



Musicoterapia aplicada a personas mayores institucionalizadas en fase de demencia avanzada y con necesidades de cuidados paliativos

Roberto Solsona Belmonte¹

Recibido: 26/09/2023 Aceptado: 13/12/2023

RESUMEN: El proyecto de Mejora de la Calidad de Vida en la residencia pública de personas mayores Javalambre de Teruel (I.A.S.S.) ofrece sesiones de musicoterapia clínica individual, como acompañamiento de final de vida a aquellas personas que se encuentran encamadas o con movilidad muy reducida. El trabajo es realizado por un musicoterapeuta profesional acreditado en España y supervisado por otro musicoterapeuta profesional acreditado para supervisar. Este artículo muestra la intervención con 31 residentes, recibiendo una sesión semanal de entre 10 a 25 minutos aproximadamente durante 20 semanas desde octubre de 2022. Todos presentan demencia avanzada, con grado 7 de deterioro cognitivo según la Escala de Deterioro Global de Reisberg, un grado de dependencia funcional grave o severo según el índice de Barthel, y con necesidades de cuidados paliativos, tratando de demostrar que la musicoterapia puede mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Clave: Musicoterapia clínica, demencias avanzadas, cuidados paliativos.

Music therapy applied to institutionalized elderly people with advanced dementia and palliative care needs

ABSTRACT: The Improving Quality of Life project at the public Javalambre nursing home in Teruel (I.A.S.S.) offers individual clinical music therapy sessions as an end-of-life accompaniment to those who are bedridden or with very reduced mobility. The work is performed by a professional music therapist accredited in Spain and supervised by another professional music therapist accredited to supervise. This article shows the intervention with 31 residents, receiving a weekly session of approximately 10 to 25 minutes during 20 weeks from October 2022. All have advanced dementia, with grade 7 cognitive impairment according to the Reisberg Global Impairment Scale, a degree of serious or severe functional dependence according to the Barthel index, and with palliative care needs. trying to demonstrate that music therapy can improve the quality of life of patients.

Key words: Clinical music therapy, advanced dementia, palliative care.

¹ Proyecto mejora de Calidad de Vida en Residencia Javalambre, Teruel (Instituto Aragonés de Servicios Sociales).
Musicoterapeuta en Arquisocial. S.L. Correo: robertosolsonamusicoterapia@gmail.com

1. Introducción

Sincrónicamente, es nuestra obligación reconocer y tratar síntomas como el dolor, la incomodidad y las alteraciones de conducta y potenciar la afectividad y la necesidad de comunicación. [...] siempre hay algo que puede y debe hacerse y parece evidente que el plan de cuidados debe ser específico, individualizado, adaptado progresivamente al individuo según la valoración en las esferas cognitiva, conductual y social del individuo, en aras a preservar su dignidad hasta el final de la enfermedad. (Jiménez, 2012. p.21).

En este artículo se expone el trabajo musicoterapéutico realizado durante 20 semanas desde octubre de 2022. Se ha atendido a 31 pacientes ancianos con demencia avanzada, todos ellos con deterioro cognitivo GDS 7.

Tabla 1.

Número, franja de edad y media de edad de los pacientes participantes

MUJERES	25	Entre los 72 – 97	87 años
HOMBRES	6	Entre los 76 – 96	86,24 años.

Para la atención de los pacientes, se ha tenido en cuenta las características de la demencia en fase terminal y la filosofía de los cuidados paliativos (Susana L. Mitchel et al, 2011-2015). Dicha filosofía incide en priorizar la comodidad del paciente en el acompañamiento hasta su final de vida, planteando como foco su dignidad, debido a la situación de vulnerabilidad, dependencia, inmovilidad, y falta de reconocimiento hacia las personas que los rodean, situación que fácilmente puede generar sentimientos de cansancio y frustración en cuidadores y familiares. Por tanto, se han planteado como metas principales en los procesos de intervención: aliviar el dolor y malestar crónicos; generar sensación de confort; disminuir alteraciones de conducta; mejorar el estado anímico; aumentar la receptividad y expresión afectiva; y facilitar procesos de comunicación verbal y no verbal.

Siguiendo a Ridder y Botker (2019), se parte de un enfoque de la musicoterapia centrado en la persona, holístico y con un abordaje psicosocial y ambiental, que trata de atender las necesidades psicosociales de comodidad; apego seguro; inclusión frente a aislamiento; ocupación y promoción de conductas activas; y respeto por / expresión desde, la propia identidad de cada persona. Cada proceso musicoterapéutico busca crear una relación

terapéutica segurizante, donde el paciente pueda expresarse bien desde el silencio o de forma participativa, facilitando gestionar adecuadamente y modificar estados emocionales de aflicción como el miedo, el dolor, la ira, tristeza o apatía, en el marco de una experiencia de relación y comunicación interpersonal positiva.

