

## **Experiencias clínicas del abordaje plurimodal de musicoterapia en un usuario con afasia global.**

**María Antonieta Silva**

### **Introducción:**

La música proporciona estímulos de tipo auditivo, táctil y motor, que son codificados y procesados por diversas áreas de nuestro cerebro, es por ello que la música puede contribuir en la recuperación de conexiones neuronales alteradas durante el proceso de rehabilitación de diversas alteraciones del cerebro, en el presente artículo nos detendremos específicamente en la afasia global.

Existen múltiples estrategias desde las áreas de la psicología clínica y la fonoaudiología para el tratamiento de la afasia, en este artículo se pretende dar a conocer los avances obtenidos por un usuario con afasia global por medio de la rehabilitación con técnicas del abordaje plurimodal de musicoterapia. En la primera parte se plasmarán las bases teóricas de la afasia y musicoterapia y en la segunda parte se expondrá el caso clínico.

### **Musicoterapia:**

La definición más completa de musicoterapia es la mencionada en la World Federation of Music Therapy (WFMT, 2011) que consiste en:

La utilización científica de la música o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar determinados objetivos terapéuticos (de comunicación, interacción, aprendizaje o movilidad entre otros) trabajando en las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas; busca desarrollar el potencial Beneficios de la musicoterapia en ancianos con demencia 356 Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. Volumen II o restaurar las funciones de la persona de manera que se consiga un integración intra e inter personal, por lo consiguiente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

La musicoterapia como disciplina de conocimiento tiene la posibilidad de brindar herramientas a otras disciplinas cercanas, es el caso de la los profesionales de la salud, los cuales se benefician con la posibilidad de estimular al paciente mediante la interacción con elementos sonoros, que permiten trabajar diferentes los aspectos del individuo a tratar. Desde la fonoaudiología se reciben muchos aportes de la musicoterapia, debido a que facilita la rehabilitación auditiva, verbal y gestual, de igual manera propicia el contacto visual, la intención comunicativa, la articulación de fonemas, el ritmo al hablar, el ritmo al respirar, el canto entre otros aspectos.

Entre todas las patologías del lenguaje que se presentan, para el presente estudio se escogió la afasia, debido a que es una condición de carácter neurológico que requiere un abordaje integral de las áreas del lenguaje y permite realizar intervención de desde la musicoterapia, a continuación se define que es la afasia y los principales tipos.

## Afasia:

“Por afasia se entiende la alteración de la expresión y/o la comprensión causada por trastornos neuronales o, también, una perturbación en la expresión o comprensión de señales verbales en ausencia de deficiencias en los instrumentos periféricos de ejecución (músculos y tracto fonatorio) o en los de recepción (sordera, demencia), frecuentemente acompañada de deficiencias intelectuales primarias o secundarias a la perturbación lingüística (Guzmán, 1983). Por ello, esta perturbación incide directamente en el acto de la comunicación, en consecuencia, el afásico presenta gran deficiencia en su ámbito personal, cultural, laboral y social”

Según Fernández Guinea y López -Higes (2005) el término de afasia tiene cuatro rasgos característicos:

a) Aparece en personas que han sufrido algún tipo de daño cerebral, como enfermedades cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, infecciones, tumores, etc.

b) Es un trastorno adquirido, que supone que el individuo poseía un cierto grado de habilidad previa.

c) Implica problemas relacionados con el lenguaje y la comunicación, en cualquiera de sus modalidades.

d) No es un problema sensorial o intelectual aunque puede ir acompañado de otros déficits.

Existen diferentes clasificaciones de las afasias, en este estudio se nombrarán de los tres tipos principales según el modelo de Wernicke- Geshwind:

**Afasia de Broca:** o también denominada afasia motora, la lesión se ubica en el área de Broca en el hemisferio dominante. La comprensión del lenguaje escrito o hablado es normal, pero se pierde por que el programa motor gramatical no llega al área 4, en la porción correspondiente al control de los músculos laríngeos y respiratorios (Cardinalli, p 465).

**Afasia de Wernicke:** también denominada afasia sensorial, tiene lugar cuando ocurre una lesión en la zona con el mismo nombre en el hemisferio dominante; la imagen visual y auditiva no puede procesarse de un modo perceptual, por lo tanto no se entiende. Hay verbalización fluente (el área de Broca está intacta), pero las frases carecen de sentido por lo que se observa lo que se denomina palabra hueca (Cardinalli, p 465).

**Afasia Global:** cuando se presentan signos y síntomas de todos los tipos de afasia.

Fernández Guinea y López – Higes (2005). Indican que:

La afasia global se produce por un infarto en las ramas de la arteria cerebral media. La destrucción de tejido afecta a grandes porciones de la zona del lenguaje (región fronto-parieto-temporal izquierda), que engloba desde el área de Broca hasta el área de Wernicke (p. 43)

Tabla 1. Características clínicas de las afasias

Tipo de afasia	Fluidez	Lenguaje automático	Repetición	Denominación	Comprensión oral	Lectura oral	Comprensión de lectura	escritura
Wernicke	-	+	+++	+++	+++	+++	++	+++
Broca	+	-	++	+	+	++	+	++
Global	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++

-sin alteración, + alteración leve, ++ alteración moderada, +++alteración severa

El usuario con afasia debe tener atención integral principalmente en las áreas neurológica, farmacológica, fonoaudiológica, psicológica y musicoterapéutica, para que las funciones perdidas sean re-establecidas o llevadas al nuevo potencial, de igual manera este trastorno muchas veces está asociado a parálisis motoras que deben ser tratadas por el médico fisiatra y fisioterapeuta.

