios ME-R, es posible facilitar el autoconocimiento de **S**. También antes de finalizar cada sesión se recreaba una canción del agrado de **S**, en guitarra por el terapeuta y cantándola a dúo. Esto además de entregar una

instancia de expresión vocal y musical, contribuía a la estimulación de la memorización de la letra de la canción.

Buscando el fortalecimiento de la capacidad de demarcar límites por parte de **S**, se incorporó en sesiones la escucha por parte de ella de diversas sonoridades generadas por el terapeuta. Esta actividad fue repetida en otras ocasiones, mostrando en **S** una reticencia a expresar verbalmente su desagrado (límite) hacia los estímulos sonoros recibidos desde el terapeuta y los instrumentos. Esto también se abordó desde la otra mirada: **S** como potencial “invasora” de los límites del terapeuta, al tomar ella el rol de ser la creadora de sonoridades. En otra ocasión se le asignó a **S** el rol de “Directora de Orquesta”, con su esposo presente y siendo éste –junto al terapeuta- quienes recibían las órdenes de **S** en relación a qué instrumento tocar y cómo hacerlo. Esta actividad en particular le generó a ella, en opinión del terapeuta, incomodidad. Recordará el lector que **S** y su esposo mantenían una dinámica en la cual él era el “portavoz” de **S**, lo que podría haber incidido en la dificultad inicial con que **S** adoptó el rol de “Directora”, teniendo que ser en esa actividad precisamente ella quien decidiera qué se hacía, quién, cómo, cuándo y con qué instrumento. En este sentido, y junto al incentivo del terapeuta de que se atreviera a “llevar la batuta”, pudo finalmente dar indicaciones a su “orquesta”, conformada por el terapeuta y su esposo. Para favorecer el despliegue de la personalidad expresiva de **S** era necesario en opinión del terapeuta que fuera capaz de visibilizarse frente a Carlos, su esposo y cuidador.

Otro elemento importante a juicio del terapeuta fue el reconocimiento por parte de **S** de que un mismo estímulo puede ser agradable o no, dependiendo en parte de cómo sea emitido, lo cual también es aplicable a su propia forma de expresión y demarcación de límites en su vida diaria: a juicio del terapeuta, **S** pudo notar que al defender sus límites no necesariamente deja de ser “amable”, “generosa”, “tranquila” y todas las características que ella reconoce como “positivas” en sí misma.

Se buscó en definitiva permitir que ella vivenciara una ampliación de su repertorio expresivo habitual y reforzar su habilidad de tomar decisiones por sí misma respecto a ella y su entorno, intentando fortalecer la capacidad innata en **S** de ser protagonista de su vida al crear un encuadre musicoterapéutico respetuoso de su autonomía y capaz de fortalecer su capacidad de establecer límites “sanos” con los otros, representados por el terapeuta y en ocasiones por su esposo.

En relación a su autoconcepto, se evidencia un malestar profundo en ella, que trasciende su diagnóstico biomédico y muestra la disconformidad de quien no está a gusto con características propias. En este sentido se recibió el relato de **S** acerca de su noción de “gente peleadora” y cómo era posible expresar las propias preferencias sin violentar a otros, visibilizándose metafóricamente en la música la diferencia entre la agresividad necesaria para visibilizar y defender los propios límites versus violentar los límites ajenos, como lo plantea G. Gauna



(Gauna, Del Arte, ante la Violencia, 2001). Esto se vinculó y reforzó con actividades en las cuales intercambiamos alternativamente roles emisor-receptor dentro de una dinámica en la cual uno de nosotros improvisaba sonoridades al otro, teniendo la opción el oyente de decir cuándo debía detenerse la producción sonromusical recibida. Esta actividad, si bien le entregaba el control a **S**, le generó a juicio del terapeuta un grado de incomodidad, observada en la distancia entre su expresión corporal y la verbal. Esta separación entre lo corporal y lo verbal se fue reduciendo con el correr del proceso musicoterapéutico.

El comentario “no me gusta ser callada, me gustaría ser más peleadora, aunque no me gusta la gente peleadora” fue un elemento que cruzó varias sesiones como un tema generador de malestar en **S** y que se vincula al objetivo del proceso musicoterapéutico que pretende que ella integre características personales ignoradas en su autoconcepto. Le fueron reflejadas a **S** aspectos suyos (agradables y desagradables para ella) enfatizando aquellos que ella destacaba menos: cualidades y valores calificados como positivos por ella misma y por el contexto social en que **S** se desenvuelve. Surgieron así atributos como “solidaridad”, “generosidad”, “tranquilidad”, “honestidad”, “respeto”, “amabilidad”, todas características que **S** reconocía en sí, pero invisibilizadas en el discurso general. Del abordaje de este tema surgieron incluso pequeñas canciones improvisadas entre ella y el terapeuta, canciones que sintetizaron musicalmente elementos “positivos” y presentes en ella, sobre una mirada previa en la que **S** sólo veía los aspectos personales que le disgustaban, ampliando su

autoconcepto. Debido a que las canciones surgían en la misma sesión, **S** además tenía que hacer un esfuerzo de atención sostenida para recordar la letra y cantar junto al terapeuta en la sesión y entre ellas.

Elementos importantes que surgieron, a juicio del terapeuta, fueron el paulatino abandono en el proceso musicoterapéutico por parte de **S** de la frase “no sé inventar” y otras con similar sentido, autolimitadoras y cercenadoras de la propia expresividad, con lo cual **S** adopta a mi juicio una actitud más protagónica en su proceso musicoterapéutico, atreviéndose a estar al frente, a comandar, a ser “agente” y actriz principal de su vida. En este aspecto, la ausencia de Carlos de varias sesiones por una parte la expuso a estar en primera línea en las sesiones (lo cual ocurría con matices cuando estaba Carlos, debido a la dinámica habitual entre ambos), y por otra, facilitó el despliegue expresivo de **S** y su creatividad en el trabajo musicoterapéutico, aprovechando la ausencia de quien constantemente era su figura de referencia.

Cabe señalar que cuando Carlos regresaba a las sesiones, volvía **S** a su natural tendencia a ponerse en un segundo lugar tras él. Esto fue percibido por el terapeuta, quien buscó cautelar la expresión de **S** y ayudar a Carlos a reconocer y respetar a su esposa en sus M E-R.

#### 4.6.2.1. Acerca del terapeuta:

En esta etapa se van equilibrando mis dimensiones afectiva e intelectual al momento de vincularme con **S**. Se va debilitando mi tendencia a conectarme preferentemente desde lo intelectual con **S** y ver el proceso como un ejercicio de diseñar actividades y aplicar técnicas por sobre la importancia de estar conectado con la usuaria y formar el vínculo terapéutico. En mi evolución como musicoterapeuta busqué inicialmente -en ocasiones- que ella “entendiera” ciertas cosas que a mí como terapeuta me parecían importantes, perdiendo en dichos momentos el foco central (**S** y su vivencia subjetiva) como si su situación se explicara por una “falta de comprensión” de lo que le ocurre o como si lo relevante fuese lo que para mí es relevante. Esto cambió a favor del vínculo y del proceso musicoterapéutico de **S**.

Desde lo contratransferencial noto que en algunos momentos imito involuntariamente la actitud directiva de Carlos, instruyendo a **S** acerca de cómo tocar tal o cual instrumento, contraponiéndome directamente a los objetivos del proceso musicoterapéutico de **S**. En estas conductas directivas de Carlos y mías hacia **S** nos convertimos en una extensión de la violencia ejercida por el sistema social hacia ella, limitando y dirigiendo su expresividad hacia donde los demás quieren, sin respetar los ME-R de la persona. Esto se vincula a lo señalado por Martorell (2008) en relación al frecuente olvido de la persona tras el diagnóstico, y es en mi opinión la normalización de la violencia hacia las personas con

enfermedad de Alzheimer (PcEA), normalización en la que muchas veces podemos caer sin darnos cuenta.

En todos estos aspectos la revisión reflexiva de las sesiones y la supervisión musicoterapéutica me permitieron tomar conciencia de esto, estar más atento y potenciar mi autoobservación.

Relacionado también a mi juicio con mi propio sesgo, puedo señalar cierta tendencia a mantener “entretenida” a la usuaria: aparentemente mi preocupación por evitar el abandono de **S** del proceso musicoterapéutico reforzó que yo buscara casi sin darme cuenta que **S** disfrutara las sesiones. Cuando al fin abandoné esta tendencia, momento vinculado con mi apertura también desde lo afectivo y corporal y el surgimiento del vínculo terapéutico con **S**, muchas cosas se dieron de forma natural, el miedo desapareció y así también **S** y yo nos vinculamos más profunda y naturalmente, el proceso musicoterapéutico comenzó a fluir naturalmente y personalmente comencé a sentirme muy cómodo en las sesiones, como si el vínculo terapéutico transformara en amorosa espontaneidad las actividades pensadas para cada sesión.

