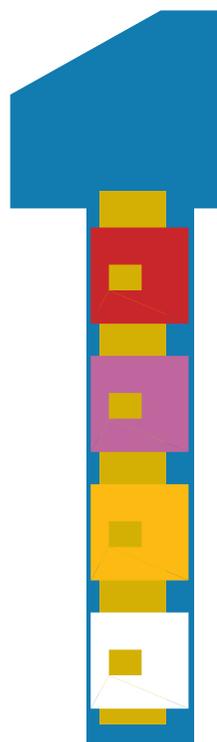


GUÍA DE ORIENTACIÓN

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

MUSICOTERAPIA EN PERSONAS CON DEMENCIA



Nº 600092

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

ELABORACIÓN

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca. Imserso.

DIRECCIÓN

M^a Isabel González Ingelmo.

COORDINACIÓN Y REVISIÓN

M^a Elena González Ingelmo.

Beatriz Onecha Celestino.

AUTOR

Esther García Valverde.

EDITA

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Imserso.

Avda. de la Ilustración, s/n. – 28029 Madrid.

Tel. 91 703 39 35 – Fax. 91 703 38 80.

Email: publicaciones@imserso.es

[Http://www.imserso.es](http://www.imserso.es)

Primera edición, 2014

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

NIPO

686-14-017-2

CONTENIDO

1. Objeto de la guía	5
2. Introducción a la musicoterapia	5
3. La intervención en demencias	7
3.1 Las demencias	7
3.2 Las terapias no farmacológicas	8
3.3 Modelos de atención integral centrados en la persona con demencia	8
4. La musicoterapia en demencias	10
4.1 Evidencia científica de la musicoterapia en demencias	10
4.2 Base neurológica	13
4.3 Metodología de la intervención	14
4.3.1 Proceso de intervención	14
4.3.2 Objetivos terapéuticos	16
4.3.3 Funciones de la música	17
4.3.4 Planificación del tratamiento	18
4.3.5 Técnicas y procedimientos de intervención	19
4.3.6 Estructura de una sesión	20
5. Conclusiones	21
Bibliografía	23

1

OBJETO DE LA GUÍA

Esta guía pretende ofrecer una visión integral de la musicoterapia especializada en personas con demencia, proporcionando estrategias de intervención basadas en la evidencia científica y en la práctica profesional. Va dirigida a musicoterapeutas que intervienen en el ámbito de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

2

INTRODUCCIÓN A LA MUSICOTERAPIA

Desde la antigüedad, la música ha sido empleada como medio terapéutico en numerosas culturas. Los mitos y leyendas sobre el poder curativo de la música, los estudios antropológicos que describen su aplicación en ritos o curas mágicas, o los escritos de Platón y Aristóteles sobre su poderosa influencia, son algunos ejemplos del valor terapéutico que se ha concedido a la música a lo largo de la historia.

La musicoterapia como profesión nació en Estados Unidos después de la Primera y de la Segunda Guerra Mundial, cuando diferentes músicos acudieron a los hospitales donde se encontraban aquellos soldados que venían de la guerra con múltiples traumas a nivel físico y/o emocional. Cuando observaron los efectos que la música provocaba en los excombatientes, advirtieron la importancia de iniciar una actividad investigadora e instructiva, preparando así el camino para la musicoterapia.

Actualmente esta profesión está presente en más de 100 países en todo el mundo, han proliferado notablemente los programas formativos, el conocimiento teórico y la investigación, así como la inclusión de la musicoterapia en centros hospitalarios, psiquiátricos, educativos, socio-sanitarios, etc.



Según la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2011), la musicoterapia *“es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos”*.

Se debe tener en cuenta que la musicoterapia debe realizarla un musicoterapeuta cualificado, en posesión de un *Título Universitario de Postgrado en Musicoterapia*.

