



## **Musicoterapia para personas mayores con demencia avanzada. Impacto socioemocional y calidad de vida.**

Roberto Solsona Belmonte.<sup>1</sup>

Recibido: 29/03/2021    Aceptado: 09/05/2021

**RESUMEN:** En el siguiente artículo se muestra el trabajo realizado durante un período de intervención con musicoterapia de un año y tres meses, con 52 usuarios ancianos, de edad entre los 75-100 años, que se encuentran mayoritariamente en la última fase de demencia y que algunos presentan necesidades de cuidados paliativos. Un proyecto que, mediante sesiones individuales en las habitaciones de los residentes, trata de demostrar como la musicoterapia mejora su calidad de vida en el acompañamiento al final de la vida, tanto a usuarios como familiares.

**Palabras Clave:** Musicoterapia, demencias, cuidados paliativos, geriatría, acompañamiento en final de vida.

## **Music therapy for elderly people with advanced dementia. Socioemotional impact and quality of life**

**ABSTRACT:** The following article shows the work done during a period of intervention with music therapy for a year and three months, with 52 elderly users, aged between 75-100 years old, who are mostly in the last stage of dementia and that some of them present palliative care needs. A project that, through individual sessions in the residents' rooms, tries to demonstrate how music therapy improves their quality of life in the accompaniment at the end of life, both users and family members.

**Key words:** Music therapy, dementia, palliative care, geriatrics, end-of-life support.

Cómo citar: Solsona, R. Musicoterapia para personas mayores con demencia avanzada. Impacto socioemocional y calidad de vida. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 5, 43-53 <https://doi.org/10.15366/rim2021.5.003>

---

<sup>1</sup> Residencia de Mayores Javalambre. Teruel. [robertosolsonamusicoterapia@gmail.com](mailto:robertosolsonamusicoterapia@gmail.com)

## 1. Introducción

La residencia de mayores Javalambre de Teruel, perteneciente al Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), cuenta con un proyecto de musicoterapia consolidado y financiado con fondos europeos. Se trata de un proyecto premiado, reconocido a nivel local y respaldado tanto por los servicios públicos, la dirección del centro y asociaciones locales, como es la Asociación de familiares de Alzheimer de Teruel, quienes apostaron por integrar la musicoterapia para atender las necesidades de cuidados de estos usuarios.

Dicha residencia cuenta con 413 plazas para residentes. Uno de sus edificios presenta dependencias exclusivas para la asistencia del personal médico, auxiliares y enfermería. Dentro de sus servicios se incluye además servicio de farmacia, personal administrativo, de limpieza, servicio de comedor, peluquería, bar, zonas recreativas, trabajadores sociales, terapeutas... que proporcionan un servicio de atención integral a los residentes.

El proyecto de mejora de la calidad de vida se divide en dos bloques, con sesiones individuales realizadas por un musicoterapeuta profesional trabajando en equipo con la psicóloga del centro, para atender a usuarios, generalmente en una fase muy avanzada de la demencia y/o enfermedad, siendo normalmente encamados de larga duración y con necesidades de cuidados paliativos, en el que incluimos la atención a sus familiares. En un segundo bloque se realizan por parte de una terapeuta ocupacional y una auxiliar actividades de animación musical y estimulación, con sesiones grupales, para residentes que sí disponen de cierta movilidad, mejor estado de salud, o una fase más moderada de enfermedad y demencia.

### **Contextualización. Musicoterapia en demencias avanzadas y cuidados paliativos**

Cada vez son más los estudios que recogen los efectos de las intervenciones con musicoterapia en dicha población.

