



¿QUÉ APORTA LA MUSICOTERAPIA AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER?

Área de Conocimiento: Bio-Humanístico

Autoras: Victoria Alba Vidal

Maria Ruiz Terradas

Stella-Maris Serra Vila

Año: 2014-2015

Trabajo de investigación dirigido por la Sra. Lydia Serra, profesora de lengua del colegio La Vall y por la Dra. Melissa Mercadal, musicoterapeuta y profesora de la ESMUC y de la Universitat Pompeu Fabra.

Colegio La Vall, Bellaterra (Barcelona)

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	3
Capítulo I: La enfermedad de Alzheimer.....	5
1.1. Concepto.....	5
1.2. Causas.....	6
1.3. Fases.....	7
1.4. Tratamientos.....	8
Capítulo II: Musicoterapia.....	10
2.1. Qué es.....	10
2.2. Musicoterapia y enfermedad de Alzheimer.....	12
2.2.1. Sesiones.....	13
Capítulo III: Trabajo de campo.....	14
3.1. Sesiones prácticas.....	14
3.2. Nuestra experiencia con musicoterapeutas.....	16
3.2.1. Visita a Serafina Poch Blasco.....	16
3.2.2. Entrevista a musicoterapeutas.....	17
Conclusiones.....	19
Bibliografía.....	20

INTRODUCCIÓN

¿Quién no se ha emocionado alguna vez al escuchar una canción o una pieza musical determinada? ¿A quién no le ha suscitado recuerdos particulares, cargados de emoción o nostalgia, volver a escuchar esa canción al cabo de unos años? ¿Y no es cierto que esos recuerdos parecen estar enraizados en lo más profundo de nuestro ser?

El presente trabajo aborda la relevancia que puede tener la musicoterapia en el tratamiento de los pacientes de la enfermedad de Alzheimer. Decidimos investigar sobre este tema por dos motivos principales. En primer lugar, por nuestro interés en la medicina y, concretamente, en las demencias degenerativas, como es la enfermedad de Alzheimer, pues algunas de nosotras convivimos con la enfermedad en nuestro entorno familiar. Por ello, nuestro interés no es sólo desde un punto de vista científico sino también desde una perspectiva humana, es decir, abarcando todas las dimensiones de la persona. En segundo lugar, por nuestra afición a la música, nacida y desarrollada en nuestras familias. Además, el padre de una de nosotras es pianista y fue él quien nos sugirió la elección de este tema. De este modo, nos decidimos por combinar ciencia y música en este trabajo.

Al empezar nuestra investigación quisimos tener una estimación de cuál era la proporción de población barcelonesa de nuestro entorno que conocía la musicoterapia. Para ello hicimos una encuesta a través de las redes sociales y nos dimos cuenta de que 8 de cada 10 personas no sabían de qué trataba, aunque les sonaba el término.

El objetivo de nuestro trabajo es doble. Por un lado, presentar qué es la musicoterapia y de qué manera influye en las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer, bien para mitigar sus síntomas o para retrasar su evolución. Por otro lado, queríamos conocer los efectos específicos que produce la música en personas que padecen esta enfermedad.

En el primer capítulo realizamos una breve descripción de la enfermedad de Alzheimer; qué es, cómo surge y posibles terapias.

En el segundo capítulo presentamos la musicoterapia, cuáles son sus características y cómo la relacionamos con la enfermedad de Alzheimer.

En el tercer capítulo describimos las sesiones prácticas a las que hemos asistido durante los meses de investigación para conocer cómo se está trabajando actualmente con musicoterapia en pacientes de la enfermedad de Alzheimer en la provincia de Barcelona.

Al acabar el trabajo, hemos llegado a la conclusión de que la musicoterapia no cura el Alzheimer, porque es una demencia irreversible que empeora con el tiempo, pero sí puede ayudar a ralentizar su progreso y contribuir a que el enfermo disfrute de una mejor calidad de vida.

Deseamos dar las gracias a Melissa Mercadal, psicóloga y musicoterapeuta, por habernos orientado en la estructura del trabajo, proporcionándonos una amplia documentación científica sobre musicoterapia y facilitándonos contactos con algunos musicoterapeutas. También queremos agradecer a Serafina Poch que, con tanta dedicación y tiempo, nos ha ayudado a discernir la información importante, incluida la recogida en nuestro trabajo de campo, y ponerla en relación con los objetivos del presente trabajo.

Asimismo, queremos agradecer a los musicoterapeutas Oriol Casals y Mónica de Castro por habernos permitido asistir algunas de sus sesiones de musicoterapia con pacientes de Alzheimer en estado medio y avanzado. Igualmente, al médico especialista en Neurología (por el Hospital Clínico de Barcelona) Dr. Pau Pastor, del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra, por toda la información biomédica sobre la enfermedad de Alzheimer que nos ha facilitado.