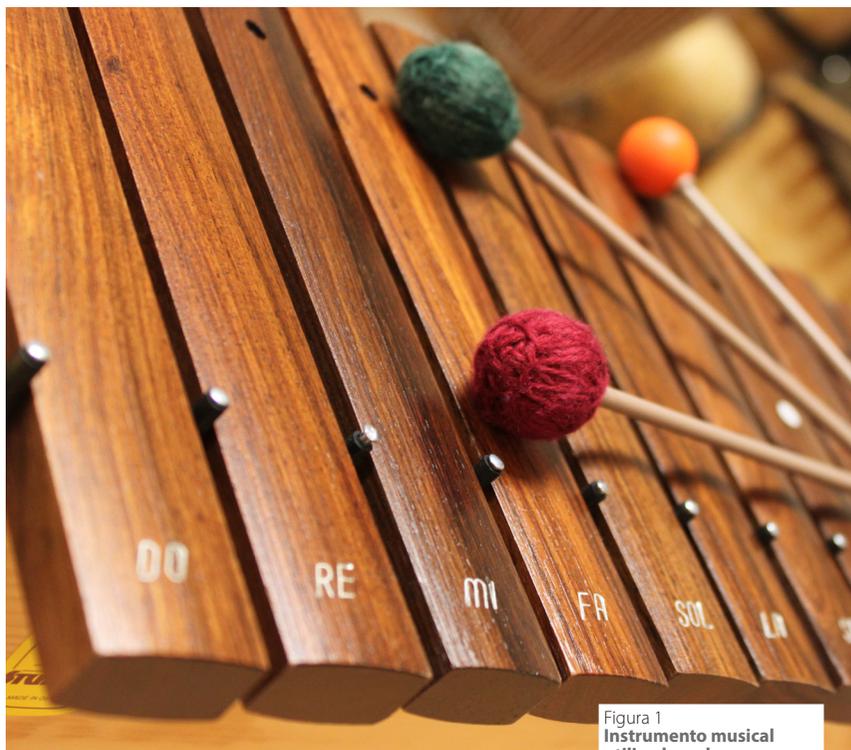


Figura 1
Instrumento musical
utilizado en la
intervención de
musicoterapia



3

LA INTERVENCIÓN EN DEMENCIAS

3.1

LAS DEMENCIAS

La demencia se define como *"un síndrome adquirido producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia"*.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más frecuente, siendo responsable del 50-80% de los casos. Estudios de campo realizados en diferentes países muestran que alrededor de un 5% de la población con más de 65 años padece demencia. Según las estimaciones, la enfermedad de Alzheimer afecta a 8-12 millones de personas a nivel mundial. Su origen hoy en día es desconocido, pero sabemos que existen factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la enfermedad.

Síntomas de la demencia

a) Alteraciones de la conducta y estado psicológico. Las personas afectadas desarrollan cambios en el comportamiento y en la personalidad, pueden aparecer síntomas como la depresión, agitación, agresividad, ideas delirantes, apatía, o trastornos en la conducta afectiva.

b) Alteraciones cognitivas.

- » Alteración de la memoria (amnesia): deterioro progresivo de la memoria a corto y a largo plazo, memoria de reconocimiento, sensorial, episódica y semántica.
- » Trastorno del lenguaje (afasias): fluidez, denominación, comprensión, lectura, escritura, errores en la utilización de palabras.
- » Alteraciones de la gestualidad (apraxia): pérdida de sensibilidad, trastorno del movimiento, alteración del tono muscular, de la coordinación, de la colaboración o de la comprensión.
- » Alteraciones del reconocimiento (agnosias): pérdida de la capacidad del reconocimiento de los objetos por los sentidos (visual, táctil o auditiva).



3.2

LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

Los beneficios del tratamiento farmacológico para personas con demencia son evidentes, pero también limitados. Por ello se requiere un abordaje terapéutico multidimensional, que integre estrategias no farmacológicas con finalidad terapéutica.

La definición comúnmente aceptada de terapias no farmacológicas la recoge Javier Olazarán (*Olazarán et al., 2010*), y se definen como *“Cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante”*.

La importancia y efectividad de las terapias no farmacológicas reside en que entiende al paciente como un sujeto biopsicosocial, de forma que la intervención que se lleva a cabo en este ámbito repercute positivamente tanto en la persona, como en su entorno social y familiar.

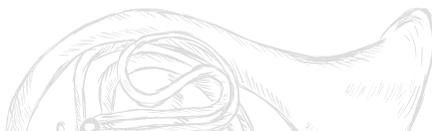
3.3

MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADOS EN LA PERSONA CON DEMENCIA

Como profesionales necesitamos revisar nuestros modelos de atención en demencia, partiendo siempre desde la dignidad de la persona. Es muy importante intentar empatizar con la persona afectada, tener en cuenta sus necesidades, sentimientos, desarrollar su individualidad y autonomía.

En la última década han resurgido los **modelos de comunicación y de atención centrada en la persona**, iniciados en los 70 y 80 del siglo pasado con la psicología humanista de Carl Rogers (1902-1987). Desde esta corriente filosófica y psicológica se entiende al individuo dentro de un contexto; se defiende la capacidad de elección humana, su creatividad y la búsqueda de la autorrealización. La terapia se entiende como un proceso de relación y de comunicación en el que el papel del terapeuta es facilitador.

A destacar el **Modelo de Atención centrada en la persona** con demencia desarrollado por **Kitwood** (1997) y la importancia que se da a los entornos validantes y estimulantes. El modelo insiste en la importancia de mantener la identidad, en que muchas alteraciones conductuales son la respuesta al malestar que sienten los individuos por la falta de comprensión a sus necesidades individuales. Kitwood desarrolló el Dementia Care



Mapping al que describió como *“Un intento serio de obtener el punto de vista de la persona con demencia empleando una combinación de empatía y técnica observacional”*.

Uno de los modelos más reciente basado en esos principios es el **Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer**, desarrollado por Yanguas y colaboradores. Considera que, desde el principio de dignidad a cualquier persona, la atención a estos enfermos debe afrontarse desde dos ejes: la prevención y rehabilitación de todas las capacidades; y la integración y la participación como eje de la intervención. (Yanguas, 2007).

El **método de validación** de Naomi Feil fue desarrollado entre 1963 y 1980. *“Validar es reconocer los sentimientos de una persona. Validar es decirle que sus sentimientos son ciertos. Al negar los sentimientos, se invalida al individuo”*. El método de validación utiliza la empatía para sintonizar con la realidad interna de las personas con demencia para aportar seguridad, fuerza y hacer que la persona se sienta válida. Cuando una persona puede expresar sus sentimientos y estos son validos, entonces se les devuelve la dignidad.

Entre los principios básicos del método de validación, se encuentran:

- » Aceptar al paciente sin juzgarlo (Carl Rogers).
- » Tratar al paciente como un individuo único (Abraham Maslow).
- » Los sentimientos que primero se expresan y luego son reconocidos y validados por un interlocutor de confianza perderán intensidad. Cuando se ignoran o se niegan, los sentimientos cobran fuerza. *“Un gato ignorado se convierte en un tigre”* (Carl Jung).
- » Cuando la memoria reciente (memoria a corto plazo) falla, los seres humanos más ancianos recuperan el equilibrio recuperando recuerdos tempranos. Cuando la vista falla, recurren al ojo de la mente para poder ver. Cuando el oído se va, escuchan los sonidos del pasado (Wilder Penfield).
- » Detrás de las conductas de una persona con demencia, se encuentra un motivo (Naomi Feil).
- » Todos los seres humanos son valiosos, independientemente de lo desorientados que estén (Naomi Feil).





