

## CAPÍTULO VI

### APLICACIONES DE LA MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMOS DE ALZHEÍMER: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

**Javier Torres Pereira<sup>1</sup>**

*Dr. en Psicología*

**Elena Goicoechea Calderero<sup>2</sup>**

*Lcda. en Música*

**Mar Bravo Pérez<sup>3</sup>**

*Lcda. en Filosofía y Letras*

**Resumen:** Los trastornos neurocognitivos tienen un gran impacto en las relaciones sociales del paciente y de su familia. La aplicación de la musicoterapia en geriatría y gerontología es enormemente positiva, dado que el envejecimiento viene caracterizado por cambios a nivel físico, biológico, psicológico, social y espiritual, la musicoterapia tiene como objetivo la prevención en mayores sanos, pero ante todo, mejorar la calidad de vida en mayores con afecciones neurológicas tales como el Alzheimer, Parkinson, cuidados paliativos, mayores con problemas psiquiátricos (depresión, ansiedad), o con problemas de dolor o insomnio. Se aportan algunas propuestas de actividades que se pueden llevar a cabo en un proceso de intervención, basando los objetivos que hay que trabajar en la sintomatología propia de las personas mayores. Se expone una propuesta de intervención musicoterapéutica donde se hace una pequeña selección de actividades diseñadas para conseguir parte de los objetivos planteados en relación a algunos de los síntomas que sufren los pacientes de Alzheimer. A través

---

<sup>1</sup> Psicólogo General Sanitario, Profesor Asociado del Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social de la Universidad de Huelva, Psicoterapeuta, y Técnico del Modelo Benenzon de Musicoterapia.

<sup>2</sup> Licenciada en Música, Profesora Colaboradora del Área de Música de la Universidad de Huelva, Magíster del Modelo Benenzon de Musicoterapia.

<sup>3</sup> Licenciada en Filosofía y Letras, Técnico del Modelo Benenzon de Musicoterapia, Musicoterapeuta.

de la musicoterapia puede operarse el cambio y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

**Abstract:** “Applications of music therapy in the treatment of Alzheimer patients: a proposal to intervention”

Neurocognitive disorders have a large impact on patient and his family’s social relationships. Application of music therapy in geriatrics and gerontology is hugely positive, since ageing come characterized by changes on the physical, biological, psychological, social and spiritual level, music therapy has as an objective prevention in healthy elderly people, but first of all, to improve quality of life in elderly people with neurological illness like Alzheimer, Parkinson, palliative care, elderly people with psychiatric problems (depression, anxiety), or with pain or insomnia problems. Some proposals of activities which can be carried out in an intervention process are provided, basing the objectives to work on the own symptomatology of the elderly people. A proposal to music therapy’s intervention is explained, where a small selection of activities designed to get part of the objectives brought up relative to some of the symptoms which Alzheimer patients suffer. Through music therapy change can occur and improve like this patients’ quality of life.

## **1. Envejecer con Alzheimer**

Con el paso del tiempo, los seres vivos sufren un conjunto de cambios. Específicamente los cambios que se producen a partir de los 65 años, y cada vez antes, se pueden clasificar en funcionales, mentales y socioambientales. Existe, con ello, una transformación en la ejecución de las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, cambios en las capacidades cognitivas, conductuales y emocionales, y cambios en las relaciones sociales, laborales y económicas. La calidad con que una persona y la sociedad vivencia estos cambios dependen de cómo se produzca el proceso, el cual puede ser un proceso de envejecimiento normal o de envejecimiento patológico.

Abengózar y Serra (1997) explican que cuando se hace referencia al proceso de envejecimiento normal se está hablando de cambios en la inteligencia, cambios en las capacidades cognitivas (atención, aprendizaje y memoria, y lenguaje), cambios en la personalidad y en la socialización. Sin embargo, cuando se hace referencia al proceso patológico, el aspecto más sobresaliente es el llamado trastorno neurocognitivo mayor, anteriormente denominado demencia. Existen diferentes tipos, siendo el más común el Trastorno Neurocognitivo debido a Enfermedad de Alzheimer. Estos aspectos se traducen en un conjunto de

preocupaciones que vivencia la persona a partir de los 65 años y la sociedad en la que se haya inmersa. Como afirman Montorio e Izal (2000), la persona se centra en el mantenimiento de la salud, una de las mayores preocupaciones de estas personas. En la edad avanzada, la conducta es un nexo fundamental entre salud y enfermedad, desempeñando un importante papel los factores psicológicos y sociales, que hacen que las personas mayores se impliquen en comportamientos de prevención y promoción de la salud.