Melissa Mercadall y Patricia Martí (Mercadall y Martí, 2007) nombran algunos de los beneficios de la musicoterapia, actuando como catalizador de procesos cognitivos como memoria reciente y autobiográfica, lenguaje y funcionamiento cognitivo. Añaden que las sesiones de musicoterapia mejoran la participación, la comunicación con otros miembros del grupo, cuidadores o familiares, potencia interacciones positivas y de cooperación, crea un estado anímico y afectivo más positivo y logran reducir problemas conductuales como agitación, agresividad, insomnio o deambulación; más estudios avalan que la musicoterapia mejora aspectos sociales como la mejora en la implicación y el estado de ánimo, reduciendo

las alteraciones conductuales (Hernández, Buiza, Vaca, Ansorena, Arriola y Álaba, 2011) y (McDermott, Crellin, Mette, Orrell, y Wiley, 2012).

Otros estudios (Van Der Steen, Smaling, Van der Wouden, Bruinsma, Schoten, y Vink, 2018), parecen indicar que la musicoterapia aplicada a adultos con demencia bajo cuidado institucional, en intervenciones de al menos 5 sesiones, probablemente logra reducir síntomas depresivos y mejorar problemas conductuales, así como el bienestar emocional, ansiedad, y calidad de vida. Aunque no demuestran cambios o efectos en síntomas como agitación, agresividad o cambios cognitivos.

### **Pacientes en fase terminal**

El grupo de trabajo de musicoterapia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos recogen en un documento (Alegre, Bellver, Del Campo, Navarro, Ripa de la Concepción y Rodríguez, 2017) la situación actual de los musicoterapeutas que trabajan en equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos, además de recopilar parte de la evidencia científica de la musicoterapia en este campo, demostrando que la musicoterapia mejora aspectos esenciales para el paciente y familiares como la ansiedad, la mejora del estado de ánimo, mejora en los procesos respiratorios, percepción del dolor y otros.

Iturri y Lemos (2019) hacen una revisión sistemática de bibliografía sobre el abordaje de las necesidades espirituales desde el ámbito de la musicoterapia en cuidados paliativos, y cómo desde la práctica clínica se abordan objetivos centrados en las necesidades fisiológicas (alivio de síntomas); necesidades psicológicas y cognitivas; proporcionar apoyo y comodidad, facilitar procesos de comunicación y apoyo sociofamiliar; y aspectos significativos del abordaje de las necesidades espirituales de los pacientes.

Otros estudios (Umbrello, Sorrenti, Mistraletti, Formenti, Chiumello, y Terzoni, 2019) parecen indicar que la musicoterapia muestra una eficacia consistente en la reducción de la ansiedad y el estrés con pacientes críticamente enfermos.

Este artículo tratará de poner evidencia en cómo la musicoterapia ha podido suponer una mejora en la calidad de vida de los usuarios, que se encuentran en la última fase de su vida, con un deterioro físico y cognitivo agravado por la enfermedad y la edad, permaneciendo la mayor parte del tiempo encamados o en sillones geriátricos.

Pensamos que la musicoterapia puede ser una terapia complementaria necesaria, eficaz y con validez científica demostrada, que da soporte a una relación terapéutica, centrándonos especialmente en aquellas personas con un deterioro cognitivo muy grave, que han perdido prácticamente las capacidades de comunicación, movilidad, equilibrio, de orientación a la realidad y que pueden presentar múltiples problemas de salud y patologías, pero aun así todavía pueden sentir y conectar con la música, y con otras personas a través de ella.

### **Necesidades de cuidado**

Una de las bases de la intervención son los pilares de la ética de la Terapia No Verbal Benenzoniana: Escuchar, acoger, percibir, esperar, atender, lo que antes de comenzar cada sesión el paciente nos está transmitiendo de una forma no verbal, con su posición corporal, respiración, tensión muscular, mirada, etc. De forma que ese espacio de silencio y percepción sirva para decidir cuál es la mejor intervención en ese momento.

Maslow (1954), establece una jerarquía de las necesidades humanas, que va desde las necesidades fisiológicas, pasando por las de seguridad, las necesidades sociales o de pertenencia, de estima y, por último, de autorrealización, donde se incluiría la creatividad, metas, y la autosuperación, entre otras. El fin último de una persona sería la propia autorrealización y satisfacción de estas necesidades en todos los niveles.