En este punto quiero destacar que las sesiones comenzaron a estar planificadas de una forma más flexible: si bien tenía claridad en los objetivos del proceso y un abanico de posibles actividades y técnicas a usar, el detalle de cada sesión comenzó a tener menos importancia, adquiriendo una relevancia mayor mi apertura y capacidad de conectarme integralmente con **S**, mi presencia en la

sesión. Antes de este punto de inflexión, la planificación detallada y más rígida no resonaba en mi interior con la fuerza con que hacía eco después de lograda esta conexión con **S** en la terapia.

También noté que un breve rito antes de las sesiones favorecía en mí un nivel de presencia mayor: debo aquí precisar que las sesiones de musicoterapia ocurrían después de mi jornada formal de trabajo de 9 horas, por lo cual llegaba a las sesiones aún con el ritmo de trabajo previo, acelerado, planificando y anticipándome a mil escenarios, incluso previendo actividades del día siguiente. Pues bien, el rito al que aludo no es otra cosa sino darme unos minutos para sentarme y dejar partir las ideas que hasta ese momento sobrepoblaban mi mente, conectarme con mis sensaciones corporales en el presente, y tomar la guitarra y pulsar acordes y notas de forma espontánea e improvisada me ayudaban también a llegar a la sesión en un estado óptimo para conectarme con **S** y conmigo mismo.

#### 4.6.3. Etapa de cierre (sesiones 13 a 17)

A medida que se hacía cada vez más cercano el cierre del proceso musicoterapéutico, aumentaba el interés del terapeuta por incorporar activamente la participación de Carlos, buscando que él pudiera conocer las actividades que se estaban realizando en las sesiones, evaluar la posibilidad de llevar algunas de ellas a la rutina diaria, y sobretodo que Carlos fuese capaz de reconocer a **S** en su despliegue expresivo sonorocorporal.

Sin embargo, la planificación de actividades buscando este reencuentro **S**-Carlos en lo expresivo se vio alterada por ausencias repetidas de Carlos por razones laborales (recordar que Carlos tenía trabajos esporádicos, que le ayudaban a mantener las finanzas del hogar). De esta forma, Carlos estuvo presente en las sesiones de etapa de cierre nº 13 y 17, por lo cual no fue posible enfatizar el reconocimiento de Carlos a **S** (y viceversa) en el contexto musicoterapéutico. El terapeuta insistió en contar con su presencia en las sesiones, pero evidentemente la urgencia de tener dinero para solventar los gastos familiares era prioritaria.

Son destacables en esta etapa ciertos hechos ocurridos de forma imprevista y que incidieron en el desarrollo del proceso terapéutico, a juicio del terapeuta:

En la sesión nº13 Carlos señala con ánimo triste que un hermano suyo ha fallecido recientemente. Este hecho trágico es abordado en los primeros minutos

de la sesión desde lo verbal, notándose el cariño que Carlos sentía por su hermano, aunque se muestra un poco rígido en lo corporal según lo percibe el terapeuta, como evitando llorar. En esta ocasión por vez primera en este proceso el terapeuta siente a Carlos especialmente conmovido, algo esperable dado el motivo. Además el terapeuta lo nota menos restrictivo con **S**, dejándola expresarse libremente, participando y acompañando a su esposa entusiastamente en las actividades propuestas. **S** por su parte se aprecia bastante desanimada y cabizbaja a su llegada a la sesión (entra antes que Carlos a la sala) pero no informa de la muerte de su cuñado, señalando como queja sólo su deterioro mnémico. **S** tampoco adopta una actitud de contención hacia Carlos, desde lo verbal ni corporal. Esto podría estar vinculado a la tendencia vista por el terapeuta en **S** a evitar las situaciones que pudieran significarle un estrés o conflicto. En este contexto, ella podría haber optado –voluntariamente o no- por “olvidar” el episodio de muerte vivido en la familia, invisibilizándolo tal como ella acostumbra a invisibilizarse al lado de su esposo, refugiándose. Desde esta perspectiva podría comprenderse la ausencia de contención de Carlos por parte de **S**, dado que no habría motivo para estar triste.

En la etapa de cierre el terapeuta tuvo que improvisar algunas sesiones, debido a la ausencia de Carlos las sesiones 14 y 15, por razones laborales, siendo la n°16 una sesión donde se previó una posible ausencia de Carlos y se plantearon actividades en caso de que asistiera **S** por sí sola. En la antes comentada sesión n°13 el terapeuta adaptó las actividades debido a la necesaria

pausa inicial para aproximarse a la vivencia de Carlos y **S** respecto a la muerte del hermano y cuñado respectivo. Estas sesiones improvisadas requirieron del terapeuta una mayor y más completa conexión con **S**, a fin de captar sus señales y mensajes no verbales y acompañarlos apropiadamente sin perder de vista los objetivos planteados.

La intención del terapeuta de que Carlos estuviese presente en las sesiones de cierre estaba asociada al interés suyo de que Carlos se reencontrara con **S**, la reconociera y aceptara en sus modos expresivos en el contexto terapéutico.

En la última sesión le fueron mostrados a **S** y Carlos extractos de grabaciones audiovisuales del proceso, muchas de las cuales él no presencié, y se le regaló a ella un disco compacto con las canciones que improvisadamente surgieron en el proceso musicoterapéutico.

#### 4.6.3.1. Acerca del terapeuta.

En esta etapa también estuve particularmente atento a mis propias señales de cansancio, manifestadas principalmente por una sutil tendencia a la distancia emocional con **S**. Esta sensación de cansancio se acrecienta cuando percibo que **S** no está totalmente presente en la sesión, aspecto contratransferencial que tuve consciente la mayor parte de las veces, cuidando de que no fuese a dominar mis actos en terapia. Por otra parte traté de mantener



la motivación de **S** en alto, destacando sus logros por sobre las dificultades y olvidos que mostraba frente a las consignas y propuestas.

Es en esta etapa de cierre quizás donde despliego una mayor flexibilidad en el proceso de **S** (que fue también un proceso mío) logrando vivir la terapia incorporando mi propia afectividad en el acompañamiento de **S**. Viví la alegría de quien acompaña a una persona querida por un viaje incierto y lleno de oportunidades de crecimiento, y abandoné muchos de mis temores tratando por lo general de estar ahí, sencillamente, dispuesto a lo que emergiera en sesión. Debo recordar que esta presencia terapéutica no fue algo sencillo de lograr por mí sino hasta abandonar viejas e infundadas creencias mías, que fundían el “deber-ser” con mi mirada paternalista frente al “paciente”. Es en este punto, en el cual debí alejarme un poco de mi tendencia a pensar la realidad y actuar según eso, tomar distancia de la no-aceptación de la incertidumbre en terapia como un espacio de búsqueda, encuentro y crecimiento, abandonar mi preferencia por estar en segundo plano, dejar mi tendencia por no forzar los límites del otro y así, finalmente, adoptar un rol terapéutico, que yo viví como un rol de mayor protagonismo desde el involucramiento afectivo, de motivar al otro e impulsarlo a mover sus límites, sacándolo en ocasiones fuera de su zona de confort, a abandonar mi creencia de que sólo los más experimentados pueden hacer bien un rol de terapeuta, de que mi presencia puede ser terapéutica si tengo la claridad necesaria, más allá de mi talento musical y por sobre el discurso preparado de antemano.

#### **4.7. Evaluación del logro de los objetivos.**

Para mayor claridad del lector(a), se evaluará el logro de los objetivos antes expresados por separado:

- *Que **S** enriquezca su personalidad expresiva, vivenciando sus modos expresivos-receptivos en una amplitud mayor a la actual.*

Este objetivo se orientó a promover en **S** una ampliación de su abanico expresivo. Como se comentó antes, la expresividad y creatividad pueden generar bienestar tanto por factores psicológicos como neurológicos. A medida que finalizaba el proceso musicoterapéutico, el terapeuta observó en **S** una expresividad mayor desde lo sonorocorporal, evidenciado en sus vocalizaciones libres e improvisadas, en las secuencias motrices que creó, y en el atreverse a improvisar con instrumentos que desconocía en su uso formal.

Además fue capaz de mostrarle a su esposo aspectos expresivos suyos que hasta entonces no se atrevía (en palabras de Carlos, **S** tiene “menos vergüenza”) creando y viviendo un espacio de libertad y facilitando su propia aceptación.

- *Que **S** fortalezca su capacidad de demarcar límites con otros, por medio del incremento de la expresión de sus propias necesidades y preferencias.*

**S** expresa -en opinión del terapeuta- sus preferencias con una creciente expresividad verbal a lo largo del proceso musicoterapéutico, siendo capaz de detener la intervención del terapeuta en sesión cuando se sentía invadida o traspasada en sus límites con la agresividad necesaria para defender su espacio. Tal vez este objetivo y su cumplimiento queda más claro cuando se revisa un pasaje entre **S** y el terapeuta en la última sesión, cuando el terapeuta la invita a improvisar:

*Terapeuta: “Elige un instrumento (...) para ti, y si quieres que toque contigo, tocamos juntos”*

***S:** “no tengo ganas de tocar, no me nace...”*

Comentando que en realidad durante el proceso musicoterapéutico no tocaba muchas veces por iniciativa propia sino para obedecer las indicaciones del terapeuta.