### **1.1. Principales trastornos en personas mayores**

Se estima que el 2-4% de la población mayor de 65 años padece trastorno neurocognitivo debido a enfermedad de Alzheimer, siendo otras variedades mucho menos frecuentes. La prevalencia de los trastornos neurocognitivos aumenta con la edad, en particular después de los 75 años, alcanzando una prevalencia del 20% o más por encima de los 85 años. En la misma fuente, se hace referencia a los trastornos del estado de ánimo, concretamente al episodio depresivo mayor, que en los ancianos puede cursar con síntomas cognitivos (p. e., desorientación, pérdida de memoria o distracción). En esta línea, Santos y Palacios (2001) sostienen que la edad en sí misma no es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión y, en la persona mayor, ven más conveniente hablar de trastornos del humor, ya que un 15% de las personas que viven en hogares y residencias geriátricas sufren síntomas depresivos, aunque vistos en conjunto no cumplen los requisitos necesarios para poder hablar de un episodio depresivo.

Muñoz (2002) ha observado que los estudios apuntan a que la tasa de prevalencia de la depresión en personas mayores puede considerarse inferior a la de otros colectivos, aunque se observa que estas personas se quejan más de síntomas depresivos que individuos pertenecientes a otra cohorte generacional. Montorio e Izal (2000) recogen datos de otros estudios en los que la frecuencia de aparición de la depresión es variable según el contexto al que pertenecen los afectados. Así, el trastorno afecta al 10% de los que viven en la comunidad, entre el 15 y 35% de los que viven en residencias geriátricas, entre el 10 y 20% de los que son hospitalizados, en torno al 40% de los que padecen algún problema psicofisiológico y están en tratamiento, y se alcanza el 50% de todas las hospitalizaciones en unidades psiquiátricas de los hospitales generales. De igual modo, en lo referente al riesgo de suicidio en personas mayores depresivas, los datos hallados por estos autores refieren tasas de un 14% cuando las cifras esperadas normales serían de un 5% por año. Aunque existen diferentes tasas de prevalencia de los problemas de ansiedad en diversos estudios, parece relevante hablar del trastorno ansioso. Parece importante que las personas de edad avanzada puedan afrontar la ansiedad, ya que muchos de los acontecimientos

considerables en esta época de la vida generan ansiedad a causa de su inherente significado psicológico (enfermedad crónica, enfermedad terminal y muerte). Asimismo, la soledad, los apuros económicos, un cambio de domicilio, una enfermedad o una emoción intensa aún siendo positiva, pueden desencadenar un cuadro de ansiedad. Por tanto, aún teniendo presente la notable variabilidad entre distintos estudios, en las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en este grupo de población, puede considerarse un problema significativo.

En relación a los trastornos del sueño, con el transcurso de los años, el sueño sufre cambios. Santos y Palacios (2001) constatan que se reducen la intensidad, la duración, y continúa disminuyendo su calidad y aumentando la posibilidad de encontrar patologías en él. La cuestión que más preocupa y sigue preocupando a los investigadores, es delimitar si los problemas y las quejas del sueño que expresan y muestran las personas mayores, son una inevitable consecuencia del envejecimiento o bien sean una manifestación de otros problemas que acompaña ese envejecimiento. Los mismos investigadores mantienen que las quejas más comunes son el sueño profundo, los despertares frecuentes a lo largo de la noche, despertar temprano, tardar más tiempo en conciliar el sueño y la somnolencia diurna. Según los estudios recogidos en Montorio e Izal (2000), parece que hay una relación lineal directa entre la edad y la prevalencia de quejas de sueños. Se estima que entre un 12 y un 25% de personas de más de 60 años, se quejan de sueño inadecuado. Los trastornos del sueño son de entre 3 a 4 veces más frecuentes en la vejez que en la juventud y son más frecuentes entre las mujeres de edad avanzada.

### **1.2. *Trastornos neurocognitivos***

Según López y Lombardía (2014), tal vez el cambio más deseado ha sido la eliminación del término “demencia” para reemplazarlo por el de “trastorno neurocognitivo mayor”, justificado por la connotación estigmatizante que poseía. No cabe duda de que esta supresión supone una ruptura conceptual importante y su desaparición consolida el concepto de continuidad de un proceso, que evoluciona en el curso del tiempo fundamentalmente con dos tipos de criterios: la gravedad y la intensidad de las manifestaciones clínicas. El DSM-5 ha modificado sustancialmente sus criterios con respecto a la versión anterior. Al ser una clasificación de enfermedades, tampoco incluye los estadios preclínicos, pero sí contempla un estadio patológico predemencia al estilo del deterioro cognitivo leve.

