

Curso 2018 / 2019

LOS BENEFICIOS DE LA MÚSICA EN PERSONAS CON DEMENCIA

June Gonzalez de San Pedro Odriozola

RESUMEN

Introducción: la demencia es un síndrome que se clasifica dentro de las enfermedades neurodegenerativas y que afecta a una gran parte de los habitantes del mundo, siendo un número que cada año crece exponencialmente. En este panorama, para complementar las terapias farmacológicas y para favorecer el bienestar de las personas con demencia y sus cuidadores, ha aumentado el interés por las actividades no farmacológicas como la musicoterapia. **Objetivo:** analizar el impacto de la música en la salud de las personas con demencia. **Metodología:** se ha realizado una pregunta PIO (paciente, intervención, resultado), determinado unos descriptores y llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (Cochrane, Pubmed, Cuiden, etc.) de la que se han obtenido 11 estudios (Metaanálisis, Revisiones Sistemáticas o Ensayos Clínicos Aleatorizados). **Resultados:** se ha recogido información sobre los beneficios con respecto a la ansiedad, la depresión, el estado emocional, la cognición o el comportamiento disruptivo. Por otro lado, se analizan el tipo de musicoterapia, el tipo de música, los profesionales que llevan a cabo la actividad musical y la duración óptima de la intervención musical. **Discusión:** los resultados en la gran mayoría son heterogéneos con respecto a los ítems que se desarrollan por lo que la obtención de información determinante es dificultosa. Por otro lado, se proponen nuevas investigaciones, así como líneas de estrategia basadas en las nuevas tecnologías en los distintos ámbitos de actuación de los profesionales de enfermería. **Conclusiones:** tras el análisis se concluye que las actividades musicales son beneficiosas y de bajo riesgo para las personas con demencia.

PALABRAS CLAVE

Beneficios

Demencia

Impacto en la salud

Musicoterapia

Música

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ACE-R	Addenbrooke's Cognitive Examination Revised
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
CSDD	Cornell Scale for Depression in Dementia
GDS	Geriatric Scale of Depression
ECA	Ensayos Controlados Aleatorizados
ECC	Ensayos Clínicos Controlados
FRSSD	Functional Rating Scale for Symptoms in Dementia
MA	Metaanálisis
MMSE	Mini Mental State Examination
NPI	Neuropsychiatric Inventory
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCD	Personas con Demencia
QoLS	Quality of Live Scale
RAID	Rating Anxiety in Dementia
RS	Revisión Sistemática
ZBI	Zarit Burden Interview

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. La demencia.....	1
1.1.1. Síntomas más comunes en la demencia.....	1
1.2. Datos estadísticos.....	2
1.3. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la demencia	3
1.3.1. Musicoterapia	4
1.4. Justificación del estudio	4
2. OBJETIVOS	6
3. METODOLOGÍA.....	6
4. RESULTADOS.....	9
4.1. Estudios incluidos	9
4.1.1. Descripción de los estudios.....	12
4.2. Beneficios de la musicoterapia en PCD.....	12
4.2.1. Las emociones	12
4.2.2. La ansiedad	12
4.2.3. La depresión.....	13
4.2.4. El comportamiento disruptivo: la agitación o la agresividad.....	13
4.2.5. La cognición	14
4.3. ¿Quién realiza la musicoterapia?.....	17
4.4. La musicoterapia activa o receptiva, grupal o individual.....	17
4.5. El tipo de música.....	18
4.6. La duración de la intervención y el seguimiento	18
5. DISCUSIÓN.....	21
6. CONCLUSIONES.....	26
7. BIBLIOGRAFÍA.....	27
8. ANEXOS.....	31
ANEXO I: Escalas de medición.....	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Descriptores y palabras clave de la pregunta PIO.....	6
Tabla 2 - Resultado de búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos.....	7
Tabla 3 - Presentación de los estudios seleccionados con sus respectivos datos.....	10
Tabla 4 - Clasificación por categoría de los artículos seleccionados.....	15
Tabla 5 - Media de los resultados obtenidos con respecto a la duración de la sesión por minutos, los días de la semana que se realiza la musicoterapia y las semanas de intervención totales.....	20

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 - Pregunta PIO.	6
Ilustración 2 - Proceso de selección de artículos.	8
Ilustración 3 - Pirámide de las 6s.....	9