Por último, muchas gracias a Lydia Serra por su supervisión general del trabajo y por ayudarnos a seguir adelante orientándonos con sus consejos

CAPÍTULO I

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

1.1. Concepto

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta con deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Suele aparecer a partir de los 60 años, aunque también puede presentarse a una edad más temprana. La EA es el tipo de demencia más frecuente.

Las personas que padecen la EA experimentan alteraciones microscópicas en ciertas partes de su cerebro que derivan en una serie de cambios histológicos, neuroquímicos y funcionales. Así, se producen acúmulos crecientes de neurofibrillas (“ovillos” de proteína *tau* mutada) en el interior de las células nerviosas (neuronas) y placas seniles (acúmulos de proteína *beta* amiloide) en el espacio extracelular, que van atrofiando las neuronas (ver figura 1). También, se da una pérdida progresiva pero constante de una sustancia química, vital para el funcionamiento cerebral, llamada acetilcolina, un neurotransmisor que permite que las neuronas se comuniquen entre sí. Por todo ello, quedan afectadas las actividades mentales vinculadas al aprendizaje, la memoria y el razonamiento, debido a la progresiva atrofia de diferentes zonas del cerebro.

La EA tomó este nombre del doctor Alois Alzheimer (1864-1915), neurólogo alemán que diagnosticó el primer caso como una entidad clínica diferenciada.

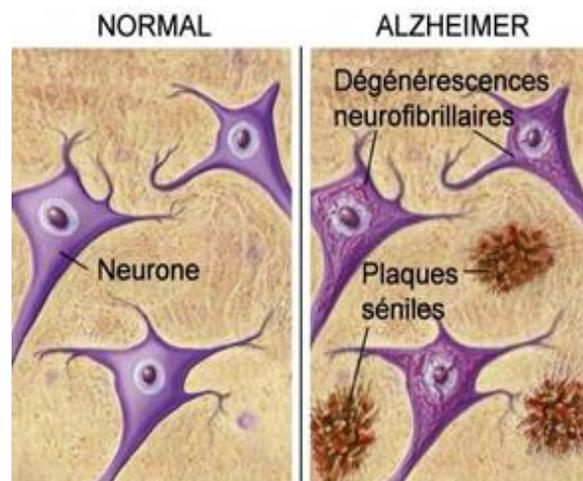


Fig.1. En esta imagen se pueden observar neuronas normales (izqda.) y neuronas típicas de la EA (dcha.), con presencia de ovillos de neurofibrillas y placas seniles.

Estudios de campo realizados en diferentes países muestran que alrededor de un 5% de la población de más de 65 años padece alguna demencia. Según sus estimaciones, la EA afecta a 8-12 millones de personas a nivel mundial. Hoy en día se desconoce su causa desencadenante, excepto en unos pocos casos (5 %) de origen hereditario, y no se puede evitar que la enfermedad progrese una vez que ha empezado. No obstante, sabemos que existen factores de riesgo que influyen en su desarrollo. Los enfermos de la EA suelen vivir unos 10 años después del diagnóstico, aunque puede reducirse en proporción directa con la severidad de la enfermedad en el momento del mismo. Actualmente no existe curación para la EA.

1.2. Causas

Es difícil determinar quién va a desarrollar la EA, una alteración compleja de causa desconocida, en la que, al parecer, intervienen múltiples factores. He aquí algunos de los elementos que pueden aumentar las probabilidades de padecer esta patología.

- a) *Edad*: suele afectar a los mayores de 60 años, pero también se han dado casos entre menores de 40 años. La edad media de diagnóstico se sitúa en los 75-80 años, puesto que se considera que la EA es una enfermedad que se ve favorecida por la edad.
- b) *Sexo*: las mujeres la padecen con más frecuencia, probablemente por su mayor esperanza de vida.
- c) *Herencia familiar*: La EA hereditaria, una variante de la patología que se transmite genéticamente, supone menos del 10 % de todos los casos. Si se desarrolla la enfermedad a una edad temprana, parece ser que determinadas mutaciones genéticas son la única causa.
- d) *Predisposición genética*: varias mutaciones en el gen de la proteína precursora de la proteína beta amiloide, en el de las presenilinas 1 y 2, así como en el gen de la apolipoproteína E, parecen conferir predisposición a padecer la EA.
- e) *Factores ambientales*: El tabaco se ha mostrado como un claro factor de riesgo de la patología, al igual que las dietas grasas. Otros factores son aquellos que provocan inflamación, la exposición a determinadas toxinas -como el aluminio- e infecciones virales.

1.3. Fases

La EA empieza a manifestarse con pequeñas e imperceptibles alteraciones cognitivas, como pérdidas de memoria que, con el paso del tiempo, producen deficiencias cognitivas y conductuales cada vez más notorias e incapacitantes para el afectado. Éste tendrá problemas para realizar tareas cotidianas y simples, como abrir o cerrar una puerta u orientarse en la calle y, también, otras más intelectuales, como hablar, comprender, leer o escribir (ver figura 2).