## **I. Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo menor**

A. Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.

2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B. Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un *delirium*.

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

## **II. Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo mayor.**

A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.

2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de dos o más desviaciones estándares, por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un *delirium*.

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Siguiendo a López y Agüera (2015), se introduce el concepto de ‘trastorno neurocognitivo’, que ocupa el lugar de los ‘trastornos mentales orgánicos’ de ediciones anteriores. Así, los trastornos neurocognitivos se dividirán en tres categorías: *delirium*, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor. Los dominios sintomáticos estudiados para el diagnóstico serán los siguientes: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones visuoperceptivas y visuoespaciales y cognición social. El trastorno neurocognitivo mayor y el menor se diferencian en función de la intensidad de los síntomas y su repercusión en la funcionalidad del paciente.

	Trastorno neurocognitivo menor	Trastorno neurocognitivo mayor
Preocupación del paciente u otros por su cognición	Declive modesto en las funciones cognitivas	Declinar sustancial en las funciones cognitivas
Rendimiento en tests neuropsicológicos	De una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado	Dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado
Autonomía	La alteración es insuficiente para afectar la autonomía	La alteración es suficiente para afectar las actividades instrumentales habituales

Tabla 1. Diferencias entre trastorno neurocognitivo menor y mayor propuestas en el DSM-5.

El DSM-5 permite establecer el diagnóstico de trastorno neurocognitivo en fases muy iniciales, y recomienda sospechar la existencia de un trastorno neurocognitivo mayor leve cuando la persona exprese dificultad para realizar las tareas, bien porque las percibe como más difíciles o le requieren más tiempo y esfuerzo, o bien porque para realizarlas precise efectuar estrategias compensatorias. Puede ocurrir en algunos casos que estos síntomas pasen

desapercibidos por el propio paciente o por la familia al ser atribuidos a la edad, de ahí que se resalte la importancia de realizar una historia clínica completa.

#### **IV. Subtipos de trastornos neurocognitivos según el DSM-5.**

Trastorno neurocognitivo debido a enfermedad de Alzheimer  
Trastorno neurocognitivo vascular  
Trastorno neurocognitivo frontotemporal  
Trastorno neurocognitivo debido a traumatismo craneoencefálico  
Trastorno neurocognitivo debido a demencia por cuerpos de Lewy  
Trastorno neurocognitivo debido a enfermedad de Parkinson  
Trastorno neurocognitivo debido a infección por el virus de inmunodeficiencia humana  
Trastorno neurocognitivo inducido por sustancias  
Trastorno neurocognitivo debido a enfermedad de Huntington  
Trastorno neurocognitivo debido a enfermedad priónica  
Trastorno neurocognitivo debido a otra condición médica  
Trastorno neurocognitivo no clasificado en otro lugar

Existen algunos tests que han adquirido gran difusión por su eficacia, al permitir una valoración global de las funciones cognitivas superiores y poder ser aplicado a poblaciones no particularmente jóvenes, inteligentes o cultas, como p. e., *el Mini Mental State Test* de Folstein, Folstein y McHugh (1975). Para la exploración neuropsicológica se utilizan también otros, como la *Blessed-Roth Dementia Scale* (cognición) de Blessed, Tomlinson y Roth (1988) y la *Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria*, de Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe (1963). La *Escala* de Hachinski, Lassen y Marshall (1974) permite la diferenciación entre degenerativo y vascular.

##### **1.3. Enfermedad de Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa primaria del sistema nervioso de causa desconocida. Afecta selectivamente al cerebro y carece de tratamiento curativo. Descrita en 1907 por el médico alemán Alois Alzheimer, es la causa más frecuente del trastorno neurocognitivo mayor, incidiendo de forma particular y progresiva a partir de los 65 años, si bien existen ocasionales formas de afectación más precoz. Hay esporádicos casos familiares. El pronóstico supone un promedio de cinco años de supervivencia; la causa del fallecimiento suele ser una complicación infecciosa, sobre todo respiratoria o urinaria. Según Cummings y Benson (1983), en todos los casos, el primer y principal síntoma es la

pérdida de memoria, característicamente la de fijación de hechos recientes. En contraposición, la memoria evocadora del pasado puede estar no sólo conservada, sino hipertrofiada en fases iniciales de la enfermedad, perdiéndose igualmente en las fases avanzadas de la misma en las que se llega a una total amnesia.

