



**UNIVERSIDAD DEL SALVADOR**  
**Licenciatura de Musicoterapia**

*entrega final del TIF*

**"INTEGRACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN UN EQUIPO INTENSIVISTA PARA  
BENEFICIAR A LOS PACIENTES EN EL PROCESO DE UNA INTERNACIÓN EN TERAPIA  
INTENSIVA"**

.....  
*Seminario de investigación*

**Profesoras: Violeta Schwarcz López Aranguren**  
**Lara Galán**  
**Ingrid Kleiner**

**Alumnas: Sofía A. Dallas y Julieta Colque**

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Agradecimientos.....</b>                                  | <b>5</b>  |
| <b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....</b>                         | <b>8</b>  |
| 1. Planteamiento del problema.....                           | 8         |
| 1.1.1. Surgimiento de la idea de investigación.....          | 8         |
| 1.1.2. IMPORTANCIA.....                                      | 10        |
| <b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>                       | <b>11</b> |
| 2. Organización y Funcionamiento.....                        | 11        |
| 2.1. Pase de guardia.....                                    | 12        |
| 2.1.2. Perfil del profesional intensivista.....              | 13        |
| 2.1.3. Pacientes.....                                        | 14        |
| 2.1.3.1 Estrés.....                                          | 15        |
| 2.1.3.2 Ansiedad.....                                        | 16        |
| • Trastornos de ansiedad generalizados.....                  | 16        |
| • Trastornos de pánico.....                                  | 16        |
| • Fobias.....                                                | 17        |
| • Trastorno de ansiedad social.....                          | 17        |
| • Trastorno obsesivo-compulsivo.....                         | 17        |
| • Trastorno de estrés postraumático (PTSD).....              | 17        |
| 2.1.3.3. Angustia.....                                       | 18        |
| 2.1.3.4. Delirium/Delirio.....                               | 18        |
| 2.1.3.5. TRAUMA.....                                         | 19        |
| 2.1.3.6. Síndrome Post-UCI.....                              | 21        |
| 2.2 LA INTERDISCIPLINA.....                                  | 21        |
| 2.2.1 ¿Qué es la multidisciplina?.....                       | 22        |
| 2.3 ¿Qué es la musicoterapia?.....                           | 23        |
| 2.3.1 Áreas en las que se aplica.....                        | 25        |
| 2.4 ¿Que es un musicoterapeuta?.....                         | 27        |
| 2.4.1 ¿Qué es la musicoterapia neurológica?.....             | 28        |
| 2.4.1.1 Perfil de un musicoterapeuta neurológico.....        | 29        |
| 2.4.1.2 Modelo de Musicoterapia Dinámica (MTD).....          | 30        |
| 2.4.2 ¿Qué es la musicoterapia humanista?.....               | 30        |
| 2.4.2.1 Psicología Humanista.....                            | 31        |
| 2.5 Aplicación de Musicoterapia.....                         | 32        |
| 2.5.1 Técnicas de musicoterapia Neurológica.....             | 32        |
| • Musical Sensory Orientation Training (MSOT).....           | 32        |
| • Associative Mood and Memory Training (AMMT).....           | 32        |
| • Music in Psychosocial Training and Counseling (MPC).....   | 33        |
| • Symbolic Communication Training Through Music (SYCOM)..... | 33        |
| • Técnicas analgésicas.....                                  | 33        |
| • Música como guía para la relajación.....                   | 34        |
| • Técnica de entrainment.....                                | 35        |

|                                                                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| • Música como foco activo de atención o distracción.....                               | 35         |
| 2.5.2 MUSICOTERAPIA ACTIVA.....                                                        | 36         |
| 2.5.3 MUSICOTERAPIA PASIVA.....                                                        | 36         |
| 2.5.3.1 Cuencos tibetanos.....                                                         | 37         |
| 2.6. ESTADO DEL ARTE.....                                                              | 37         |
| <b>CAPITULO III: Pregunta problema, hipótesis y objetivos.....</b>                     | <b>41</b>  |
| 3.1 Pregunta problema.....                                                             | 41         |
| 3.2. Hipótesis.....                                                                    | 41         |
| 3.3. Objetivo General.....                                                             | 41         |
| 3.3.1 Objetivos específicos.....                                                       | 41         |
| <b>CAPITULO IV: Metodología de la investigación.....</b>                               | <b>42</b>  |
| <b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE DATOS.....</b>                                              | <b>44</b>  |
| 5. Análisis de Datos.....                                                              | 44         |
| Matriz 1.....                                                                          | 46         |
| 5.1 Encuadre de Unidad de Terapia Intensiva en hospitales públicos y privados.....     | 46         |
| 5.1.1 Descripción del ámbito y encuadre de la UTI en hospitales públicos y privados... | 46         |
| Hospitales privados:.....                                                              | 46         |
| Hospitales públicos:.....                                                              | 47         |
| 5.1.2 Dinámicas e interacciones del equipo intensivista.....                           | 49         |
| 5.1.3 Abordaje de pacientes.....                                                       | 53         |
| 5.1.4 Rol del musicoterapeuta en la unidad de terapia intensiva.....                   | 57         |
| 5.1.5 Emergentes.....                                                                  | 61         |
| Matriz 2.....                                                                          | 62         |
| 5.2 Estado físico, cognitivo y anímico actualmente de ex pacientes de UTI.....         | 62         |
| Matriz 3.....                                                                          | 65         |
| 5.3 Perfil de musicoterapeuta en unidad de terapia intensiva.....                      | 65         |
| 5.3.1 Experiencia hospitalaria.....                                                    | 65         |
| 5.3.2 Rol del musicoterapeuta en unidad de terapia intensiva.....                      | 71         |
| 5.3.2.1 Formación.....                                                                 | 71         |
| 5.3.2.2 Oferta.....                                                                    | 73         |
| 5.3.2.3 Técnicas.....                                                                  | 80         |
| 5.3.2.4 Aporte.....                                                                    | 83         |
| 5.4 Reflexiones y desafíos.....                                                        | 91         |
| <b>CAPITULO VI.....</b>                                                                | <b>104</b> |
| 6.Conclusiones:.....                                                                   | 104        |
| <b>CAPITULO: VII BIBLIOGRAFÍA.....</b>                                                 | <b>108</b> |
| <b>CAPITULO VIII: ANEXOS.....</b>                                                      | <b>118</b> |
| Anexo I.....                                                                           | 118        |
| Anexo 2.....                                                                           | 129        |
| Anexo 3.....                                                                           | 131        |
| INTENSIVISTA 1(Hospital FLENI).....                                                    | 131        |