Esta realidad no deja de estar presente en pacientes de edad avanzada, que vienen con toda su historia personal y bagaje cultural y emocional, y que están en la última fase de su vida y de un proceso largo de enfermedad. La pérdida relacional y de facultades hace que muchos de ellos presenten una dependencia total para su autocuidado, que han perdido en su mayor parte la capacidad de comunicación funcional a través del lenguaje, han sido institucionalizados, y añadimos que en tiempo de Covid-19, con las restricciones, algunos de ellos han padecido la infección y secuelas del virus, el aislamiento preventivo por confinamiento, y se ha limitado durante meses el contacto afectivo y la presencia de sus seres queridos, lo que acentúa su desorientación y confusión. Experiencias a las que se han tenido que adaptar dentro del proceso de cierre de su ciclo vital y que en muchos casos además han agravado su deterioro físico y cognitivo. Algunos de los objetivos de las sesiones de musicoterapia serán proporcionar contención, confianza, seguridad desde un marco de expresión afectiva para afrontar un momento vital tan importante.

## 2. Método

Antes de comenzar cada proceso de musicoterapia, se hace una valoración del nivel de funcionalidad por parte de la psicóloga del centro, según el índice de Barthel, junto con una valoración del grado de deterioro cognitivo en base a los criterios de la escala GDS de Reisberg. En sesión conjunta psicóloga – musicoterapeuta, se realiza una sesión de observación y evaluación para valorar las respuestas a la música y así poder elaborar un plan de atención individual, que incluye la valoración-diagnóstico con los datos disponibles y los objetivos musicoterapéuticos de intervención.

Casi todos los pacientes están comprendidos en un rango de edad entre los 75 y 100 años.

A excepción de sesiones puntuales para atender a usuarios con otro tipo de necesidades de apoyo a intervenciones más de tipo psicológico, se han realizado procesos de intervención con un total de 52 pacientes, 11 hombres y 41 mujeres. De ellos, 38 presentan dependencia funcional total, 9 dependencia severa y 5 dependencia moderada. Por otra parte, 29 de ellos presentan un GDS-7 (Deterioro cognitivo muy grave), 15 un GDS-6 (grave), 2 un GDS-5 (moderado-grave), 4 un GDS-4 (moderado), y 2 personas presentan un deterioro cognitivo leve-moderado o no presenta deterioro.

En este punto vale la pena encuadrar las características del grado de deterioro cognitivo de Reisberg (GDS) (Reisberg, Ferris, De Leon y Crook, 1982), en este caso las fases 5, 6 y 7, según las cuales, a partir del grado 5, la persona podría reconocer su nombre y el de familiares más cercanos, aparece la desorientación, y necesita asistencia para prácticamente cada una de sus actividades cotidianas. En el grado 6, puede presentar alteraciones temporo-espaciales, recuerda su nombre y diferencia a familiares de desconocidos, retiene algunos datos del pasado, junto con síntomas de alteración del ritmo diurno, y cambios de personalidad y afectividad (delirio, síntomas obsesivos, agitación, agresividad, ansiedad, abulia cognoscitiva). Y, por último, en la fase, GDS-7, se produce una pérdida progresiva de las capacidades verbales y motoras, pasando de poder verbalizar unas pocas palabras, deambular o mantenerse sentado sin ayuda, a la pérdida de la capacidad de articular palabras, de sonreír o mantenerse en una posición erguida.

Aunque muchos de los usuarios se encuentran en esta última fase (valores residuales de afectividad, ritmo, capacidad de imitación, disminución sensorial, y capacidad muy limitada para articular palabras o frases), debido a la diversidad de las respuestas en sesión, se decidió

utilizar una ficha de registro de sesiones con la cual poder evaluar cada una de las reacciones de los pacientes y que pudiera englobar a todos ellos.