Al comienzo de la enfermedad aparecen también dificultades de orientación sobre sí mismo –autopsíquica- (identificación de una parte del cuerpo), en el tiempo (hora, mes, día, año) y en el espacio (no sabe dónde se encuentra o está, dónde pensaba ir). Posteriormente, el paciente llegará a ser incapaz de discriminar entre lo propio (corporal) y ajeno (mundo exterior). El lenguaje también va a verse progresivamente afectado. Las primeras manifestaciones van a consistir en una ligera reducción del vocabulario o defectos en la articulación de la palabra. Ambos pueden pasar desapercibidos incluso para los familiares más íntimos. Poco a poco el discurso se irá relentizando, será incompleto y reiterativo, valiéndose muy frecuentemente de automatismos y frases hechas. En fases avanzadas el lenguaje es inconexo, sin lógica e incomprensible (afasia), pudiendo llegar al mutismo total. La capacidad práxica de coordinación del movimiento irá también deteriorándose hasta llegar a la pérdida completa, con necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, desnudarse y andar por sí solo). La capacidad de reconocimiento de personas y objetos (gnosias) sigue el mismo proceso, siendo incapaz de discriminar objetos o personas y situaciones.

A continuación, se citan las variables estudiadas al respecto y descritas por autores como Teri, Gibbons, McCurry, Logsdon, Buchner y Barlow (2003), entre otros, que representan los trastornos de conducta más relevantes que aparecen generalmente en la literatura científica sobre los trastornos neurocognitivos: A) Labilidad emocional (70%-90%), síntomas psicóticos (25%-60%), delirios y alucinaciones, delirios paranoides, más del 70%, delirios de abandono, infelicidad conyugal, delirios de desconfianza e ideas delirantes (40%-50%). B) Agitación (60%-85%) nocturna y diurna, conductas repetitivas, deambulación errática, reacciones catastróficas, quejas, vocalizaciones disruptivas, agresividad, comportamientos repetitivos y obsesivos, hiperactividad, desinhibición sexual y social, intranquilidad, hablar demasiado durante el día e irritabilidad (42%). C) Depresión (15%-86%), enlentecimiento psicomotor, hipoactividad, distimia (40%-50%), ansiedad (48%) y apatía (72%). D) Trastornos del sueño (más del 50% con insomnio, desvelamientos, somnolencia diurna, disminución del sueño de ondas lentas, aumentos de los despertares nocturnos, hipersomnia durante el día y molestias nocturnas). E) Trastornos de la alimentación (60%).

Los trastornos neurocognitivos tienen un gran impacto en las relaciones sociales del paciente y de su familia. Es una situación híbrida que plantea



necesidades de atención sanitaria y social. Normalmente los programas sanitarios tienen una visión muy terapéutica haciendo énfasis en la salud, mientras que los programas sociales tienen una aproximación más amplia, extendiendo el concepto hasta el bienestar social (avanzando un paso desde el concepto de calidad asistencial hasta el de calidad de vida). Estas visiones afectan decisivamente el diseño y la orientación de los diferentes programas sanitarios y sociales. Los programas sanitarios tienen una visión terapéutica, basada en la mejoría clínica, que se puede observar. Los programas sociales tienen una visión compensatoria, basada en compensar los déficit funcionales y sociales del usuario, para que la vida sea más confortable. Aunque en muchas ocasiones las dos aproximaciones son consideradas como opuestas, en el caso de los trastornos neurocognitivos, probablemente las dos visiones sean necesarias.

## 2. Musicoterapia y Alzheimer

Son muchos los fundamentos teóricos (p. e., Benenzon, Bruscia, Alvin, entre otros) que se encuentran a la hora de definir Musicoterapia (MT). Se resaltan aquí las definiciones más significativas. La palabra Musicoterapia está compuesta por Música, campo limitado y por terapia. La palabra Terapia viene del griego, que quiere decir: “parte de la Medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento y curación de las enfermedades. La Musicoterapia fundamentalmente tiene el objetivo segundo del término o sea, Terapia (Benenzon, 1991). Benenzon (2011) define la MT como Psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corpóreo-sonoro-musicales para establecer una relación entre MTa y paciente o grupo de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida, recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad. Es el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano-sonido, con el objetivo de abrir canales de comunicación en el ser humano, producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en él mismo y en la sociedad. Por otra parte, Bruscia (1997) señala que la MT restaura, mantiene y mejora la salud física y mental, ayuda a desarrollar destrezas necesarias para la vida, incrementa el desarrollo del bienestar, enriquece la autoestima, potencia el descubrimiento de los potenciales y recursos, obtiene cambios positivos en la conducta y perfecciona la integración social.