Figura 2
Fotografía de
Antonio Molina

4

LA MUSICOTERAPIA EN DEMENCIAS

La musicoterapia es una terapia no farmacológica recomendada para personas con demencia. Existe un gran número de enfoques (Ridder, 2001), así como diferentes usos de la música para esta población, ya sea como actividad o como terapia. Hay un creciente interés por la musicoterapia en demencias, cada vez son más los musicoterapeutas que entran a formar parte de los equipos profesionales, y las investigaciones han proliferado notablemente a partir de los años 80.

4.1

EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA MUSICOTERAPIA EN DEMENCIAS

La mayoría de las investigaciones describen el uso de técnicas activas y se realizan siguiendo diseños controlados como grupos experimentales/de control, diseños AB o diseño de pre/postest (Wigram, 2005).



Los artículos que han recogido y examinado la bibliografía publicada sobre musicoterapia en demencias revelan que hay una gran base de conocimientos sobre los múltiples beneficios que esta terapia puede ofrecer tanto a las personas con demencia, como a cuidadores familiares y profesionales (Brotons *et al.* 1997; Vink *et al.* 2003; Sherratt *et al.* 2004; Witzke *et al.* 2008; Raglio *et al.* 2012, Li *et al.* 2014).

No obstante, debemos tener en cuenta la revisión COCHRANE realizada por Vink *et al.*, en la que se destaca la necesidad de realizar estudios más rigurosos que proporcionen evidencia sustancial para apoyar el uso de la musicoterapia con esta población (adecuados métodos de aleatorización, evaluadores ciegos, medidas de resultado fiables y validadas).

A continuación se destacan algunos ejemplos de la literatura donde se recogen los efectos de la musicoterapia que inciden principalmente en las áreas cognitiva, la socioemocional y conductual:

– **Área cognitiva:**

La musicoterapia estimula capacidades cognitivas como la atención, la orientación, el lenguaje o la memoria. La investigación llevada a cabo por Bruer, Spitznagel & Cloninger (2007) reflejó que esta terapia mejora el funcionamiento cognitivo de las personas con demencia.

Una melodía familiar puede evocar de forma inmediata una emoción, una sensación o un recuerdo del pasado, devolviendo a la persona con demencia el sentimiento de identidad, seguridad y familiaridad. Irish y cols., (2006) demostraron que la música favorece la memoria autobiográfica en personas con demencia, hallando además una reducción significativa en ansiedad. Este aspecto fue investigado a su vez por Ashida (2000), que evaluó la influencia de la música en la evocación de recuerdos y los relacionó con estados depresivos.

Cuddy y Duffin (2005) presentaron un interesante estudio de caso de una mujer de 84 años diagnosticada de probable enfermedad de Alzheimer con un deterioro cognitivo grave, pero cuya memoria y reconocimiento musical estaban aún preservados.

Por otra parte, la musicoterapia es una poderosa herramienta que permite estimular las capacidades del lenguaje, como la fluencia y el contenido informativo (Brotons & Koger, 2000). A menudo encontramos personas con demencia que poseen grandes dificultades para reproducir o comprender el lenguaje verbal, sin embargo son capaces de cantar canciones. Esto puede ser porque *“los fundamentos del lenguaje son musicales, y son prioritarios a las funciones semánticas y léxicas en el desarrollo del lenguaje”* (Aldridge, 2000).

Prickett y Moore (1991) demostraron que el canto activo mejora considerablemente la evocación de palabras, especialmente cuando se trata de canciones familiares. Incluso que aquellas personas que habían perdido la capacidad de aprender nuevo material verbal, fueron capaces de aprender canciones nuevas.



– Área socioemocional:

Las personas con demencia pierden el sentido del aquí y el ahora, se desorientan, son conscientes en muchas ocasiones del progresivo deterioro que sufren, lo que desencadena sentimientos de angustia, confusión, desconfianza, ira o tristeza. La necesidad de expresar sus emociones, en muchas ocasiones, se ve truncada por la pérdida progresiva de las capacidades cognitivas. Por ello, son necesarios espacios terapéuticos que estimulen el trabajo con las emociones, que favorezcan la expresión y la validación de las mismas.

La musicoterapia ofrece escucha y estímulo, descarga y contención, evocación y canalización de sentimientos mediante un lenguaje simbólico, profundo e inmediato. Todo ello promueve un estado de ánimo más positivo en las personas con enfermedad de Alzheimer (Lord & Gardner, 1993), mejora estados de ansiedad y depresión (Guetin *et al*, 2009) y favorece la interacción no sólo durante la experiencia musical, sino después de la misma (Pollack & Namazi 1992).

No sólo la musicoterapia puede aportar beneficios en los enfermos, sino también puede tener un efecto positivo en los familiares. Clair, Tebb & Bernstein (1993) realizaron un estudio en el que la música fue incluida en los cuidados que los familiares proporcionaban a sus enfermos.

– Área conductual:

Uno de los grandes retos para los cuidadores familiares y profesionales es el manejo de los trastornos de conducta de las personas con demencia. Muchos de los estudios realizados sobre musicoterapia en demencias se han centrado en este tema.