Esta “confesión” demuestra en opinión del terapeuta que ella por un lado siente la confianza necesaria para revelar un aspecto de su vivencia en el proceso musicoterapéutico que no es “políticamente correcto”, como el decir que no le gustaba tocar, y por otro lado que ella ha sido capaz de verbalizar sus preferencias de forma explícita aun cuando no sean éstas las socialmente esperadas, sin importarle agradar al terapeuta.

- *Que **S** visibilice características personales propias, potenciando su autoestima e identidad.*

Se ha visto el importante rol de la memoria en la preservación de la historia autobiográfica, que le da un sentido lógico y coherencia a la cadena de sucesos vitales. Esto está afectado en **S** y puede interferir en el almacenamiento y reminiscencia de sus recuerdos. Por otra parte existe un componente social, el rol de “los otros” en la construcción de la propia identidad, en este caso presenta habitualmente bajo la etiqueta de “Enfermo de Alzheimer”, por lo cual el propio entorno de **S** (cuidador, familia, vecinos, amistades y el propio equipo de salud) es capaz de permanentemente alimentar la formación de una identidad basada en el déficit, olvidando a la persona detrás de la etiqueta (como una segunda demencia), violentando a **S** al otorgarle muchas veces preeminencia a la patología por sobre la persona, como hice yo en mi primer acercamiento el propio musicoterapeuta en formación. Estos aspectos culturales influyen silenciosa y progresivamente en la construcción de la identidad de **S**.

No obstante, creo que ella pudo visibilizar en el proceso musicoterapéutico aspectos de sí que estaban relegados a un segundo plano en su discurso, desde lo verbal y volcándolo en la música, lo cual pudo enriquecer el abanico de características propias que **S** reconoce en sí misma y podría fortalecer su autoestima y acercarla a su identidad profunda.

Otro elemento relacionado con lo anterior se asocia a la posibilidad emanada del proceso musicoterapéutico de que **S** –al vivenciar su expansión expresiva- pueda verse a sí misma desde un punto de vista diferente, más alejado

del déficit y del malestar consigo misma, y más cercano a su natural personalidad expresiva, más allá del componente cognitivo y la expresión verbal, sino que desde lo afectivo y corporal, re-vinculándose con ella misma desde estas dimensiones.

Por otra parte, el hecho de que Carlos reciba, re-conozca y acepte una mayor amplitud expresiva de **S** incide en la co-construcción de su identidad, al tener la oportunidad en este proceso musicoterapéutico de identificarla como una persona con múltiples potencialidades y una riqueza expresiva en continuo fluir, lo cual contribuye al bienestar y calidad de vida de **S** y al logro de este objetivo.

## V. Análisis del vínculo musicoterapeuta-usuario.

Como autor de la presente monografía y en mi rol de musicoterapeuta en este proceso decidí abordar este análisis en cada etapa del mismo (aproximación diagnóstica, etapa central y de cierre) para así expresar al lector la vivencia del proceso musicoterapéutico más fielmente a lo que significó para mí. No obstante, dados los requerimientos institucionales nuevamente me referiré aquí –ahora resumidamente- a lo que significó para mí este proceso de vínculo.

He comentado acerca de mi sesgo en la dimensión emocional, la cual estaba presente de forma sutil, pero por detrás de la intelectual, descuidando involuntariamente en el inicio del camino musicoterapéutico en toda su magnitud este aspecto afectivo de la vivencia de **S**. Una vez que se incorporó este componente en el proceso nuestro vínculo musicoterapeuta-**S** se fortaleció.

Si bien en el inicio mi forma de acercarme fue predominantemente desde lo intelectual, esto dio paso a un vínculo que reconoció a la persona detrás del diagnóstico. Este giro ocurrió a mi parecer facilitado por tres factores: Por un lado se generó un espacio de confianza entre **S** y yo, espacio que se favoreció por mi actitud de acogida y aceptación hacia ella. Por su parte **S** decidió verbalizar aquello que en ese momento ella identificaba como su motivo de malestar. Sumado a lo anterior, recibí el mensaje en mi propia dimensión emocional.

Es este uno de los principales (si no el principal) vuelco que tuvo el proceso para mí en el rol: el hecho de identificar y reconocer en sesión mi propio punto

ciego abrió un campo de encuentro con **S** que da pie a nuestro encuentro y al inicio del proceso musicoterapéutico.

Antes de vivenciar esto, el proceso musicoterapéutico presentó momentos de tensión interna: al sentir que el proceso “no avanzaba”, que el pensar la situación presente y los posibles escenarios futuros no bastaba, surgió la frustración (y ahora lo veo) por no poder “entender” lo que pasaba, lo difícil de diseñar las sesiones, la sensación interior de que las piezas no encajaban, cuando en realidad no había nada que “entender”.

Este afán propio por abarcar el proceso sólo desde lo intelectual me dificultaba la conexión con lo sensorial y emocional, creando una especie de muro entre **S** y yo. Me sentí incapaz de lograr un rol como musicoterapeuta y avanzar hacia **S** en el sentido de los objetivos terapéuticos. Hubo pasajes en sesión donde sólo mi pensamiento estaba, pero no era eso lo que **S** necesitaba, sino que estuviese completamente presente en el proceso musicoterapéutico, disponible para ella.

Al no lograr reconocer al otro –en el desconocimiento del propio sesgo- se genera y reproduce la violencia del no reconocimiento (como plantea G. Gauna), la negación del vínculo, de ahí la importancia que le asigno al reconocimiento cuando se busca establecer un vínculo musicoterapeuta-usuario. El hecho de “entender” el sesgo propio desde lo intelectual no tuvo sentido real hasta que

vivencí ese aspecto en cierto grado descuidado de mi propia existencia, en mi rol de terapeuta.

Nuevamente en este tema la supervisión musicoterapéutica fue un apoyo sin el cual probablemente no habría podido superar este freno autoimpuesto.

Recoger lo que surgía en sesiones, aceptarlo en su forma y contenido, separar mis expectativas del proceso (aspecto que aunque comencé a observar previamente a mi encuentro con **S**, persistió en su influencia), las que empañaban la vivencia del proceso y el vínculo fueron todas temáticas abordadas con el musicoterapeuta supervisor, quien hábilmente recibió mis inseguridades y las condujo hacia mi crecimiento personal y con ello, la expansión de mi rol terapéutico.

Una vez que pude comenzar a integrar mi sesgo en el proceso musicoterapéutico, los elementos que “no encajaban” al diseñar las sesiones, los roces y tensiones internos durante las sesiones tomaron sentido. Una vez iniciado el vínculo terapéutico con **S** incluso la planificación del proceso fue algo natural, no forzado, y la flexibilidad para abordar las situaciones que iban surgiendo en sesión se incrementó. También mi disfrute de las sesiones aumentó, y en mi opinión también el de **S**. Esto contribuyó a que la música estuviese al servicio del proceso musicoterapéutico y no como una presencia forzada.



## **VI. Autoevaluación de fortalezas y debilidades propias del terapeuta.**

Este aspecto se vincula directamente con el apartado anterior.

Las debilidades propias nacen principalmente a mi parecer del inicio relativamente reciente de mi “rol terapéutico” en su sentido más consciente e integrado. Por ello, aún existen momentos en que uso una mirada parcelada del usuario(a) porque precisamente estoy aún en camino a reconocer mis zonas ciegas, mecanismos de defensa, inseguridades y “cuerdas sin afinar”, todos aspectos a pulir y mejorar, ya sea siguiendo un proceso musicoterapéutico propio, supervisión e intervisión musicoterapéutica, u otros caminos que me acerquen a convertirme en instrumento de salud. De este aspecto se derivan también hechos como los de presentarme intranquilo en sesión, evadir los silencios, restringir el tiempo de exploración instrumental y prever los momentos futuros de la sesión, todos elementos que reflejan mi “ausencia” terapéutica en esos instantes, actuando mecánicamente. Esto se ve potenciado por el tipo de trabajo que desarrollo en mi jornada laboral en la institución, hasta minutos antes de la sesión, trabajo predominantemente intelectual, y desde una esfera fundamentalmente biomédica.

En mi jornada laboral diaria me encuentro comúnmente con personas aquejadas por el deterioro cognitivo discapacitante propio de una demencia tipo Alzheimer, y para ellas mi mirada generalmente ha surgido desde un enfoque

biomédico, integrando lo afectivo de forma natural aunque en menor medida a lo intelectual. Esto también ocurrió en mi acercamiento inicial a **S**.

Durante el período llamado de aproximación diagnóstica mi posición varió, como ya he señalado, desde un enfoque principalmente biomédico, “funcional-cognitivo”, a una conexión más profunda con **S**, cambio impulsado por su relato y facilitado por mi propio proceso de crecimiento como terapeuta, el cual le dio más espacio a mi dimensión afectiva del que habitualmente le concedo en mi jornada laboral. Es **S** quien me muestra la dimensión emocional de su vivencia, iluminando el camino de nuestro proceso. Pude verme a mí mismo –creciente en mi rol- en el dinamismo del vínculo que se iba estableciendo con **S**, reafirmando la noción de que una PcEA juega un rol social relevante, pudiendo reflejar también al terapeuta en su propio proceso.