1. INTRODUCCIÓN

1.1. La demencia

La demencia se define como el “deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales que causa graves trastornos de conducta” (1). Es un síndrome que se clasifica dentro de las enfermedades neurodegenerativas y sus síntomas afectan directamente a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), por lo que se contempla como uno de los principales factores causales de la dependencia y la discapacidad (2). Se considera que tiene un carácter crónico y que, aunque el nivel de conciencia se mantiene, a medida que va progresando la enfermedad se produce un déficit de diferentes funciones tales como la memoria, el pensamiento, la orientación, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje o el juicio.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los criterios generales para diagnosticar la demencia comprenden (3):

- El deterioro de la memoria evidente y déficit de otras habilidades como planificar, organizar y procesar la información. En ambos es posible la diferenciación de grados en leve, moderado y grave. Asimismo, estos síntomas deben haberse presentado al menos durante un periodo de 6 meses. Sin embargo, la valoración de dichas habilidades no debe hacerse cuando la persona muestra obnubilación o delirio, ya que puede llevar a un diagnóstico erróneo.
- La disminución del control emocional o un cambio de comportamiento social que se puede manifestar en término de irritabilidad o apatía, entre otros.

Es importante mencionar que hay una gran cantidad de afecciones que causan los síntomas de la demencia, entre los que se destacan: la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con los cuerpos de Lewy y la demencia fronto-temporal. En el caso de las dos primeras, es remarcable que conforman hasta el 90% de los casos de demencia (4).

1.1.1. Síntomas más comunes en la demencia

Debido a que se presentan múltiples estadios en las enfermedades previamente nombradas, los síntomas se muestran de diversas maneras. Cabe destacar que el manejo de dichos síntomas es uno de los aspectos fundamentales en el cuidado de las personas con demencia (PCD) ya que puede llegar a producir, tanto a los profesionales del cuidado como a los familiares y amigos más cercanos, afecciones como el Síndrome de Burnout, angustia o inquietud (5). Los síntomas o comportamientos que se manifiestan se pueden clasificar en (6):

- Las respuestas agresivas: forman parte de los comportamientos disruptivos y se caracterizan por la violencia física (golpes, rotura de objetos, autoagresión o a otros, etc.), la violencia verbal (insultos, gritos, amenazas, etc.) y las actitudes opositoras (negarse a hablar o a los cuidados, etc.)
- Los comportamientos menos agresivos, tales como:
 - o El estado emocional irregular: la emoción se entiende como una reacción que representa la manera de adaptarse del individuo a cada situación o estímulo. El estado emocional se diferencia de las emociones en que es menos específico, menos intenso, más duradero y menos dado a ser activado por un determinado estímulo o evento. Cuando se trata de un estado emocional irregular, se refiere al estado que, aunque sufre oscilaciones, produce actitudes basadas en las emociones que permanecen en el tiempo. Podríamos destacar como emociones básicas el miedo, la ira, el desagrado, la tristeza, la sorpresa o la alegría. En el caso de la demencia se observan oscilaciones entre apatía y euforia.
 - o La ansiedad: consiste en una respuesta fisiológica, emocional, cognitiva y conductual que se caracteriza por un estado de alerta en la que la persona precisa reaccionar con actitudes de defensa, ataque o huida.
 - o La depresión: aunque la tristeza es una emoción universal y básica, la depresión es una enfermedad que conlleva disminución de energía, agotamiento, estado de ánimo irritable o bajo y sentimientos de culpa, entre otros.
 - o En esta categoría también se añaden alucinaciones, desinhibición, deambulación errante, orinar en lugares públicos o esconder objetos, entre otros.
- La alteración de la cognición: la cognición hace referencia a la habilidad que poseemos para procesar y asimilar los datos que recibimos de los estímulos externos. Comprende entre otros la memoria, la atención, el lenguaje, el pensamiento o el aprendizaje y su alteración es uno de los síntomas que se detecta precozmente en las PCD.

1.2. Datos estadísticos

Como consecuencia del aumento de la tasa de envejecimiento, la demencia se ha convertido en la enfermedad neurodegenerativa más común entre las personas mayores, llegando a ser un problema universal (7). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se detectan 10 millones de nuevos casos de demencia en el mundo. En el año 2015 hubo un registro de 50 millones de casos, pero se prevé que

