

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud



Trabajo Fin de Grado en Enfermería

Convocatoria Junio 2016

MUSICOTERAPIA EN PERSONAS MAYORES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. APLICACIÓN EN ENFERMERÍA.

Autor: Alicia Reyes Rodríguez

Tutor: Trinidad Ruiz Márquez

ÍNDICE

Resumen.....	Pág. 3
1. Introducción.....	Pág. 3-6
2. Objetivos.....	Pág. 6
3. Metodología.....	Pág. 6-8
4. Desarrollo.....	Pág. 8-20
4.1. Musicoterapia en la Enfermedad de Alzheimer.....	Pág. 8-13
4.1.1. Envejecimiento y Alzheimer	
4.1.2. Musicoterapia	
4.1.3. Musicoterapia y Enfermedad de Alzheimer	
4.2. Musicoterapia como intervención enfermera.....	Pág. 13-20
4.2.1. El proceso musicoterapéutico	
4.2.2. Terapia musical en pacientes con Enfermedad de Alzheimer	
4.2.3. Aplicación práctica de terapia musical en pacientes con EA en fase leve	
5. Conclusiones.....	Pág. 20-21
6. Bibliografía.....	Pág. 22-24

“La música provoca una determinada vibración que, indefectiblemente, genera también una reacción física. Cada uno de nosotros tiene que encontrar y disfrutar su propia vibración”. George Gershwin.

RESUMEN

La Enfermedad de Alzheimer actualmente constituye un verdadero problema de salud para las personas mayores, afectando también a familia, pareja, sociedad y sistemas de salud.

El tratamiento de esta enfermedad mediante terapia farmacológica consigue atenuar los síntomas de ésta y enlentecer la progresión de la enfermedad sin llegar a paliarlos de forma completa o en la totalidad de sus síntomas. Entre los cuidados complementarios, la Musicoterapia es una terapia no farmacológica que puede ayudar favoreciendo el movimiento, mejorando la memoria y la orientación y fomentando la interacción social y la comunicación; esto es algo fundamental que debemos tener en cuenta en una persona que sufre Alzheimer.

Mediante la revisión bibliográfica de artículos, publicaciones y libros científicos se elaboró un trabajo que recoge los aspectos más importantes de la Enfermedad de Alzheimer y los beneficios de la aplicación de la Musicoterapia en personas mayores, aplicándolo desde el campo de la Enfermería.

1. INTRODUCCIÓN

Las demencias degenerativas son enfermedades caracterizadas por pérdida neuronal y sináptica y por el depósito cerebral de agregados proteicos insolubles intra y/o extracelulares. Cada tipo de depósito proteico tiende a seguir un patrón topográfico que se correlaciona con las características clínicas que definen a cada tipo de demencia.¹

El Alzheimer es una enfermedad cerebral crónica², de carácter degenerativo y desarrollo paulatino. Esta enfermedad neurodegenerativa implica una pérdida neuronal de la corteza entorrinal, hipocampo y regiones profundas del lóbulo temporal, que justifica la pérdida de memoria reciente. Está determinada clínicamente por un desgaste de la función cognitiva y demencia y neuropatológicamente por la existencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas.^{1,3}

Según las altas capacidades que el ser humano tiene en lo que a funciones cerebrales se refiere, también necesita de una gran cantidad de energía para su buen funcionamiento. Nuestro cerebro toma aproximadamente el 20% del débito cardíaco y precisa de una gran carga metabólica; la EA está asociada a la reducción de volumen y metabolismo del

cerebro, mermando así la demanda nutricional del organismo. Esta variación metabólica no es uniforme en todo el cerebro, sino que afecta principalmente a hipocampo, corteza cerebral y estructuras subcorticales, todas ellas implicadas en los circuitos de la memoria y aprendizaje. ⁴

La enfermedad de Alzheimer afecta a 1 de cada 8 personas de más de 65 años y casi la mitad de mayores de 85 años. ² La probabilidad de que una persona de la población se vea afectada por la EA aumenta con la edad, desde 1-3/1000 entre los 65 y 70 años personas-año hasta 14-30/1000 entre los 80-85 años, y predomina en el sexo femenino. La prevalencia de la EA es de un 0,6-0,7% en Europa a los 65-69 años, y va en aumento con la edad. En España la prevalencia está ubicada alrededor del 6% dentro de los mayores de 70 años. ¹

La presentación es en la mayor parte de casos de forma aislada, aunque hay algunos casos que se relacionan a mutaciones de transmisión autosómica dominante. ¹

En el año 1906 el neurólogo Alois Alzheimer (1864-1915) explicó por primera vez este trastorno, caracterizado por su cronicidad e irreversibilidad. Mediante el estudio anatómico con cadáveres se han podido constatar las lesiones achacadas a la enfermedad: atrofia y pérdida de peso cerebral, dilatación de ventrículos encefálicos, pérdida de neuronas y existencia de multitud de placas seniles (depósitos de la proteína beta-péptido-amiloide), las cuales se depositan en los tejidos cerebrales provocando desorganización y muerte neuronal. En la EA las lesiones están situadas en el hipocampo, sector cerebral relacionado con el ejercicio intelectual y la memoria. ⁵

La técnica principal para el diagnóstico de la EA es el examen de antecedentes familiares y personales junto con la entrevista tanto al enfermo como a su familia. Además, existen una serie de test que facilitan la tarea del diagnóstico, como el miniexamen cognoscitivo, que evalúa orientación, memoria reciente y lejana, cálculo, atención, lenguaje, lectura, escritura y práctica constructiva asociando a estos ítems una puntuación para posteriormente concluir el diagnóstico con un examen general y neurológico exhaustivo, un análisis de sangre y orina y pruebas de diagnóstico por imagen. ⁵