A esto me refiero con la presencia terapéutica. En la medida en que logro conectarme conmigo mismo y con el otro en el encuadre, soy capaz de recibir, acoger e integrar con un sentido musicoterapéutico su expresión, en este caso de **S**, sosteniéndola y acompañándola hacia su bienestar.

Como un aspecto favorable de mi rol terapéutico podría señalar mi interés en estar a disposición de **S** y sus ME-R, y mi motivación por crecer permanentemente en mis habilidades musicoterapéuticas.

## VII. Conclusiones.

Es discutible por supuesto hasta qué profundidad estas vivencias impactaron en **S**, así como en qué grado influirán en su devenir, pero estoy seguro que en algo habrán sido de ayuda: le dieron a **S** (y a su esposo) la oportunidad para verse y recordarse a sí misma, reconocerse en su multiplicidad de facetas, como paso inicial para la demarcación de sus límites y facilitar su expresión genuinamente creativa, trascendiendo las etiquetas y diagnósticos, como persona.

En mi opinión el permitirle vivenciar nuevas formas de abordar los sucesos a **S**, ampliando su forma natural de enfrentarlos en un contexto seguro, le acerca el poder de decisión acerca de elegir cómo quiere actuar en los eventos venideros. Aun cuando las habilidades cognitivas de **S** presentan un deterioro, creo firmemente que aún es capaz de ejercer su derecho a elegir su forma de estar en el mundo.

Si bien la EA es vista desde la mirada biomédica como una enfermedad de altísimo costo en todas las dimensiones de la persona, queda flotando la duda acerca de hasta qué punto es la enfermedad la que discapacita, aísla y mata, y hasta qué punto es el entorno quien lo hace, con la ignorancia, apatía y abandono de la persona en el océano biomédico del diagnóstico, y por medio de la violencia ejercida por nosotros, los “otros”, y sin dudarlo también por el sistema de salud

imperante, que invisibiliza a la persona y la relega a un plano ignorado, generando una “identidad de la demencia” anclada en el déficit

¿Cuántas veces no habremos oído la voz de quien nos pide un reconocimiento, un encuentro?

La medicación –elemento que aparece rápidamente en la ecuación terapéutica habitual- sólo aborda un elemento dentro de un universo de duelos para el usuario(a) y sus cercanos, siendo un componente quizás central en el tratamiento de la enfermedad, pero no de la persona.

Creo que ya es tiempo que desde la musicoterapia se aborde en Chile este tema sistemáticamente y se desarrollen las intervenciones y estudios necesarios para incorporar a la persona mayor en su propio proceso terapéutico, con las herramientas que sólo la musicoterapia posee. Según mi búsqueda bibliográfica las intervenciones musicoterapéuticas gerontológicas en Chile son escasas considerando el volumen de la población mayor y casi ausentes para los grupos más desfavorecidos financieramente.

En cuanto a las PcEA, esta condición de salud puede afectar muchas funciones cognitivas de la persona, pero no puede borrar sino hasta muy cerca del cese de las funciones corporales (y tal vez incluso en esos momentos persista) la Personalidad Expresiva, por lo cual -con enfoques apropiados a cada vivencia y contexto- la musicoterapia siempre puede acompañar a la persona, su cuidador y cercanos hacia un estado de mayor bienestar.

Si hay algo que agradezco del proceso vivido junto a **S** y Carlos, es haber integrado en mí que la comprensión intelectual y la palabra precisa están sobrevaloradas por mí, y que el afecto y el contacto profundo, honesto y amoroso entre dos personas es la base del vínculo musicoterapéutico y son tan importantes como las demás dimensiones. Por otra parte, siento la responsabilidad de expandir la musicoterapia hacia las personas mayores, como parte del musicoterapeuta que quiero llegar a ser.

## VIII. Bibliografía.

- Abdollahpour, I. (2014). Caregiver Burden: The Strongest Predictor of Self-Rated Health in Caregivers of Patients With Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, Vol. 27(3) 172-180.
- Addis D.R., T. L. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12:1, 56-74.
- Agudo, M. (2013). *Arteterapia en el Ámbito de la Salud Mental*. Huelva, España: Edita Asociación Andaluza de Arteterapia.
- Aldridge, D. (1995). Music Therapy and the Treatment of Alzheimer's Disease. *Clinical Gerontologist*, 16:1, 41-57.
- Andreu S., B. S. (2009). El espacio vincular entre Musicoterapia y Educación: Una experiencia musicoterapéutica en una escuela común. *Monografía para optar al Postítulo de Especialización en Terapias de Arte, mención Musicoterapia*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Arias-Carrión O., O.-B. T.-C. (2007). Neurogénesis en el cerebro adulto. *Revista de Neurología*, 44: 541-50.
- Bannan N., M.-S. C. (2008). 'Singing for the Brain': reflections on the human capacity for music arising from a pilot study of group singing with Alzheimer's patients JRSH. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 128(2):73-78.
- Benitez King, G. K. (2007). Formación de neuronas nuevas en el hipocampo adulto: neurogénesis. *Salud Mental*, mayo-junio, 12-19.
- Breinbauer H., V. H. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile*, 137: 657-665.
- Brotons M., K. S. (1997). Music and Dementias: A Review of Literature. *Journal Of Music Therapy*, XXXIV (4)204-245.
- Brotons, M. (2003). Music Therapy with Alzheimer's Patients and Their Family Caregivers: A Pilot Project. *Journal of Music Therapy*, XL (2)138-150.
- Bruer R., S. E. (2007). The Temporal Limits of Cognitive Change from Music Therapy in Elderly Persons with Dementia or Dementia-Like Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Music Therapy*, XLIV (4) 308-328.
- Carrascal S., S. E. (2014). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, Individuo y Sociedad*, 26 (1), 9-19.
- Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía. (2012). *Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer*. Madrid.
- Centro de Estudios de la Vejez y el Envejecimiento, Pontificia Universidad Católica de Chile. (2015). *Personas Mayores y Demencia: Realidad y Desafíos*. Santiago.

- Clair A., O. M. (2006). The Effect of Rhythmic Auditory Stimulation (RAS) on Gait Characteristics of Cadence, Velocity, and Stride Length in Persons with Late Stage Dementia. *Journal of Music Therapy*, XLIII (2), 154-163.
- Cooke M., M. W. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. *Journal of Health Psychology*, 15: 765–76.
- COPRAD, Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias. (15 de julio de 2016). *Resumen Ejecutivo del Plan Nacional*. Obtenido de [http://www.coprad.cl/coprad/wp-content/uploads/2012/12/Resumen\\_ejecutivo.pdf](http://www.coprad.cl/coprad/wp-content/uploads/2012/12/Resumen_ejecutivo.pdf)
- Dirección de Salud Municipal, I. Municipalidad de San Felipe. (2016). *Plan de Salud Comunal*. San Felipe.
- Douglas S., J. I. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 10, 171–179.
- Dugmore O., O. M. (2015). Qualitative studies of psychosocial interventions for dementia: a systematic review. *Aging & Mental Health*.
- Dugmore O., O. M. (2015). Qualitative studies of psychosocial interventions for dementia: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 1-13.
- Dunkin J.J., A.-H. C. (1998). Dementia caregiver burden. A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(Suppl 1):S53-S60.
- Eisner, E. W. (2004). *El arte y la creación de la mente. El papel de las artes visuales en la transformación de la conciencia*. Barcelona: Paidós.
- Fago, J. P. (2001). Dementia: Causes, Evaluation, and Management. *Hospital Practice*, 36:1, 59-69.
- Finnema E., D. R. (2000). The Effects Of Emotion-Oriented Approaches In The Care For Persons Suffering From Dementia: A Review Of The Literature. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 15, 141-161.
- Fitting M., R. P. (1986). Caregivers for Dementia Patients: A Comparison of Husbands and Wives. *The Gerontologist*, Vol. 26, No. 3, 248-252.
- Fortinsky, R. H. (2001). Health care triads and dementia care: Integrative framework and future directions. *Aging & Mental Health*, 5:S1, 35-48.
- Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (2000). *Man's search for ultimate meaning*. Cambridge: Perseus Publishing.
- Gauna, G. (1996). *Entre los Sonidos y el Silencio*. Rosario: Artemisa.
- Gauna, G. (2001). *Del Arte, ante la Violencia*. Neuquén: Nueva Generación.
- Gauna, G. (2008). *Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez*. Buenos Aires: Editorial Koyatún.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Barcelona: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2ª Edición Actualizada.