### **Musicoterapia para afasias:**

La musicoterapia se puede aplicar a diversas áreas de la salud, en el caso de la neurología, los pacientes pueden verse beneficiados de los aportes debido a que presentan cambios en su ánimo, emoción, conducta, como consecuencia de la estimulación que la música realiza a nivel cerebral. Según la investigación bibliográfica realizada se encuentra evidencia del uso de la terapia de entonación melódica en los pacientes con afasia, especialmente para favorecer el lenguaje a través del ritmo y la melodía.

Según Sánchez (2007), desde el punto de vista neurobiológico, la música es un fenómeno complejo y difícil de definir. Entender y conocer el funcionamiento musical cerebral como así también las relaciones que se desarrollan con otras funciones cognitivas, nos brinda una variedad de recursos que posibilita desarrollar el proceso musicoterapéutico con una mayor efectividad. En los últimos años se ha avanzado sobre el conocimiento de la función musical cognitiva, a partir de conceptos que influyen directamente sobre nuestra práctica clínica.

Desde el abordaje plurimodal de musicoterapia se considera que la intervención se realiza en dos niveles principalmente, el cognitivo, donde se estimula las funciones cognitivas cerebrales según la condición del paciente, iniciando en las funciones conservadas. Nivel socioafectivo: la intervención permite abordar y encausar las necesidades emocionales del paciente, posibilitando cambios y promoviendo la calidad de vida.

### **Caso clínico:**

Paciente de 55 años de edad, Ingeniero de profesión, residente de la ciudad de Medellín, quien según información suministrada por su acompañante (esposa) sufrió un accidente de tránsito como conductor de motocicleta (15.12.2017) presentó trauma de cráneo contusiones temporal y parietal izquierdo, epidural y subdural y edema cerebral, con lobectomía parcial del temporal. Presentó neumonía con tto, fractura en clavícula l. derecho.

Para el momento de la evaluación se encuentra atento, con buena disposición para la evaluación, con periodos de fatigabilidad, apatía y falta de cooperación. Se practica examen clínico del lenguaje, el habla y la motricidad oral. RESULTADOS: de acuerdo a lo observado en la evaluación se encuentra lenguaje oral comprensivo con compromiso y expresivo con Jergafasia, discurso sin sentido, una articulación normal, prosodia aparentemente normal, elocución aumentada (logorrea) y una abundante producción parafásica (fonémicas, silábicas y léxicas, no susceptibles de mejoría con claves verbales). Las parafasias no permiten establecer el sentido del enunciado.

Hay presencia de síntomas y signos afásicos manifestados en anomia de sustantivos concretos y abstractos; la repetición de palabras está dificultada. La lectura y escritura se encuentran alteradas. Según esto se configura el diagnóstico de Afasia global, la lesión que presenta abarca zonas del lenguaje y no es posible establecer un patrón distintivo de componentes preservados.

La articulación puede aparecer preservada, pero sólo en palabras limitadas, específicas y en expresiones estereotipadas (¡hágale!). La comprensión auditiva durante conversaciones referidas a él está conservada en comparación con el desempeño deficiente que muestra en ítems formales del área de comprensión auditiva (Test de Boston), se encuentra mejor capacitado para responder cuando se le pregunta por asuntos familiares, en comparación con otro tipo de preguntas más

descontextualizadas. También se evidencia la capacidad bien preservada para reconocer nombres de lugares geográficos y localizarlos en un mapa.

Se evidencia que reconoce canciones de sus cantantes preferidos (los que refiere la familia), presenta dificultad para denominar sonidos del ambiente (de manera que no se puede evaluar si los discrimina), sonríe y muestra cambios de humor con el paso de las canciones, intenta mover las manos siguiendo el ritmo, intenta imitar melodías con la voz, no presenta amusia, sin embargo tiene dificultad para imitar y ejecutar ritmos (probablemente por la dificultad para entender enunciados).

### **Inicio, frecuencia y finalización de la terapia:**

Se inició las sesiones a los 20 días del accidente de tránsito, el usuario se encontraba medicamente estable de manera que se pudo aprovechar al máximo el periodo de recuperación espontánea. Se realizaron tres sesiones de 60 min por semana, a domicilio, con co-terapia familiar.

### **El enfoque terapéutico:**

Según González (2012), la meta principal de la terapia es mejorar al máximo las habilidades de comunicación del paciente y brindarle apoyo para su readaptación emocional, familiar, social e, idealmente, laboral. Es muy importante tener en mente que se trata de rehabilitar personas, no sólo su lenguaje. La terapia debe ser un espacio para el paciente en el que encuentre empatía y la posibilidad de expresarse. En esa medida el terapeuta de lenguaje establece un vínculo con el paciente que va más allá de la rehabilitación lingüística.