Dependiendo de la etapa en que se encuentre el paciente, los síntomas son diferentes. Esta enfermedad se desarrolla en tres fases:

- a) *Estadio Leve*: El enfermo padece pequeñas pérdidas de memoria y algunas disfunciones en el habla. En esta etapa todavía puede trabajar o conducir un coche, aunque es posible que empiece a experimentar desorientación espacial temporal y falta de espontaneidad, de iniciativa y ciertos rasgos depresivos. La capacidad de juicio se reduce y tiene dificultad para resolver situaciones nuevas y organizar actividades. Pueden aparecer signos de apatía y aislamiento, así como repentinos cambios de humor.
- b) *Estadio Moderado*: La enfermedad ya resulta evidente para familiares y allegados. El paciente presenta dificultades para efectuar tareas como hacer la compra o seguir un programa de televisión. Ya no es sólo una pérdida de memoria, sino también de capacidad de razonamiento y comprensión, pues pierde fluidez en el lenguaje, y necesita ayuda constante para realizar actividades cotidianas. En esta etapa, el deterioro avanza con bastante rapidez y los afectados pueden llegar a perderse en lugares familiares. Además se muestran visiblemente apáticos y deprimidos
- c) *Estadio Grave*: En esta fase, la incapacidad es profunda y el paciente no se puede valer por sí solo; todas las áreas relacionadas con la función cognitiva del paciente se encuentran afectadas. Su personalidad experimenta alteraciones irreversibles y pierde la capacidad para hablar correctamente o repite frases inconexas una y otra vez. No puede reconocer a sus familiares y amigos, ni siquiera se reconocen a ellos mismos ante un espejo: la desorientación es constante. Los pacientes más graves se olvidan de andar y sentarse y, asimismo, aumenta la rigidez muscular, de manera que van quedando progresivamente reducidos a una silla de ruedas y, después, a la cama. En general, pierden el control sobre sus funciones orgánicas y presenta incontinencia urinaria y fecal. Además, aparecen otras complicaciones como ansiedad, angustia, agresividad o depresión: gritan, lloran o ríen sin motivo y no comprenden cuando se les habla. En su etapa más grave surgen contracturas en flexión, permanecen en mutismo y pueden llegar a presentar trastornos deglutorios. Muchos de ellos acaban en estado vegetativo.

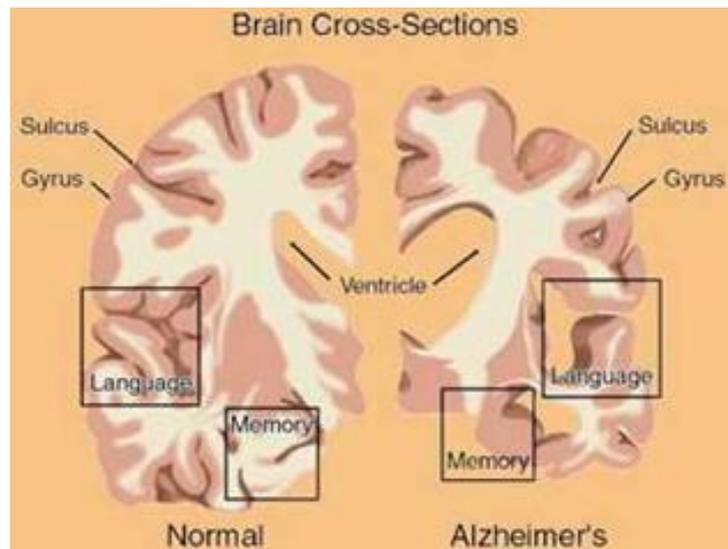


Fig.2. En esta imagen se puede observar la diferencia entre un cerebro normal (mitad izqda.) y un cerebro de un paciente con la EA (mitad dcha.). Se puede ver como las áreas relacionadas con la memoria y el lenguaje están notablemente atrofiadas en la EA.

1.4. Tratamientos

La EA es una patología de evolución lenta. Desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se inicia una etapa de mayor gravedad pueden pasar varios años. Por el momento, no existe ningún tratamiento que revierta el proceso de degeneración que comporta esta enfermedad y solo se pueden aliviar o retrasar algunos de sus síntomas mediante las estrategias terapéuticas siguientes.

- a) *Tratamientos farmacológicos:* Ralentizan el proceso en determinadas etapas de la misma, mejoran funciones cognitivas, como la memoria, y afectivas, como la depresión, la ansiedad y el enfado, si se utilizan correctamente. Así, la tacrina, el donepezilo y la rivastigmina son los fármacos indicados en las primeras etapas de la enfermedad. Este tipo de tratamiento se combina con otros a medida que el paciente va denotando diversos síntomas que acompañan el avance de la EA, tales como la depresión, estados de agitación, alteraciones del sueño o complicaciones más tardías, como la incontinencia de esfínteres, el estreñimiento, las infecciones urinarias, las úlceras provocadas por la inmovilidad o las tromboflebitis. Por otro lado, se dispone ahora de la vacuna AN-1792, que se basa en una forma sintética de la proteína *beta* amiloide de las placas seniles, que estimula al sistema inmunológico para eliminar las ya formadas y evitar la aparición de otras nuevas. Este tratamiento se encuentra todavía en una fase inicial en su aplicación y, por tanto, no se dispone de datos conclusivos sobre su eficacia a largo plazo.