En 2007 la Asociación Americana de Musicoterapia (AMTA) definió la MT como profesión establecida en el cuidado de la salud que usa la música para atender necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de los individuos de todas las edades. *“La MT aumenta la calidad de vida de las personas que están bien y encuentra las necesidades de niños y adultos con discapacidades o enfermedad. Las intervenciones de MT se pueden designar para promover*

*bienestar, manejar estrés, aliviar dolor, expresar sentimientos, fortalecer memoria, aumentar la comunicación y promover la rehabilitación física*". En este sentido el Musicoterapeuta (MTa) forma parte del equipo médico y es considerado parte del tratamiento, ayudando al paciente a aliviar el impacto negativo de la enfermedad, trauma o condición rehabilitadora. La AMTA señala que la MT debe de ser individualizada y basada en objetivos específicos dentro de un plan de tratamiento. A este respecto afirma que debe de ser prescrita por el médico, ser razonable y necesaria para el tratamiento de enfermedades individuales, y estar dirigida y basada en un plan de tratamiento documentado. Por último, el objetivo del tratamiento no puede ser meramente mantener un cierto nivel de funcionamiento, sino mostrar algún tipo de mejora (Romero, 2013).

En la aplicación de la MT, el proceso es fundamental. Terapeuta y Paciente crean un vínculo a través del cual se hace posible la intervención terapéutica. El MTa, debe ser flexible, saber percibir al paciente, empatizar con él, escuchar, atender, esperar y acompañarle en el proceso donde es el paciente el que cambia y el que posee la sabiduría. El objetivo más importante será siempre, mejorar su calidad de vida. No hay que olvidar que la MT utiliza el lenguaje no verbal, donde el mecanismo de defensa no funciona y es más fácil expresar emociones. Esto nos lleva a una de las funciones más importantes de la MT que es propiciar el cambio positivo en la conducta del paciente. Benenzon (1992) nos señala los efectos biológicos de la música:

- 
1. Según el ritmo, incrementa o disminuye la energía muscular.
  2. Acelera la respiración o altera su regularidad.
  3. Produce efecto marcado, pero variable, en el pulso, en la presión arterial y en la función endocrina.
  4. Disminuye el impacto de los estímulos sensoriales de diferentes modos.
  5. Tiende a reducir o demorar la fatiga y, consecuentemente, incrementa el endurecimiento muscular.
  6. Aumenta la actividad voluntaria, como escribir a máquina, e incrementa la extensión de los reflejos musculares empleados en escribir, dibujar, etc.
  7. Es capaz de provocar cambios en los trazados eléctricos del organismo.

8. Es capaz de provocar cambios en el metabolismo y en la biosíntesis de variados procesos enzimáticos.

Por su parte, Betés de Toro (2015) nos describe la influencia de los elementos que conforman la música en cada una de nuestras áreas: Cognitiva del pensamiento, emocional del sentimiento y la acción del comportamiento.

- El Ritmo influye en la circulación y en la respiración, nos acerca a ritmos vitales, tiene efectos sedantes o euforizantes y nos proporciona seguridad y equilibrio.

- La Melodía influye en la estructura mental, enriquece la sensibilidad, conecta emociones y comunica sentimientos.

- La Armonía influye en la sensación de paz y amor, tensión y odio o compasión, equilibra los dos hemisferios, lo analítico con lo emocional y la creatividad. Los tonos modifican los estados de ánimo.

Teniendo toda esta base en cuenta, entendemos los efectos beneficiosos de la música de forma holística, tal y como Betés de Toro (2000) los expresa:

- En la dimensión Fisiológica: en la respiración y en el pulso, en la actividad neuronal y en la actividad muscular, en el sistema inmunitario y en la resistencia al dolor.

- En la dimensión Emocional: la música facilita expresar emociones o compartirlas, expresar diferentes estados de ánimo o modificarlos, a la vez que despierta emociones, las fortalece o las contiene.

- En la dimensión Cognitiva, aumenta la atención y estimula la imaginación, ayuda a desarrollar la memoria y la creatividad, aumenta la actividad neuronal, el sentido del orden y el análisis. Además ejercita la inteligencia.