|                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTENSIVISTA 2 (Hospital FLENI).....                                                | 138 |
| INTENSIVISTA 3 (Hospital de agudos, Argerich).....                                  | 148 |
| INTENSIVISTA 4 (Hospital de agudos, Argerich).....                                  | 154 |
| INTENSIVISTA 5 (Hospital de Agudos ARGERICH).....                                   | 165 |
| INTENSIVISTA 6 (Hospital de Agudos ARGERICH).....                                   | 179 |
| ANEXO IV.....                                                                       | 184 |
| ANEXO V:.....                                                                       | 186 |
| MUSICOTERAPEUTA 1 (HOSPITAL ESTEBAN ECHEVERRIA).....                                | 186 |
| MUSICOTERAPEUTA 2 (HOSPITAL DEL BICENTENARIO, ECHEVERRÍA).....                      | 210 |
| MUSICOTERAPEUTA 3 (Hospital Lagos Mayores-Provincia de Mendoza).....                | 221 |
| MUSICOTERAPEUTA 4 (HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN MARTÍN -LA PLATA)..... | 234 |
| MUSICOTERAPEUTA 5 (Hospital de Agudos Álvarez).....                                 | 246 |
| MUSICOTERAPEUTA 6 (HOSPITAL DE AGUDOS ALVAREZ).....                                 | 261 |



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## **Agradecimientos**

Principalmente quiero agradecer a mi familia que me ha acompañado con mucho cariño en todo este camino. Pero especialmente le agradezco a mi mamá por su presencia activa con tanto amor en todo momento, desde el desayuno a las 6am hasta traspasar con mates mientras estudio. Por darme alas para elegir y apoyarme en cada decisión que he tomado. Gracias por ser mi mayor inspiración y ejemplo a seguir como persona y mujer.

A mi papá que me ha apoyado desde el primer día en mi elección, enseñándome a estudiar y hacer lo que me gusta, por enseñarme a no quedarme en lugares que no me hacen bien y por compartir su musicalidad conmigo, siempre lo atesorare.

Me han dado una vida privilegiada con mucho esfuerzo y dedicación, con muchos aciertos y errores, pero una vida increíble. Gracias por darme tanta música, esta herramienta caló tan profundo que hoy finalizó el comienzo de esta gran profesión. Los tiempos de la vida son azarosos y no pude llegar a compartir este momento con mi papá, pero me llevo conmigo todo mi recorrido en mis 27 años junto a él que hoy me llevaron a estar acá, ojalá desde donde estés te sientas orgulloso.

Y mi gran compañero de vida, mi hermano, me ha inspirado a esforzarme y defender siempre por lo que quiero, me ha dado la mano en cada paso que doy, la vida sin vos sería aburridísima, gracias por compartirla conmigo.

A Lucky e Indio que también son mi familia “perruna” ellos me dieron su compañía día y noche con el amor más puro e incondicional, me han salvado la vida con solo echarnos a dormir una siesta.

A mis amigas, que han creído en mí, más que yo misma. He tenido la suerte de construir una red y un hogar en el abrazo de todas ellas. Gracias por sostenerme e inspirarme.

Gracias a ustedes soy Licenciada en Musicoterapia, el mérito es mío, pero hoy siento que el logro también es de todos, lo logramos. Gracias.

A mi familia

Me gustaría agradecer a mis amados padres por apoyarme e incentivarme a seguir mis estudios y hacer lo que me gusta. Apostar por mí y confiar en mis esfuerzos y capacidades. Su amor es tan grande que nunca hicieron, ni hacen que me falte nada.

Son mi motivación para seguir siempre esforzándome en lo que sea que emprenda. Gracias por siempre cuidarme y preocuparme a la distancia. Son los pilares que hicieron a mi persona. Valores, principios e identidad son todo gracias a ellos

Agradezco a mis hermanas por ser mis modelos a seguir. Ellas son las que motivan siempre a aspirar a más y soñar en grande. Entender que con disciplina, esfuerzos y dedicación los emprendimientos que hagamos pueden salir bien, no importa los obstáculos, desafíos o desmotivaciones con el tiempo y, si Dios quiere, las metas y sueños se cumplen. Solo se debe confiar.

Así también gracias, porque no importa cuánto crezca siempre me demuestran su amor con planes, me conceden mis caprichos y me complacen con hermosos detalles. Después de todo ellas también tuvieron un papel importante durante mi crianza durante la infancia mientras nuestros padres se esforzaban por nosotras.

Por otro lado, y no menos especial, quiero expresar mi amor a mi hermosa sobrina de cuatro patas. Ella estuvo presente en todo este proceso y fue mi fiel compañera durante largas noches.

Gracias familia, finalmente llegó la última de tres hijas.