b) *Tratamientos no-farmacológicos*: Las recomendaciones de los expertos se centran fundamentalmente en dos puntos clave: detección precoz de los primeros síntomas y ejercitación de la memoria y la función intelectual en general. Se trata de terapias que no requieren el uso de medicamentos, de eficacia muy variable y que podemos agrupar en tres grandes categorías:

i) Con orientación *emocional*: cuidado centrado en aspectos emocionales mediante aproximaciones verbales o no verbales y presencia simulada (de familiares o allegados).

ii) Con orientación *conductual* o *ambiental*: unidades de cuidado especial y modificaciones ambientales (mejora del espacio físico o social).

iii) Con *estimulación sensorial*: aromaterapia, iluminación, musicoterapia, estimulación multisensorial, tacto, equilibrio en estados de vigilia/sueño y ejercicio físico (movimiento y relajación).

CAPÍTULO II

LA MUSICOTERAPIA

2.1. ¿Qué es la musicoterapia?

Es la utilización de la música, y de todos sus elementos para trabajar los estados de ánimo, las necesidades físicas, emocionales y sociales de una persona. Su objetivo principal es ayudar a las personas en general y a los pacientes de algunas enfermedades en particular a desarrollar las funciones necesarias para mejorar su autoestima y sus condiciones de vida. Es una terapia complementaria a otros tratamientos médicos.

Existen referencias al uso de esta terapia en la época de Aristóteles y Platón. En la Edad Media ya se utilizaba la música como medio de curación. Sin embargo, no empezó a desarrollarse científicamente como terapia hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se ofreció música a soldados con traumas físicos y emocionales ingresados en hospitales de EE.UU. Con el paso del tiempo, los músicos participantes obtuvieron una formación como terapeutas, que se convirtió en una carrera universitaria.

Reacciones usuales en una persona con demencia (PCD), como agresividad, enfrentamiento y confusión, pueden aliviarse con la música, que las transforma en cooperación, comunicación y sentido de entendimiento, mejorando así la calidad de vida de estas personas. La música activa áreas subcorticales del cerebro encargadas de modular las emociones y las motivaciones, disminuyendo la tensión, el estrés y la depresión. Así, pueden generarse nuevas asociaciones a través de sinapsis con otras neuronas no deterioradas, lo que mejorará las funciones cognitivas.

Los objetivos de esta terapia son dos:

- La *prevención*: Fomentar que las personas mayores estén el máximo tiempo activas para evitar situaciones de discapacidad.
- La *intervención terapéutica*: Trabajar una serie de objetivos que han sido formulados de manera individualizada para cada paciente por el equipo médico.

Los lugares donde normalmente se lleva a cabo esta terapia son centros cívicos, residencias geriátricas y, ocasionalmente, en domicilios particulares.

Los beneficios de la musicoterapia son numerosos:

- Favorece a cualquier persona (aunque ésta no pueda moverse)
- Proporciona una vía de comunicación, ya que las canciones de su pasado les traen buenos recuerdos.
- Motiva al paciente a realizar actividad física
- Renueva el interés para participar en actividades de grupo
- Aumenta la capacidad de atención
- Ayuda al paciente a sentirse mejor consigo mismo
- Hace que el paciente exprese sus sentimientos.

Para poder utilizar la música de manera eficaz como elemento de una terapia, se requieren tres condiciones:

- Conocer la naturaleza del problema (enfermedad).
- Debe existir una relación profesional y personal entre el paciente y el terapeuta.
- Averiguar las preferencias musicales del paciente.

Los elementos principales de la musicoterapia son también tres:

- a) La *música* es el factor principal de este tratamiento, pues actúa en el ser humano y les ayuda a expresar su afectividad. Tiene unos rasgos que le influyen en todos sus niveles: fisiológico, cognitivo, emocional, social y espiritual.
- b) El *musicoterapeuta* también es una figura muy importante en la terapia, pues se encarga de hacer una evaluación inicial del paciente y establece objetivos adecuados, diseña y planifica los programas de intervención e implanta diferentes técnicas y evalúa los resultados.
- c) El *paciente* es un componente imprescindible en esta terapia. No es necesario que el paciente tenga conocimientos musicales para recibir dicho tratamiento pero sí que colabore con él.

Por otro lado, el musicoterapeuta ha de tener en cuenta seis puntos cuando prepara la sesión.