para el 2050 esta cifra se triplique y ascienda a 152 millones. Por ese motivo el cuidado de las PCD constituye un gran desafío para los sistemas de salud y la sociedad. Asimismo, uno de los objetivos que plantea la OMS para el año 2025 es que el abordaje de esta patología sea uno de los puntos prioritarios de la Salud Pública (2). Por otro lado, y acercándonos más a nuestro entorno, el Instituto Vasco de Estadística (Eustat) muestra que en el intervalo de los años 2003 – 2013 las defunciones por demencias se incrementaron un 40% en la Comunidad Autónoma Vasca. Adicionalmente, los datos del 2016 indican que las defunciones por esta causa tienden al género femenino, alcanzando un 66,8% del total de los casos (8). Por consiguiente, cabe destacar que, según las líneas estratégicas del Departamento de Salud del Gobierno Vasco de los años 2017 – 2020, una de las prioridades de la legislatura está constituida por la estrategia de abordaje de las enfermedades neurodegenerativas (9).

1.3. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la demencia

Durante las últimas décadas, las intervenciones farmacológicas han sido la estrategia de primera línea de los tratamientos que se aplican a las PCD (7). Pese a que los fármacos no logran la curación de la demencia, en muchos casos son eficaces a la hora de ralentizar el deterioro, así como para tratar los síntomas producidos por el síndrome, especialmente la agresividad o la agitación (10). Sin embargo, debido al aumento de la proporción de la población que padece estas enfermedades y por la gran cantidad de efectos secundarios que producen los diferentes fármacos, en la actualidad se ha propuesto un abordaje multidisciplinar. La propuesta se basa en que, además de emplear las intervenciones farmacológicas, se utilicen terapias no farmacológicas para optimizar la conducta y la cognición de las PCD, y que paralelamente respondan a las necesidades de los cuidadores (7).

El abanico de posibilidades con respecto a las actividades no farmacológicas es amplio, de las cuales se podrían destacar: la terapia de reminiscencia, que anima a las personas a recordar aspectos positivos de su vida aumentando así su autoestima y redefiniendo periodos importantes en sus vidas; la arte terapia, que fomenta la expresión y comunicación de sentimientos mediante el uso de diferentes materiales artísticos (pintura, escultura, etc.); la actividad física, que mejora el funcionamiento cardiorrespiratorio o la multitarea; y la musicoterapia que, entre otros, proporciona relajación y la posibilidad de formar memorias placenteras a las PCD.

Al mismo tiempo, otras terapias no farmacológicas tales como la aromaterapia, la estimulación multisensorial, la terapia con animales o la horticultura pueden llegar a ser favorables para las PCD (7).

1.3.1. Musicoterapia

Hoy en día, la música se considera una de las fuentes más importantes utilizada para estimular el cerebro, ya que, ayuda a aprender, sirve para entretener y proporciona bienestar. Es empleada con múltiples propósitos tanto en la infancia como en la edad adulta, proporcionando diferentes estados de ánimo como placer, motivación, energía, confort o nostalgia (5). Es por ello que, en los últimos años, ha surgido una predilección por desarrollar métodos basados en la música para mejorar las carencias cognitivas, motoras, emocionales y sociales que se pueden producir en las diferentes etapas de la vida (11).

En lo referente a las actividades musicales, se distinguen (12) la terapia musical mediante componentes activos/expresivos como tocar, cantar, bailar o componer música y las actividades receptivas como escuchar música. Cabe destacar que a menudo se combinan ambos tipos de musicoterapia (mixta = activa y receptiva).

Con respecto a la demencia, hay que tener en cuenta que, aunque la cognición se deteriora en el proceso de la enfermedad, los pacientes presentan una alta receptividad a la música. Por ejemplo, en los primeros estadios la persona mantiene la mayoría de las funciones en las que se incluyen habilidades musicales, como tocar instrumentos o cantar canciones aprendidas en la infancia (5).

1.4. Justificación del estudio

Debido a que los requisitos formativos para realizar musicoterapia difieren dependiendo del país, en muchos lugares no queda clara la reglamentación ni los límites de esta actividad. Sin embargo, hay países como Estados Unidos, Dinamarca o Inglaterra, en los que sí que está regulada y clasifican las intervenciones musicales en (11):

- Musicoterapia¹: que es impartida por un musicoterapeuta experto que sigue un protocolo establecido en la práctica.
- Actividades basadas en la música: actividades musicales llevadas a cabo por otros profesionales (enfermeras, auxiliares de enfermería...), los cuidadores o los pacientes por sí mismos.