Raglio *et al*, 2008. Realizó una investigación cuyo objetivo fue valorar la efectividad de la musicoterapia en la reducción de los síntomas psicológicos y conductuales en personas con demencia. Fueron incluidos 59 participantes con demencia, divididos en grupo experimental y grupo control. Se utilizaron instrumentos musicales para estimular la comunicación. Los resultados indican que la musicoterapia es una intervención eficaz para reducir síntomas conductuales y psicológicos, y además puede mejorar la relación comunicativa entre la persona con demencia y el terapeuta.

Svansdottir & Snaedal, 2006. También comprobaron los efectos positivos de la musicoterapia en relación los síntomas psicológicos y conductuales de pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase moderada-grave.

La musicoterapia puede favorecer que las personas con deambulación errante permanezcan más tiempo en el espacio musical, según la investigación de Groene, (1993), en la que la música fue seleccionada en función de los gustos y preferencias de los participantes.

Generalmente los episodios de agitación en personas con demencia están relacionados con momentos del día en los que se dan los cambios (despertar, ducha, comida, etc).



En el estudio llevado a cabo por Ragneskog *et al.*, (1996) se observó una mejora en la irritabilidad, ansiedad y depresión durante los periodos de música en los momentos de las comidas, además de una mejora en la cantidad de la ingesta. Por otro lado, Clark, Lipe & Bilbrey, (1998) demostraron que en los momentos de la ducha, las personas con demencia con trastornos de conducta consiguen una mejora a nivel afectivo y participativo cuando escuchan la grabación de sus canciones favoritas.

Linda Gerdner ha realizado multitud de estudios comenzando con un estudio piloto (Gerdner, 1993), fundando una guía de intervención (Gerdner, 1996) y una teoría de alcance intermedio de intervención con música para agitación (IMIA) (Gerdner, 1997). Esta intervención pueden llevarla a cabo cuidadores profesionales y familiares que reciban una formación, sin necesidad de que lo realice un musicoterapeuta, por lo que no se considera propiamente una intervención musicoterapéutica. No obstante, ha generado resultados muy interesantes y a partir de estos estudios se han realizado otros adicionales en Estados Unidos, Suecia, Japón y Taiwán. Estos esfuerzos han conformado un campo extenso de investigación que apoya la intervención de la música individualizada para manejar la agitación (Ragneskog *et al.*, 2001; Janelli *et al.*, 2002; Suzuki *et al.* 2004; Sung *et al.*, 2006; 2008; Park, 2008).

4.2

BASE NEUROLÓGICA

Se ha demostrado que son muchas las partes del cerebro involucradas en la actividad y percepción musical en ambos hemisferios cerebrales:

*“(...)escuchar música activa una amplia y diseminada red bilateral de las regiones cerebrales relacionadas con la atención, el procesamiento semántico, la memoria, las funciones motoras y el procesamiento emocional” (Särkämö *et al.* 2008).*

“Tanto la percepción como la producción musical movilizan diversas áreas corticales (auditiva, motora) y subcorticales (respuestas emocionales) que implican, de hecho, a la totalidad del encéfalo (...). El hemisferio derecho es sensible a los contornos melódicos, la prosodia, el canto, la armonía y a los aspectos frecuenciales del tono y detección del timbre. El hemisferio izquierdo, por su parte, es más analítico e interviene en informaciones que suceden con rapidez priorizando los aspectos temporales como el ritmo”. Jauset, J. 2013.

Los neurocientíficos Blood & Zatorre (2001) evidenciaron que la música placentera activa, en las personas que la escuchan, diferentes regiones del cerebro en su sistema límbico y paralímbico y que se vinculan a respuestas eufóricas.



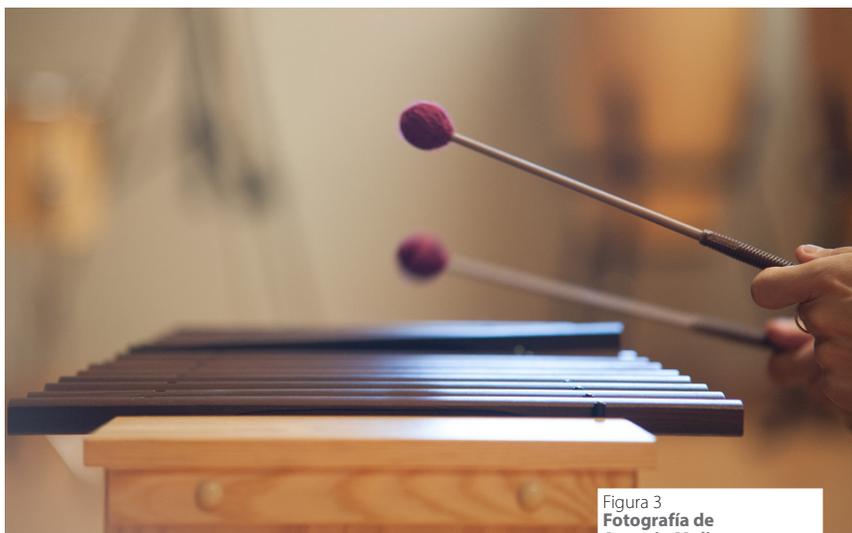


Figura 3
Fotografía de
Antonio Molina

4.3

METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

4.3.1

PROCESO DE INTERVENCIÓN

El musicoterapeuta sigue un protocolo de intervención desde el ingreso del usuario. Según la American Music Therapy Association (AMTA), el proceso general de intervención sigue los siguientes pasos:

a) Derivación y aceptación

Se recibe la derivación del usuario a musicoterapia por parte de uno de los miembros del equipo interdisciplinar (geriatra, neurólogo, psicólogo), de otro musicoterapeuta, o de profesionales de otras disciplinas.