### **Ficha de observación y registro de datos**

Priorizando las necesidades de cuidado, en la ficha de observación se recogen: Si se observan signos externos de malestar, ansiedad, agitación, delirios y/o dolor y si se producen cambios tras sesión; expresión facial antes y después de sesión (tristeza-miedo-euforia-enfado-alegría-vergüenza-calma), la estrategia deseada en sesión con el/los objetivo/s terapéuticos más importantes, los mediadores-instrumentos utilizados, las asociaciones corporo-sonoro no verbales que han servido para comunicarse con el paciente (silencios, canciones, gestos, miradas, palabras...).

Añadimos que después de la observación inicial, al comenzar cada sesión, se priorizan los objetivos como una Gestalt, que pueden ser a veces la relajación, disminución de la tensión corporal y la facilitación de una respiración más profunda, otras veces promoviendo la activación y estimulación del habla y la comunicación, del movimiento, la emisión de sonidos vocálicos o el canto y como cierre, tratando de apoyar verbalmente la expresión de su estado emocional, reforzando la parte emocional y afectiva de la comunicación.

Además, para poder realizar un registro estadístico de reacciones observables, se utilizan las siguientes variables:

- Cambios observables en la respiración (suspiros, respiraciones más profundas y rítmicas, contención de la respiración en la escucha).
- Cambios en el arousal. (Activación física, se observa actitud de interacción y escucha. Búsqueda e interés por el estímulo).
- Cambios en dirección de ojos y/o contacto ocular. (búsqueda con la mirada y miradas directas al rostro del terapeuta o instrumento, movimiento de la mirada hacia el estímulo).
- Cambios en movimientos físicos o posturales (arrojarse, giros de cabeza y tronco hacia el estímulo, cambiar de posición, acariciarse las manos, acercar el brazo o la mano, relajar los brazos y el tronco, incorporarse o ponerse en posición más erguida, etc.).
- Disminución de síntomas de agitación, ansiedad, delirios o dolor (disminuyen quejas, movimientos físicos más agitados, verbalización de delirios, estado más relajado y con menos ansiedad, etc.).

- Cambios en la expresión facial y emocional (rostro y mirada más relajados, sonrisas, gestos expresivos en el rostro).
- Si hay o no interacción verbal y no verbal (movimiento de labios, vocalizaciones, gestos, respuestas con tarareo, palabras cortas o frases más elaboradas. También verbalizaciones o vocalizaciones espontáneas).
- Si hay o no interacción o respuestas musicales (emisión de sonidos vocálicos, canto, ritmo corporal o expresión rítmica con instrumentos).
- Reminiscencia (evocación de recuerdos significativos del pasado, nombres de familiares, lugares, etc.).

Por supuesto, todos los pacientes no cumplen las características para ofrecer respuesta a todas las variables, priorizando dentro de los objetivos terapéuticos las primeras, y teniendo como criterio de elección de los usuarios aquellos que están en la última fase.

### **Envoltura sonora**

En su artículo, *La clínica en Musicoterapia* (Licastro y Arias, 2009), mencionan que:

Los modos vinculares se expresan en los intercambios sonoros en relación con la receptividad, la atención mutua y la reciprocidad, también estos elementos conforman la comunicación no verbal. Los modos relacionales se expresan en la posibilidad de armar estructuras sonoras que van preparando la comunicación verbal, como una “conversación”, producciones que se desarrollan por actuación por turnos, diálogos sonoros, etc.

En las intervenciones con musicoterapia, se ha utilizado la producción de música en directo, mediante el uso de la guitarra y de la voz básicamente (más adelante se han ido añadiendo arpa de mano, pandero, o algún instrumento de pequeña percusión, como sonajeros, que puedan promover la psicomotricidad y el diálogo sonoro), tratando de crear una envoltura sonora, de silencio y pausas, que pueda facilitar el mayor tiempo de arousal, una óptima interacción y la expresión verbal y musical del paciente.