Para encuadrar y poner en contexto el significado de lo que supone la demencia avanzada en fase terminal, y siguiendo a Jiménez (2012), se resumen sus principales características sintomatológicas (físicas, cognitivas y emocionales): La fase de demencia avanzada se corresponde a los estadios 6 y 7 de las escalas GDS, FAST y Estadio 2 de 23 de CDR; en el estadio GDS 7, se produce la alteración de la capacidad de deambular, permanecer sentado, mantener la cabeza erguida, sonreír y comunicarse a través del lenguaje verbal y gestual. La fase terminal se caracteriza por un deterioro cognitivo grave, estadio GDS7, incapacidad severa para las ABVD, hablar o comunicarse con sentido; la comorbilidad es múltiple con síntomas graves (neumonía por aspiración, disnea, infecciones del tracto urinario superior, sepsis, úlceras por presión, dolor, trastorno alimentario grave, incluyendo dificultad grave en la ingesta de alimento); se añade la incapacidad para realizar alguna actividad voluntaria con propósito determinado, reconocer a cuidadores, añadiendo el fuerte impacto emocional en pacientes, familiares y equipo profesional debido a la proximidad de la muerte; por último, el pronóstico vital sería relativamente breve, entre varios meses y dos años (puede ser mayor).

2. Método

La guitarra y la voz, debido a que son fácilmente reconocibles dentro del entorno cultural del folclore de la región y en la cultura popular, además de que facilitan la adaptabilidad en cuanto a matices, cambios de tempo, intensidad, tono, cambios de altura y registro, son los instrumentos mediadores más utilizados. Son importantes sus características tímbricas, armónicas y vibratorias para la generación del vínculo e iniciar procesos de comunicación, especialmente la voz. La guitarra, en este caso, proporciona el soporte armónico y rítmico a la melodía de la voz, y es flexible para adaptar la intensidad del estímulo dependiendo de las necesidades del paciente y la sesión. Se añaden como recurso sonidos de la naturaleza; el sonido del piano a través de piezas solistas breves (música editada), elegidas por sus características, acompañadas por guitarra y voz, para aumentar la riqueza armónica y desarrollar la flexibilidad en la escucha, entre otros objetivos. Se han utilizado en algunos

casos instrumentos como el arpa de mano, instrumentos de pequeña percusión, metalófono o teclado para promover conductas activas y creativas del paciente.

Tras observar la receptividad del paciente y valorando las necesidades y objetivos de la sesión, se hace uso puntual de música editada, con la finalidad de promover la evocación de imágenes, la reminiscencia y activar procesos de atención y memoria. Consideramos que puede ser un buen recurso si tenemos en cuenta que:

El desarrollo de las identidades musicales de las personas comienza con predisposiciones biológicas hacia la musicalidad y luego es moldeado por las personas, grupos, situaciones e instituciones sociales que encuentran a medida que se desarrollan en una cultura particular. (Hargreaves y Marshall, 2003). La receptividad musical de un individuo a cualquier pieza musical dada puede estar fuertemente mediada por la identidad musical del individuo. (George e Ilavarasu, 2021. p. 3).

En este caso, la música editada actuaría como mediadora, evitando crear fatiga en la interacción vincular, promoviendo el interés, la capacidad de escucha activa y de focalización de la atención, teniendo en cuenta la evocación de sentimientos, emociones y recuerdos asociados al reconocimiento de las canciones tal como las habían escuchado en otras etapas y contextos. Facilitaría además la observación de respuestas conductuales, cognitivas y afectivas o emocionales, así como una posterior verbalización buscando el diálogo y la valoración del grado de conciencia del contexto.

Siguiendo a Benenzon, partimos de la premisa de que:

El objetivo fundamental de la Musicopsicoterapia es a través de establecer nuevos canales de comunicación, mejorar y fortalecer su salud para que pueda luchar contra su pasividad de paciente. La salud es la capacidad que tiene el individuo de responder. Debido a eso el Musicoterapeuta tiene como meta transformar a ese paciente en un ser protagónico activo y responsable. (Benenzon, 2005).

Para que la persona sea protagonista activo, y atendiendo a sus necesidades psicosociales, se describen a continuación las diferentes fases, técnicas y forma de proceder en sesiones. Dependiendo del estado del paciente y sus capacidades de comunicación e interacción, las sesiones se dan desde un enfoque receptivo de la musicoterapia, hacia uno más activo, buscando el diálogo, la sincronía y si es posible la improvisación creativa. Para ello

sirve como referencia la descripción de necesidades de la pirámide de Maslow, diferenciando técnicas y música utilizada, Isos correspondientes (Identidad Sonora) y objetivos de cada una.