En el CRE Alzheimer del Inmerso, todos los usuarios que ingresan en el programa de Centro de Día o en programas de estancias temporales en Unidades de Convivencia son susceptibles de precisar intervención en musicoterapia, por lo que son siempre valorados.



b) Evaluación inicial

En la evaluación musicoterapéutica sistemática se incluyen las categorías generales de funcionamiento psicológico, cognitivo, comunicativo, social y fisiológico, centrándose en las necesidades y capacidades del usuario. La evaluación también determinará las respuestas de la persona a la música, sus habilidades musicales y sus preferencias musicales (en caso de un deterioro cognitivo moderado y grave, se realizará una entrevista a la familia para conocer la historia sonora). Normalmente el *assessment* se realiza en las primeras sesiones de musicoterapia.

En musicoterapia y demencias no existen muchos instrumentos de evaluación. Uno de ellos es el modelo de Munk-Madsen (2001), que contiene seis apartados: actividades musicales, actividades y características motoras, nivel emocional, actividad cognitiva y mental, atención y contacto, y comentarios o reacciones del usuario en la sesión de musicoterapia. Aldridge, G. (2000) también describe la función evaluativa de la música en personas con demencia.

El Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias (SEMPA) fue elaborado por Mateos Hernández, del Moral Marcos & San Romualdo Corral (2012), dentro del marco del Centro de Referencia Estatal de Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca. Pretende detectar las necesidades cognitivas, psicomotrices y socio-emocionales de la persona con demencia y facilitar la elección de los objetivos terapéuticos en función de las necesidades detectadas.

Wendy Magee *et al.* (2014) ha desarrollado el Music Therapy Assessment Tool for Awareness in Disorders of Consciousness (MATADOC). El protocolo MATADOC evalúa de manera estructurada las respuestas observadas en los pacientes en fase avanzada de la demencia o daño cerebral a través de las siguientes áreas de comportamiento: auditiva, visual, motora, la comunicación emocional y la activación cerebral. La escala contribuye al diagnóstico integral del paciente en relación a su estado de conciencia y nivel de respuesta.

Los resultados y conclusiones de la evaluación de la terapia musical serán la base para establecer los objetivos de la intervención. Serán comunicados a los diferentes profesionales en la reunión del área de tratamiento, con los cuales se podrá contrastar la información y determinar el Programa de Atención Individualizado (PAI) más adecuado a cada usuario.

c) Planificación del tratamiento

El musicoterapeuta desarrollará un plan de tratamiento individualizado en base a las diferentes valoraciones, tanto la musicoterapéutica como las de las otras disciplinas. El usuario participará en el desarrollo del plan del programa cuando sea apropiado. Será asignado a un programa específico de musicoterapia, con una frecuencia y duración determinadas. Los programas pueden ser individuales o grupales, en función de las necesidades y capacidades observadas. Se especificarán los procedimientos y los materiales necesarios para el logro de los objetivos.



d) Implementación

El musicoterapeuta llevará a cabo su plan de tratamiento de acuerdo con el programa escrito anteriormente, aplicando las técnicas y actividades apropiadas para la consecución de los objetivos. El musicoterapeuta deberá:

- » Proporcionar los instrumentos, materiales y equipos de reproducción adecuados.
- » Garantizar la seguridad y atención del usuario.
- » Mantener una estrecha comunicación con todos los profesionales que trabajan con el mismo.
- » Registrar en el calendario las terapias y los procedimientos realizados en cada sesión.
- » Evaluar las respuestas del usuario periódicamente para determinar el progreso en relación a los objetivos propuestos.

e) Documentación

Es preciso que el musicoterapeuta se ayude de instrumentos de observación para poder registrar de forma sistemática y objetiva las respuestas del usuario, como por ejemplo la grabación de sesiones o el uso de registros cualitativos y cuantitativos. De esta manera podrá llevar un seguimiento del proceso terapéutico y realizar periódicamente informes de seguimiento.

f) Finalización

El proceso terapéutico finaliza cuando los objetivos se han alcanzado, o bien cuando la estancia del usuario en el Centro han concluido. El musicoterapeuta encamina el cierre en la intervención y realiza un informe de alta que recoge el proceso terapéutico y unas recomendaciones cuando son oportunas.

4.3.2

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El tratamiento farmacológico y las terapias no farmacológicas comparten los mismos objetivos en la intervención con personas con demencia (Tárraga, 2006):

- Retrasar el deterioro.
- Recuperar las funciones perdidas o mantener las preservadas.
- Mejorar el control de los síntomas no cognitivos.
- Conservar la autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Aumentar la calidad de vida.

La musicoterapia persigue estos objetivos generales, además de los específicos de cada caso, incidiendo en las distintas áreas: la cognitiva, la socioemocional, la conductual y la



físico-motriz. Para ello, en el CRE Alzheimer existen diferentes programas destinados a fines concretos, tanto de musicoterapia propiamente dicha, como de intervenciones conjuntas con otras disciplinas (musicoterapia & danzaterapia; logopedia & musicoterapia).