Se ha empleado la improvisación con guitarra y voz, cantada o tarareada, (uso progresivo de acordes con escala de Do, Re, La) para acompañar y fomentar una respiración más profunda, junto con el uso de canciones o melodías cantadas o tarareadas con el soporte armónico de la guitarra, extraídas del cancionero popular, de ronda o infantiles, del folclore de la región, o de

la época de sus primeras etapas, como boleros, rancheras, coplas, etc., además de breves piezas de guitarra clásica, adaptadas a las necesidades detectadas.

Para facilitar el acercamiento, disminuir la ansiedad en la interacción, y reforzar el vínculo y la identidad propia del paciente, se ha utilizado una canción de bienvenida con un saludo y el nombre: Hola, buenos días-tardes, nombre, que sirve como apoyo para fomentar el reconocimiento, crear un ritual de intervención y facilitar la interacción verbal y el diálogo (¿Cómo te encuentras? ¿Te ha gustado la música?, otras). Cada intervención está orientada a un cierre verbal.

Tratando de crear dicha envoltura sonora, que pueda generar una estructura o ritual de comunicación de acuerdo a sus capacidades de respuesta y asimilación de estímulos, se ha adaptado el tempo, la intensidad y los matices de expresividad de la música en cada intervención y dentro de la misma, con un acompañamiento armónico más arpegiado o más rítmico, una pulsación con el bajo de la guitarra más o menos acentuada, y adaptando el tono y uso expresivo de la voz, tras la observación del estado del paciente, tratando de que la producción sonora no lleve a una posible sobreestimulación, hiperactivación o hipoactivación.

En palabras de Clotilde Sarrió, “el contacto implica ir al encuentro de lo “otro”, de lo diferente, de lo novedoso” (Sarrió, 2001). Este acercamiento gestáltico y la audición musical desde esa envoltura sonora permiten generar confianza y seguridad frente a la confusión, agitación y ansiedad.

### **3. Resultados**

De entre las variables registradas, donde se observan más cambios en las sesiones con dicha población son los cambios producidos en la respiración, como suspiros, bostezos, respiraciones que se van haciendo más profundas y rítmicas, contención de la respiración en la escucha seguidas de respiraciones profundas; cambios en el arousal, percibiéndose una activación observable del sistema nervioso, orientación, curiosidad y receptividad hacia el terapeuta, la guitarra y/o la interacción verbal y musical.

Se producen también modificaciones en el contacto visual, modificaciones posturales, más difícil de evaluar si es debido a la estimulación o la simple presencia del terapeuta, aunque si es observable la disminución de la tensión corporal y facial o si el paciente se encuentra tras sesión más inquieto o agitado.

Resaltamos cambios en la expresión emocional, como sonrisas, llanto, humedecimiento de los ojos; cambios en cuanto a respuestas verbales y no verbales en la interacción con el musicoterapeuta (saludos, despedida, respuestas cortas a preguntas concretas, conservando ciertas capacidades de pregunta-respuesta). Se han dado casos puntuales de pacientes que presentaban agitación y delirios, que al disminuir los síntomas en sesión han podido tener acceso a recuerdos y los han expresado verbalmente, disminuyendo la confusión y mejorando su estado anímico, incluso llegando a mostrar gratitud o gustos estéticos y sensaciones percibidas sobre la música.

Sería recomendable poder tener registros como cambios en la frecuencia cardiaca, tensión arterial y saturación de oxígeno en sangre.

#### **4. Discusión y Conclusiones**

No podemos demostrar, con los datos obtenidos, que los efectos beneficiosos de la musicoterapia tengan una duración prolongada en este tipo de población, ya que los síntomas pueden verse agravados en cualquier momento, pero si observamos que con dos sesiones de musicoterapia semanales por cada paciente de entre 5 – 20 mts de duración, se han podido observar mejoras progresivas y que se mantienen en cuanto a respiración, disminución de tensión física y agitación, verbalización o vocalizaciones, emisión de voz en algunos casos, expresividad del rostro y orientación de mirada y rostro hacia el terapeuta, ayudando a la contención del deterioro cognitivo y físico de los pacientes. Incluimos que la interacción musical y verbal posterior mantiene o mejora levemente las capacidades sociales y afectivas residuales de los pacientes, expresando en ocasiones verbalmente agradecimiento tras sesión.