Para finalizar, me gustaría expresar mi cariño y aprecio a mi compañera Sofía. Ella es la persona con la cual compartí este proceso. Tuvimos momentos especiales, de risas, de estrés,

miedo, bromas, traspasadas. Todos mis momentos especiales siempre estas vos. Gracias, solo por ser tu querida. Mi fiel compañera y confidente.

Concluimos agradeciendo a los docentes que verdaderamente nos han inspirado en esta formación, por su nivel de profesionalismo, pero sobre todo por su calidad humana, nos han sabido alojar y nos han enseñado cosas sumamente importantes con muchísima paciencia y dedicación. Por ellos también pudimos expandir las alas y pensar este trabajo de investigación y llevarlo a cabo.

Gracias a todo el personal de salud, intensivistas y musicoterapeutas, que colaboró en esta investigación y nos regaló parte de su valioso tiempo en cada entrevista. Y gracias a todos los expacientes de UTI que participaron en la encuesta.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

### **1. Planteamiento del problema**

#### **1.1.1. Surgimiento de la idea de investigación**

Los cuidados intensivos son una especialidad médica dedicada a la atención de pacientes en estado crítico, con el objetivo de su recuperación, rehabilitación temprana o, en ciertos casos, de proporcionar una atención compasiva cuando no hay mejoras posibles. Es una unidad de tratamiento hospitalario para pacientes que tienen posibilidad de recuperación parcial o total y que requieren cuidados médicos y de enfermería continuos para sobrevivir. Esto se aplica a pacientes críticos que están en riesgo de muerte y/o que requieren medidas diagnósticas y/o terapéuticas especiales para mantener la vida.

En Argentina, esta tarea recae principalmente en los médicos intensivistas y enfermeros capacitados y calificados para atender a los pacientes con enfermedades, lesiones o accidentes más graves. Son los principales responsables de las unidades de cuidados intensivos y su objetivo es brindar atención de calidad a los pacientes con enfermedades que amenazan la vida. Estos profesionales lideran equipos multidisciplinarios que, cuando es necesario, pueden ampliarse con otros profesionales en función de las necesidades del caso.

Sin embargo, la dimensión física de la atención crítica no agota las necesidades de quienes atraviesan una internación en UTI. Distintos estudios internacionales han demostrado que el pasaje por una unidad de cuidados intensivos puede tener efectos emocionales significativos.

Por ejemplo, uno de los tantos estudios, que se llevaron a cabo sobre esta problemática fue en Ontario, Canadá entre 2005 y 2015, se observó que, de 1.847.462 adultos

hospitalizados, 121.101 fueron ingresados en UTI y los dividieron en 3 grupos los primeros fueron ingresados durante 48hs, los siguientes fue la ventilación mecánica y los últimos de estadía prolongada en UTI. Los 3 grupos ingresados en UTI tuvieron al año del alta de la internación diagnósticos de enfermedades mentales.

Los trastornos emocionales mencionados con mayor frecuencia por los pacientes durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos son la ansiedad, el estrés, la depresión o los denominados síndrome de cuidados intensivos, cuyo desarrollo es causado por factores que dificultan conciliar el sueño, como el ruido excesivo y el descanso, dolor, los procedimientos respiratorios que impiden que los pacientes se comuniquen correctamente, etc. Además, suelen desarrollar una falta de autocontrol, siendo la seguridad y el saber "qué pasa" sus principales necesidades. Las experiencias pueden continuar causando cambios emocionales incluso meses después de salir del hospital, lo que lleva al desarrollo de un trastorno de estrés postraumático, que requiere un seguimiento para su identificación y tratamiento adecuado. (Gómez-Carretero, P, Monsalve, V, Soriano, JF, & de Andrés, J. 2007)

Estos datos nos revelan que el impacto de la internación excede el plano biológico y exige abordajes más integrales.

Por lo tanto, nos parece adecuado abordar a estos pacientes por medio de un equipo intensivista que pueda integrar a Musicoterapeutas para abordar, no solo las necesidades físicas, sino las psíquicas y así desde un trabajo interdisciplinario conseguir una visión biopsicosocial del paciente.

Este trabajo propone entonces investigar el aporte de la musicoterapia dentro de un equipo intensivista en UTI, partiendo del reconocimiento de la necesidad de ampliar la mirada hacia una perspectiva biopsicosocial del paciente. A través de entrevistas a intensivistas y musicoterapeutas, así como del análisis de vivencias de expacientes, se buscará describir en qué medida es posible pensar una práctica musicoterapéutica pertinente y situada dentro del complejo entramado que constituye la terapia intensiva.

### 1.1.2. IMPORTANCIA

La musicoterapia se distingue de otras formas de terapia por su enfoque en la experiencia musical como herramienta de intervención. Esto es crucial porque cada paciente en cuidados intensivos tiene una relación única con la música, y esta relación puede ser una fuente de consuelo, expresión y comunicación en momentos difíciles.

Los musicoterapeutas se adaptan a los contextos clínicos específicos, lo que significa que abordan las necesidades de los pacientes en UCI de manera personalizada. A través de la musicoterapia, se valora la experiencia musical del paciente y se acepta sin prejuicios lo que hacen en el ámbito musical. Esto es especialmente relevante en un entorno tan delicado como la UCI, donde la comunicación puede ser limitada.

La música es algo difícil de definir, pero en la terapia, se reconoce que no depende solo de la música en sí, sino de cómo el paciente la experimenta. La experiencia musical involucra al paciente, un proceso musical específico, un producto musical y el contexto en el que ocurre. Por lo tanto, la música en la terapia no es solo un objeto, sino una experiencia multifacética que involucra al paciente, el proceso musical, el producto musical y el entorno.