4.3.3

FUNCIONES DE LA MÚSICA

Según Hanne Mette Ridder (2003), la música puede cumplir diferentes funciones dependiendo de los objetivos que se persigan:

FUNCIONES DE LA MÚSICA	OBJETIVOS
Evaluadora	Evaluación o assessment
Reguladora	Adaptación sedación/relajación Adaptación conductual
Estimulante	Estimulación corporal Estimulación cognitiva Interacción social
Comunicativa	Interacción personal

Ridder, H. M. O. (2003). *Singing dialogue: Music therapy with persons in advanced stages of dementia: a case study research design* (Doctoral dissertation, Institute of Music Therapy, Aalborg University)

Divide las funciones de la música en cuatro grandes categorías:

- » Cuando la música cumple una *función evaluadora*, cantar y tocar instrumentos son procedimientos que nos permiten observar las respuestas del usuario en la valoración.
- » En la *función regulativa* los elementos musicales se usan para promover cambios en el comportamiento o estado de ánimo. Por ejemplo, una música tocada en los momentos de comida puede regular estados de agitación. Técnicas de musicoterapia activa y receptiva, siguiendo el principio de ISO definido por Ira Altschuler (1948) pueden hacer posible que el terapeuta “provoque” un cambio en el usuario.
- » El propósito de la *función estimulante* es que la persona se active en diferentes áreas. La música se utiliza para incitar o estimular respuestas, por ejemplo centrándose en las funciones del lenguaje, en habilidades cognitivas o en movimientos físicos, siguiendo la hipótesis “use it or lose it”.



- » Por último, la música cumple una *función comunicativa*, la persona es considerada en su totalidad teniendo en cuenta sus emociones, identidad cultural, necesidades psicosociales e historia de vida.

4.3.4

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

La planificación se realizará atendiendo a la valoración integral del usuario, en función de las necesidades y las capacidades que conserva la persona.

Tipo de sesión: Individual VS Grupal

La intervención grupal es muy recomendable, ya uno de los objetivos comunes en las terapias no farmacológicas es promover las relaciones sociales con las personas del entorno. Según Patxi del Campo, *"La música en sí misma es una poderosa influencia integradora, aporta un sentimiento de orden, de tiempo y de continuidad, los sonidos que penetran dentro del grupo son percibidos por todos, creando un clima emocional"*.

Los estudios realizados recomiendan un tamaño de grupo de entre 8-10 personas cuando se trata de personas en fases iniciales de la demencia (Brotons, Koger y Pickett-Cooper, 1997). A medida que avanza la enfermedad, los grupos se irán reduciendo dado que la atención que precisan es cada vez mayor. Finalmente, la atención será individualizada en aquellos casos en la última etapa de la enfermedad (Ridder, 2003).

Como bien señala Mercadal Brotons (2008), *"...musicoterapeutas y otros profesionales se ven obligados a adaptarse a las demandas de cada institución y muy a menudo deben trabajar con grupos que no son muy homogéneos y que además exceden el número de personas recomendable, duplicándolo e incluso triplicándolo con frecuencia. Esto conlleva menor atención individualizada y personalización de la intervención..."*

Duración de las sesiones:

El tiempo estimado de una sesión de musicoterapia varía en función de la capacidad atencional, del nivel de conciencia o del nivel de agitación de los usuarios. Desde nuestra experiencia, las sesiones con personas en fase leve-moderada podrán permanecer entre 45-55 minutos de sesión, mientras que con personas en fase avanzada no excederán los 15 minutos.

Espacio y materiales:

El espacio donde se realiza la intervención musicoterapéutica debe ser una sala bien acondicionada, sin interferencias acústicas y con suficiente espacio para acoger a los usuarios.

Los principales materiales de trabajo en musicoterapia son:



- » Un reproductor de música de buena calidad.
- » Un cancionero que contenga las canciones significativas de los usuarios con un tamaño de letra adecuado.
- » Un conjunto de instrumentos musicales de fácil manejo, calidad sonora y en buen estado.

También se podrán incluir otros materiales complementarios que amplíen las posibilidades de intervención, como materiales que faciliten el movimiento (velos y pelotas), u otras posibilidades artísticas (proyector de imágenes, pinturas).

Para una información más detallada sobre los lugares físicos y los materiales necesarios, puede consultar la "Guía de implantación de Musicoterapia" editada por el CRE de Alzheimer del Imsero.



Figura 4
Sesión individual en la sala de musicoterapia

4.3.5

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN

Técnicas de musicoterapia que se emplean con personas con demencia:

- » Música de fondo.
- » Escucha musical.
- » Canto terapéutico.
- » Tocar instrumentos musicales.
- » Improvisación terapéutica.



- » Música/Movimiento.
- » Música y reminiscencia.
- » Estimulación musical.
- » Composición de canciones.
- » Música individualizada.
- » Terapia vibroacústica.
- » Juegos musicales.

La música puede ser utilizada:

- » Activamente o receptivamente.
- » En grupos / Individual.
- » Con instrumentos / Sin instrumentos.
- » Con acompañamiento / A capella.
- » Música en vivo / Música grabada.
- » Actividades estructuradas / En las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- » Incluyendo otros participantes (personal, familiares, niños) / En grupos abiertos.
- » Con personas con demencia / con familiares.