Ya que a día de hoy no se ha conseguido encontrar aún el tratamiento curativo de esta enfermedad, es imprescindible realizar un abordaje terapéutico que abarque todas las dimensiones de la enfermedad y de la persona. ⁶ En la actualidad, los recursos

farmacológicos específicos en el tratamiento de la EA son: inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y un antagonista no competitivo de los receptores de N-metil-D-Aspartato (memantina). Estos fármacos actúan controlando síntomas conductuales y/o retrasando el deterioro de las funciones cognitivas.¹ Por otro lado, hay que tener en cuenta las terapias no farmacológicas, en este caso la Musicoterapia, que, en combinación con la medicina tradicional, puede ayudar dentro de las posibilidades de cada individuo, mejorando o manteniendo las capacidades funcionales psíquicas y físicas, que afectan directamente al ánimo, autoestima, capacidad de relación con otros, etc. La música consigue provocar respuestas positivas en la persona, y partiendo de ahí se van planteando fines “curativos” de forma más focalizada. Los tres aspectos fundamentales que se trabajan son corporal, expresivo y receptivo.⁷

La Musicoterapia ha estado presente a lo largo de la historia y en las culturas más remotas que podamos imaginar. Ya desde las tribus se utilizaba la música mediante danzas y cantos rituales para sanar a la persona enferma, pasando por Grecia y la influencia de la música en las emociones y el pensamiento, Egipto, India, China y Japón con sus escalas y modos musicales que se aplicaban a diferentes actividades y estados de ánimo. En el siglo XVIII aparecían los primeros artículos haciendo referencia a los efectos que producía la música en diferentes enfermedades. A día de hoy se investiga la música y sus intervenciones en distintas patologías.⁷

La Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT) definió en 1996 esta terapia como “uso científico de la música y/o de sus elementos por un musicoterapeuta cualificado, con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover la comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas y sociales.” Fue a partir del siglo XX cuando se comienza a aplicar la música de forma terapéutica.⁶

Los objetivos que se pretenden conseguir con la aplicación de la musicoterapia van en la misma línea que el tratamiento farmacológico: mejora de la calidad de vida, preservación de la autonomía en las actividades cotidianas, retraso del deterioro, mejora de síntomas conductuales y recuperación de funciones y/o mantenimiento de ellas.^{8,9}

Las intervenciones no farmacológicas tienen propiedades evidentes pero a su vez ajustadas, por ello el beneficio de estas intervenciones reside en la toma del paciente como ser biopsicosocial, abordando a la persona en sí, familia y entorno de forma

interdisciplinar.⁸ En ello reside la importancia de Enfermería, en el abordaje del paciente de forma integral.⁷

La necesidad de abordar este tema viene derivada de la creciente prevalencia a nivel mundial de esta enfermedad, generando así un volumen considerable de demanda sanitaria que requiere de recursos sanitarios y sociales que puedan cubrirla.¹⁰ Además, las personas afectadas por esta enfermedad necesitan una serie de cuidados de forma continuada en el transcurso de ésta, cuidados que desde Enfermería pueden aportarse de forma eficaz.⁷

El propósito de este trabajo es conocer cómo actúa la Musicoterapia en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, una terapia no invasiva que puede aplicarse conjuntamente a la terapia farmacológica y en la cual el papel de enfermería en su aplicación es muy importante.⁷

2. OBJETIVOS

General

Revisar la evidencia científica de la Musicoterapia en la Enfermedad de Alzheimer y su aplicación desde Enfermería en las personas mayores.

Específicos

Revisar las principales características de la Enfermedad de Alzheimer y su relación con el envejecimiento.

Identificar los beneficios de la Musicoterapia en la Enfermedad de Alzheimer.

Conocer la intervención de Enfermería con la Terapia Musical.

Aplicar la Musicoterapia en personas mayores con Enfermedad de Alzheimer en fase leve.

3. METODOLOGÍA

El proceso metodológico utilizado para la elaboración de este trabajo ha consistido en la realización de una búsqueda y revisión bibliográfica mediante libros, manuales, revistas y artículos de diversas fuentes científicas centradas en el campo sanitario, para llevar a cabo un estudio de tipo descriptivo.

Las bases de datos utilizadas están asociadas a la Biblioteca Nicolás Salmerón de la Universidad de Almería, de materias multidisciplinares:

- CUIDEN
- Dialnet
- Scielo
- Science Direct

También se utilizó el buscador académico Google Scholar.

El período de búsqueda fue desde diciembre de 2015 hasta abril de 2016. Las palabras clave utilizadas fueron: musicoterapia, enfermería, demencia, music therapy, art therapy, alzheimer's disease.

Se utilizó el diccionario de tesauros con DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud):

- Musicoterapia

Descriptor inglés: Music Therapy

Descriptor Español: Musicoterapia

Relacionados español: Estimulación acústica

- Alzheimer

Descriptor inglés: Alzheimer Disease

Descriptor español: Enfermedad de Alzheimer

Las fórmulas de búsqueda utilizadas fueron las siguientes:

- Musicoterapia AND Alzheimer
- Musicoterapia AND demencia
- Art therapy AND Alzheimer's disease
- Musicoterapia AND enfermería
- Music therapy AND alzheimer's disease

Para seleccionar los artículos encontrados en las diferentes bases de datos se utilizaron los siguientes criterios de inclusión, con el fin de utilizar los artículos adecuados a los objetivos del trabajo:

- Idioma: Se utilizaron artículos en español e inglés.
- Población: Ancianos
- Tipos de estudios: Sin restricción. Se utilizaron artículos con estudios descriptivos, experimentales, casos clínicos, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, etc.
- Tiempo: Se utilizó un período de máximo 15 años para los conceptos teóricos y máximo 10 años para los estudios de evidencia científica en la aplicación de musicoterapia a la Enfermedad de Alzheimer.
- Se utilizaron artículos con las palabras clave mencionadas anteriormente.