Esta definición de la música como una institución humana para crear sentido y belleza a través del sonido destaca su potencial para impactar en la experiencia humana de manera profunda y significativa. La musicoterapia utiliza cuatro tipos específicos de experiencia musical: la improvisación, la recreación, la composición y la escucha de música. Estas experiencias pueden adaptarse a las necesidades y preferencias de cada paciente en UCI, y se pueden enfocar en diferentes modalidades sensoriales, con o sin discurso verbal, y combinadas con otras formas artísticas.

Dependiendo de cuán intrínsecamente musicales sean los sonidos y las actividades, la experiencia musical puede describirse como pre musical, musical, extramusical, paramusical o no musical. Esta flexibilidad es esencial, ya que reconoce que la música puede ser beneficiosa

para los pacientes en UCI de diversas maneras, adaptándose a sus capacidades y preferencias individuales.

En resumen, la musicoterapia en un equipo intensivista es importante porque reconoce y utiliza la experiencia musical como una herramienta terapéutica altamente personalizada, que puede proporcionar alivio emocional, comunicación y un sentido de belleza en un entorno tan desafiante como la UCI. Esta terapia se adapta a las necesidades únicas de cada paciente, lo que la hace invaluable en la atención de pacientes críticos.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

Para poder empezar a desarrollar este marco teórico tendremos que explicar un poco el contexto actual del estado de las UCI/UTI en Argentina

### **2. Organización y Funcionamiento**

Las Unidades de Terapia intensiva o Unidades de Cuidados Intensivos dentro del país están organizadas en 2 niveles y un nivel intermedio, el Ministerio de Salud y la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) explican cómo están organizados y su funcionamiento

#### ***“UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NIVEL 1 (UCI 1)***

*Es una unidad de internación para pacientes con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Esto incluye pacientes que necesiten soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital o procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnósticos o terapéuticos que preserven la vida. Las UCI 1 deben tener capacidad para asistir pacientes de cualquier nivel de complejidad, de acuerdo con los objetivos propuestos por la Institución. Si se trata de Unidades especiales, como unidades coronarias, de cirugía cardiovascular, respiratorias, dedicadas a neurointensivismo o de quemados, deben cumplir con las especificaciones de cada tipo de Unidad.*

### UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NIVEL 2 (UCI 2)

*Es una unidad de internación para pacientes con riesgo crítico para su vida y con posibilidad de recuperación parcial o total, que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante, con excepción de ciertas patologías que requieran acciones asistenciales complejas y específicas, como cirugía cardiovascular, quemados, trasplantes, etc. Esto incluye pacientes que necesiten soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital o procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnósticos o terapéuticos que preserven la vida.*

### UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM)

*Es una unidad de internación para pacientes que necesitan cuidados constantes y permanentes de enfermería, que no puedan ser brindados en áreas de internación general, se llevarán a cabo en una planta física apta para el desarrollo de tales actividades. Es recomendable que la UCIM dependa de la UCI. Las Instituciones que cuenten con Servicios de Cuidados Intensivos nivel 1 o 2 deberán contar con UCIM” (Comité de gestión, SATI, 2014)*

#### **2.1. Pase de guardia**

Una de las tareas que se desempeñan en la unidad de terapia intensiva, en trabajo multidisciplinario, es el pase de guardia. Ahora bien, ¿Qué es el pase de guardia? Nosotros podremos responder que es:

El pase de guardia o enlace de guardia es considerado un momento y proceso troncal que implica una evaluación de los riesgos de cuidado de atención a la salud del paciente. Su propósito es desarrollar estrategias para minimizar daños innecesarios en la asistencia sanitaria que reciba el paciente por parte del equipo de cuidados sanitario.

“El enlace de guardia es un canal activo y continuo, que los y las enfermeras deben optimizar para recabar información de manera objetiva acerca de los y las pacientes, las unidades de cuidado donde han recibido atención, su evolución, modificaciones en tratamiento y realización de procedimientos.” (Ministerios de Salud Argentina, Documento de buenas

prácticas para el proceso de enlace de guardia de enfermería para la optimización de la comunicación efectiva, 2023)

La buena comunicación implica ser un elemento esencial para transferir información específica sobre un paciente dentro de los equipos de atención, así como los del equipo de atención al paciente y su familia.

### **2.1.2. Perfil del profesional intensivista**

“El intensivismo tiene características que la hacen particularmente distinguible de otras especialidades. Recepciona a los pacientes clínico-quirúrgicos con la más alta complejidad, con escaso margen de error y con el mayor porcentaje de resultados desfavorables, donde la mala evolución no es trasladable a otra área de internación o servicio. Es una especialidad absolutamente institucional e intervencionista, que se desarrolla exclusivamente en centros médicos de mayor complejidad y a lo largo de toda la vida profesional. En la Terapia Intensiva la relación costos-resultado es muy alta y por lo tanto la calidad del recurso humano (capacitación, destreza, experiencia) tiene un alto impacto en cuanto a eficiencia y calidad asistencial.” (Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud & Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, 2013)

Un intensivista es un especialista capaz de atender a pacientes mayores de 15 años, con patología clínico-quirúrgica aguda o crónicamente agravada, que requieren una atención integral del paciente en su estado crítico y con capacidad de recuperación, mediante seguimiento. Medidas de soporte vital avanzado, que ayuden a recuperar la salud para la reinserción en la sociedad, con las menores consecuencias posibles, en unidades hospitalarias de alta complejidad. Estar capacitado para realizar evaluaciones integrales, implementar intervenciones diagnósticas y terapéuticas adecuadas y apoyar a los pacientes y sus familias durante su enfermedad y, si es necesario, durante sus momentos finales de la vida, siendo la comunicación esencial durante todo el proceso. atención. Realizar tareas docentes, promover el autoestudio y la educación continua del personal médico, promover la educación para la

salud, aprender estrategias de comunicación, manejar herramientas de gestión, investigación de métodos de investigación, promoviendo la creación de nueva información y utilizándola con criterio crítico. recursos tecnológicos y de información, dentro de un marco bioético (CONSEJO ASESOR DIRECTIVO et al., 2022)