1. *El repertorio*: prefieren la música que era popular en los años de juventud de los pacientes
2. *Ritmo (tempo)*: prefieren el ritmo lento porque se sincroniza con su tiempo motriz
3. *Extensión vocal (tesitura)*: la música que se utiliza ha de estar en la tonalidad apropiada, ya que, con la edad aumenta el grosor de las cuerdas vocales
4. *Volumen*: Si el volumen es demasiado fuerte, puede ser sobre estimulante para personas con demencia que presentan un alto grado de agitación.
5. *Instrumentación*: las personas mayores prefieren acompañamientos de acordes sencillos.
6. *Presentación de la música*: prefieren la música en vivo que grabada.

2.2. Musicoterapia y enfermedad de Alzheimer

La musicoterapia se encuadra en los tratamientos no-farmacológicos con estimulación sensorial. Existe un gran número de enfoques, así como diferentes usos de la música para esta población, ya sea como actividad recreativa o como terapia. Se observa un creciente interés por la utilización de la musicoterapia en demencias, y cada vez son más los musicoterapeutas que entran a formar parte de los equipos profesionales que atienden a estos enfermos, incluyendo los que padecen la EA. Asimismo, las investigaciones sobre los efectos beneficiosos de la musicoterapia en PCD han proliferado notablemente a partir de los años 80.

Escuchar música es una intensa experiencia emocional, las PCD tienen necesidades psicológicas como el contacto social, sensación de seguridad, orden, control, libertad, sentirse útiles y capaces de tomar decisiones; la música tiene el poder de dirigirse de manera recíproca a PCD y cuidadores, pues reduce los problemas de comportamiento.

En el caso de la EA, la musicoterapia puede servir como un tratamiento preventivo. Esta aproximación se propone objetivos específicos y a corto plazo, como la mejora paulatina de algunas funciones cognitivas y emocionales, para así alcanzar un objetivo general, como puede ser un mayor bienestar del paciente. En este contexto, la musicoterapia es un instrumento que fomenta la creatividad, ya que rompe los prejuicios del “no se puede” y es el mejor antídoto contra la inercia que acompaña a las PCD y, en especial, con la EA. Estos pacientes se vuelven pasivos, ya que no solo pierden la memoria, sino también la motivación, por lo que su vida se vuelve vacía. La musicoterapia fortalece la salud del paciente para poder luchar contra esta pasividad y

conseguir así reducir o calmar la agitación, la irritabilidad y la agresividad, con música generalmente sedativa.

El enfermo de EA es incapaz de quedarse con lo esencial e instantáneamente relacionarlo con otros patrones del pasado y, más adelante, es incapaz de recordar. La música estimula la evocación de la memoria que rastrea a través de las zonas olvidadas de la personalidad o nunca tenidas en cuenta, y las activa.

En definitiva, la terapia tiene que ayudar a instaurar en el paciente de Alzheimer un nuevo orden funcional que le ayude a encontrar un sentido a su vida.

2.2.1. Sesiones

La musicoterapia se lleva a cabo en sesiones con el objetivo de abrir canales de comunicación que faciliten la socialización y el mejoramiento del humor.

Cuando la música es compartida tiene un mayor impacto, y estimula a los enfermos a interactuar entre ellos. Está comprobado que la música en vivo es más efectiva que el escuchar canciones pre-grabadas. Son preferibles melodías de baja intensidad ya que dan sensación de confortabilidad. Las melodías conocidas, tiernas y nostálgicas, son efectivas y por eso, en algunos casos, los pacientes son capaces de recordar la letra.

La terapia puede hacerse en grupo o individualmente. Un tratamiento individual permite conocer mejor al paciente y tener una relación terapéutica más personalizada; también produce mejoras evidentes en comunicación y comportamiento con más prontitud. La repetición es un elemento primordial, ya que la distancia entre sesiones puede hacer que el sistema creado se debilite. Los musicoterapeutas no trabajan con los recursos necesarios y, no suelen hacer un tratamiento individualizado. Por eso los resultados no son tan inmediatos y positivos como deberían aunque un tratamiento en grupo fomenta la socialización y la interacción social, como demuestra un estudio en que se observó un aumento del 24%.

CAPÍTULO III

TRABAJO DE CAMPO

Con objeto de observar directamente el empleo de la musicoterapia y a partir de los contactos que nos proporcionó Melissa Mercadal, hemos podido asistir a varias sesiones con musicoterapeutas profesionales e, incluso, visitar a Serafina Poch, directora de la primera fundación de musicoterapia en España.