4. DESARROLLO

4.1 MUSICOTERAPIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

4.1.1 Envejecimiento y Alzheimer.

El proceso de envejecimiento es un hecho incontrolable que no es ajeno a nadie. Éste se hace evidente una vez alcanzada la madurez, en la que tienen lugar una serie de cambios que van limitando la adaptabilidad del organismo al entorno. ⁶ El hecho de envejecer conlleva un proceso global que abarca todos los órganos, organismos, tejidos y células del cuerpo. Consiste en un desarrollo complejo que sigue un modelo asincrónico para cada célula del organismo. ⁴

El proceso de envejecimiento y el deterioro cognitivo se han relacionado con la existencia de diversos genes y procesos fisiológicos. ⁴

En el principio de la enfermedad de Alzheimer, la mayoría de casos suelen manifestarse con la pérdida de memoria episódica, por lo que tienen dificultad para recordar sucesos recientes al verse afectado de forma muy precoz el circuito límbico de la memoria. Posteriormente, las lesiones se propagan a las áreas temporoparietales posteriores y corticales, por lo que se añaden trastornos en otras funciones cognitivas como lenguaje, habilidades visoespaciales, capacidades constructivas y funciones ejecutivas, con daños progresivos en actividades avanzadas, instrumentales y básicas de la vida diaria,

acompañado de forma consecutiva de deterioro en funciones motoras que van desde trastornos en la marcha hasta inmovilización de la persona. No obstante, existen algunos cuadros de presentación atípicos de esta enfermedad, como síndrome frontal, episodio de afasia progresiva, apraxia progresiva o síndrome agnóstico visual por atrofia cortical posterior. Este proceso evolutivo de la enfermedad varía entre unas personas y otras; sin embargo, no se alarga de unos 15 años normalmente. ¹

Además de los procesos cognitivos citados, la enfermedad afecta a nivel psicológico y conductual ¹. Los síntomas conductuales y psicológicos que acompañan a la EA tienen un papel fundamental dentro de la enfermedad y para conseguir una atención integral del paciente y su enfermedad no basta con abordar la enfermedad en el aspecto de la demencia. Estos síntomas pueden significar la expresión de problemas emocionales o físicos como dolor, miedo, desorientación, etc. Dentro de estos síntomas podemos observar depresión, que aparece desde los inicios de la enfermedad y supone una interferencia en la vida cotidiana de la persona; apatía, el más común y causante de un considerable impacto funcional; síntomas psicóticos, que suelen durar unos meses pero generalmente no se prolongan por un período de más de dos años; agresividad e irritabilidad ^{1,2}, que se evidencia según avanza la enfermedad y provoca una elevación del nivel de estrés en el cuidador y la familia, y por último trastornos del sueño, donde los más comunes son el “síndrome del atardecer”, apneas del sueño, síndrome de piernas inquietas y movimiento periódico de las piernas del sueño. A esto último hay que añadir los trastornos del sueño propios del envejecimiento como son la dificultad de conciliación y mantenimiento del sueño, somnolencia diurna, etc. ². Todo ello perjudica la calidad de vida tanto de la persona que lo sufre como de su familia y el cuidador. ¹

4.1.2 Musicoterapia.

La Musicoterapia consiste en el uso de todo tipo de prácticas musicales dentro de un contexto interpersonal, cuyo objetivo es reestructurar, mejorar o conservar la salud psicológica y física del individuo. La intervención con música de forma clínica puede realizarse de forma pasiva (escuchando), activa (tocando algún instrumento), pasiva y activa de forma simultánea e inactiva (silencio). A su vez, se puede aplicar de forma individual o socializada. ⁸

A priori, tomamos la música como la combinación de ritmos y sonidos que resulta agradable al oído; sin embargo, cuando percibimos la música, determinadas sustancias

químicas presentes en nuestro organismo se activan, actuando sobre el sistema nervioso central y estimulando así la producción de neurotransmisores y hormonas, lo que provoca reacciones en nuestro cuerpo. ¹¹ Asimismo, los sonidos ejercen una acción significativa en el cerebro mediante la participación de áreas corticales y subcorticales, y en particular, áreas límbicas y paralímbicas, responsables de la percepción y elaboración de las emociones. También estimula la cognición y motricidad, y facilita la comunicación y el proceso de relajación y expresión emocional. ¹²

Los instrumentos para realizar los ejercicios dependerán de los recursos disponibles. Lo ideal es utilizar instrumentos sencillos de fácil manejo e incluso fabricados por los propios pacientes. ⁵

El objetivo fundamental de la terapia musical es ayudar al paciente a comunicarse y fomentar las relaciones con otras personas mediante la música, en lugar de hacerlo de forma verbal. Así, los efectos más notables de la aplicación de la terapia musical son¹³:

- **Escuchar y responder a la música:** el hecho de escuchar implica la generación de sensaciones en el interior de la persona, provocando sentimientos, pensamientos y recuerdos. Este hecho supone un punto de partida para comenzar a expresar sentimientos y emociones, como también para fomentar la interacción y comunicación social.
- **Interpretar y componer música:** la práctica con instrumentos, inventar una canción, crear ritmos y melodías, cantar...suponen un refuerzo a la autoestima y la autonomía, ya que se da libertad a la creación propia. Asimismo, se promueven conductas estructuradas y sanas y se limitan las conductas disfuncionales.
- **Música y movimiento:** fusionando baile y música se fomenta el desarrollo y participación social, la comunicación y la relajación. Al tratarse de una forma de comunicación no verbal se facilita el desbloqueo motor y el contacto con el mundo exterior.
- **Música combinada con otras artes expresivas:** uniendo la música al desempeño de otras actividades como escritura o pintura.
- **Música para recreación y diversión:** a modo de distracción es una forma de ocupar el tiempo libre realizando una actividad satisfactoria en la cual no se piense en los problemas ni la enfermedad.

- **Música y relajación:** la música puede servir de introducción a la hora de crear un estado de relajación física y mental.

4.1.3 Musicoterapia y Enfermedad de Alzheimer

Dentro de los objetivos que se persiguen con la aplicación de esta terapia, la actuación terapéutica va a ir enfocada principalmente sobre tres áreas¹³:

Área cognitiva

- Fomento de la creatividad y la imaginación a través de la música y el movimiento.
- Desarrollo de la concentración y participación en actividades individuales y grupales.
- Mejora de la capacidad de escucha y atención.

Área emocional

- Conseguir la expresión del individuo de forma individual y grupal.
- Eliminación de síntomas y pensamientos negativos.
- Incremento de la autoestima y seguridad en uno mismo.
- Disminución del nivel de ansiedad.^{14, 15}

Área social¹³

- Fomento del contacto individual y con el resto de personas.
- Participación en actividades.
- Promover la interacción de los pacientes tanto dentro como fuera de la terapia.

Las técnicas utilizadas en Musicoterapia se pueden agrupar en dos tipos¹⁶:

Activas, que requieren de la intervención de los pacientes de forma directa en las sesiones.¹⁶ La musicoterapia activa está orientada hacia la rehabilitación cognitiva de la memoria, habla y funciones ejecutivas. Se emplea generalmente la improvisación. La terapia musical activa también puede utilizarse con los cuidadores y/o familiares con el fin de mejorar el contacto, comunicación y conexiones, de forma principalmente no verbal. Esta intervención tiene una gran importancia a nivel emocional y afectivo y en el manejo del estrés por parte de la familia.¹² Puede utilizarse en función del nivel de autonomía y funcionamiento de cada persona.¹⁶

Receptivas o Pasivas, donde se requiere una participación más pasiva por parte de éstos.

¹⁶ El paciente escucha la música, no hay uso de instrumentos ni de movimientos. ¹⁷ Esta técnica irá enfocada fundamentalmente a la escucha de música, que lleva a la persona gradualmente hacia un estado de relajación y bienestar, por lo que se irán reduciendo así los síntomas conductuales. La técnica receptiva será predominante en la fase avanzada del Alzheimer, donde las habilidades motoras o la capacidad de concentración para la participación en actividades se ha deteriorado de forma significativa. ^{12, 18}

Según la melodía, ritmo, armonía, la combinación del conjunto y la prevalencia de unos sonidos sobre otros, provocarán diferentes respuestas a nivel fisiológico y emocional. A su vez, una misma melodía no va a generar la misma respuesta en personas de características semejantes, sino que va a variar del gusto musical, estado de ánimo en ese instante, ritmo biológico, etc. ¹⁹

Los estímulos sonoros pasan por el oído interno hasta el bulbo raquídeo, desde donde se transmiten al diencéfalo y posteriormente a la corteza cerebral. ¹⁹

Según el predominio de sus componentes, podemos tener en cuenta otro tipo diferente de clasificación de las técnicas de terapia musical¹⁹:

- Ritmoterapia: la audición sensorial se capta a nivel bulbar, donde se asientan las reacciones físicas.
- Meloterapia: se localiza en el diencéfalo, donde residen las emociones.
- Armonoterapia: basada en el ámbito intelectual. Es más complejo e implica un mayor ejercicio psíquico y mental.

En función de diversos factores como el estado del paciente, nivel cognitivo, capacidades, etc., aplicaremos la música de forma que sea lo más beneficiosa posible para el paciente. Así, los métodos que podemos utilizar son⁵:

- Técnicas de relajación, mediante el uso de un fondo suave musical para conseguir un estado de relajación del individuo.
- Danzaterapia. Con esta técnica se consigue la expresión de sentimientos o sensaciones que lleva dentro la persona, mediante actividades de movimiento corporal rítmico o melódico.
- Audición musical, con lo que se pretende atraer recuerdos, fomentar la imaginación y desarrollar la creatividad.

- Improvisación musical. Consiste en expresarse de forma natural, voluntaria mediante el uso de la voz, el cuerpo o un instrumento musical.
- Técnica de viajes musicales de Cid. Se propone al paciente viajar de forma imaginaria mediante carteles que aludan a la música de dichos lugares, apoyándose en descripciones o poesías. Con esto se consigue la evasión del paciente del mundo, de forma que al volver a la realidad su pensamiento y estado anímico sea más positivo.
- Canto, bien mediante la improvisación con música como se mencionaba antes o a través del diálogo musical.