Tomando en cuenta las características de las sesiones y partiendo de las necesidades de los pacientes (Pirámide de Maslow), los objetivos y el enfoque varían: Tras la primera observación del paciente en cuanto a estado de ánimo, situación de somnolencia, receptividad, posición corporal, su respiración, conductas de agitación, ansiedad o expresiones de dolor y malestar, la sesión se puede centrar en tratar de disminuir estados de dolor, angustia, fatiga o malestar únicamente, facilitando respiraciones más profundas y la relajación muscular, así como generar un ambiente de empatía y cercanía. Por tanto, dependiendo de la manifestación de los síntomas característicos, hay sesiones preparatorias que buscan aumentar el estado de arousal, la receptividad, facilitar respiraciones más profundas y rítmicas, y generar un estado de confort y de distensión, que posteriormente permita profundizar en el vínculo y en la comunicación, reforzando además aquellas reacciones espontáneas del paciente como miradas, vocalizaciones, expresiones o movimientos espontáneos. En ambos casos la creación e interpretación de música adaptada tratará de no alterar al paciente ni estimularle a participar en una interacción activa para no sobre-estimular ni generar estados de mayor confusión.

En condiciones más favorables para la comunicación, el siguiente paso sería promover la reminiscencia, la escucha activa y la participación del paciente en sesión, mediante la estimulación psicomotriz a través del ritmo, la estimulación vocal, reforzar la expresión emocional y afectiva, el canto y la comunicación verbal y no verbal. En caso de que el paciente conservara las habilidades motrices y verbales necesarias, se trabaja la expresión creativa con el movimiento espontáneo, el canto y la improvisación instrumental.

Necesidades fisiológicas y de seguridad (respiración, alimentación, descanso, homeostasis...):

TÉCNICAS Y MÚSICA UTILIZADA: Improvisación de música arpegiada de guitarra con improvisación vocal; piezas breves de piano sólo con acompañamiento armónico de guitarra y voz; sonidos de la naturaleza con acompañamiento de guitarra y voz; Canción de bienvenida; Nanas o canciones infantiles adaptadas.

ISO UNIVERSAL Y GESTÁLTICO: Música adaptada a la respiración del paciente; Predominio compases subdivisión ternaria; Llamada y movimiento de balanceo; Intervalos predominantes de, 2^a, 3^a, 5^a y 8^a; Adaptación de la tonalidad. Progresiones suaves de acordes.

Ejemplo (I, IIm7, V7); Uso de acordes sus2, 6ª. Conducciones suaves de acordes con cambio de bajo.

OBJETIVOS: Estimular arousal; Facilitar respiración más rítmica y profunda; Disminuir tensión y rigidez muscular; Activar movimiento espontáneo; Estimular fonación y vocalización. Generar sensación de confort y seguridad; Disminuir dolor, malestar, agitación; Modular estado de ánimo.

Necesidades de afiliación y reconocimiento (Amistad, afecto, autorreconocimiento, confianza, respeto...).

TECNICAS Y MÚSICA UTILIZADA: Canción de bienvenida; Música significativa de la historia sonora (adaptada a las capacidades): Canciones y melodías de raíz folclórica: jotas, mazurcas, vals... / Canciones de juventud: Pasodobles, coplas, boleros, habaneras...; Escucha activa de música grabada significativa.

ISO CULTURAL: Mayoritariamente en tono de LA y MI Compases de 3/4; 3/8; 6/8. Acordes I, IIm7, IV y V7 grado. (característicos del folclore, jota). Acordes sus2 y 6; / Tonalidades mayores y menores. Diferentes compases; Cambios de tono menor a mayor; Canciones armónicamente más complejas con acordes disminuidos, aumentados, sus2, 6ª, m7, 7, maj7; Diferentes sonoridades y timbres (música grabada).

OBJETIVOS: Estimular arousal, orientación y procesos atencionales; Reminiscencia/memoria; Estimular canto, fonación; Generar espacios de silencio, escucha, sincronía y diálogo; Aumentar periodos de escucha activa; Facilitar estimulación psicomotriz y aumento del tono muscular; Modular estado de ánimo.

Necesidad de autorrealización (Espontaneidad, creatividad, aceptación de hechos, resolución de problemas...).

TÉCNICAS: Acompañamiento rítmico con instrumentos de pequeña percusión; Improvisación creativa con arpa de mano, metalófono, teclado; Acompañamiento musical de movimientos espontáneos naturales: ritmo, baile, gestuales...; Canto espontáneo; Pausas y silencios integradores.

ISO EN INTERACCIÓN: Música improvisada por el paciente con acompañamiento armónico y/o soporte rítmico del musicoterapeuta; Canto a capella y al unísono (Tono adaptado); Ritmo adaptado al movimiento del paciente; Acompañar físicamente el movimiento.

OBJETIVOS: Dar soporte a procesos de autoexpresión y creatividad; Facilitar la estimulación psicomotriz y la expresión física del paciente; Facilitar la comunicación, la expresión emocional y el diálogo; Crear experiencias significativas y positivas; Sincronía y conexión emocional en un contexto no verbal.