3.1. Sesiones Prácticas

1ª Sesión

- **Nombre del centro:** Residencia “Roca i Pi”, Badalona.
- **Fecha:** 11 de noviembre de 2014.
- **Número de participantes:** 11, de los cuales 5 mujeres y 2 hombres sufren la EA.
- **Musicoterapeuta:** Oriol Casals. Profesor Superior de Música y del Máster en Musicoterapia (IDEC-UPF). Actualmente es el Presidente de la Asociación Catalana de Musicoterapia. Tiene una larga experiencia como profesor de música en la enseñanza obligatoria, donde ha sido también director pedagógico. Como musicoterapeuta ha ejercido en campos comunitarios y de educación especial. Actualmente compagina la práctica clínica en geriatría (Fundación Roca y Pi; ICASS Mataró) y en cuidados paliativos (Fundación Paliaclicnic), con la docencia (Fundació Pere Tarrés) y la divulgación de temas vinculados a la salud y la música en Radio Estel, tarea para la que ha merecido el premio Consejo Municipal de Bienestar Social del Ayuntamiento de Barcelona (2008) y una mención de calidad a los Premios Radio Asociación de Cataluña (2014).
- **Características de los pacientes:** Ancianos, con y sin demencia.
- **Estado de las PCD:** Grave.
- **Géneros musicales:** Habaneras, Coplas, Sardanas.
- **Descripción:** Antes de empezar la sesión, mientras el musicoterapeuta prepara a sus pacientes, suena una melodía de fondo para tranquilizarlos: es el momento de “hacer música”. Se colocan todos en círculo y el musicoterapeuta, con la guitarra, canta una canción de bienvenida, nombrando a cada uno de los pacientes. Después, el musicoterapeuta canta para que sus pacientes reaccionen a los estímulos emitidos y participen. Cada uno responde según su grado de

enfermedad; cuánto más desarrollada está, menos reaccionan. El objetivo del musicoterapeuta es intentar hacer que el paciente recuerde la letra para ejercitar la memoria. No solo la practican cantando, sino que también les hace bailar y hacer ejercicios coordinando brazos y pies. Más adelante reparte instrumentos tales como bastoncitos o maracas, o les reparte pañuelos de colores, para trabajar la coordinación. Cuando los pacientes se dan cuenta de que está reaccionando bien al ejercicio aplauden y se animan a seguir participando. Una cosa muy importante es que el musicoterapeuta ha de ser muy expresivo con la cara, vocalizar mucho y sonreír siempre. Finalmente, se despide de cada uno personalmente.

- **Observaciones:** La actitud de las PCD fue evolucionando a lo largo de la sesión. No hubo gran participación por parte de estas, más bien se mostraron pasivas durante la mayor parte del tiempo. En algún momento reaccionaron ante una canción o cuando el musicoterapeuta se les acercaba y les atendía personalmente, pero la mayoría se mostraron más bien distraídos.

2ª Sesión

- **Nombre del centro:** Centre Cívic “Jardins de la Pau”, El Prat de Llobregat.
- **Fecha:** 15 de diciembre de 2014.
- **Número de participantes:** 9, 8 mujeres y 1 hombre, el más joven del grupo con 50 años.
- **Musicoterapeuta:** Mónica de Castro. Musicoterapeuta titulada (Universidades Pompeu Fabra y Ramon Llull) especializada en geriatría y demencias. Compagina la intervención clínica con la docencia y la investigación en proyectos de Musicoterapia en este ámbito. Ha presentado sus resultados sobre la musicoterapia en demencias en diversos congresos y los ha publicado en revistas nacionales e internacionales. Ha trabajado con PCD y con niños que padecen otras patologías (TDAH, autismo y cáncer). Actualmente es la vicepresidenta de l'Associació Catalana de Musicoteràpia.
- **Características de los pacientes:** todos los pacientes padecen la EA.
- **Estado de las PCD:** Leve.
- **Géneros musicales:** Villancicos y canciones tradicionales.
- **Descripción:** Da la bienvenida con una canción. Al acabar pregunta a cada paciente su nombre y el de la persona contigua como ejercicio de memoria. Pregunta la fecha y el tiempo de ese día. Reparte varios instrumentos e indica el ritmo y cuándo tienen que tocar, también lo combina con movimientos con los

pies. Cantan canciones de su infancia y adolescencia -al ser época navideña, cantamos varios villancicos-; se acuerdan de la letra porque lo asocian emocionalmente a un hecho del pasado.

- **Observaciones:** Las PCD se mostraron claramente activas y participantes, esto se debe a que el grado de su enfermedad aún es leve, con solo pequeñas pérdidas de memoria. Al recordar una canción se animan a participar y esto les motiva a seguir yendo a las sesiones, porque ven que aparte de ser beneficiosas, se convierten en un tiempo de ocio divertido.

3.2. Nuestra experiencia con musicoterapeutas

3.2.1. Visita a Serafina Poch Blasco

El viernes 31 de octubre de 2014, tuvimos el gran honor de ser recibidos por Serafina Poch Blasco, doctora en Filosofía y Letras y musicoterapeuta. Fue miembro profesional de la “*American Musical Association*”. Realizó su internado y múltiples cursos de musicoterapia en Estados Unidos. Fue iniciadora de los cursos de postgrado y máster de musicoterapia en diversas universidades españolas: UB, URL, UVA y UB-Les Heures. Es ex-presidenta de la “Asociación Española de Musicoterapia” y fundadora y ex-presidenta de honor de la “Asociación Catalana de Musicoterapia”. Fue un encuentro clave para nuestro trabajo, ya que se la considera la pionera de la musicoterapia en España. Nos explicó cómo empezó su carrera profesional, su formación en EE.UU para estudiar el máster en musicoterapia, que en España aún no existía, y como llegó a fundar la Asociación Española de Musicoterapia.