Para obtener los beneficios de la Musicoterapia no sólo hay que ceñirse a las técnicas de cada sesión, sino que hay que conseguir entablar una buena relación con el paciente en un entorno empático y comunicativo, permitiendo a la persona tomar contacto con su entorno temporal y conectar con su vida emocional para que pueda expresar libremente sus sentimientos.⁵

Con la EA se van deteriorando diferentes facultades intelectuales y físicas; sin embargo, no se pierde la sensibilidad musical, con lo que las personas que sufren la enfermedad pueden emocionarse, sentirse bien y transmitir a través de la música. Mediante el canto se activan los recuerdos, mejora la dicción (articulación de sonidos al hablar), se ubica en espacio-tiempo y se mejora la comunicación con otros individuos. Este hecho es un punto de partida importante para activar la función de memoria y mejorar el estado de ánimo, provocando también una mejora de la seguridad del paciente al conseguir realizar estos ejercicios de forma autónoma. Cuando se trabaja con melodías y ritmos se impulsa la estimulación de la memoria, atención y secuencia temporal.⁵

4.2 MUSICOTERAPIA COMO INTERVENCIÓN ENFERMERA

4.2.1 El proceso musicoterapéutico

La musicoterapia, al igual que el modelo de cuidados de enfermería, es un procedimiento sistemático; es el resultado de un proceso en el cual interactúan paciente y musicoterapeuta (enfermero). Está compuesto por 5 etapas²⁰:

A. Recogida y análisis de información sobre el paciente.

Esta fase estará dirigida a la observación del paciente y sus necesidades. Se analizarán las cualidades, limitaciones y habilidades para poder desarrollar posteriormente un plan de intervención adaptado a cada paciente. La recogida de datos que se necesita se extraerá de:

- Profesional o persona que remite al paciente. Puede ser un familiar, psicólogo, médico...
- Historia clínica. Informes, antecedentes personales, etc.
- Observación directa. En adultos es difícil llevarlo a cabo puesto que habría que hacerlo sin que el paciente se sienta observado, siendo motivo de resultados no fiables. Por esto, habrá que tener en cuenta otros aspectos, como la apariencia externa, postura corporal habitual, lenguaje no verbal, expresiones faciales, actitud, defectos físicos, relación paciente-entorno, etc., que nos permitirán hacernos una idea.
- Entrevista personal y test. Mediante la entrevista se puede conocer más en profundidad a la persona, sus preferencias, las limitaciones que tendremos a la hora de trabajar con ella, etc. Además, podemos emplear el uso de test que nos ayuden a la hora de establecer un guion de trabajo; por ejemplo, el Functional Independence Measure (FIM), con 18 ítems que pretenden medir la capacidad para: cuidar de sí mismo, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y socialización. También hay otros como la escala Levels of Cognitive Functioning Scal, con 8 niveles de respuesta, desde el nivel I, no respuesta, hasta el VIII, respuesta voluntaria y apropiada. El uso de escalas irá en función de los aspectos que estemos buscando evaluar.

Otro aspecto muy importante en esta etapa es la evaluación del área musical, es decir, conocer las preferencias y habilidades musicales del paciente, así como su procedencia geográfica. Con esto podremos adaptar nuestro plan de actuación a los gustos musicales del paciente y hará más sencilla la consecución de objetivos.

B. Planificación del tratamiento y trazado de objetivos.

Para llevar a cabo la planificación hay que conocer sobre lo que queremos trabajar, es decir, los aspectos que pretendemos modificar o cambiar. A partir de las necesidades,

limitaciones y habilidades del paciente surgirán los objetivos. De esta forma, formularemos uno o varios objetivos finales, a largo plazo, y otros a corto plazo, que fomentarán la consecución de los objetivos finales. Asimismo, los objetivos irán encaminados a buscar los problemas que se pretenden resolver, fomentar las cualidades y aspectos positivos del paciente, establecer un entorno de soporte emocional, natural y con el mínimo de ansiedad, satisfacción de las necesidades personales de cada paciente y dar oportunidades de satisfacción personal y pertenencia a un grupo.

C. Tratamiento.

Consiste en la aplicación de las técnicas seleccionadas para la consecución de los objetivos planteados anteriormente. Independientemente de si se va a trabajar de forma individualizada con los pacientes, en grupo, o de ambas formas, hay que tener presente a cada uno de los pacientes de forma individual, ya que aunque se trabaje en grupo cada paciente tendrá unos objetivos marcados que serán totalmente diferentes entre cada paciente.

Las etapas dentro de esta fase serán: Observación (respecto a aptitudes, preferencias, facultades, adaptación al grupo, etc.), Transferencia (saber llevar y empatizar con el paciente; ser permisivo en algunas ocasiones cuando la situación así lo requiera, pero a la vez establecer unos límites, siempre en un entorno de comprensión y aceptación), Trabajo en el logro de objetivos (con técnicas musicoterapéuticas) y Promoción de la autonomía del paciente.

Además, habrá que adecuar el tratamiento teniendo en cuenta la estructura interna (necesidades, objetivos, técnicas que se van a llevar a cabo) y externa (tiempo para las sesiones, espacio físico, materiales disponibles, actividades a realizar, instrucciones para los pacientes, refuerzos).