Es importante mencionar que uno de los objetivos principales como base para cada uno de los procesos musicoterapéuticos es la modulación del arousal o estado de alerta. Este tiene que ver con una modificación del despertar de la conciencia hacia un estado de mayor atención que facilita los procesos de aprendizaje activo y las conductas adaptativas. Neurológicamente, está relacionado con el registro y la modulación sensorial. Se busca en el proceso alcanzar y mantener un estado de sensibilidad perceptiva adecuado hacia el estímulo, aumentar el nivel de conciencia y sostener el tono de la atención. En pacientes con alteración del arousal encontramos estados de confusión general; dificultades para reaccionar y atender a estímulos del entorno; somnolencia y sensación de fatiga; además de escasa tolerancia a la duración de las sesiones.

Siguiendo a Uríos (2011), partimos de que el procesamiento de la música es modular, esto es, la información es “empaquetada” y se procesa de forma automática e inmediata. El tono (parte melódica) y el ritmo (organización temporal) se procesarían de forma diferente. Los sistemas auditivo y motor, se activan al escuchar música, pero también al imaginarla. Así, la escucha musical puede generar la modificación de parámetros fisiológicos como la respiración, movimientos espontáneos, la orientación visual al estímulo, etc., facilitando dichos cambios si se estimula de forma progresiva y adecuada a la capacidad de integración sensorial de cada paciente. La música, sincronizada con el paciente, podría facilitar y sostener a lo largo del proceso esta regularidad en cuanto a la respiración, tono muscular, procesos atencionales, fonación o estimulación vocal, orientación, etc.

Otra de las premisas es tener en cuenta las señales sutiles no verbales que indican la receptividad y predisposición comunicativa, ya que la capacidad de tomar iniciativa de forma voluntaria está alterada por la enfermedad. Según Vieta-Ferriz (2011), la iniciativa del paciente y la receptividad es lo que permite que se cree conexión emocional. El deseo de conectar se traduce en un acto de iniciativa comunicacional. Entienden que cada persona lleva implícito un conocimiento de que su mensaje será recibido por otro, desde la escucha receptiva. Por tanto, tomar una iniciativa como acción va unido a una respuesta receptiva del otro. Para que se dé este *feedback* entre iniciativa y receptividad, es necesario tener en cuenta la propia identidad del paciente desde la observación atenta y desde la información relativa a cómo se expresa en

el vínculo terapéutico, especialmente su expresión no verbal, y el conocimiento de su experiencia y vivencias. Las personas cuentan con “un léxico musical” acumulado, habiendo áreas específicas del cerebro implicadas en el reconocimiento de melodías familiares. La receptividad musical y la escucha activa implican un cierto grado de interiorización además de orientación a la realidad, el contexto y el estímulo, además de que el paciente activa y moviliza sus emociones o su sensibilidad. Siguiendo a George e Ilavarasu (2021), la persona puede identificarse en profundidad, si la música entra en sincronía con la propia identidad. Para que aumente la atención y el interés, es necesaria información auditiva relevante que consolide la Gestalt y desencadene recuerdos sensoriales auditivos. La atención sostenida, la orientación al momento presente, el grado de interés, mediados por la identidad musical del individuo, facilitarían la conexión emocional y la modulación del estado de ánimo.

Por tanto, las experiencias sonoras tratarán de crear vivencias cognitivas significativas para el paciente que además impliquen dicha conexión emocional. Deben tener en cuenta su propia identidad sonora y musical, tratando de generar experiencias musicales profundas:

Del mismo modo, se sugirió que la cognición incorporada en la música tiene dos niveles: el nivel superficial donde los movimientos corporales se activan a través de movimientos psicomotores y el nivel profundo de la cognición que integra otras propiedades perceptivas de la música y allana sinérgicamente el camino para experimentar diversas experiencias musicales de orden superior. Este rasgo se consideró un factor importante para distinguir distintos niveles de musicalidad y su plasticidad cerebral (Korsakova-Kreyn, 2018). [...] las experiencias más profundas en la escucha musical pueden producirse mediante la formación de representaciones mentales relevantes y su adecuada activación en un momento posterior. Estas representaciones mentales forman la identidad musical de una persona.” (George e Ilavarasu, 2021. p.12).

3. Resultados

Para evaluar todo el proceso, se ha utilizado una parte del *Music Therapy Assessment Tool for Awareness in Disorders of Consciousness* (MATADOC) (Maggie et al, 2016), que permite registrar el arousal (Tabla 2) y los cambios en respuestas fisiológicas significativas en sesión (Tabla 3), extrayendo una media global de las reacciones. Además, se ha añadido una

tabla propia para recoger datos sobre receptividad, escucha activa y diferentes tipos de respuestas musicales y verbales (Tabla 4).

Tabla 2.

Resultados arousal

Cambios en AROUSAL GDS 7	% Media Global	Semana 1 a 4	Semana 5 a 8	Semana 9 a 12	Semana 13 a 16	Semana 17 a 20
No muestra Arousal	2,00%	1%	0%	0%	4%	4,50%
Menos del 50% de sesión	36,00%	42%	25%	32%	37,50%	42%
Entre 50% y 90%	53,00%	55%	64%	52%	50%	46%
Toda la sesión	9,00%	2%	11%	16%	9,50%	7,50%

Tabla 3.