### 2.1.3. Pacientes

“En las UTI, entre el 30 y el 60% de los ingresados pertenecen al grupo de más de 65 años. En ellos la prevalencia de una enfermedad crónica no transmisible es de más del 70%, preferentemente, enfermedad cardíaca, y la comorbilidad está en el orden del 40%. En la población menor de 65 años las situaciones que requieren internación en UTI son las infecciosas (neumonía, EPOC), post quirúrgicas y politraumatismos.” (Pedro Silverman, 2021)

El ingreso a una unidad de cuidados intensivos es una de las situaciones más estresantes que puede vivir una persona. Las enfermedades graves invaden la vida de los pacientes y sus familiares, afectando tanto a nivel físico como emocional e interpersonal. (Pedace, 2018)

*“eventos traumáticos en la UCI pueden incluir:*

- *Experiencias donde el paciente creía que estaba a punto de morir.*
- *Momentos en los que el paciente se enteró de malas noticias, como darse cuenta de que había desarrollado COVID-19 y problemas relacionados.*
- *'Flashforwards' o imágenes de un evento futuro temido (como imaginar su propio funeral).*
- *Procedimientos médicos invasivos (y a veces dolorosos).*
- *Ver, oír o enterarse de la muerte de otros pacientes.*
- *Maltrato percibido, como experimentar dolor y creer que el personal no está ayudando.*
- *Ser testigo de cómo otros pacientes se comportan de manera angustiada.*
- *Alucinaciones causadas por delirio.*

- *Una combinación de lo anterior. Por ejemplo, los pacientes pueden tener recuerdos de un procedimiento médico, que en ese momento creyeron que era la enfermera que intentaba matarlos.” (Murray et al., 2020)*

Tomando esto último mencionado de Pedace en 2018 podemos decir entonces que es probable que las personas en proceso de salud o enfermedad experimenten un sinnúmero de sensaciones relacionadas con sentimientos y emociones que son generados por cogniciones tanto personales como sociales y que pueden cambiar en respuesta a estímulos ambientales. En unas condiciones de salud críticas y la necesidad de cuidados intensivos para tratar la enfermedad en la fase aguda, los condicionantes a los que está expuesta una persona provocan cambios que impactan fuerte en la persona por el traslado a un nuevo lugar. por ejemplo, en un hospital donde existe, entre otras cosas, riesgo de muerte, soledad, abandono, cambios de humor, discapacidad temporal o permanente, lo que provoca las correspondientes reacciones emocionales como el estrés, la ansiedad, la angustia o el Síndrome Post-UCI(PICS)

### **2.1.3.1 Estrés**

“Se puede definir el estrés como un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. Todas las personas tenemos un cierto grado de estrés, ya que se trata de una respuesta natural a las amenazas y a otros estímulos. Es la forma en que reaccionamos el estrés lo que marca el modo en que afecta a nuestro bienestar” (OMS (Organización Mundial de la Salud), 2023)

“El estrés es la respuesta física o mental a una causa externa, como tener muchas tareas o padecer una enfermedad. Un estresor o factor estresante puede ser algo que ocurre una sola vez o a corto plazo, o puede suceder repetidamente durante mucho tiempo” (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2022)

### 2.1.3.2 Ansiedad

“La ansiedad es una reacción humana normal ante situaciones estresantes. Sin embargo, en el caso de personas con trastornos de ansiedad, esos temores y preocupaciones no son temporales. Su ansiedad persiste, e incluso puede empeorar con el paso del tiempo.”  
(APA, American Psychological Association, 2017)

La Asociación Estadounidense de Psicología en 2017 menciona y explica los diferentes tipos de ansiedad que puede padecer un ser humano

- **Trastornos de ansiedad generalizados**

Se caracterizan por un sentimiento persistente de inquietud o miedo. Las personas con este trastorno se preocupan por una variedad de problemas, como problemas de salud o financieros, y pueden sentir que algo malo va a suceder. Los síntomas incluyen inquietud, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño y, en general, una fuerte sensación de nerviosismo.

- **Trastornos de pánico**

Se caracterizan por ataques de pánico recurrentes con síntomas como sudoración, temblores, dificultad para respirar o sensación de asfixia, palpitaciones o taquicardia y sensación de ansiedad. Estos ataques ocurren de repente y sin previo aviso. Las personas que sufren ataques de pánico se ven abrumadas por el miedo a cuándo y cómo ocurrirá el próximo ataque, lo que les hace cambiar o limitar sus actividades habituales.

- **Fobias**

Se trata de miedos intensos a ciertos objetos o criaturas (por ejemplo, arañas o cucarachas) o situaciones (por ejemplo, subirse a un ascensor) que resultan perturbadoras o intrusivas.

- **Trastorno de ansiedad social**

Esto también se conoce como fobia social. Las personas con este trastorno temen situaciones sociales en las que puedan sentirse avergonzadas o bajo vigilancia. Suelen estar nerviosos en situaciones sociales, se vuelven tímidos frente a otras personas y temen ser rechazados o insultados por los demás. Otros síntomas que pueden ocurrir: dificultad para hacer amigos; evitar situaciones de contacto social; preocupación en los días previos a un evento social; y temblar, sudar o sentirse enfermo en un entorno social.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo**

Se caracteriza por sentimientos y pensamientos persistentes e incontrolables (obsesiones), así como por rutinas o rituales (compulsiones). Los ejemplos comunes incluyen lavarse las manos a la fuerza por temor a infectarse con gérmenes o revisar constantemente el trabajo o las actividades en busca de errores.