¹ Según la Federación Mundial de la Musicoterapia (World Federation for Music Therapy), la musicoterapia es "la utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos significativos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas". Miranda MC. La música como una herramienta terapéutica en medicina. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2017; 55(4): p.267

En la actualidad, no existe ninguna ley en el estado español que recoja la práctica de la musicoterapia, por lo que las actuaciones que se llevan a cabo en este ámbito discurren en un marco no regulado y no se clasifican (13).

En lo que se refiere a la enfermería, tenemos referentes como Florence Nightingale que mostró el poder de la música en la recuperación de pacientes enfatizando en el uso de instrumentos de viento (14). Desde entonces, y con la llegada de la atención centrada en la persona, se ha comenzado a investigar y esclarecer la utilidad de la música para reducir los síntomas relacionados con la demencia.

Gracias al lenguaje estandarizado de los diagnósticos desarrollados por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA) podemos encontrar en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification, NIC) actividades relacionadas con la música tales como (15):

- Musicoterapia (NIC [4400]): descrito como la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico fisiológico, de conductas o de sentimientos, que comprende actividades como la identificación de las preferencias musicales del individuo o la definición del cambio de conducta específico que se desea (relajación, estimulación, etc.).
- Estimulación cognitiva (NIC [4720]): dirigido a favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados, como la utilización de la música.

Asimismo, el NIC [6460] “manejo de la demencia” nombra el uso de la música para proporcionar un ambiente de baja estimulación.

Con el fin de completar nuestros conocimientos con respecto a la atención sanitaria integral y a la mejora de las prácticas de cuidado, se ha realizado esta revisión bibliográfica para determinar cuáles son los beneficios que proporciona la música a las personas con demencia. Simultáneamente, se ha tratado de recoger información sobre las mejores prácticas relacionadas con la musicoterapia para determinar el tiempo, el tipo de música, los profesionales y el tipo de musicoterapia.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica ha sido el análisis del impacto de la música en la salud de personas con demencia. Con más detalle, se han determinado varios objetivos específicos que completan la pregunta de investigación:

- Analizar quién/es realiza/n la musicoterapia.
- Describir cuál es el tipo de música más adecuado para llevar a cabo la musicoterapia.
- Determinar qué tipo de musicoterapia es más beneficioso para las personas con demencia.
- Identificar la duración óptima de la intervención y las sesiones de las actividades musicales.

3. METODOLOGÍA

Con el propósito de desarrollar el objetivo principal y los objetivos específicos, se llevó a cabo una estrategia de búsqueda bibliográfica. Para ello se formuló la pregunta PIO (Paciente, Intervención y Resultado) que se encuentra en la ilustración 1 y se seleccionaron descriptores y palabras clave que aparecen detalladas en la tabla 1.

Ilustración 1 - Pregunta PIO.



Fuente: elaboración propia.

Tabla 1 - Descriptores y palabras clave de la pregunta PIO.

PIO	DeCS	MeSH	Palabras clave (PC) / Terminología libre
P	Demencia Enfermedad de Alzheimer	Dementia Alzheimer Disease	Demencia Enfermedad de Alzheimer
I	Música Musicoterapia	Music Music Therapy	Música Musicoterapia
O	Impacto en la salud	Impacts on health	Impacto en la salud

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se realizaron múltiples búsquedas en diferentes bases de datos como Pubmed, Biblioteca Virtual de la Salud, Cochrane, Cuiden o Web of Science. Además, con el fin de limitar la búsqueda, se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “NOT” y se determinaron los siguientes criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
 - o Artículos que nombran el impacto de actividades no farmacológicas, en las que se encuentra incluida la musicoterapia.
 - o Documentos que tratan sobre actividades musicales.
 - o Metaanálisis (MA), Revisiones Sistemáticas (RS), Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) y Ensayos Clínicos Controlados (ECC).
- Criterios de exclusión:
 - o Artículos que traten únicamente sobre Alzheimer.
 - o Artículos sobre la música en la tercera edad (personas sin trastornos cognitivos).

Tabla 2 - Resultado de búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos.