Respuestas de cambios fisiológicos

% CAMBIOS GDS 7	% Media Global	Semana 1 a 4	Semana 5 a 8	Semana 9 a 12	Semana 13 a 16	Semana 17 a 20
Cambios respiración	83,50%	91%	79%	87,50%	75%	85%
Cambios arousal	96,50%	99%	100%	98%	93%	92,50%
Cambios vocalización	70%	67,50%	73%	78,50%	64%	67%
Movimientos físicos/Posturales	60,40%	57%	57%	71%	54%	63,00%
Contacto ocular/ Cambio dirección	86,30%	80,50%	98,50%	80%	89%	83,50%
Cambios expresión facial	63,30%	69%	58%	73%	55,50%	61%

Tabla 4.

Elaboración propia. Receptividad, escucha activa, orientación y respuestas musicales y verbales

% Respuestas parámetros COMUNICACIÓN	% Media Global	Semana 1 a 4	Semana 5 a 8	Semana 9 a 12	Semana 13 a 16	Semana 17 a 20
Receptividad	61,20%	77%	64%	55%	40%	70%
Escucha activa	83,30%	87%	89,50%	77%	75%	88%
Orientación	82,40%	74%	89,50%	77%	79%	92,50%
Imitación	21,20%	17%	19%	30%	22%	18%
Respuesta gestual	26,50%	15,50%	24%	21%	18%	54%
Respuesta rítmica	11,40%	8%	15%	14%	10%	10%
Respuesta vocal	72,10%	66%	80,50%	71%	64%	79%
Respuesta canto	6,90%	2,50%	3%	5%	11%	13%
Diálogo verbal.	30,60%	23%	36%	34%	29%	31%

Para realizar una evaluación cualitativa de todo el proceso de forma global, se ha utilizado una adaptación de las Escalas de Evaluación de la Música en la Demencia (MIDAS), utilizando los cinco ítems de Interés, Respuesta, Iniciación, Implicación y Disfrute. Con estas escalas se pretende medir el nivel de motivación del paciente en el proceso de comunicación y el grado de bienestar que alcanza tras sesión. El formulario original de las escalas Midas consta de 5 escalas analógicas con una valoración de 0 a 100. Se evalúa un formulario de inicio tras

los 5 primeros minutos de observación antes de comenzar la sesión y otra evaluación de los 5 minutos más significativos. La evaluación se realiza tanto por el musicoterapeuta como por un evaluador externo, persona encargada del cuidado y que conoce perfectamente al paciente.

En este estudio se ha cambiado la valoración numérica por diferentes estadios progresivos de respuesta: *Ninguno; muy bajo; bajo; medio bajo; medio; medio alto; alto; muy alto; el máximo*. Otra modificación importante es que todos los datos se han registrado por el musicoterapeuta tras finalizar sesión, haciendo un balance global de las respuestas obtenidas. A su vez, estos resultados se concretan en tres tipos de respuestas diferentes: una respuesta *débil* (ninguno-muy bajo-bajo) en la interacción; *moderada* o más intermitente (mediobajo-medio-medioalto); y, por último, una respuesta más prolongada en el tiempo, *alta u óptima* (alto-muy alto-máximo). La finalidad sería no tanto mostrar el progreso individual, para eso hay una evaluación personalizada, sino realizar una valoración continua y global del nivel de respuesta de los pacientes en base a una interacción óptima o menos óptima, según sus capacidades.

Pasamos a detallar los resultados obtenidos de las 5 escalas y el modo en que aquí se utilizan:

La **iniciación** (Tabla 5) tiene que ver con ser asertivo, tomar iniciativa y el deseo de expresarse. Aquí es entendida como la voluntad o la acción de tomar algún tipo de iniciativa en la comunicación, tanto de forma verbal como no verbal, saliendo de una actitud más pasiva o receptiva y buscando la interacción y el diálogo. En demencias avanzadas, esta capacidad se ve especialmente afectada.

El nivel de **respuesta** (Tabla 6) tiene que ver con el grado de conciencia de las personas que le rodean y del contexto. Se valoran los niveles de respuesta en la comunicación/actividad (conciencia, interacción): conciencia del terapeuta, estímulo, contacto visual, participación. Incluye la participación corporal, desde la sincronización de la respiración, búsqueda de contacto (visual, gestual, corporal) y respuestas musicales y verbales (vocalizaciones, expresión rítmica, movimiento, diálogo, gestos, canto, etc.).

El nivel de **interés** (Tabla 7) tiene relación con el arousal, la estimulación cognitiva y la accesibilidad de la música. Interés por instrumentos, sonido, personas (cambios posturales, faciales, atento, animado). Aquí se valora el interés o predisposición tanto hacia la escucha como hacia el diálogo o la conexión. Interés en el vínculo y hacia el estímulo, por lo que implica una actitud corporal receptiva.