Fig. 3. Las autoras con la Dra. Serafina Poch en el estudio de su vivienda particular. (Siempre de izqda. a dcha.) Izqda. Maria Ruiz, la Dra. Poch y Stella-Marís Serra. Dcha. Dra. Poch, Victoria Alba y Stella-Marís Serra.

3.2.2. Entrevistas a musicoterapeutas

Cuando asistimos a las sesiones de Mónica de Castro y Oriol Casals, les formulamos unas cuestiones acerca de la terapia que aplicaban a sus pacientes. Básicamente se trataba de observaciones que nosotras anotamos durante cada sesión.

Nos planteamos las preguntas siguientes, resumiéndose a continuación las respuestas de cada uno:

1- *¿Habéis sido testigos de algún caso de Alzheimer en el que el paciente se haya curado totalmente?*

Ninguno de ellos, ni otros terapeutas, ha podido curar a su paciente ya que, por ahora, es una enfermedad incurable. No obstante desarrolla en el paciente, un estímulo que le permite mejorar su estado de ánimo, carácter, autoestima...ya que al oír una melodía de su época, el paciente es capaz de recordar algo que le marcó emocionalmente entonces.

2- *¿Hay mejoras en todos los casos?*

Sí, en todos los casos ha habido mejoras a largo o corto plazo, según el grado de desarrollo de la EA en cada paciente. Para que esto pueda llevarse a cabo, se deberían poner las mismas piezas musicales durante un largo período de tiempo, hasta que sea capaz de asociar la pieza a algún hecho representativo.

3- *¿Cuántas personas hay en el grupo con el que tratan?*

Lo ideal sería entre 6 y 8 pero a causa de la escasez de recursos, estos grupos aumentan. Hay muy pocos musicoterapeutas que estén dispuestos a trabajar en estas condiciones de bajo salario, por lo tanto son pocos los terapeutas ejercientes para el número de sesiones que serían necesarias. Mejor sería aún que las sesiones fueran individualizadas, ya que de esta manera se llegaría mejor al paciente, pero la propuesta se hace difícil debido a los factores anteriores.

4- *¿Qué piezas musicales e instrumentos se utilizan en las sesiones?*

Desde el hombre primitivo, la voz ha servido para comunicarse con otros; más adelante se utilizaba también para expresar emociones, como el amor. Por ello, la voz se considera el instrumento primario. Con el tiempo, la humanidad ha ido inventando muchos instrumentos que iban más allá del propio cuerpo. El hombre descubrió que uniendo dos partes del cuerpo también se podrán realizar sonidos. Así pues, Mónica y Oriol, aparte de cantar canciones de la época de los pacientes -canciones tradicionales-, también les hacían aplaudir o bailar con los pies.

Los instrumentos más utilizados fueron las maracas y la cajita (idiófonos), la guitarra (cordófonos) y el piano (membranófonos). Estos instrumentos son fáciles de transportar (excepto el piano) y el poder tocarlos en directo causa una sensación positiva en los pacientes.

5- *¿Ponen música grabada o es todo música en vivo?*

Prácticamente todo es música en vivo ya que, en varios casos, los pacientes participan en la interpretación de algunos instrumentos y los temas rítmicos les entran mejor que la melodía, aunque también se les ponen grabaciones.

6- *¿Después de las sesiones recogen datos?*

Sí, después de cada sesión se hace un análisis de la actitud de cada paciente durante la sesión, valorando su participación, interés y asistencia a la terapia, entre otras cosas. Este análisis es cedido a los neurólogos para que ellos vayan completando el informe de la evolución su paciente.

7- *¿Cuántas sesiones son necesarias para ver una mejora del paciente?*

Son necesarias entre 10 y 12 sesiones para observar reacciones del paciente frente a esta terapia. La frecuencia de estas ha de ser regular, semanal más que diaria, por lo que cuesta más hacer el seguimiento; no sería así si las sesiones fueran diarias y con grupos más reducidos.

8- *¿Hay un seguimiento personal individual de cada paciente?*

Generalmente sí lo hay. Cuando el grupo de paciente es muy amplio cuesta más seguir bien el análisis de cada uno de ellos, situación frecuente en los últimos años por la reducida inversión de la Administración.

9- *¿Qué finalidad tiene la musicoterapia?*

Tiene una finalidad terapéutica; se intenta mejorar la calidad de vida de cada uno de los pacientes y obtener una respuesta activa a cada estímulo, ya sea una sonrisa o un gesto.

10- *¿Siempre cantáis las mismas canciones?*

Siempre es el mismo repertorio, porque les recuerda a su época y hacen memoria, pero van variando las canciones, así como también varía el estilo de música.