- **Trastorno de estrés postraumático (PTSD)**

Esto puede ocurrir después de un trauma físico o emocional severo, como un desastre natural, un accidente grave o un delito. Los síntomas característicos incluyen episodios de flashbacks del evento, pesadillas o miedos que interfieren con la capacidad de la persona para funcionar en la vida diaria durante meses o años después del evento traumático.

### 2.1.3.3. Angustia

“La angustia es una respuesta psicológica, se caracteriza por aparecer como reacción ante los síntomas de la ansiedad, el miedo o un peligro desconocido. Es un estado emocional intenso interpretado como muy desagradable e insoportable. En cambio, la ansiedad es una respuesta física a una situación o a unos errores de pensamiento, procesamiento o gestión.”  
(Centro Manuel Escudero, -)

### 2.1.3.4. Delirium/Delirio

“El delirio es un cambio grave de las capacidades mentales. Provoca pensamientos confusos y falta de consciencia del entorno. Normalmente, este trastorno aparece rápidamente, en horas o en un par de días.” (Mayo Clinic, 2022)

El delirio suele tener una causa identificable, que puede estar vinculada a uno o varios factores. Entre los más comunes se encuentran las enfermedades graves o prolongadas, así como ciertos desequilibrios metabólicos. También pueden provocarlo algunos fármacos, infecciones, procedimientos quirúrgicos o el consumo y la abstinencia de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

“Los síntomas tienden a empeorar durante la noche cuando está oscuro y las cosas parecen menos familiares. Asimismo, tienden a empeorar en entornos desconocidos, como en un hospital.” (Mayo Clinic, 2022)

Existen tres formas principales de presentación del delirio, según su manifestación clínica:

- **“Delirio hiperactivo”:** Es posible que este sea el tipo más fácil de reconocer. Las personas con este tipo de delirio quizás estén inquietas y se paseen por la habitación. Asimismo, probablemente estén ansiosas, tengan cambios repentinos del estado de ánimo o

vean cosas que no estén allí. Las personas con este tipo de delirio suelen resistirse a recibir atención médica.

- **Delirio hipoactivo:** Es posible que las personas con este tipo de delirio sean inactivas o poco activas. Tienden a ser perezosas o a estar somnolientas. Quizás parezca que están aturdidas. No interactúan con la familia ni con otras personas.
- **Delirio mixto:** Los síntomas incluyen ambos tipos de delirio. Es posible que la persona pase rápidamente de estar inquieta a estar perezosa.” (Mayo Clinic, 2022)

### 2.1.3.5. TRAUMA

Trauma o “Trastorno de estrés post traumático “según el DSM IV (1995) es definido como la aparición de un conjunto de síntomas característicos, producto a la exposición de un evento estresante y excesivamente traumático. “Y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física” (DSM IV, 1995)

Algunos de los síntomas que debe presentar el individuo para ser diagnosticado con este trastorno son sentimientos de temor, desesperanza y terror intenso. Inclusive tratar de evitar cualquier tipo de estímulo que puedan traer referencias asociativas con el evento, hasta puede llegar a presentarse en este comportamiento amnesia total respecto de algún aspecto puntual del acontecimiento.

El individuo puede denunciar disminución del interés en actividades que antes le resultaban gratificantes. Reducción en la capacidad de sentir emociones. Dificultades para conciliar el sueño debido a la recurrente presencia de pesadillas donde se vuelve a vivenciar el evento traumático.

Algunos individuos presentan, ataques de ira o irritabilidad, inclusive problemas para concentrarse y realizar tareas.

“El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación (arousal) que no existían antes del trauma.” (DSM IV, 1995)

Por último, se puede clasificar el Trastorno de estrés postraumático según el tiempo de duración de los síntomas:

- **“Agudo:** Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a 3 meses.
- **Crónico:** Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.
- De **inicio demorado:** Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses”. (DSM IV, 1995)

Por otro lado, tomando la perspectiva del Psicoanálisis Freudiano respecto con lo que consideramos lo que significa trauma y la lógica de la clínica del caso por caso para cada sujeto. Podemos decir que la experiencia traumática o terror “el estado en que se cae cuando se corre peligro sin estar preparado, se destaca el factor sorpresa” (*Más allá del Principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras, 1920*)

Freud comenzó las conceptualizaciones respecto a lo que significa terror o traumático por medio de los observables de la neurosis traumática y otros observables de la clínica, en donde se presentifica como lo traumático posee sus modos singulares de desarrollarse en la vida anímica y psíquica.

Gracias a esto es que podemos decir que, en vela de lo dicho previamente, lo traumático implica para el individuo o mejor dicho para el sujeto, aquello que puede no tener representación pero que aún así perpetua en lo que es su vida anímica, en donde cada sujeto puede corresponder a vivencias traumáticas con las cuales convivirá el resto de su vida en mayor o menor padecimiento subjetivo.