**Canto con música editada:** “consiste en la audición conjunta de música editada en la que el usuario y el musicoterapeuta acompañan vocalmente a una canción teniendo diferentes objetivos”

Objetivo 1: estimular la memoria, objetivo 2: mejorar la coordinación muscular, objetivo 3: mejorar el ritmo, objetivo 4: mejorar la articulación de las palabras. Se obtuvo que el usuario podía recordar frases completas del himno nacional, con una articulación bastante precisa, ritmo y entonación, a diferencia del lenguaje hablado donde presentaba únicamente producción de 1 o 2 palabras aisladas. Esta técnica se utilizó durante 12 sesiones, se trabajó también con música tradicional de Antioquia, música de carnaval de Barranquilla, Pablo Milanés, Silvio Rodríguez (referencias musicales dadas por los familiares).

**Audición de música editada:** durante el momento de masaje facial y trabajo muscular: para la primera fase se realizaban masajes en cuello y cara para mejorar la parálisis facial, se colocaba de fondo música de “Deva Premal”, se pudo evidenciar que luego de varias sesiones el paciente solicitaba la música y expresaba “que bacano” al colocarla. En la segunda fase se realizan movimientos musculares mediante la imitación, para lo cual se utilizó música electrónica que fuera con ritmo más acelerado para procurar una ejecución más coordinada y veloz en los movimientos solicitados. Ejercicios de lengua, sin la música los movimientos eran lentos, con precisión, al presentar la música los movimientos eran más coordinados y precisos. De igual manera se utilizó la música electrónica para establecer un ritmo de fondo durante la producción de palabras sin sentido (pakata) que estimulen labios, velo del paladar y lengua, obteniendo una mejor coordinación, motivación y colaboración por parte del usuario.

**Audición que posibilita la escucha:** debido a que el usuario presentó fallas en el lóbulo temporal, perdió discriminación auditiva, para lo cual se estimuló con audios editados de sonidos de la casa, objetos comunes, sonidos ambientales, de la naturaleza, del cuerpo humano, sonidos de animales y medios de transporte. Se obtuvo mejoras en cuanto al procesamiento auditivo y discriminación de los sonidos en general.

**Imitación rítmica:** se presentaba una serie de secuencias con el pandero y el usuario debe repetirlas, al inicio no lograba repetir las secuencias, luego logró repetir secuencias de dos elementos únicamente, luego logró repetir hasta 5 elementos con variaciones.

**Baño sonoro:** obteniendo una mejor actitud al iniciar la sesión (podía estar renuente, depresivo o de mal humor) esto ayudó a que mejorara su motivación y aceptara realizar las demás actividades.

**Cuestionario social de canciones** como propone Karina Ferrari, no se logró, fue complicado, la familia aportó poca información (al paciente el gustaba la música de protesta en su juventud).

### **Conclusión:**

Luego de realizar la presente investigación e intervención al usuario, se puede inferir que la musicoterapia presenta un tratamiento viable a los síntomas y signos de las afasias, debido a que permite al individuo recuperar las diversas características y funciones del lenguaje, así como su autoconcepto, autoimagen lo cual es favorable para las diversas terapias que requiera.

Cabe destacar que también la musicoterapia es favorable para el ejercicio de la fonoaudiología porque ofrece diversas herramientas que permiten estimular la fonética, fonología, morfosintaxis, semántica y pragmática, por medio de la interacción, de la libertad que la música proporciona y por los elementos de ella: ritmo, la melodía y la armonía.

### **Bibliografía:**

- Cardinali, Daniel P., (2007). "Neurociencia Aplicada", Editorial Médica Panamericana.
- Ellis, A.W. y Young, A.W. (1988), Human cognitive neuropsychology. Hove: LEA [versión castellana: Neuropsicología cognitiva humana. Barcelona: Masson, 1992].
- Fernández, S. y López– Higes, R. (2005). Guía de intervención logopédica en afasias. Madrid: Editorial Síntesis.
- Martí, P., y Mercadal, M. (2010). Musicoterapia en medicina: aplicaciones prácticas. Barcelona, España: Editorial medica Jims.
- González, P. & González, B. (2012). Afasia. De la teoría a la práctica. México: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A.
- Guzmán, E. (1983). Neuropsicología. Bogotá: Copyright
- Schapira D, Ferrari K, Sánchez, V, Hugo M. (2007) Musicoterapia. Abordaje Plurimodal. Buenos Aires: Ed. ADIM.
- World federation of Music Therapy (WFMT). (2011). Recuperado de <http://www.wfmt.info/WFMT/Hom.html>.`2872/2015`  
<https://drive.google.com/file/d/0B06mLz8ogPCtMjczNTA1ZjYtODQ3Zi00YWI0LTgzZmUtODI4YmRiYTnhZjQ3/view>

Realizado por: TL María Antonieta Silva

para mayor información:

3022657692 @tlmariantosilva

[marianto.silvapinto@gmail.com](mailto:marianto.silvapinto@gmail.com)