D. Evaluación y seguimiento.

En esta fase vamos a poder evaluar si el paciente está llevando una buena evolución. Podemos evaluar una sola sesión de forma aislada (evaluación continua) o todo el plan de intervención que hemos llevado a cabo (evaluación final). Básicamente se evaluarán por una parte las conductas (son cuantificables, como miradas, expresiones verbales, movimientos del cuerpo, etc.), y los estados de ánimo (no se pueden cuantificar; son las emociones, los sentimientos, recuerdos, fantasías, sensaciones, etc.)²⁰ Las evaluaciones

periódicas son imprescindibles con el fin de disponer de un estado clínico actualizado, además de para enfocar y ajustar las intervenciones.^{12, 21} Los resultados y conclusiones de la evaluación serán la base para establecer los objetivos de la intervención, determinando así un programa de atención individualizado para cada paciente.⁷

E. Finalización del tratamiento.

Tras la aplicación del plan de intervención se dará por finalizado el tratamiento una vez se hayan conseguido los objetivos planteados, cuando el paciente no se beneficie del tratamiento que se está aplicando o cuando no sea posible asistir a las sesiones.

La finalización del tratamiento no puede hacerse de forma brusca puesto que podría ser un proceso traumático para el paciente, el cual ha establecido un vínculo de confianza. Por lo tanto, habrá que prepararlo de forma progresiva. Además, habrá que llevar posteriormente al fin del tratamiento un seguimiento del paciente para comprobar su evolución sin el desempeño de la terapia.

En la etapa final se desarrollará un informe final que contenga de forma general todos los aspectos y evolución del paciente, desde antes del inicio del tratamiento, durante su aplicación y al final, anotando las técnicas que resultaron efectivas, recomendaciones posteriores y fecha de seguimiento para evaluar al paciente sin el tratamiento.²⁰

Por último, para elaborar las sesiones de terapia musical se necesitarán una serie de elementos²²:

- Lugar físico: se necesitará una sala de trabajo donde los pacientes realizarán las actividades musicales a la vez que se relacionan con el grupo. Es imprescindible un buen acondicionamiento de la sala (buena acústica, clima agradable, iluminación adecuada, intimidad, comodidad, etc.)
- Materiales: Según hacia donde vayan enfocadas las sesiones habrá que disponer de unos materiales u otros, como instrumentos, equipo de música, material musical, etc.
- Tiempo: las sesiones serán aproximadamente de 45 minutos para intervenciones grupales y 30 minutos si son individuales. Aun así, el tiempo irá en función del estado general del grupo.

4.2.2 Terapia musical en personas mayores con Enfermedad de Alzheimer.

Los profesionales de enfermería utilizamos los planes de cuidados como medio de trabajo para proporcionar los cuidados necesarios a nuestros pacientes. Así, la Musicoterapia puede formar parte de un plan de cuidados diseñado a un paciente con EA.

Las personas mayores requieren de una serie de cuidados adaptados a la etapa de la vida en la que se encuentran, donde se ven mermadas las capacidades físicas e intelectuales, lo que genera un gran problema de autoestima y seguridad. Esto, unido a la pluripatología asociada a la edad hace que, como enfermeros, tengamos que diseñar exhaustivamente un plan de cuidados integral que abarque todas las entidades de la persona.

Los diagnósticos enfermeros NANDA forman parte del rol independiente de la enfermería mediante intervenciones autónomas que posibilitan la identificación de problemas y la actuación para resolver éstos con resultados satisfactorios.²³

El NIC incluye las terapias naturales como intervenciones, y de esta forma, pueden emplearse desde Enfermería de forma autónoma e independiente.²³

El NOC facilita la valoración y evaluación de los cuidados proporcionados, y de esta forma permite llevar a la evidencia los resultados obtenidos de la aplicación de las intervenciones.²³

La clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) reconoce como intervención de enfermería la Musicoterapia (código 4400), definida como “el uso de la música con el fin de generar un cambio de sentimientos, conductas o a nivel fisiológico”. Dentro de esta intervención, estarían recogidas las siguientes actividades²³:

- Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
- Determinar el interés del individuo por la música.
- Informar al individuo del propósito de la experiencia musical.
- Elegir selecciones de música concretas representativas de las preferencias del individuo.
- Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda.
- Limitar los estímulos extraños (luces, sonidos, visitantes, llamadas) durante la experiencia de escucha.

- Facilitar la disponibilidad de cintas/discos compactos de música y equipo al individuo.
- Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.
- Evitar dejar la música puesta durante largos períodos.
- Facilitar la participación activa del individuo (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación.
- Evitar la música estimulante después de un traumatismo craneoencefálico agudo.

A la hora de planificar el plan de cuidados habrá que tener en cuenta a la persona de forma integral, estableciendo unos objetivos reales que se adapten a las capacidades, colaboración y metas que queramos alcanzar y evaluando los resultados de forma periódica para ir ajustando el plan de intervención. Por ello habrá que estudiar la situación del paciente de forma física y psíquica y trabajar de forma interdisciplinar con el resto de equipo.⁵

El proceso de cuidado integral e individual que se realiza desde enfermería puede enriquecerse aplicando esta disciplina, la cual interviene de forma psicosocial y positiva tanto para la persona como para su entorno, reduciendo la sintomatología negativa.¹³

La práctica musical conlleva una sucesión de procesos psicológicos y neurofisiológicos que favorecen el desarrollo de la percepción, cognición, sociabilización y procesos motores del cuerpo humano.¹³

Las intervenciones con terapia musical deben enfocarse en función de la fase de demencia en la que se encuentre el paciente. De esta forma, durante la fase inicial los pacientes pueden estimularse de forma más intensa. Según vaya avanzando la enfermedad se irán adaptando los estímulos de forma más individualizada, teniendo en cuenta la situación física, psicológica y cognitiva.¹²

Basándonos en el modelo de Hanne Mette Ridder (2003), cada sesión de intervención musical deberá estar estructurada del mismo modo⁸:

- A) Atención. Al tratarse de pacientes con cierto nivel de deterioro cognitivo habrá que entrar en el contexto de la sesión mediante algo que lo simbolice; por ejemplo, antes de comenzar cada sesión se reproducirá una canción relajante. Siempre se utilizará la misma en todas las sesiones. Así, los pacientes se irán colocando en sus sitios y se irán mentalizando de la actividad.