CONCLUSIONES

La información recogida en nuestra revisión bibliográfica, experiencia en sesiones prácticas y entrevistas a musicoterapeutas nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones.

En primer lugar, hemos verificado que la musicoterapia *produce efectos beneficiosos en las PCD*, en especial los que padecen la EA, a pesar de que ésta siga avanzando.

En segundo lugar, la musicoterapia *enlentece los efectos deletéreos del progreso irreversible de la EA, preserva la dignidad de las PCD y les proporciona una mejor calidad de vida*. Se ha podido comprobar en las PCD que el ritmo al que avanza la enfermedad en una persona que no recibe esta terapia es mucho más rápido que el de otra que sí la recibe, pues la música mejora las funciones cognitivas y afectivas mediante la activación de áreas corticales y subcorticales encargadas de acumular y suscitar recuerdos. Así, está demostrado que la música en sí puede ser terapéutica en fases iniciales e intermedias de la enfermedad. No obstante, en las fases más avanzadas, la repercusión de la música es casi nula.

En tercer lugar, la musicoterapia preventiva es una *terapia motivacional*, útil ante problemas emocionales serios, que promueve la actividad física (baile, movimientos), permite ejecutar facultades cognitivas (recuerdos), llenar vacíos afectivos (emociones) y valorizar el tiempo de ocio (combate el tedio).

En suma, *la musicoterapia eleva el estado anímico y mejora la calidad de vida de los pacientes*.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

1. DAVIS, William B.; Keith E. GFELLER; Michael H. THAUT, *Introducción a la Musicoterapia, Teoría y Práctica*, Editorial de Musica Boileau, Barcelona (2000)
2. FERRERÓS, M^a Luisa, *Inteligencia Musical*, Editorial Cúpula, Barcelona (2008)
3. MERCADAL-BROTONS, Melissa; Patricia MARTÍ AUGÉ, *Manual de Musicoterapia en Geriatria y Demencias*, Editorial Prayma, Barcelona (2008)
4. MOLLOY, William; Paul CALDWELL, *La enfermedad de Alzheimer*, Editorial Paidós, Barcelona (2002)
5. PEREYRA, Gabriel, *Musicoterapia, Iniciación, Técnicas y Ejercicios*, Editorial Ma Non Troppo, Barcelona (2013)
6. POCH BLASCO, Serafina. *Compendio de Musicoterapia. Volumen I*. Editorial Herder, Barcelona (1999-2002)

Artículos / Documentos

7. BUENDÍA COLLADOS, Juan José. Iniciación en la terapia a través de la Musicoterapia, *Máster en Musicoterapia, isep.es formación*, pp. 1-125 (2010)
8. CHATTERTON, Wendy; Felicity BAKER; Kylie MORGAN. The Singer or the Singing: Who Sings Individually to Persons With Dementia and What Are the Effects? *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, Vol. 25 (núm. 8), pp. 641-649 (2010)
9. KVERNO Karan S., Betty S. BLACK, Marie T. NOLAN, and Peter V. RABINS. Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementias with non-pharmacological strategies, *International Psychogeriatrics*, Vol. 21 (núm. 5), pp. 825–843 (2009)
10. O'CONNOR, Daniel W.; David AMES, Betina GARDNER; Madeleine KING. Psychosocial treatments of psychological symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards, *International Psychogeriatrics*, Vol. 21 (núm. 2), pp. 241–251 (2009)
11. POCH BLASCO, Serafina. Importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano, *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, Vol. 42, pp. 91-113 (2001)

Páginas web

12. Associació catalana de Musicoterapia

<http://www.acmt83-07.com/html/queesmusicoterapiacast.htm> (último acceso 10/2/2015)

13. NIH: Instituto Nacional sobre el Envejecimiento

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/alzheimersdisease.html> (último acceso 10/2/2015)

14. Dmedicina

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/alzheimer>

(último acceso 10/2/2015)

15. Wikipedia

http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_de_Alzheimer (último acceso 10/2/2015)

16. PubMed

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (buscando las key words: “musicotherapy” and “Alzheimer”), (último acceso 10/2/2015)

17. Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias

<http://www.ceafa.es/> (último acceso 10/2/2015)

18. Guía de Orientación

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/600092_musico_terapia_demencia.pdf (último acceso 10/2/2015)

19. Aplicación de la Musicoterapia en demencias

http://www.revistahospitalarias.org/info_2007/02_188_06.htm (último acceso 10/2/2015)

20. Contributions from Music therapy

http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD_010423_231-236.pdf

(último acceso 10/2/2015)

21. ABC.es

<http://www.abc.es/salud/especialistas/20131127/abci-pastor-201311291314.html>

(último acceso 10/2/2015)

Figuras

Fig.1. <http://tpe.alzheimer.free.fr/presentation.php> (último acceso 10/2/2015)

Fig.2. http://juniata.germann.zip.net/arch2011-05-01_2011-05-31.html

(último acceso 10/2/2015)

Fig. 3, 4. De las propias autoras