#### **5. Referencias**

Alegre, A. Bellver, I. Del Campo, P. Navarro, C. Ripa de la Concepción, A y Rodriguez, P. (2017). Musicoterapia en cuidados paliativos: Situación actual y registro de profesionales en España. Grupo de Trabajo de Musicoterapia de la Sociedad. Española de Cuidados Paliativos (MUSPAL).

<http://www.secpal.com/Documentos/Paginas/Musicoterapia%20en%20Cuidados%20Paliativ>

[os%20\(situacio%CC%81n%20actual%20y%20registro%20de%20profesionales%20en%20Espan%CC%83a\).pdf](#)).

Benenzon, R. (2007). La Ética del no-verbal. Nueva partida del utópico juego del espejo, y su silencio y oscuridad. Tomo I y II. Editorial Lumen.

Bruscia, K. (1999). Modelos de Improvisación en Musicoterapia. Colección Música, Arte y Proceso. Agruparte.

Hernández, C. Buiza, C. Vaca, R. Ansorena, X. Arriola, E y Álaba, J. (2011). Musicoterapia en personas con demencia avanzada. Ingema (instituto gerontológico Matia). Fundación Matia.

[https://www.researchgate.net/publication/273256931\\_Musicoterapia\\_en\\_personas\\_con\\_demencia\\_avanzada](https://www.researchgate.net/publication/273256931_Musicoterapia_en_personas_con_demencia_avanzada).

Iturri, A. y Lemos, A. (2019). Musicoterapia y cuidados paliativos. El abordaje de las necesidades espirituales. ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines, 4(1), 14-54.

Licastro, L y Arias, A. (2012) La clínica en Musicoterapia Revista Hospital de Niños Buenos Aires. 51. (234). <http://revistapediatria.com.ar/wpcontent/uploads/2012/03/con294-221.pdf>.

Maslow, Abraham (1954): *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.

McDermott, O. Crellin, N. Mette, H. Orrell, R y Wiley, M. (2012). Musicoterapia en la demencia: una revisión sistemática de síntesis narrativa. International Journal of Geriatric Psychiatry. <https://doi.org/10.1002/gps.3895>.

McDermott, O. Orella, M y Mette Ridderb, H. (2015). The development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). National Library of Medicine. 24, (3), 232–251. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.907333>.

Mercadall-Brotons y M. Martí Augé, P. (2008). Manual de Musicoterapia en Geriatria y Demencias. Monsa-Prayma Ediciones.

Mercadal, M y Martí, P. (2007). Aplicación de la musicoterapia en las demencias. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. (188), 119-126.

Reisberg, B. Ferris, SH De Leon, MJ y Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. National Library of Medicine. 139 (9): 1136-9. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>.

Sarrió Arnandis, C. (2001). ¿Qué es el contacto en la terapia Gestalt? <https://www.gestalt-terapia.es/que-es-el-contacto-en-terapia-gestalt/>

Umbrello, M. Sorrenti, T. Mistraletti, G. Formenti, P. Chiumello, D. Terzoni, S. (2019). Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: a systematic review of randomized clinical trials. *Minerva Anestesiol.* 85(8):886-898. <http://doi.org/10.23736/S0375-9393.19.13526-2>

Van der Steen, JT. Smaling, HJA. Van der Wouden, JC. Bruinsma, MS. Scholten, RJPM. Vink, AC. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003477>.

Whitehead, P. (2011). Music therapy for end-of-life care. *Clinical journal of oncology nursing*, 15(6), 697-698.