- B) Despertar: Hay que conseguir captar y mantener la atención de los pacientes. Para ello utilizaremos una voz suave, una distancia adecuada hacia los pacientes y una actitud no demandante.
- C) Diálogo: La música deberá adaptarse al estado de ánimo de los pacientes y la motivación que tengan en cada sesión. Se aplicarán las técnicas necesarias en función de lo que hemos mencionado.
- D) Conclusión: Se preparará a los pacientes para la finalización de la sesión, recordando una próxima sesión. Para terminar, se empleará de nuevo una canción relajante, distinta a la utilizada al comienzo de la sesión. Se pedirá a los pacientes que cierren los ojos y se animará a que participen expresando sus sensaciones a lo largo de la sesión.

Cada sesión tendrá una duración aproximada de entre 45-50 minutos y se realizará una vez a la semana, dependiendo del nivel de participación y motivación en cada una de ellas. Al tratarse de pacientes en fase leve de Alzheimer, la música compartida ejercerá mayor impacto y será más satisfactoria a nivel individual, por lo que la sesión se realizará con 8-10 personas como máximo. Al finalizar la sesión se realizará una evaluación para adaptar la siguiente al nivel de grupo.^{7,8}

4.2.3 Aplicación práctica de terapia musical en personas mayores con Enfermedad de Alzheimer en fase leve.

Basándonos en la revisión bibliográfica realizada y las actividades de enfermería que se encuentran dentro de la intervención Musicoterapia, vamos a desarrollar un procedimiento de aplicación para personas mayores con Alzheimer en fase leve.

OBJETIVOS

- Promoción y mantenimiento de funciones cognitivas.
- Fomento de habilidades sociales.
- Aumento de autoestima.

PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

Llegada. Fase de atención.

Damos la bienvenida a todos los integrantes del grupo que van a desarrollar la sesión e indicamos a cada uno que se sitúe en un asiento. Suena una canción tranquila, relajante.

A continuación, nos vamos presentando uno por uno con nuestro nombre y algo que nos guste.

Fase de despertar.

Explicamos al grupo la finalidad de la sesión, los objetivos que queremos conseguir en ella y el método o técnica que podemos utilizar (canto, baile, etc.). Damos las indicaciones necesarias para que puedan comenzar correctamente la actividad.

Fase de diálogo.

Se preguntará a los integrantes del grupo qué les gustaría hacer: canto, baile, tocar instrumentos, etc., y según las preferencias llevaremos a cabo una actividad u otra. Es muy importante considerar la edad a la hora de seleccionar la música y canciones que se van a utilizar puesto que las canciones antiguas, referentes a una época pasada de la persona, pueden reforzar la memoria remota.

Fase de conclusión.

Antes de concluir la sesión y una vez terminada la actividad cada integrante se sienta en su sitio y cierra los ojos. Sonará una canción relajante, distinta a la de bienvenida. Tras estos minutos de relajación y pausa, animamos a las personas mayores a expresar sus opiniones, sensaciones, aspectos a mejorar, etc. En función del desarrollo de la sesión, las contribuciones de los pacientes y los objetivos que tenemos realizaremos el plan para la próxima sesión.

5. CONCLUSIONES

El hecho de envejecer conlleva una serie de cambios que afectan a la persona en todas sus dimensiones; el envejecimiento está directamente relacionado con el deterioro cognitivo debido a la existencia de diversos procesos fisiológicos que ocurren en el organismo. Los síntomas conductuales que derivan de la Enfermedad de Alzheimer son tratados en el día a día con fármacos que, en el anciano, unido a los tratamientos específicos para las diversas patologías que presentan pueden dar lugar a efectos secundarios no deseados.

Cuando la capacidad de comunicación verbal se encuentra dañada, la música brinda la posibilidad de comunicación con las personas que sufren esta enfermedad; la capacidad

de percibir, sentir y transmitir mediante la música puede mantenerse hasta las últimas fases de la enfermedad. La terapia musical es una intervención no farmacológica de bajo costo y un método terapéutico de rehabilitación para la reducción de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia y para la estimulación de las funciones cognitivas de los pacientes que presentan la enfermedad de Alzheimer. El resultado de la aplicación de la Musicoterapia tiene beneficios según los resultados que esperamos. Esta terapia no puede revertir la progresión de la enfermedad; sin embargo, sí que mejora los síntomas conductuales y emocionales, además de enlentecer la evolución del deterioro de las funciones.

La terapia musical es una intervención de Enfermería recogida por la NIC, lo que nos permite como profesionales emplear dicha intervención de forma independiente y autónoma, llevando a cabo las actividades que pertenecen a esta intervención. La música como intervención terapéutica de enfermería puede servir para mejorar la calidad de vida de pacientes con EA; además es no invasiva, rentable y actúa como modo de comunicación que puede facilitar la experiencia salud-enfermedad que compartimos con nuestros pacientes.

Desde hace años se lleva investigando sobre la aplicación y los beneficios de esta terapia, sin embargo, hay que continuar trabajando en el campo de la Enfermería, ya que, realizando una revisión bibliográfica en este ámbito, hay pocos trabajos que reflejen la labor que puede realizarse contribuyendo al cuidado de los pacientes con la aplicación de esta terapia.