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Filtro	Resultados	Seleccionados
Pubmed	Dementia (MeSH) AND Music (MeSH) NOT Alzheimer Disease (MeSH) Fecha: 10/10/2018	547	2015 – 2018 MA, RS, ECC, ECA	40	21
Pubmed	Dementia (MeSH) AND Music therapy (MeSH) NOT Alzheimer Disease (MeSH) Fecha: 10/10/2018	376	2015 – 2018 MA, RS, ECC, ECA	37	21
Biblioteca Virtual de la Salud	Demencia (DeCS) AND Música (DeCS) AND NOT Enfermedad de Alzheimer (DeCS) Fecha: 11/10/2018	169	2015 – 2018 RS, ECC	2	1
Biblioteca Virtual de la Salud	Demencia (DeCS) AND Musicoterapia (DeCS) AND NOT Enfermedad de Alzheimer (DeCS) Fecha: 11/10/2018	269	2015 – 2018 RS, ECC	4	3
Cuiden	Demencia (PC) AND Música (PC) Fecha: 11/10/2018	8	Sin filtros	8	1
Cuiden	Demencia (PC) AND Musicoterapia (PC) Fecha: 11/10/2018	9	Sin filtros	9	2

Continuación tabla 2.

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados	Filtro	Resultados	Seleccionados
Cochrane	Música (PC) AND demencia (PC) Fecha: 11/10/2018	5	2015 – 2018 Revisiones Cochrane	3	1
Web of Science	Dementia (PC) AND Music (PC) NOT Alzheimer Disease (PC) Fecha: 12/10/2018	916	2015 – 2018 Review, Clinical Trial Acceso abierto	29	14
Web of Science	Dementia (PC) AND Music therapy (PC) NOT Alzheimer Disease (PC) Fecha: 12/10/2018	642	2015 – 2018 Review, Clinical Trial Acceso abierto	26	8

Fuente: elaboración propia.

Tras la búsqueda, se obtuvieron 2.942 artículos a los que se les aplicaron diferentes filtros en función de cada base de datos. Como resultado de la utilización de filtros se obtuvieron 158 estudios de los cuales se leyeron los respectivos resúmenes. Un total de 86 documentos fueron desechados para el trabajo mediante los criterios de inclusión y exclusión. De los 72 restantes, 35 eran duplicados por lo que finalmente se seleccionaron 37 artículos, tal y como se indica en la ilustración 2.

Ilustración 2 - Proceso de selección de artículos.



Fuente: elaboración propia.

4. RESULTADOS

4.1. Estudios incluidos

Tras la selección de artículos se llevó a cabo la lectura y clasificación de la información. El total de estudios en la selección inicial fue 37, de los cuales 11 se descartaron por no tener una metodología bien definida y 14 por no adecuarse al tema de investigación. Por último, un estudio se descartó por estar escrito en coreano. De los 11 restantes, uno de los estudios hacía alusión a otro ECA por lo que se seleccionó el artículo original, aunque la fecha de creación fuera de 2014 y no se encontrara en la búsqueda realizada.

Simultáneamente, para determinar el nivel de evidencia de los estudios, se utilizó el modelo de la pirámide de las 6s (16). En el caso de esta revisión bibliográfica, 8 de los documentos seleccionados pertenecen al escalón más alto de la pirámide y los 3 restantes al segundo (ilustración 3).

Ilustración 3 - Pirámide de las 6s.



Fuente: elaboración propia basada en el esquema de Murad MH, Así N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. *Evid Based Med.* August 2016; 21(4). p.126.

Con el propósito de catalogar la información que se utilizó para la realización del trabajo, se elaboró una tabla (tabla 3) en la que se detallaron los artículos seleccionados con la fecha de creación, el lugar, el tipo de documento, número de artículos, número de participantes, la edad, los tipos de demencias que se estudiaron y el ámbito asistencial de los participantes (hospitalizados, institucionalizados, etc.). Además, se ordenaron los artículos según la mayor evidencia científica (orden descendente) y la fecha de publicación (orden cronológico reciente-antiguo).

Tabla 3 - Presentación de los estudios seleccionados con sus respectivos datos.

Autor/es	Año	Lugar	Tipo de estudio	Nº y tipo de estudios totales	Participantes	Edad	Tipos de demencias	Ámbito asistencial
Van der Steen et al.	2018	Países Bajos	MA	22 ECA	1097	-	-	En la comunidad, el hospital y centros gerontológicos
Tsoi et al.	2017	China	MA	28 ECA y 10 estudios experimentales no aleatorizados	1418	75 – 90 años de media	Demencias en general, enfermedad de Alzheimer y demencias Mixtas	En centros gerontológicos y el hospital
Zhang et al.	2017	China	MA	16 ECA, 10 ECC, 8 ECA cruzados	1757	-	Demencias en general y enfermedad de Alzheimer	En centros gerontológicos y el hospital
Pedersen et al.	2017	Noruega	MA	12 ECA	658	-	Enfermedad de Alzheimer, demencias Mixtas, demencia Vascular, demencia Frontotemporal y demencia de Cuerpos de Lewy	-
Chang et al.	2015	Taiwán	MA	10 ECA	465	65 – 87 años de media	Demencias en general, enfermedad de Alzheimer, demencias Mixtas y demencia Vascular	-
Aleixo et al.	2017	Brasil	RS	7 ECA y 5 estudios variados	641	-	Demencias en general, enfermedad de Alzheimer, demencia Vascular y demencias Mixtas	-

Continuación tabla 3.