- Guétin, S. (2009). Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's Type Dementia: Randomised, Controlled Study. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 28:36–46.
- H. Breinbauer, H. V. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile*, 137: 657-665.
- Hailstone J., O. R. (2009). It's not what you play, it's how you play it: Timbre affects perception of emotion in music. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 62:11, 2141-2155.
- Hammar L.M., G. E. (2011). Singing while caring for persons with dementia. *Arts & Health*, Vol.3, N°1, 39–50.
- Han P., K. M. (2010). A Controlled Naturalistic Study on a Weekly Music Therapy and Activity Program on Disruptive and Depressive Behaviors in Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30:540-546.
- Hannemann, B. (2006). Creativity with Dementia Patients Can Creativity and Art Stimulate Dementia Patients Positively? *Gerontology*, 52:59–65.
- Hays T., M. V. (2005). The meaning of music in the lives of older people: a qualitative study. *Society for Education, Music and Psychology Research*, Vol 33(4): 437-451.
- Heidegger, M. (1969). *Identity and difference*. New York, : Harper & Row Inc.
- Iliffe S., M. J. (2002). Dementia in the community: Challenges for primary care development. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12, 243-252.
- Janata, P. (2005). Brain Networks That Track Musical Structure. *New York Academy of Sciences*, 1060: 111–124.
- Kerer, M. (2013). Explicit (semantic) memory for music in patients with mild cognitive impairment and early-stage Alzheimer's Disease. *Experimental Aging Research*, 39: 536–564.
- Kierkegaard, S. (1989). *The sickness unto death*. London: Penguin Books.
- Kitwood, T. (1993). Editorial: Person and Process in Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 8: 541-545.
- Kitwood, T. (1993). Towards a Theory of Dementia Care: The Interpersonal Process. *Ageing and Society*, 13, 51—67.
- Klein C.M., S. M. (2012). With Love From Me to Me: Using Songwriting to Teach Coping Skills to Caregivers of Those With Alzheimer's and Other Dementias. *Journal of Creativity in Mental Health*, 7:2, 153-164.
- Klein S., N. S. (2012). Memory and the Sense of Personal Identity. *Mind*, 121 (483):677-702.
- Koger S., C. K. (1999). Is Music Therapy an Effective Intervention for Dementia? A Meta-Analytic Review of Literature. *Journal Of Music Therapy*, XXXVI (1) 2-15.
- Lawton M., B. E. (1970). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Nursing Research*, Vol.19 (3),179-186.



- Lin S., Y. P. (2011). Mental Health Implications of Music: Insight from Neuroscientific and Clinical Studies. *Harv Rev Psychiatry*, 19:34–46.
- Lyketsos C., D. C. (2003). Treating Depression in Alzheimer Disease. Efficacy and Safety of Sertraline Therapy, and the Benefits of Depression Reduction: The DIADS. *Arch Gen Psychiatry*, 737-746, Vol 60, July.
- Mahoney FI, Barthel DW. (1965). Functional evaluation: Barthel index. *Md State Med J*, 14: 61-5.
- Marín, P. P. (2006). *Geriatría y Gerontología, 3ª ed ampliada*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Martorell. (07 de julio de 2008). Cuerpo e identidad en la experiencia de Alzheimer: Intentos por recuperar la condición de persona. *Index de Enfermería*, 17(1), 17-21. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>
- Martorell Poveda, M. A. (enero de 2008). *Cuerpo e identidad en la experiencia de Alzheimer: Intentos por recuperar la condición de persona*. Obtenido de *Index de Enfermería*, 17(1), 17-21: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008001100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008001100004&lng=es&tlng=es).
- McDermott O., C. N. (2013). Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 28: 781–794.
- Mercadal-Brotons, M. A. (2008). *Manual de Musicoterapia en Geriatría y Demencias*. Ediciones Monsa-Prayma.
- Messinger-Rapport B.J., M. T. (2006). Impact of Dementia Caregiving on the Caregiver in the Continuum of Care. Volume 14 - Issue 1 - January, .
- Ministerio de Salud, C. (13 de Agosto de 2016). *Documento Preliminar para la Elaboración del Plan Nacional para las Demencias 2015*. Obtenido de [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/PLAN\\_DEMENCIA\\_final.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/PLAN_DEMENCIA_final.pdf)
- Ministerio de Sanidad, S. S. (2012). *SEMPA - Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias*. Madrid.
- Nasreddine, Z. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53:695–699.
- Nemesh. (2016). Family-based music therapy: from dissonance to harmony. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1-18.
- Nemesh, B. (2016). Family-based music therapy: from dissonance to harmony. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1-18.
- Niedźwieńska A., Ś. M. (2010). The Self-Defining Function of Recalling Personal Memories and Identity Status. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 10:4, 304-310.
- Palisson J., R.-B. C. (2015). Music enhances verbal episodic memory in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1-15.
- Peretz I., G. D. (1998). Exposure effects on music preference and recognition. *Memory & Cognition*, 26 (5).884-902.

- Pollack N., N. K. (1992). The Effect of Music Participation on the Social Behavior of Alzheimer's Disease Patients. *Journal Of Music Therapy*, XXIX (1) 54-67.
- Quiroga P., A. C. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev Méd Chile*, 132: 467-478.
- Raglio A., G. M. (2009). Music Therapy for Individuals with Dementia: Areas of Interventions and Research Perspectives. *Current Alzheimer Research*, 6, 293-301.
- Raglio, A. (2012). Music, music therapy and dementia: A review of literature and therecommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, 72, 305– 310.
- Ramos M., P. A. (09 de abril de 2013). *Índice de Barthel*. Obtenido de [web.minsal.cl/portal/url/item/dabae5e899a823be040010164014f15.pptx](http://web.minsal.cl/portal/url/item/dabae5e899a823be040010164014f15.pptx)
- Reisberg B, F. S. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139:1136-1139.
- Roache, R. (2016). Memory and mineness in personal identity. *Philosophical Psychology*, 29:4, 479-489.
- S. Douglas, I. J. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 10, 171–179.
- S. Guétin, F. P. (2009). Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's Type Dementia: Randomised, Controlled Study. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 28:36–46.
- Sabat S., H. R. (1992). The construction and deconstruction of self in Alzheimer's Disease. *Ageing and Society*, 12, 443-461.
- Schapira D., F. K. (2007). *Musicoterapia - Abordaje Plurimodal*. Argentina: ADIM.
- Scott K. R., A. M.-B. (2007). Dementia syndromes: evaluation and tratment. *Expert Rev Neurotherapeutics*, 7(4), 407-422.
- SENAMA, Ministerio de Desarrollo Social Chile. (2012). *POLÍTICA INTEGRAL DE ENVEJECIMIENTO POSITIVO PARA CHILE 2012-2025*. Santiago.
- Serra, M. (2015). Musicoterapia, en sintonía al final de la vida. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, Vol. 10 (35-50).
- Sixsmith A., G. G. (2007). Music and the wellbeing of people with dementia. *Ageing and Society*, 127-145.
- Slachevsky A., B. M.-C.-H.-N. (2013). The CUIDEME Study: Determinants of Burden in Chilean Primary Caregivers of Patients with Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 35; 297–306.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2006). *Tratado de Geriatria para Residentes*. Madrid: International Marketing & Communication, S.A.(IM&C), 1° edición.

- Subsecretaría de Redes Asistenciales MINSAL, G. d. (2015). *Exenta n°832 Aprueba Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud Municipal para el año 2016*. Santiago.
- Tappen R., W. C. (1999). Persistence of Self in Advanced Alzheimer's Disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 31:2, 121-125.
- Ueda, T. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12, 628– 641.
- Vally, Z. (2010). The assessment and management of dementia. *South African Family Practice*, 52:5, 392-395.
- Van de Winckel A., F. H. (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 18: 253-260.
- Vargas I., D. d.-M. (05 de Junio de 2016). *Índice de Actividad de Atención Primaria*. Obtenido de <http://minsal.uvirtual.cl/documentos/archivo/evaluacion.pdf>
- Watchel T.J., F. M. (2008). *Guía práctica para la asistencia del paciente geriátrico*. Barcelona: 3ª edición, Elsevier Masson.
- Webster, R. S. (2005). Personal identity: moving beyond essence. *International Journal of Children's Spirituality*, 10:1, 5-16.
- Wigram T., P. I. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.

## IX. Anexos.

### 7.1 Anexo 1.

#### Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (EA)

##### **Criterios clínicos para el diagnóstico clínico de EA probable:**

- Demencia
- Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
- Comienzo entre los 40 y 90 años, con mayor frecuencia después de los 65 años.
- Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo observado de la memoria y de las otras funciones cognitivas.

##### **Apoyan el diagnóstico de EA probable:**

- Deterioro progresivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia, agnosia)
- Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades diarias habituales.
- Antecedentes familiares de trastorno similar, especialmente si obtuvo confirmación anatomopatológica.
- Pruebas complementarias: TAC craneal atrofia cerebral, líquido cefalorraquídeo y electroencefalograma normal.

##### **Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de EA probable:**

- Mesetas en la progresión de la enfermedad.
- Otras alteraciones neurológicas, especialmente en fases avanzadas, hipertensión, mioclonías, alteración de la marcha y convulsiones.
- Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, accesos emocionales, físicos o verbales, alteraciones en la conducta sexual, pérdida de peso.
- TAC cerebral normal para la edad del paciente.

(Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2006)

7.2. Anexo 2. Valoración musicoterapéutica de S.

<b>Valoración Musicoterapéutica (Fecha: 20-08-15)</b>		
<b>I. Datos generales:</b>		
<b>Nombre:</b>	<b>S. Z. A.</b>	
<b>F.Nac.:</b> 20-08-1947	<b>Edad:</b> 68 años	<b>Estado civil:</b> casada
<b>Trabajo remunerado:</b> No	<b>Escolaridad:</b> 3ºbásico	<b>GDS:</b> 5
<b>Barthel:</b> 95 pts, dependiente leve	<b>MoCa:</b> 20/30	<b>MMSE abreviado:</b> 4 pts
<b>Lawton y Brody:</b> 2 pts, dependiente leve		
<b>Patologías concomitantes:</b> Hipertensión arterial, cefaleas, anemia, bajo peso, constipación, enfermedad renal crónica etapa 4, baja visión, dolor lumbar crónico, insomnio.		
<b>Adicciones:</b> No	<b>Pasatiempos:</b> Oír música y radio	
<b>Expectativas personales de la intervención MT:</b> Ninguna en particular		
<b>II. Historia sonora y musical de S:</b>		
<b>Sonidos que han acompañado su:</b>		
<b>Infancia:</b> sonidos “de campo”, ambientales, pajaritos, guitarra folclórica (rezos)		
<b>Adolescencia:</b> corridos mexicanos <b>Adulthood:</b> Corridos mexicanos		
<b>¿Qué música escucha actualmente?</b> Corridos mexicanos		
<b>¿Tiene instrumentos musicales en su casa?</b> No		
<b>¿Alguien en su familia toca algún instr. musical?</b> No		
<b>¿Cuáles son sus preferencias musicales?</b> Corridos mexicanos		
<b>¿Qué música no le gusta?</b> Ninguna	<b>¿Qué sonidos o ruidos no le gustan?</b> Ninguno	
<b>¿Cuál es su principal acercamiento a la música?</b> La escucha		
<b>III. Datos del cuidador:</b>		
<b>Nombre:</b> Carlos	<b>Edad:</b> 65años	<b>Estado civil:</b> Casado
<b>Trabajo remunerado:</b> Ocasional, como mecánico automotriz en taller de hijo.		
<b>Índice de Barthel y Lawton y Brody:</b> Independiente.		
<b>Zarit:</b> 8 pts, sin sobrecarga		
<b>OARS:</b> Red de apoyo dado por hijo		

**Patologías crónicas:** Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2, Obesidad, Presbicia.

**Adicciones:** No    **Pasatiempos:** Ninguno.

**Expectativas del cuidador de la intervención MT:** Ayudarle a S a estar mejor

## **VI. Valoración musicoterapéutica- aproximación diagnóstica.**

**6.1 Técnicas usadas:** Improvisación no referencial

### **6.2 Musicalidad individual.**

**6.2.1 Exploración de instrumentos:** Toca/explora sólo un instrumento

**6.2.2 Modalidad de enlace:** Exploratoria

**6.2.3 Instrumentos preferidos:** Guitarra

**6.2.4 Dinámica temporal:** Sin pulso estable ni motivos rítmicos

**6.2.5 Dinámica melódica:** Ocupa diferentes alturas sonoras, sin predominar ninguna, sin motivos melódicos

**6.2.6 Dinámica tímbrica:** ¿Cambia de instrumentos? No

¿Produce timbres variados con el mismo instrumento?  
No

**Timbres más usados:** Guitarra, cuerdas medias al aire

**6.2.7 Dinámica de densidad:** Sin presencia de silencios

**Actitud corporal durante los silencios** Abocada al instrumento, sin movimientos accesorios.

**6.2.8 Dinámica de intensidad:** Sin variaciones de intensidad

### **6.3 Musicalidad vincular.**

Existe desconexión sonora. Sin imitación sonora. Sin subordinación sonora.

Sin control sobre la improvisación; Sin contrastes ni propuestas sonoras

### **6.4 Dinámica corporal.**

Postura relativamente rígida. Muy escasa gesticulación al hablar. Al explorar/tocar adopta postura cerrada. Contacto corporal cercano con el instrumento; No hace contacto visual con el Mt. mientras explora/toca; No acompaña las producciones sonoras con movimiento corporal accesorio; Sin movimiento corporal coordinado con el ritmo de la producción sonora; No vocaliza durante las producciones sonoras.

7.3 Anexo 3. Índice de Barthel, para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)  
(Mahoney FI, Barthel DW., 1965)

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTAJE
<b><u>Comida</u></b>	Totalmente independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla sobre el pan, pero es capaz de comer solo.	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
<b><u>Lavado (baño)</u></b>	Independiente. Capaz de bañarse el cuerpo solo, de entrar y salir de la ducha sin ayuda y de hacerlo sin una persona que lo supervise	5
	Dependiente. necesita cualquier tipo de ayuda o supervisión	0
<b><u>Vestido</u></b>	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda mas de la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5
	Dependiente. Necesita ayuda	0
<b><u>Arreglo</u></b>	Independiente. Realiza sin ayuda las actividades personales como peinarse, afeitarse, bañarse la manos etc.	5
	Dependiente. Necesita ayuda	0
<b><u>Deposición</u></b>	Continente. No presenta episodios de incontinencia	10
	Ocasionalmente presenta episodio de incontinencia. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios	5
	Incontinente. Más de un episodio semanal	0
<b><u>Micción</u></b>	Continente. No presenta episodios. Es capaz de cuidar de la sonda u otro dispositivo por si mismo	10
	Un episodio diario como máximo o requiere ayuda para la manipulación de la sonda u otro dispositivo	5

	Incontinencia. Más de un episodio diario	0
<b><u>Usar el sanitario</u></b>	Independencia para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	5
	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin mayor ayuda.	0
<b><u>Traslado (Cama / Sillón)</u></b>	Independiente. No requiere ayuda para pasar del sillón a la cama, ni para entrar ni salir de la cama	15
	Mínima ayuda. Incluye supervisión o una pequeña ayuda.	10
	Gran ayuda, requiere de una persona con fuerza o entrenada	5
	Dependiente.	0
<b><u>Deambulaci3n</u></b>	Independiente. Puede caminar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n.	15
	Necesita ayuda f3sica o supervisi3n	10
	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda o supervisi3n	5
<b><u>Subir y bajar escalones</u></b>	Independiente para bajar y subir escaleras sin ayuda o supervisi3n	10
	Necesita ayuda o supervisi3n	5
	Dependiente, es incapaz de utilizar las escaleras	0
<b>Puntaje Total:</b>		
<b>M3xima Puntuaci3n 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)</b>		
<b>Grado de dependencia</b> (Ramos M., 2013)		
<b>&lt;20 pts: Dependiente Total</b>	<b>20 – 35 pts: Grave</b>	
<b>40 – 55 pts: Moderado</b>	<b>≥ 60 pts: Dependiente Leve</b>	
<b>100 pts: Independiente</b>		



#### 7.4. Anexo 4. Escala de Lawton y Brody para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton M., 1970)

<b>Capacidad para usar el teléfono:</b>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
<b>Hacer compras:</b>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
<b>Preparación de la comida:</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
<b>Cuidado de la casa:</b>	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un nivel adecuado de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>Lavado de la ropa:</b>	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>Uso de medios de transporte</b>	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi ó el automovil solo con ayuda de otros	0
No viaja	0
<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
<b>Manejo de sus asuntos económicos:</b>	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
Incapaz de manejar dinero	0

**Total puntos** \_\_\_\_\_

Máxima dependencia: 0 puntos

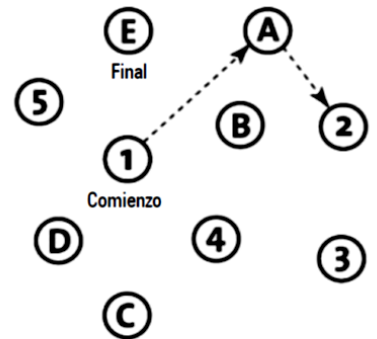
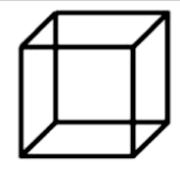

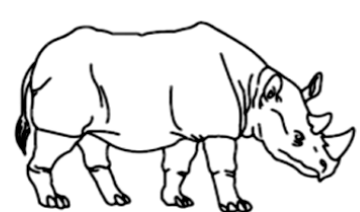

8 puntos: independencia total

7.5. Anexo 5, Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine, 2005)

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

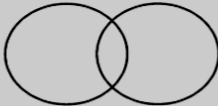
NOMBRE:  
Nivel de estudios:  
Sexo:

Fecha de nacimiento:  
FECHA:

<b>VISUOESPACIAL / EJECUTIVA</b>					Copiar el cubo		<b>Dibujar un reloj (Once y diez)</b> (3 puntos)		Puntos					
		[ ]		[ ]		[ ]	[ ]	[ ]	___/5					
<b>IDENTIFICACIÓN</b>								___/3						
<b>MEMORIA</b>		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuerdeselas 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos					
		1er intento												
		2º intento												
<b>ATENCIÓN</b>		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [ ] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [ ] 7 4 2						___/2						
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB				___/1						
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65						___/3						
		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.												
<b>LENGUAJE</b>		Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [ ] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. [ ]						___/2						
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [ ] _____ (N ≥ 11 palabras)						___/1						
<b>ABSTRACCIÓN</b>		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [ ] tren-bicicleta [ ] reloj-regla						___/2						
<b>RECUERDO DIFERIDO</b>		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente					
				[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]						
<b>Optativo</b>		Pista de categoría												
		Pista elección múltiple												
<b>ORIENTACIÓN</b>		[ ]	Día del mes (fecha)	[ ]	Mes	[ ]	Año	[ ]	Día de la semana	[ ]	Lugar	[ ]	Localidad	___/6
														___/30
														___/30