- En la dimensión Social, ayuda a la cohesión social y grupal, fomenta el sentimiento de pertenencia e invita al dialogo, al respeto y a la comunicación, a la expresión individual y a la creatividad. Es comunicación no verbal.

- En la dimensión Espiritual, la música produce paz y armonía, da serenidad y felicidad.

La Fundación Benenzon Argentina ofrece una concepción de la MT como técnica complementaria a un tratamiento. El profesor Benenzon apunta

textualmente que *“facilita la relajación porque permite reducir la tensión, da un sentido a la vida, permite un espacio de expresión del dolor, del sufrimiento y de otras expresiones, vuelve a poner el acento en el reconocimiento del cuerpo como instrumento de expresión y facilita la integración familiar y social”*.

La MT es una terapia no invasiva, donde el movimiento y la música son inseparables. Estiramientos, respiración, expresión a través del movimiento con el cuerpo y con los instrumentos (ejercicio físico), y por último psicoterapia, una psicoterapia no verbal donde la escucha, la atención y la memoria en el área cognitiva, la expresión de emociones y la comunicación de sentimientos a través de la improvisación, en el área emocional, y las relaciones sociales, además del dolor en el área física, se trabajan a lo largo del proceso de intervención Musicoterapéutico (MTco). Se podría concluir afirmando que, utilizar la MT provoca cambios sustanciales en los pacientes, es un tratamiento flexible, no invasivo ni doloroso, ayuda a organizar la vida, es motivadora, rentable y no farmacológica.

La música como instrumento terapéutico es multidimensional, universal y flexible, capaz de adaptarse a las capacidades del paciente. Es integradora a nivel inter-personal e intrapersonal al ayudar a vivir el presente. Proporciona estructura y orden en el tiempo, y el ritmo da tranquilidad y seguridad. Es una experiencia estética pues mejora la autoestima. Y ante todo ayuda a mejorar la calidad de vida.

Tomando como referencia a los pacientes de Alzheimer, Benenzon (2014) expresa que la MT tiene que ayudar al paciente a estructurar un nuevo orden funcional que le permita encontrar un nuevo sentido a su vida, que mejore su calidad y lo convierta en un miembro activo. Para ello, como suscribe el Centro de Musicoterapia Benenzon Italia, la Musicoterapia *“utiliza el sonido, la música y el movimiento para abrir canales de comunicación y de traer de vuelta los recuerdos, ya que la dimensión musical es de fácil acceso, más allá del nivel alcanzado por la demencia senil. El objetivo es desarrollar las habilidades sociales, aumentar la autoestima y el sentido de sí mismo, el aumento de capacidad de atención, manteniendo las capacidades residuales, fomentar el uso de vocales y lingüística, desarrollar códigos de la comunicación no verbal compartida, mejorar la calidad de vida, acompañando a los familiares y los operadores en el descubrimiento de la comunicación no verbal. Obviamente apunta a una continuación de la capacidad restante; No podemos pensar en un progreso de la capacidad, pero resurgir gradualmente flash, eventos...”*

De igual manera, los pacientes geriátricos están inscritos en una trayectoria social, cultural e individual. Entendido así, el Musicoterapeuta creará un vínculo no solo con el paciente geriátrico, también con el grupo que lo circunda. El

objetivo, como indica Benenson (2014) será abrir canales de comunicación que conducirán a la socialización y la mejoría, estimulando la evocación de la memoria al crearse nuevas asociaciones a través de nuevas conexiones neuronales. Éstas, harán conexiones con otras células no deterioradas u otras nuevas, que modificarán aspectos de la personalidad o desenterrarán aquellos desconocidos. En 2006 la American Music Therapy Association, afirmó que la musicoterapia en geriatría es eficaz y válida para las personas mayores que tienen déficits funcionales en el funcionamiento físico, psicológicos, cognitivo o social. Diversos resultados de investigación y experiencias clínicas verifican la viabilidad de la terapia musical, incluso con aquellos pacientes que son resistentes a otros métodos de tratamiento. La música es una forma de estimulación sensorial, lo que provoca respuestas debido a la familiaridad, la previsibilidad, y los sentimientos de seguridad asociados con ella.