El nivel de **implicación** (Tabla 8) hace referencia al compromiso sostenido con personas y entorno. Si el paciente se involucra en la creación musical, las personas del entorno, el diálogo o cualquier forma de comunicación además del entusiasmo mostrado, lo que supone un esfuerzo cognitivo y emocional. Aquí se valora más la voluntad del paciente por mantener el dialogo, cantar, emitir sonidos (exteriorización expresiva) pero también la parte de escucha activa.

Por último, el nivel de **disfrute** (Tabla 9) mide si hay mejora en el estado de ánimo, disfrute en la creación conjunta de música, y si se perciben efectos calmantes y mayor confort en el paciente. Tiene que ver con las sonrisas y expresiones emocionales positivas, estado relajado y manteniendo una actitud comunicativa.

La evaluación MIDAS recoge también las reacciones emocionales más significativas en sesión (Tabla 10).

Tabla 5.

Escala de Iniciación

NIVELES DE INICIACIÓN	% Media Global	Semana 1 a 4	Semana 5 a 8	Semana 9 a 12	Semana 13 a 16	Semana 17 a 20
Débil	42,50%	45,50%	38%	33%	44,50%	51,50%
Moderado	39,50%	43%	38%	44%	36,50%	36%
Alto / Óptimo	16%	11,50%	24%	23%	9%	12,50%

Tabla 6.

Escala de Respuesta

NIVELES DE RESPUESTA	% Media Global	Semana 1 a 4	Semana 5 a 8	Semana 9 a 12	Semana 13 a 16	Semana 17 a 20
Débil	16,70%	21%	14,50%	18%	19%	11%
Moderado	48,20%	61%	48%	41%	54%	37%
Alto / Óptimo	35,10%	18%	37,5	41%	27%	52%

Tabla 7.

Escala de Interés

NIVELES DE INTERÉS	% Media Global	Semana 1 a 4	Semana 5 a 8	Semana 9 a 12	Semana 13 a 16	Semana 17 a 20
Débil	17,60%	20,50%	15%	21%	22,50%	9%
Moderado	43,40%	55%	47%	34%	45%	36%
Alto / Óptimo	39%	24,50%	38%	45%	32,50%	55%

Tabla 8.*Escala de Implicación*

NIVELES DE IMPLICACIÓN	% Media Global	Semana 1 a 4	Semana 5 a 8	Semana 9 a 12	Semana 13 a 16	Semana 17 a 20
Débil	20,90%	26%	14,50%	24%	28%	12%
Moderado	45,70%	50%	48%	41%	48,50%	41%
Alto / Óptimo	33,40%	24%	37,50%	35%	23,50%	47%

Tabla 9.*Escala de Disfrute*

NIVELES DE DISFRUTE	% Media Global	Semana 1 a 4	Semana 5 a 8	Semana 9 a 12	Semana 13 a 16	Semana 17 a 20
Débil	19,10%	27,50%	18%	13%	28%	9%
Moderado	55,30%	56,50%	57%	53,50%	55,50%	54%
Alto / Óptimo	25,60%	16%	25%	33,50%	16,50%	37%

Tabla 10.*Respuestas estado de ánimo*

REACCIÓN ESTADO DE ÁNIMO GDS7	% Media Global	Semana 1 a 4	Semana 5 a 8	Semana 9 a 12	Semana 13 a 16	Semana 17 a 20
Agitado/Agresivo	1%	0%	1,50%	2%	0%	1,50%
Relajado	38,60%	50%	36%	34%	33%	40%
Retraído/bajo de ánimo	25,40%	25%	26,50%	39%	23,50%	13%
Atento/interesado	52,60%	62,50%	59%	62,50%	39%	40%
Inquieto/ansioso	17,60%	12,50%	22%	11%	23,50%	19%
Alegre/sonriente	14%	25%	13%	16%	10%	6%

4. Discusión

A raíz de los resultados de este período de 20 semanas, concluimos como datos significativos: el musicoterapeuta observa en torno a un 80% de las sesiones momentos de compromiso en la escucha activa y orientación al terapeuta o estímulo (contacto visual, orientación corporal, etc.). En torno a un 60% de sesiones se observan signos de que el paciente se muestra receptivo al vínculo y al estímulo, así como también en torno al 60% de las sesiones el paciente muestra estado de arousal o atención sostenida durante más de la mitad de la duración de la sesión. Por tanto, los datos parecen demostrar que la musicoterapia facilita la activación de la atención de los pacientes y el interés en el vínculo, como base para generar y promover cambios y conductas cognitivas y emocionales activas.