4.3.6

ESTRUCTURA DE UNA SESIÓN

Para referirnos a la estructura de sesión nos basamos en la propuesta de Hanne Mette Ridder (2003), descrita en cuatro pasos que reflejan una comprensión del trabajo con demencia:

- a) Atención: cuando comenzamos una sesión de musicoterapia con personas con deterioro cognitivo, lo más importante es que atiendan a un espacio común, donde se da la posibilidad de encuentro. La musicoterapia ofrece a los pacientes maneras estructuradas de interacción, no demandantes, con el uso de claves significativas que se refieran al contexto de la sesión.
- b) Despertar: el siguiente paso es regular los niveles de conciencia del lugar y momento presente, donde se es posible mantener la atención. Para disminuir el nivel de agitación puede tener un buen efecto el uso de una voz suave, tempo lento, una cierta distancia, y una actitud no demandante. No obstante, se debe tener en cuenta que no existe un manual con técnicas clave de regulación (una persona puede reaccionar ante una nana tranquilizándose, y otra sin embargo agitándose más).
- c) Diálogo: las canciones deben adaptarse al estado anímico del paciente siguiendo el principio mágico de ISO: "lo semejante actúa sobre lo semejante". Puede



partir desde su ritmo respiratorio, los sonidos que emite, el paisaje sonoro,... Posteriormente para aumentar la comunicación y el diálogo, el musicoterapeuta empleará las técnicas de musicoterapia precisas.

- d) Conclusión: prepara a los participantes para el final de la sesión e indica que nos volveremos a ver. La conclusión de la sesión tiene un aspecto integrativo, la persona debe ser preparada y conectada con lo que ocurra después de la sesión de musicoterapia. De esta manera, evitamos sentimientos de abandono.

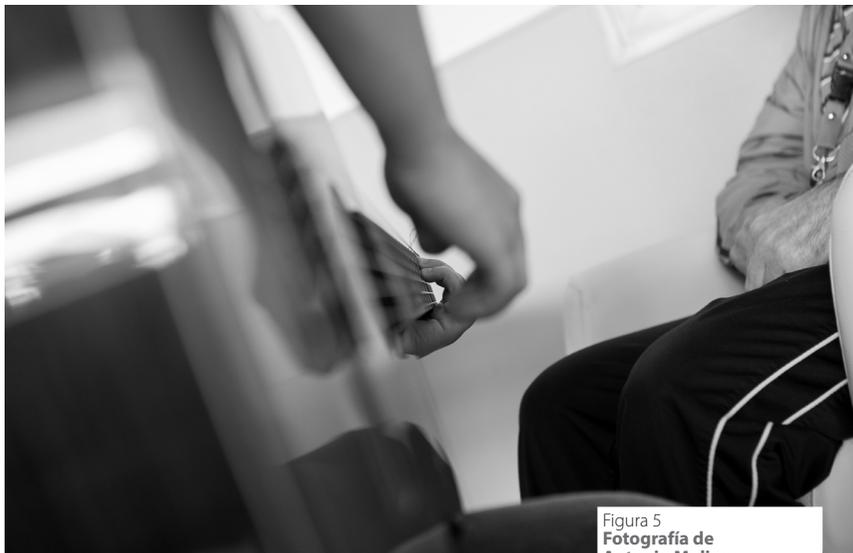
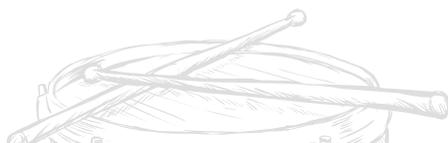


Figura 5
Fotografía de
Antonio Molina

5

CONCLUSIONES

La musicoterapia en este colectivo se ha tratado desde un gran número de enfoques distintos. Su versatilidad le ha permitido adaptarse a las necesidades de las personas, cuidadores y centros, por ello requiere que los musicoterapeutas que trabajan en los centros de día o residencias tengan un profundo conocimiento del campo.



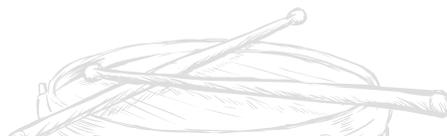
La investigación existente proporciona un rico y valioso conocimiento acerca de los efectos de la musicoterapia en demencias. Es necesario que continuemos avanzando en esa línea procurando mejorar la calidad metodológica en la investigación.

Las personas con demencia deben afrontar una enfermedad degenerativa que conlleva la pérdida de capacidades cognitivas, físicas y funcionales, se enfrentan a cambios importantes en sus vidas. Por ello necesitan apoyo y empatía, espacios para expresar sus emociones y sentirse comprendidos. Sabemos que una melodía puede evocar un recuerdo, un sentimiento de añoranza, de felicidad, de sorpresa, etc., ofreciendo a la persona la oportunidad de conectar con sus propias emociones y expresarlas.



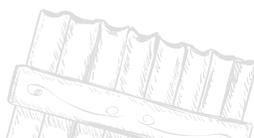
«La música expresa todo aquello que no puede decirse con palabras y no puede quedar en el silencio»