Por tanto, se puede afirmar que la aplicación de la musicoterapia en geriatría es enormemente positiva, dado que el envejecimiento viene caracterizado por cambios a nivel físico, biológico, psicológico, social y espiritual, y la MT tiene como objetivo la prevención en mayores sanos, pero ante todo, mejorar la calidad de vida en mayores con afecciones neurológicas tales como el Alzheimer, Parkinson, cuidados paliativos, mayores con problemas psiquiátricos (depresión, ansiedad), o con problemas de dolor o insomnio. Para resumir y siguiendo a Mercadal y Martí (2008), las funciones de la música en geriatría son, por un lado, la música como actividad recreativa, y por otro, la musicoterapia como intervención preventiva o como intervención terapéutica.

### ***2.1. Propuesta de intervención musicoterapéutica***

Seguidamente se aportan algunas propuestas de actividades que se pueden llevar a cabo en un proceso de intervención MTco, basando los objetivos a trabajar en la sintomatología propia de las personas mayores. Lo primero que se valora son las necesidades del paciente y su historia de vida. Es decir, qué presenta actualmente y qué ha hecho tal persona, ajustando lo que se puede hacer como musicoterapeutas para mejorar su calidad de vida.

La enumeración de los objetivos generales configuran el punto de partida del proceso terapéutico, al tratarse de las intenciones que van a marcar nuestra intervención y expresar los propósitos del proceso MTco.

Por otra parte, los objetivos específicos a lo largo del proceso de intervención MTco definen las metas que se pretenden alcanzar y ayudan a seleccionar las actividades, constituyendo el referente indirecto de la evaluación del proceso. El objetivo primordial será mejorar la calidad de vida, entendiendo

como tal el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la misma, así como el nivel de confort, gozo, y capacidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria. No se olvide que la calidad de vida es algo subjetivo, que depende de la percepción de cada individuo, que es cambiante y va evolucionando. Se llevará a cabo un proceso de intervención MTco con el que esperamos conseguir facilitar estrategias que puedan incorporar en su día a día y ayudar a mantener capacidades residuales en los pacientes con Alzheimer.

A continuación se expone, a modo de ejemplo, una propuesta de intervención Musicoterapéutica donde se hace una pequeña selección de actividades diseñadas para conseguir parte de los objetivos planteados en relación a algunos de los síntomas que sufren los pacientes de Alzheimer.

**Síntomas:**

Deterioro neurocognitivo: pensamiento enlentecido, concentración deteriorada, pérdida de memoria a corto plazo...

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Desarrollar la memoria a corto plazo

**ACTIVIDADES MT:**

- Aprendizaje de canciones y danzas sencillas.
- Reconocer piezas folklóricas.
- Asociar el nombre de la composición con la audición.
- Realizar dictados rítmicos y melódicos sencillos.
- Reproducir sonidos en forma de eco.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Desarrollar la percepción auditiva.

**ACTIVIDADES MT:**

- Realizar dictados rítmicos y melódicos sencillos.
- Reproducir en forma de eco diferentes ejercicios rítmicos.
- Imitar sonidos con la voz.
- Reconocer diferentes sonidos.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Aumentar la concentración

**ACTIVIDADES MT:**

- Reproducir sonidos o ritmos.
- Realizar actividades de conjunto coral.

- Interpretar piezas instrumentales, tanto de forma grupal como individual.
- Aprender danzas sencillas.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Desarrollar la creatividad

ACTIVIDADES MT:

- Improvisar sonidos o ritmos.
- Moverse libremente al ritmo de la música.
- Dibujar aquello que inspiren las audiciones
- Composición de ritmos y obras sencillas.

**Síntomas:** Dolor muscular generalizado y crónico. Trastornos del sueño. Fatiga extrema que no mejora con el reposo.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Reducir el dolor. Liberar tensiones acumuladas.

ACTIVIDADES MT:

- Sesiones de Musicoterapia del Modelo Benenzon..

OBJETIVO ESPECÍFICO: Conseguir una mayor capacidad de relajación

ACTIVIDADES MT:

- Ejercicios de Relajación y Respiración guiados con música.
- Audición de obras musicales.
- Actividades de danza y movimiento al ritmo de la música.

**Síntoma:**

Baja Autoestima y Aislamiento social

OBJETIVO ESPECÍFICO: Aumentar la autoestima. Fomentar la integración social.

ACTIVIDADES MT:

- Interpretar de forma grupal obras vocales, rítmicas y/o instrumentales.
- Asistir en grupo a conciertos y actividades musicales.
- Aprender y bailar danzas en grupo.
- Escenificar cuentos musicales.

- Participar en juegos musicales.