En este trabajo se ha realizado una propuesta para trabajar con personas mayores la Musicoterapia, ya que no se han encontrado propuestas específicas de aplicación a nuestro campo de trabajo. A partir de ahí, se puede continuar trabajando para mejorar la vida de estas personas y para avanzar en el ejercicio de nuestra profesión y en la calidad de los cuidados que prestamos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Online] 2010 [Acceso 15 marzo 2016]; 7. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
2. Richly P, Bustin J. No todo es la memoria: síntomas conductuales y psicológicos de la enfermedad de Alzheimer. Rev. Argentina de Psiquiatría. 2014; 25(118): 421-428.
3. Rodríguez L, de Jesús J. Envejecimiento y demencia: implicaciones para la comunidad científica, la salud pública y la sociedad cubana. Rev. Anales Ac. De Ciencias de Cuba. 2013; 2(2):1-18
4. Uslar W. Perspectiva evolucionaria de la enfermedad de Alzheimer y el envejecimiento. Rev. Memoriza.com. [Online] 2013 [Acceso 15 marzo 2016]; 10:1-6. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S2215245820130002000700036&pid=S2215-24582013000200007&lng=es>
5. Sanchis Bueno V, Marco Úbeda M. La Enfermedad de Alzheimer y el cuidador. Rev. Enf. Integral. [Online] 2004 [Acceso 16 marzo 2016]; 29(68): 78-81. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/106244>
6. Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, González-López-Arza M, Rodríguez-Domínguez M, Prieto-Tato M. Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada. Rev. Esp. Geriatr Gerontol. [Online] 2013 [Acceso 17 marzo 2016]; 48(5): 238-242. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X13000632>
7. Martínez Sabater A, Pascual Ruiz M. La Musicoterapia en Geriatria. Rev. Enf. Integral. [Online] 2004 [Acceso 20 marzo 2016]; 29(68): 82-85. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/106244>
8. García Valverde E. Guía de orientación. Intervenciones no farmacológicas. Musicoterapia en personas con demencia. IMSERSO. [Online] 2014 [Acceso 21 marzo 2016] Disponible en:

- http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/600092_musicoterapia_demencia.pdf
9. García-Sánchez C, Estévez-González A. Estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer; Realidades e investigación en demencia*. [Online] 2002 [Acceso 21 marzo 2016]; 22:1-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=15312>
 10. Gallego, M, García, J. Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*. [Online] 2015 [Acceso 25 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316000049>
 11. Jauset Berrocal, J.A. Música y Neurociencia: La musicoterapia. 1ª Edición. México. Editorial UOC. [Online] 2008 [Acceso 3 abril 2016] P. 23-24. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/212173955/Musica-y-neurociencia-la-musicoterapia-sus-fundamentos-efectos#scribd>
 12. Raglio A, Filippi S, Bellandi D, Stramba-Badiale M. Global music approach to persons with dementia: evidence and practice. *Dove Press Journal. Clinical Intervention in Aging*. [Online] 2014 [Acceso 8 abril 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199985/>
 13. Pérez Vera A et al. Musicoterapia y enfermería. *Rev. Enf. Integral*. [Online] 2013 [Acceso 15 abril 2016] 102: 45-58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4866875>
 14. Irish M, Cunningham C, Walsh J, Coakley D, Lawlor B, Robertson I et al. Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. [Online] 2006 [Acceso 15 abril 2016]; 22(1):108-120. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16717466>
 15. Guetin S, Portet F, Picot M et al. Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. [Online] 2009 [Acceso 17 abril 2016]; 28(1):36-46. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19628939>
 16. Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila E, González-López M. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología*.

- [Online] 2014 [Acceso 20 abril 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314002485>
17. De la Rubia Ortí J, Sancho Espinós P, Cabañés Iranzo C. Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. [Online] 2014 [Acceso 21 abril 2016] 4(2): 131-140. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4932394>
 18. Cowl AL, Gaugler JE. Efficacy of Creative Arts Therapy in Treatment of Alzheimer's Disease and Dementia: A Systematic Literature Review, *Activities, Adaptation & Aging*. [Online] 2014 [Acceso 21 abril 2016]; 38(4): 281-330. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0076463>
 19. Almansa Martínez P. La Terapia Musical como Intervención Enfermera. *Revista Enfermería Glob*. [Online] 2003 [Acceso 22 abril 2016]; 2(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/665/697>
 20. Poch Blasco S. *Compendio de musicoterapia*. Vol. 1. Barcelona: Herder; 2011.
 21. Jan W, Rebecca A, Diane B, Nanette A. How sweet the Sound. Research Evidence for the Use of Music in Alzheimer's Dementia. *Journal of Gerontol Nurs*. [Online] 2008 [Acceso 22 abril 2016]; 34(10). Disponible en: <http://www.healio.com/nursing/journals/jgn/2008-10-34-10/%7B5220ad94-700d-4286-ac5e-cd882b8e03b6%7D/how-sweet-the-sound-research-evidence-for-the-use-of-music-in-alzheimers-dementia>
 22. Mateos Hernández L, del Moral Marcos M, San Romualdo Corral B. Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para personas con Alzheimer y otras demencias. *Imsero* [Online] 2012 [Acceso 23 abril 2016]. Disponible en: http://crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/21021_sempa.pdf
 23. NNN Consult. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Elsevier Recurso Electrónico Universidad de Almería. [Online] 2016 [Acceso 23 abril 2016] Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>