### **2.1.3.6. Síndrome Post-UCI**

Desde el 2010 La Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos en Estados Unidos, a partir de estudios de investigación e intervenciones en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, acuñaron el término “Post-Intensive Care Syndrom (PICS)” definido como deterioro nuevo y/o empeoramiento en algún dominio de la cognición, la salud mental y la función física después de una enfermedad crítica y que persiste más allá de la hospitalización. El PICS generalmente se identifica en el período inmediato posterior a una enfermedad crítica. Sin embargo, debido a que los síntomas son de larga duración y la condición no se reconoce, no existe un período de tiempo establecido en la que puede ocurrir (Quintana Sánchez et al., 2018)

“El síndrome es un conjunto de secuelas funcionales, psicológicas y cognitivas, o empeoramiento de alteraciones funcionales previas, que impactan en la calidad de vida del paciente y su familia que van más allá de la causa que genera el ingreso a la unidad crítica. Su desarrollo es precoz durante la hospitalización y sus consecuencias pueden durar hasta 5 años o más posterior al alta” (Rivera R, 2020)

“El PICS se caracteriza por la aparición de dificultades físicas (dolor, debilidad, etc.), alteraciones cognitivas (dificultades de atención, memoria y lentitud en el procesamiento de información) y problemas emocionales (como la ansiedad, bajo estado de ánimo, posible aparición de estrés postraumático). Estas dificultades pueden darse durante la estancia en la UCI, tras el alta y, en muchos casos, en el medio y largo plazo después del ingreso.” (Ríos Lago, -)

## **2.2 LA INTERDISCIPLINA**

Actualmente las UTIS trabajan desde un equipo multidisciplinario

“Somos un **equipo de trabajo multidisciplinario** que brinda atención a pacientes de alta complejidad, en etapa crítica de su enfermedad, incluyendo a su familia y entorno, conteniendo y acompañando especialmente en situaciones del final de la vida. Trabajamos en el día a día para alcanzar el máximo nivel en la asistencia, la docencia y la investigación en cuidados críticos.” (Hospital Italiano, n.d.)

“El factor más importante es el recurso humano, *un equipo multidisciplinario* conformado por profesionales enfermeros, kinesiólogos, médicos, farmacéuticos y nutricionistas que se han capacitado para este objetivo durante muchos años...” (Arnaldo, n.d.)

### 2.2.1 ¿Qué es la multidiscipliplina?

“Podemos decir que el enfoque multidisciplinario es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas. La característica de esta perspectiva es su visión atomística de la realidad y un total aislamiento respecto de toda demanda social” (Sznajder et al., 2016)

Nos parece acorde entonces plantear que para que se logre integrar el servicio de musicoterapia a la UCI lo ideal sería desde un abordaje interdisciplinario con el equipo intensivista ya que como dijo Carballada en 2010 nos explica que *“la Interdisciplina, se puede presentar como un escollo u oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la “competencia ” individual desvaloriza el trabajo en equipo, o el mismo se encuentra atravesado por la lógica de la empresa en tanto “costo- beneficio” ” “La Interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la Intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro. Así la Interdisciplina puede construirse o no en forma cotidiana y tiene “momentos” de expresión convirtiéndose así en una entidad esencialmente dinámica.* “(Carballada, 2010)

En una revisión que fue llamada “Interprofesional Care and Teamwork in the ICU” publicada en Critical Care Medicine se describió lo que es la atención interdisciplinar y su importancia y hay evidencia de que los resultados de los pacientes mejoran significativamente cuando la atención es brindada por un equipo interprofesional: enfermeras de la unidad de cuidados intensivos, personal de apoyo, médicos de cuidados intensivos y otras especialidades, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, logopedas, nutricionistas, trabajadores sociales, farmacéuticos, y proveedores de atención espiritual que tienen experiencias y perspectivas únicas en la atención al paciente y, por lo tanto, desempeñan un papel importante en el equipo satisfaciendo las diversas necesidades de los pacientes y sus familias en la unidad de cuidados intensivos. (Heras, 2019)

### 2.3 ¿Qué es la musicoterapia?

Para responder esta pregunta hicimos una elección de diferentes profesionales y asociaciones para poder dar una visión lo más completa y desarrollada posible

La Asociación Argentina de Musicoterapia (ASAM) nos dice que *“La Musicoterapia es una disciplina perteneciente a las ciencias de la salud, que tiene como objetivos fundamentales la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación de la salud de las personas, realizada a través del abordaje y el reconocimiento de las modalidades sonoras, tanto expresivas y receptivas, como relacionales.”*

La Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT) dijo en 2011 que “La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como intervención en entornos médicos, educativos y cotidianos con personas, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su condición física, social, comunicativa, emocional, salud y bienestar intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en

musicoterapia se basan en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos” (WFMT, 2023)

El Licenciado en Musicoterapia Gabriel Fabián Federico, vicepresidente de la Asociación Argentina de Musicoterapia (A.S.A.M.) en 2005 dijo que *“La musicoterapia es una especialidad que utiliza la música y los parámetros musicales como herramienta dentro de un proceso terapéutico en un contexto de comunicación no verbal”* no confundir cualquier actividad musical como escuchar música, cantar, tocar instrumentos y etc., con musicoterapia, estas actividades deben de estar dentro de un proceso clínico determinado por un profesional, que el mismo tendrá conocimientos médicos y musicales con objetivos determinados como que la persona vaya tomando conciencia del síntoma que lo está perjudicando por ejemplo.

(Pogoriles, 2005) “Una de las grandes ventajas de la musicoterapia es que logra poner de manifiesto, en el marco de la comunicación no verbal, muchas patologías que no pueden salir a flote con las terapias tradicionales. El musicoterapeuta va analizando, entre otras cosas, la construcción sonora que realiza el paciente (aunque sea caótica siempre tiene un significado), el tipo de canciones que elige escuchar y qué vínculo tiene con los instrumentos musicales.”