Como profesional de la MT, se debe ser optimista, creer en la capacidad innata de mejorar y en el deseo de querer hacerlo, de saber que a través de la MT puede operarse el cambio y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

Se debe tener el firme convencimiento, de que los hombres y mujeres pueden mejorarse unos a otros gracias a la capacidad de entrega, de servicio y de querer ayudar a mejorar la vida de los que lo necesitan. Y estas creencias son la que deben llegar al paciente y pasar a formar parte de sus creencias. Así se puede estar colaborando humildemente a cambiar el mundo, y hacer que sea un poco mejor. Este privilegio conjuntamente con todos los profesionales de los equipos sanitarios y las familias, está en nuestras manos.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Abengózar, M. C. y Serra, E. (1997). *Envejecimiento normal y patológico*. Valencia: Promolibro (230-240).
- Benenzon, R. (1991). *Teoría de la musicoterapia*. Madrid: Mandala. (10-31).
- Benenzon, R. (1992). *Manual de musicoterapia* (2ª ed.). Barcelona: Paidós educador. (26-36).
- Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia de la teoría a la práctica* (1ª ampliada). Barcelona: Paidós.
- Benenzon, R. (2014). Seminario de Aplicaciones Clínicas de la Musicoterapia: Autismo, Alzheimer, Coma y Dolor Crónico, dictado por el Profesor Rolando Benenzon en Valencia. Material sin publicar.
- Betés de Toro, M. (2000). *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid: Morata. (287-301).
- Betés de Toro, M. Dossier asignatura Psicopatología del Máster de Musicoterapia IX edición. Material sin publicar.
- Bruscia, K. (1997). *Definiendo musicoterapia*. Salamanca: Amaru ediciones. (21-30).
- Blessed, G., Tomlinson, B. E. y Roth, M. (1988). Blessed-Roth dementia scale. *Psychopharmacol Bull.* 24, 705–708.
- Cummings, J. L. y Benson, D. F. (1983). *Dementia a clinical approach*. Boston: Butterworths. (67-210).



- DSM IV- TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.) (1994). *Manual de Psicopatología*. (2 Vol.) Madrid: McGraw-Hill.
- DSM 5 (2013). American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Hachinski, V. C., Lassen, N. A. y Marshall, J. (1974). Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet*, 2, 207-210.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- López, J. y Agüera, F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5, 1, 3-14. (5).
- López, S. y Lombardía, C. (2014). ¿Demencia o trastorno neurocognitivo mayor? *Alzheimer. Real Invest Demenc*, 5, 6, 3-6. (4).
- Mercadal, M. & Marti, P. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona: Monsa-Prayma. (18-20).
- Montorio, I. e Izal, M. (2000). *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis. (15-42).
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide. (151-161).
- Romero, M. (2013). Dossier asignatura Teoría y Fundamentos en MT del Máster de Musicoterapia IX edición. Material no publicado.
- Santos, J. y Palacios, D. (2001). *Manual de formación para gerocultores*. Madrid: Síntesis. (115-134 y 153-172).
- Teri, L., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Buchner, D. M., Barlow, W. E. (2003). Exercise Plus Behavioral Management in Patients With Alzheimer Disease: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 15, 2015-2022.

Torres, J. (2008). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés. (Un estudio en población sociosanitaria)*. Universidad de Huelva.

**WEBS DE INTERÉS:**

<https://sobremusicoterapia.wordpress.com/2010/09/21/dia-mundial-del-alzheimer/>

[http://www.centrobenenzon.org.es/biblioteca/01\\_1benenzon\\_alzhe.htm](http://www.centrobenenzon.org.es/biblioteca/01_1benenzon_alzhe.htm)

[http://publiwebs.com/benenzon/biblioteca/01\\_1benenzon\\_alzhe.htm](http://publiwebs.com/benenzon/biblioteca/01_1benenzon_alzhe.htm)

[http://www.musictherapy.org/assets/1/7/MT\\_Alzheimers\\_2006.pdf](http://www.musictherapy.org/assets/1/7/MT_Alzheimers_2006.pdf)

[www.musictherapy.org](http://www.musictherapy.org)

[http://publi-webs.com/benenzon/index.php/mt-y-terapias-no-](http://publi-webs.com/benenzon/index.php/mt-y-terapias-no-verbales/definiciones-profesor-benenzon)

[verbales/definiciones-profesor-benenzon](http://publi-webs.com/benenzon/index.php/mt-y-terapias-no-verbales/definiciones-profesor-benenzon)

<http://www.centrobenenzon.org/>

-----