Los cambios en respuestas fisiológicas observados son importantes en cuanto a modificación de la respiración, emisión de vocalizaciones, cambios en el estado de alerta, adaptaciones posturales o respuestas gestuales, contacto ocular o cambios en la dirección de la mirada, además de cambios en la expresión facial. En torno a un 30% de sesiones, el paciente

responde verbal o gestualmente con una respuesta significativa y conectada. En torno al 70% hay expresión vocal, como vocalizaciones, emisión de sonidos, palabras... Esto indicaría que la creación de música adaptada a las necesidades del paciente moviliza y genera cambios fisiológicos, y que el paciente se implica en el vínculo, apareciendo una voluntad expresiva e intencionalidad de comunicación.

Por último, la adaptación de las escalas Midas muestran diferentes grados de respuesta, con valoraciones más positivas obtenidas en cuanto a las escalas Respuesta e Interés, lo que indicaría respuestas activas de participación del paciente teniendo en cuenta sus capacidades y limitaciones. Se observan también de forma significativa señales o respuestas de la implicación del paciente, mostrando compromiso emocional. Disminuyen las respuestas óptimas en cuanto a la observación de signos de intencionalidad y de disfrute, debido al deterioro y a las dificultades para verbalizar y/o exteriorizar expresiones afectivas y cognitivas o verbales, aunque en torno a un 80% de sesiones, en esta última escala, el balance es positivo con tendencia moderada, lo que podría expresar cierta sensación de confort y satisfacción tras sesión, si añadimos las bajas respuestas en cuanto a respuestas de agitación, estados de ánimo bajos o ansiosos, durante las sesiones.

En cuanto a las reacciones o respuestas emocionales, se observa una tendencia hacia la relajación y la distensión 38% (que entraría en coherencia con los objetivos terapéuticos) y hacia respuestas activas de interés y atención 52% (relacionados con el trabajo de escucha activa, arousal y mantener la atención sostenida). Consideramos significativo, como hemos comentado, que solamente en un 1% de sesiones de media, el paciente ha reaccionado o muestra comportamientos de agitación o agresividad. En torno al 20% de sesiones se han observado reacciones de ansiedad e inquietud, o, estado de ánimo bajo o decaído. En el 14% de sesiones de media, el paciente ha reído o expresado un gesto de diversión en algún momento de la sesión. Estas reacciones indicarían la modulación hacia un estado de ánimo más positivo conforme avanza cada proceso musicoterapéutico, tratando de que la elección musical sincronice con las necesidades psicosociales del paciente.

En resumen, las sesiones de musicoterapia de forma regular, con música adaptada y significativa, sí que facilitarían la consecución de las metas que nos hemos planteado al principio: aliviar estados de dolor y malestar crónicos; generar sensación de confort; disminuir alteraciones de conducta; mejorar el estado anímico; aumentar la receptividad y expresión afectiva; y facilitar procesos de comunicación verbal y no verbal

5. Conclusiones

Grocke y Wigram (2011) en su libro estudian a fondo la musicoterapia receptiva y las técnicas y métodos utilizados en diferentes poblaciones y contextos. En cuanto a la reminiscencia de canciones en entornos de cuidado de ancianos, se menciona el uso de estas para expresar los gustos personales, evocar momentos y experiencias significativas, personas, etc. Las canciones sirven como hilo conductor y facilitan el recuerdo, la reflexión y el procesamiento verbal de la experiencia. Pensamos que, a pesar de las limitaciones cognitivas y verbales, ayuda a los objetivos terapéuticos en sesión este proceso de evocación y procesamiento verbal de canciones significativas para generar el vínculo y el sentimiento de confianza y seguridad necesarios. Ambos autores añaden que las investigaciones indican la preferencia de canciones relacionadas con la etapa de la juventud (20 – 30 años). Además de la reminiscencia con canciones estaría la revisión vital a través de la música o canciones significativas. En nuestro contexto, éste trabajo se realizaría en sesiones de forma implícita y adaptada a las características de cada uno de los pacientes. Sabemos que, en demencias severas en fase terminal, las afectaciones a nivel emocional, cognitivo, físico, verbal, expresivo... son muy graves. A pesar de que verbalizar o reflexionar sobre la propia experiencia vital parece una meta inalcanzable, desde la musicoterapia, y desde un enfoque psicosocial y ambiental, al ser la música un lenguaje no verbal, se puede realizar un viaje sonoro a través de diferentes sonidos, música improvisada, melodías, armonías y canciones, etc., adaptados al momento y estado del paciente, en el cual éste pueda sentirse identificado y conectado a nivel emocional, promoviendo respuestas comunicativas y de interacción. Se trataría de un proceso dinámico de cuidado, escucha mutua y diálogo, que crea un ritual de comunicación esencialmente no verbal adaptado a las propias necesidades y características de esta etapa de final de vida.