(Pogoriles, 2005)

Bruscia en el libro “Musicoterapia, métodos y prácticas” describe a “la musicoterapia como fusión de la música y la terapia, es a la vez un arte, una ciencia y un proceso interpersonal. En tanto arte, se ocupa de la subjetividad, la individualidad, la creatividad y la belleza. En tanto ciencia, se ocupa de la objetividad, la universalidad, la repetitividad y la verdad. En tanto proceso interpersonal se ocupa de la empatía, la intimidad, la comunicación, la reciprocidad y los vínculos de roles. Como es un arte y una ciencia que se practica dentro de un contexto interpersonal, requiere la integración de varios elementos igualmente contradictorios. La musicoterapia puede ser tanto objetiva como subjetiva, individual y universal, singular y al mismo tiempo repetible en lo creativo, interpersonal e intrapersonal, colectiva y transpersonal. (...)Definir la musicoterapia sólo basados en uno de estos aspectos,

es ignorar su propia esencia. De alguna forma, la musicoterapia debe ser concebida de modo que abarque esta multiplicidad y al mismo tiempo conserve su integridad. También, los musicoterapeutas deben ser percibidos de manera que se reconozcan sus habilidades singulares como artistas, científicos y terapeutas.” (Bruscia, 2007, pp.9-10)

También explica que es sistemática “ya que está orientada a los objetivos, es organizada, basada en el conocimiento y regulada; no es meramente una serie de experiencias azarosas y no planificadas que resultan ser útiles. Sus tres componentes principales son el diagnóstico, el tratamiento y la evaluación de los resultados. La musicoterapia es un proceso que sucede a través del tiempo. (...) Para ser considerado como terapia (técnica terapéutica), este proceso requiere de la intervención de un terapeuta. (...) En la terapia, las intervenciones deben satisfacer tres criterios: el cliente necesita ayuda externa para lograr un objetivo relacionado con su salud; debe haber una intervención propositiva independientemente del resultado; y la intervención debe ser llevada a cabo por un terapeuta dentro del contexto de la relación terapeuta-cliente” (Bruscia, 2007, 18)



**2.3.1 Áreas en las que se aplica**

La musicoterapia ha sido efectiva en Argentina desde hace casi 40 años, y sus aplicaciones van desde psiquiatría y obstetricia hasta educación especial, pérdida auditiva y geriatría, por nombrar algunas. De hecho, esta disciplina no tiene límite de edad (es el primer método de acercamiento a un ser humano y el último método de acompañarlo) y no realiza ningún tipo de discriminación patológica. De hecho, muchas personas aparentemente normales y corrientes que padecen trastornos perjudiciales para su desarrollo pueden encontrar en la musicoterapia interesantes espacios de reflexión personal. (Pogoriles, 2005)

En la actualidad hay musicoterapeutas trabajando con personas de todas las edades: bebés, niños, adolescentes, adultos y ancianos; en diversos campos: discapacidades (físicas, neuromotoras, mentales y sensoriales), salud mental, educación, rehabilitación, medicina (obstetricia, cuidados paliativos, oncología), adicciones, psicoprofilaxis, geriatría, prácticas preventivas y comunitarias, entre otros. (ASAM, n.d.)

En la Ley Nacional 27153 del ejercicio profesional de Musicoterapia, en el capítulo IV (4) Alcances e incumbencias de la profesión se detalla en el artículo 6 para qué actividades estamos habilitados los licenciados en musicoterapia:

- a) *“Actuar en la promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y de la comunidad a partir de las experiencias con el sonido y la música*
- b) *Emitir los informes que desde la óptica de su profesión contribuyan a elaborar diagnósticos multi o interdisciplinarios*
- c) *Implementar o supervisar tratamientos de musicoterapia*
- d) *Realizar estudios e investigaciones dentro del ámbito de su competencia*
- e) *Dirigir, planificar, organizar y monitorear programas de docencia, carreras de grado y de posgrado en musicoterapia*
- f) *Realizar actividades de divulgación, promoción y docencia e impartir conocimientos sobre musicoterapia a nivel individual, grupal y comunitario*
- g) *Efectuar interconsultas con otros profesionales de la salud*
- h) *Efectuar y recibir derivaciones de y hacia otros profesionales de la salud, cuando la naturaleza del problema así lo requiera*
- i) *Ejercer la dirección y otros cargos y tareas en los servicios de musicoterapia de las instituciones de salud y en unidades de tratamiento público y privado*

j) *Integrar tribunales que entiendan en concursos y selecciones internas para la cobertura de cargos de musicoterapeutas*

k) *Participar en la definición de políticas de su área y en la formulación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de planes y programas de salud dentro del ámbito de su competencia.*” (CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA, 2015)

## **2.4 ¿Que es un musicoterapeuta?**

“Un Musicoterapeuta es un profesional universitario que, a través de procedimientos específicos, evalúa el bienestar emocional, la salud física, la interacción social, las habilidades comunicacionales y/o las capacidades cognitivas de las personas. En ese proceso, el musicoterapeuta promueve y registra cambios expresivos, receptivos y relacionales que dan cuenta de la evolución del tratamiento. En las sesiones de musicoterapia se utilizan instrumentos musicales, música editada, grabaciones, la voz y otros materiales sonoros.” (ASAM, n.d.)

Bruscia para explicar esto primero define que “un terapeuta es una persona que ofrece su saber experto y sus servicios para ayudar a un cliente con algún problema de salud.” ... “El musicoterapeuta puede ser un terapeuta adjunto o el terapeuta principal, dependiendo de sus competencias profesionales y de las necesidades del cliente. El musicoterapeuta emplea los principios de ética personal y profesional como lineamientos en su trabajo con los pacientes. Se define al musicoterapeuta como la persona que brinda ayuda y al cliente como la persona que recibe la ayuda.(..) En la relación terapeuta-cliente es esencial un contrato centrado en la salud del cliente.”...“Utiliza sus recursos con el fin de brindar al cliente la oportunidad de recibir empatía, comprensión, valoración y remedio; de expresarse, comunicarse e interactuar en forma verbal y no verbal; de retroalimentarse sobre sí mismo y dar mayor claridad a su vida; de motivarse y auto transformarse; y de contar con una asistencia directa y una intervención.” (Bruscia, 2007, pp.18-19)