7.6. Anexo 6. Minimental State Examination – Abreviado. (Quiroga P., 2004)

### EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

<p><b>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;">                     Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;">                     Anote un punto por cada respuesta correcta                 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">BIEN</th> <th style="width: 10%;">MAL</th> <th style="width: 10%;">N.S</th> <th style="width: 10%;">N.R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		BIEN	MAL	N.S	N.R	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BIEN	MAL	N.S	N.R																						
Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p><b>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                     Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                     Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.                 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">CORRECTA</th> <th style="width: 20%;">NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Avión .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Número de repeticiones .....</p>		CORRECTA	NO SABE	Arbol .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Mesa .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Avión .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>													
	CORRECTA	NO SABE																								
Arbol .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																								
Mesa .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																								
Avión .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																								
<p><b>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</b></p> <p style="text-align: center;">1      3      5      7      9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;">                     Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;">                     La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos                 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Respuesta Correcta	9	7	5	3	1													
Respuesta Entrevistado	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>																					
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																					
<p><b>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;">                     Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.                 </div>	<p>Ninguna acción ..... 0</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%;">Correcto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Toma papel con la mano derecha .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas .....</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		Correcto	Toma papel con la mano derecha .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Dobla por la mitad con ambas manos .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Coloca sobre las piernas .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>																	
	Correcto																									
Toma papel con la mano derecha .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>																									
Dobla por la mitad con ambas manos .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>																									
Coloca sobre las piernas .....	<input style="width: 40px;" type="text"/>																									
<p><b>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;">                     Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.                 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%;">CORRECTO</th> <th style="width: 15%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 10%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol .....</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa .....</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Avión .....</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol .....	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	Mesa .....	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	Avión .....	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>									
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
Arbol .....	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																							
Mesa .....	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																							
Avión .....	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																							
<p><b>6. Por favor copie este dibujo:</b></p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad.</p> <p>Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">CORRECTO</th> <th style="width: 30%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 30%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	CORRECTO	INCORRECTO	NR	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																			
CORRECTO	INCORRECTO	NR																								
<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																								
<p><b>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</b></p>	<p style="text-align: right;">Suma total = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos. Normal = ≥14    Alterado = ≤13</p>																									

## 7.7. Anexo 7. Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS) (Reisberg B, 1982)

<b>ESTADIO</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>COMENTARIOS</b>
<b>1. Ausencia de déficit cognitivo</b>	Normal (MMSE: 30-35)	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo.	Capacidad funcional intacta en áreas social, ocupacional y familiar (como hace 5-10 años).
<b>2. Déficit cognitivo muy leve</b>	Normal para la edad (MMSE: 25-30)	Le cuesta encontrar palabras adecuadas y localizar objetos	La dificultad para palabras y objetos no es percibida por familiares ni amigos.
<b>3. Déficit cognitivo leve</b>	Deterioro límite (MMSE: 20-27)	Se objetiva deterioro en el rendimiento laboral. Le cuesta ir a lugares poco conocidos. Afectación en más de un área	Olvida citas importantes. Dificultad para realizar tareas psicomotoras complejas. Conserva las actividades rutinarias (compras o viajes comunes). Abandona actividades sociales y ocupacionales aunque este déficit pasa desapercibido. Aunque sutiles, estos síntomas pueden alterar la vida habitual y ser motivo de consulta.
<b>4. Déficit cognitivo moderado</b>	Enfermedad de Alzheimer leve (MMSE: 16-23)	Pérdida de la capacidad para realizar actividades complejas (compras, economía doméstica). Pérdida discreta del vocabulario.	Dificultad en las actividades instrumentales (organización de tareas domésticas, financieras, etc.). Olvidos importantes en su vida diaria. Mantiene su independencia en las actividades más básicas (aseo, elegir ropa. Viajes a lugares conocidos). Se perciben de modo evidente los fallos en el área financiera. Olvido de hechos cotidianos recientes. Déficit en el recuerdo de su historia personal. Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta. Incapacidad para planificar viajes, vida social o realizar actividades complejas. Labilidad afectiva. Mecanismos de negación dominan el cuadro. Conserva la orientación en tiempos y personas, el reconocimiento de caras y personas familiares y la capacidad de viajar a lugares desconocidos
<b>5. Déficit cognitivo moderadamente grave</b>	Enfermedad de Alzheimer moderada (MMSE: 10-19)	Necesita asistencia en determinadas Actividades Básicas de la Vida Diaria (excepto higiene y comida).  Pobreza manifiesta de lenguaje.	Dificultad para elegir la ropa y actividades económicas. Olvida el cuidado personal. Dificultad para conducir. Aparecen agitación, alteración del ritmo de sueño, hiperactividad y trastornos emocionales. *Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana. *Desorientación temporo-espacial frecuente. *Dificultad para contar en orden inverso desde 40, de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 *Es capaz de retener su nombre y el de los familiares más íntimos.
<b>6. Déficit cognitivo grave</b>	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave (MMSE 0-12)	Dificultad para vestirse.	Dificultad con los botones y el calzado. Miedo inicial a bañarse. Posterior incapacidad para hacerlo. Olvida el aseo personal. A veces se inicia junto con el estadio 6c, pero suele haber unos meses entre ambos hechos.

		<p>Asistencia en el baño.</p> <p>Incapacidad para asearse.</p> <p>Incontinencia urinaria.</p> <p>Incontinencia fecal.</p>	<p>Dicha incontinencia se debe a la pérdida de la capacidad para una respuesta adecuada a la urgencia miccional.</p> <p>*Olvida el nombre de sus familiares más íntimos. *Retiene algunos datos del pasado moderadamente. *Desorientación temporoespacial grave. *Tiene dificultad para contar de 10 en 10 en orden directo o inverso. *Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria. *Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos. *Hay trastorno del ritmo diurno. *Presenta cambios en la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación, agresividad y abulia cognitiva) Puede aparecer simultáneamente con la etapa anterior y obedece a idéntica causa. Suele ser predictor de institucionalización.</p>
<b>7. Déficit cognitivo muy grave</b>	Enfermedad de Alzheimer muy grave (MMSE: 0)	<p>Lenguaje reducido a seis palabras.</p> <p>Lenguaje reducido a una palabra o ininteligible.</p> <p>Pérdida de la deambulaci3n.</p> <p>No mantiene la sedestaci3n.</p> <p>Pérdida de la capacidad para sonreir.</p> <p>Estupor o coma.</p>	<p>Pérdida de todas las capacidades verbales (el lenguaje puede quedar reducido a gritos, grave gruñidos, etc.)</p> <p>Suelen conservar "si", "no", o bien emiten gruñidos o gritos.</p> <p>Finalmente se afectan las funciones motoras más básicas y acaban apareciendo contracturas.</p> <p>S3lo se conserva la funci3n oculomotora espontánea o como respuesta a estímulos. Se conserva el reflejo "grasping".</p> <p>Desaparici3n de la agitaci3n psicomotriz con enlentecimiento de la actividad EEG. Meses después de no poder caminar también se pierde la capacidad para sentarse. Todavía pueden agarrarse.</p> <p>Apraxia de la marcha por afectaci3n cognitiva y posterior desarrollo de alteraci3n por lesi3n motora presentando marcha a pequeños pasos, lentitud y lateralizaci3n.</p>

7.8. Anexo 8. Modelo de ficha musicoterapéutica empleada.

**Ficha Musicoterapéutica.**

MT © Víctor Tapia C.