Pensamos que la conexión con la música a través del proceso musicoterapéutico moviliza al paciente a reeditar su identidad, volver al momento presente, activando la voluntad y el deseo de comunicarse y, por tanto, involucrando procesos cognitivos, afectivos y fisiológicos como la atención, la respiración, movimientos espontáneos, orientación, fonación, verbalización y conexión emocional. Encontrar satisfacción y sentido dentro de una experiencia significativa y gratificante (cantando, interpretando, sonando, respirando, reposando para integrar o escuchando de forma activa) y el sentimiento de sentirse cuidado y conectado, ayudaría a nivel espiritual a trascender estados emocionales alterados, confusión

y fatiga existencial, hacia un estado más calmado y confortable en la última fase de esta etapa vital, compartiendo un vínculo comunicativo.

Como propuestas de mejora, se recomendaría la reducción del tiempo transcurrido entre sesiones y el trabajo en pareja terapéutica (musicoterapeuta y coterapeuta), lo que proporcionaría mayor flexibilidad y facilitaría la valoración, intervención y evaluación de los procesos, mejorar en el trabajo interdisciplinar y la comunicación e implicación de familiares.

6. Referencias:

- Aldridge, D. (2000). *Music Therapy in Dementia Care*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. (2005). Aplicación de la Musicoterapia en el paciente alzheimer según el modelo Benenzon. *Psiquiatría.com*. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/tratamientos/aplicacion-de-la-musicoterapia-en-el-paciente-alzheimer-segun-el-modelo-benenzon/>
- George, M. e Ilavarasu, J. (2021). Development and Psychometric Validation of the Music Receptivity Scale. *Front. Psychol.*, 08 January. *Sec. Quantitative Psychology and Measurement. Volume 11 - 2020* | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.585891>
- Grocke, D., & Wigram, T. (2011) *Métodos receptivos en musicoterapia: Técnicas y aplicaciones clínicas para musicoterapeutas, educadores y estudiantes*. Victoria-Gasteiz. AgrupArte Producciones.
- Jiménez. M.A. (2012). Capítulo 2.: Epidemiología. Definiciones y concepto de terminalidad en demencia. ¿Es útil en la práctica? Coordinación Dr. Arriola, E. y C Fernández Viadero, C. *Demencia severa, avanzada y cuidados paliativos*. (pp 13-27). Reunión Otoño 2012. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*.
- Magee, W. L., Lipe, A. W., Ikeda, T., & Siegert, R. J. (2022). Exploring the Clinical Utility of the Music Therapy Assessment Tool for Awareness in Disorders of Consciousness (MATADOC) with People with End-Stage Dementia. *Brain Sciences*. <https://doi.org/10.3390/brainsci12101306>
- Magee, W. L., Siegert, R. J., Taylor, S. M., Daveson, B. A., & Lenton-Smith, G. (2016). Music Therapy Assessment Tool for Awareness in Disorders of Consciousness (MATADOC): Reliability and Validity of a Measure to Assess Awareness in Patients with Disorders

- of Consciousness. *Journal of music therapy*, 53(1), 1–26.
<https://doi.org/10.1093/jmt/thv017>
- McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2015). The development of Music in Dementia Assessment Scales (MiDAS). *Nordic journal of music therapy*, 24(3), 232–251.
<https://doi.org/10.1080/08098131.2014.907333>
- McDermott, O., Crellin, N., Ridder, H.M. & Orrell, M. (2013). Musicoterapia en la demencia: una revisión sistemática de síntesis narrativa. *Revista internacional de psiquiatría geriátrica*, 28 (8), 781–794. <https://doi.org/10.1002/gps>.
- Mitchell, S. L., Catic, A. G., Givens, J. L., Knopp, J., & Moran, J. A. (2011, 2015). *Advanced dementia. A guide for families*. Institute for Aging Research.
- Pérez, Carles. (2012). Proyecto Hathor. Investigación en musicoterapia en geriatría: Alzheimer y Otras demencias. *Música, Terapia y Comunicación*. N° 32. CIM Bilbao. Pg. 13-18.
- Requena, G. C., Val, M. C. E., Cristófol, R., & Cañete, J. (2012). Demencia avanzada y cuidados paliativos: características sociodemográficas y clínicas. *Medicina Paliativa*, 19(2), 53-57. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2010.09.001>.
- Ridder, H. M., & Botker, J. O. (2019). Music therapy and Skill Sharing to Meet Psychosocial Needs for Persons With Advanced Dementia. Baird, A. Garrido, S. y Tamplin, J (eds). *Music and dementia. From cognition to therapy*. (pp. 225-241). Editorial Oxford.
- Ridder, H. M. O. (2003) *Singing Dialogue: Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design*. Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.
- Soria-Urios G., Duque P., & García-Moreno J.M. Música y cerebro: fundamentos neurocientíficos y trastornos musicales. *Rev Neurol* 2011;52 (01):45-55
<https://doi.org/10.33588/rn.5201.2010578>
- Vieta Pascual, F. y Ferriz Gil, M. (2011). Receptividad e Iniciativa. *Revista electrónica: Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 146-156. Recuperado de: <http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen51Febrero2011/tabid/761/Default.asp>