Víctor Hugo

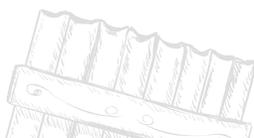


BIBLIOGRAFÍA

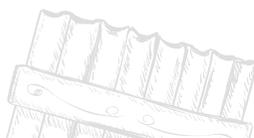
- Alberca, R., y López-Pousa, S. (2002). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aldridge, D. (1993). Music and Alzheimer's disease--assessment and therapy: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86(2), 93.
- Aldridge, D. (2000). *"Music therapy in dementia care"*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ashida, S. (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 170-182.
- Blood, A. J., & Zatorre, R. J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(20), 11818-11823.
- Brooker, D. (2013). *Atencion Centrada en la Persona con Demencia*. Barcelona: Octaedro.
- Brotons, M., Koger, S. M., & Pickett-Cooper, P. (1997). Music and dementias: A review of literature. *Journal of Music Therapy*, 34(4), 204-245.
- Brotons, M., y Martí, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona: Monsa-Prayma.
- Bruer, R. A., Spitznagel, E., & Cloninger, C. R. (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*, 44(4), 308-328.
- Clair, A. A., Tebb, S., & Bernstein, B. (1993). The effects of a socialization and music therapy intervention on self-esteem and loneliness in spouse caregivers of those diagnosed with dementia of the Alzheimer type: A pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 8(1), 24-32.
- Clark, M. E., Lipe, A. W., & Bilbrey, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological nursing*, 24(7), 10-17.
- Cuddy, L. L., & Duffin, J. (2005). Music, memory, and Alzheimer's disease: is music recognition spared in dementia, and how can it be assessed?. *Medical hypotheses*, 64(2), 229-235.
- Del Campo, P. (1997). *La música como proceso humano*. Vitoria-Gasteiz: Amarú Ediciones.
- Feil, N., (2002). *Validación. Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas*. Barcelona: Herder.
- Gerdner, L. (1997). An individualized music intervention for agitation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 3(6), 177-184.



- Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*.
- Gerdner, L. A., & Swanson, E. A. (1993). Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients. *Archives of psychiatric nursing*, 7(5), 284-291.
- Groene, R. W. (1993). Effectiveness of music therapy 1: 1 intervention with individuals having senile dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Music Therapy*, 30(3), 138-157.
- Guétin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., ... & Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 28(1), 36-46.
- Irish, M., Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., & Coen, R. F. (2006). Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 22(1), 108-120.
- Jauset, J.A. (2013). *Cerebro y Música, una pareja saludable*. Almería: Editorial Círculo Rojo.
- Li, Y. H., Chen, S. M., Chou, M. C., & Huang, T. Y. (2014). [The use of music intervention in nursing practice for elderly dementia patients: a systematic review]. *Hu li za zhi The journal of nursing*, 61(2), 84-94.
- Lord, T. R., & Garner, J. E. (1993). Effects of music on Alzheimer patients. *Perceptual and motor skills*, 76(2), 451-455.
- Magee, W. L., Siegert, R. J., Daveson, B. A., Lenton-Smith, G., & Taylor, S. M. (2014). Music Therapy Assessment Tool for Awareness in Disorders of Consciousness (MATADOC): Standardisation of the principal subscale to assess awareness in patients with disorders of consciousness. *Neuropsychological rehabilitation*, 24(1), 101-124.
- Mateos Hernández, L. A. (2011). Guías de implantación: musicoterapia. Madrid: Imserso. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guademusicoterapia.pdf>
- Mateos Hernández, L. A., del Moral Marcos, M. T. y San Romualdo Corral, B. (2012). Sempa: Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para personas con Alzheimer y otras Demencias. Madrid: Imserso. Recuperado de http://crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/21021_sempa.pdf.
- Munk-Madsen, N. M. (2001). Assessment in music therapy with clients suffering from dementia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(2), 205-208.
- Polk, M., & Kertesz, A. (1993). Music and language in degenerative disease of the brain. *Brain and Cognition*, 22(1), 98-117.



- Pollack, N. J., & Namazi, K. H. (1992). The effect of music participation on the social behavior of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*, 29(1), 54-67.
- Prickett, C. A., & Moore, R. S. (1991). The use of music to aid memory of Alzheimer's patients. *Journal of Music Therapy*, 28(2), 101-110.
- Raglio, A., Bellelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, A. R., Farina, E. & Trabucchi, M. (2012). Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, 72(4), 305-310.
- Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Villani, D., & Trabucchi, M. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(2), 158-162.
- Ragneskog, H., Bråne, G., Karlsson, I., & Kihlgren, M. (1996). Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scandinavian journal of caring sciences*, 10(1), 11-17.
- Ridder, H. M. O. (2003). Singing dialogue: Music therapy with persons in advanced stages of dementia: a case study research design (Doctoral dissertation, Institute of Music Therapy, Aalborg University)
- Samson, S., Dellacherie, D., & Platel, H. (2009). Emotional power of music in patients with memory disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 245-255.
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soynila, S., Mikkonen, M., ... & Hietanen, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 131(3), 866-876.
- Sherratt, K., Thornton, A., & Hatton, C. (2004). Music interventions for people with dementia: a review of the literature. *Aging & Mental Health*, 8(1), 3-12.
- Sung, H. C., & Chang, A. M. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14(9), 1133-1140.
- Svansdottir, H. B., & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International psychogeriatrics*, 18(04), 613-621.
- Vink, A. C., Birks, J. S., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. P. M. (2003). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Wigram, T., Pedersen, I.N., Bonde, L.O (2005). *Guía completa de musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz: Agruparte.
- Witzke, J., Rhone, R. A., Backhaus, D., & Shaver, N. A. (2008). How sweet the sound: research evidence for the use of music in Alzheimer's dementia. *Journal of gerontological nursing*, 34(10), 45-52.

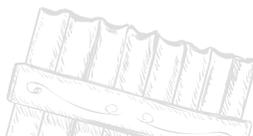


FUENTES ELECTRÓNICAS

Imsero. *Centro de Referencia estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca*. Recuperado de <http://www.crealzheimer.es>

World Federation of Music Therapy. Recuperado de <http://www.musictherapyworld.net>

American Music Therapy Association. Recuperado de <http://www.musictherapy.org/>





GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