Fecha de Aplicación:     /     /

Evaluador: \_\_\_\_\_ Informante: \_\_\_\_\_

**I. Datos del usuario.**

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_  
F.Nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Domicilio/ciudad de origen: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Trabajo remunerado: \_\_\_\_\_ Participación en OCCC\*: \_\_\_\_\_  
Barthel: \_\_\_\_\_  
Lawton y Brody: \_\_\_\_\_  
MoCa: \_\_\_\_\_ MMSE: \_\_\_\_\_  
Patologías crónicas: \_\_\_\_\_  
Consumo de drogas, adicciones: \_\_\_\_\_  
Pasatiempos: \_\_\_\_\_  
Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Expectativas personales de la intervención MT: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II. Historia sonora y musical del usuario:**

Sonidos que han acompañado:  
Su infancia: \_\_\_\_\_  
Su adolescencia: \_\_\_\_\_  
Su adultez: \_\_\_\_\_  
¿Qué música escucha? \_\_\_\_\_  
¿Tiene instrumentos musicales en su casa? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Alguien en su familia toca algún instr. musical? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Cuáles son sus preferencias musicales? \_\_\_\_\_  
¿Qué música no le gusta?: \_\_\_\_\_  
¿Qué sonidos o ruidos no le gustan?: \_\_\_\_\_  
¿Cuál es su principal acercamiento a la música?  
Escucha \_\_\_ Baile \_\_\_ Interpretación \_\_\_ Canto \_\_\_ Composición \_\_\_ Improvisación \_\_\_  
Otros antecedentes \_\_\_\_\_

**III. Datos del cuidador:**

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_  
F. de Nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Trabajo remunerado: \_\_\_\_\_  
Barthel: \_\_\_\_\_ Lawton y Brody: \_\_\_\_\_  
OARS: \_\_\_\_\_ Zarit: \_\_\_\_\_  
GHQ-12: \_\_\_\_\_  
Patologías concomitantes: \_\_\_\_\_  
Consumo de drogas, adicciones: \_\_\_\_\_

Pasatiempos: \_\_\_\_\_  
Expectativas personales de la intervención MT: \_\_\_\_\_

#### **IV. Datos familiares.**

Genograma:

Otros antecedentes:

---

---

#### **V. Datos de la derivación y atención previa.**

Funcionario que deriva:

Fecha de derivación:

Diagnóstico:

Motivo de derivación:

Tratamientos farmacológicos:

Tratamientos no farmacológicos:

#### **VI. Valoración musicoterapéutica- aproximación diagnóstica.**

##### **6.1 Técnicas usadas:**

---

---

##### **6.2 Musicalidad individual.**

###### **6.2.1 Exploración de instrumentos:**

No explora instrumentos \_\_\_\_\_ Toca/explora sólo un instrumento \_\_\_\_\_

Toca/explora varios instrumentos: Sucesivamente \_\_\_\_\_ Simultáneamente \_\_\_\_\_

Construye escultura con instrumentos \_\_\_\_\_

**6.2.2 Modalidad de enlace:** Manipulatoria \_\_ Exploratoria\_\_ Construcción creativa\_\_

**6.2.3 Instrumentos preferidos:** \_\_\_\_\_

**6.2.4 Dinámica temporal:** Pulso estable SI\_\_ NO\_\_ Hay motivos rítmicos: SI\_\_ NO\_\_

**6.2.5 Dinámica melódica:** Ocupa diferentes alturas sonoras: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Predominancia de alturas: Agudas\_\_\_\_ Medias \_\_\_\_ Graves \_\_\_\_

Hay motivos melódicos: SI \_\_ NO \_\_ Variados \_\_ Monótonos/repetitivos \_\_\_\_

###### **6.2.6 Dinámica tímbrica:**

Cambia de instrumentos: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Produce timbres variados con el mismo instrumento SI\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Timbres más usados: \_\_\_\_\_

**6.2.7 Dinámica de densidad:** Presencia de silencios: SI \_\_ NO \_\_

Actitud corporal durante los silencios \_\_\_\_\_

**6.2.8 Dinámica de intensidad:** Variaciones de intensidad SI\_\_\_ NO \_\_\_

Intensidad predominante:\_\_\_\_\_

**6.3 Musicalidad vincular.**

Desconexión sonora SI\_\_\_ NO\_\_\_ Parcial\_\_\_

Imitación sonora SI\_\_\_ NO\_\_\_ Parcial\_\_\_

Subordinación sonora SI\_\_\_ NO\_\_\_ Parcial\_\_\_

Control sobre la improvisación SI\_\_\_ NO\_\_\_ Parcial\_\_\_

Contraste sonoro SI\_\_\_ NO\_\_\_ Parcial\_\_\_

Propuestas sonoras SI\_\_\_ NO\_\_\_ Parcial\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

**6.4 Dinámica corporal.**

Postura rígida SI\_\_\_ NO\_\_\_

Gesticula al hablar SI\_\_\_ NO\_\_\_ Exageradamente\_\_\_ Poco\_\_\_

Al explorar/tocar adopta postura cerrada SI\_\_\_ NO\_\_\_

Contacto corporal con el instrumento: Distante\_\_ Funcional\_\_ Cercano\_\_ Fusionado\_\_

Hace contacto visual con el Mt. mientras explora/toca SI\_\_\_ NO\_\_\_

Acompaña las producciones sonoras con movimiento corporal accesorio SI\_\_\_ NO\_\_\_

El movimiento corporal se coordina con el ritmo de la producción sonora SI\_\_\_ NO\_\_\_

Vocaliza durante las producciones sonoras SI\_\_\_ NO\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\* OOC= *organizaciones comunitarias.*



**7.9. Anexo 9.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE MUSICOTERAPIA**

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informado(a) oportunamente de mi participación en el Taller de Musicoterapia. Se me ha notificado que las sesiones serán grabadas con el fin de facilitar la labor del supervisor docente y el musicoterapeuta en formación. Entiendo que dichas grabaciones solo podrán ser utilizadas para los fines establecidos en esta carta y que en caso de requerir el material audiovisual para otro fin, se solicitará mi consentimiento informado nuevamente y de manera oportuna.

Se me ha garantizado que toda grabación de las sesiones en las que participaré es estrictamente confidencial y que en cualquier momento, si así lo deseo, puedo decidir no seguir siendo grabado(a). Además fui informado(a) de mi derecho de pedir que el material audiovisual sea borrado una vez finalizado el tratamiento. Por lo tanto, acepto voluntariamente que las sesiones sean grabadas para este fin.

Asimismo, puedo dejar de participar en este taller si así lo deseo, cuando yo lo decida y sin perjuicio alguno para mí.

\_\_\_\_\_  
Firma de usuario(a)

\_\_\_\_\_  
Firma de cuidador(a)

\_\_\_\_\_  
Firma de musicoterapeuta ©

Fecha: \_\_\_\_\_

7.10 Anexo 10. Escala de Zarit (Breinbauer H., 2009)

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

7.11 Anexo 11. Ficha de Sesión Musicoterapéutica empleada, ejemplo de la planificación de una sesión.

**Ficha de Sesión MT.**

**Usuario/Grupo:** S  
**Mt:** Victor Tapia C.

**Sesión N°:** 03

**Horario:** 18.00-19.00 hrs.

**Fecha:** 15/Sept/2015

**Objetivo(s) de la sesión:**

Reforzar la formación del vínculo terapéutico.

Continuar la aproximación diagnóstica de S.

Entregar un espacio seguro para la expresión libre de S. y Carlos.

**Técnica(s) utilizada(s):**

Activación corporal, con música pregrabada.

Exploración instrumental.

Imitación de patrones rítmicos.

Recreación musical: folclor de Chile.

**Setting instrumental:**

2 bombos, 4 pezuñas de cabra, 2 quenenas, 2 flautas dulces, 2 guitarras, 2 panderos, 1 melódica, 1 cabasa, 1 shekere, 1 pifilka, 1 zampoña, 1 triángulo, 1 güiro pequeño, 1 toc toc, 1 trueno, 1 kalimba, 3 cascabeles, 1 palo con semillas.

**Desarrollo de la sesión:**

*Inicio*

Movimiento guiado (inventario corporal) buscando hacer consciente las sensaciones provenientes del cuerpo.

Movimiento libre con música, siguiendo la música envasada (rancheras mexicanas).

*Medio*

Exploración instrumental.

Imitación rítmica y melódica.

Técnica recreativa y canto: folclor chileno, con énfasis en la letra de la canción.

*Cierre.*

Verbalización de la sesión.

**Observaciones musicales (relación con instrumentos, parámetros del sonido)**

Usuaría mantiene su restringido repertorio de expresividad sonorocorporal visto en sesiones anteriores, donde el aspecto corporal aparentemente es el que presenta levemente mayor variedad expresiva.

Existe una evidente dificultad en la imitación de patrones rítmicos y melódicos por parte de S, siendo incapaz de distinguir entre sus propios aciertos y errores.

**Observaciones no musicales:**

Se muestra afable y favorable disposición para participar de las actividades propuestas en sesión.

Muestra poca variabilidad emocional durante la sesión, incluso al tocar el tema de su hijo drogadicto.

**Auto-observación de la pareja terapéutica (dificultades, aciertos, contratransferencias)**

Existe mayor soltura en la conducción de la sesión.

Se aprecia que el vínculo terapéutico desde el terapeuta comienza a asentarse.

Se considera un acierto el finalizar la sesión con un recuento de las actividades hechas.

Cuidar la diferenciación de roles terapeuta-cuidador muestra frutos: Carlos interrumpe mucho menos la sesión.

**Observaciones a considerar para la próxima sesión:**

Mantener la estimulación cognitiva mediante imitación de ritmos y melodías.

Continuar con la diferenciación de roles terapeuta-cuidador, incorporando selectiva y cuidadosamente a Carlos en las actividades.

Debido al incumplimiento por parte de S y Carlos en el ensayo de la canción “El Gorro de Lana” se refuerza su práctica conjunta en casa, y el traer a sesión la letra entregada antes.

**Conclusiones:**

Objetivos propuestos para la sesión se consideran logrados.

Se deja entrever la reducida gama de expresiones sonorocorporales de S, probablemente llevando el proceso musicoterapéutico hacia el terreno de la estimulación cognitiva, el enlentecimiento de su declive funcional y el disfrute de la música.