Autor/es	Año	Lugar	Tipo de estudio	Nº y tipo de estudios totales	Participantes	Edad	Tipos de demencias	Ámbito asistencial
Gómez-Romero et al.	2017	España	RS	11 ECA y ensayos clínicos	451	-	Demencias en general, enfermedad de Alzheimer, demencia Vascular y demencias Mixtas	-
Strom et al.	2015	Noruega	RS	55 ECA y ECC	-	-	Demencias en general, enfermedad de Alzheimer, demencia Vascular, demencia Frontotemporal y demencias Mixtas	-
Dimitriou et al.	2018	Grecia	ECA	-	60	72,3 años de media	Enfermedad de Alzheimer, demencia Vascular, demencia Frontotemporal y demencias Mixtas	Departamento de Neurología del hospital
Särkämö et al.	2016	Finlandia	ECA	-	89	78,7 años de media	Demencia moderada – severa	Centros de día
Raglio et al.	2015	Italia	ECA	-	120	> 65 años	Demencias en general	Centro gerontológico

Fuente: elaboración propia.

4.1.1. Descripción de los estudios

Con respecto a la procedencia de los artículos empleados, los resultados provenían de 8 países diferentes y el rango de la fecha de publicación oscilaba entre 2014 y 2018. Por otro lado, en relación a la edad de los participantes el intervalo variaba de 65 a 90 años y solo 5 documentos lo nombraron.

En cuanto a los tipos de demencias que se presentaron en los diferentes estudios se encontraron la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia frontotemporal y la demencia mixta. Sin embargo, aunque la mayoría de los artículos trataban las demencias en general, uno de ellos no especificó el tipo de demencia que padecían los participantes del estudio.

Por último, 6 de los artículos aludieron al ámbito asistencial en el que se encontraban los participantes, siendo las personas institucionalizadas las más habituales seguidas de las hospitalizadas.

Para especificar la información obtenida en los artículos seleccionados se elaboró una segunda tabla (tabla 4) en la que se detallaron el tipo de musicoterapia que se llevó a cabo en cada estudio, quién realizó la intervención, el tipo de música que se utilizó en las sesiones, la duración de la intervención, las escalas de medición que se utilizaron para evaluar la respuesta y cuándo se realizó dicha medición.

4.2. Beneficios de la musicoterapia en PCD

4.2.1. Las emociones

Con respecto al bienestar emocional, Van der Steen et al. (12) declararon que la calidad de los estudios que nombraban el bienestar emocional fue baja, sin embargo, no se observaron cambios significativos entre la medición basal y post intervención. Por otro lado, Gómez – Romero et al. (10) demostraron al comparar la musicoterapia activa y receptiva que los integrantes del grupo receptivo se encontraron en un ambiente más cómodo tras la intervención y en el activo el estado emocional general mejoró con respecto a las mediciones basales.

4.2.2. La ansiedad

En la búsqueda realizada, 6 estudios obtuvieron resultados con respecto a la ansiedad. Por ejemplo, en el metaanálisis de Van der Steen et al. (12) los resultados no fueron consistentes en la medición que se realizó a largo plazo, sin embargo, las medidas recogidas en la escala Rating Anxiety in Dementia (RAID) inmediatamente al terminar la intervención mostraron que la ansiedad era menor en el grupo de musicoterapia que en el grupo control. Asimismo, el MA de Zhang et al. (17) indicó que

entre los estudios recogidos se encontró una gran heterogeneidad entre los resultados y, aunque se pudo detectar una leve diferencia entre el grupo control y el de intervención, la información obtenida no fue concluyente. Por el contrario, Gómez – Romero et al. (10) en su RS esclarecen que en el grupo experimental se encontró una disminución según la escala RAID de 10,93 a 8,93 puntos en la evaluación final, mientras que el grupo control no mostró cambios.

4.2.3. La depresión

Del total, 4 artículos proporcionaron información sobre la música en la depresión. Por un lado, Zhang et al. (17) detallaron en su MA que aunque las diferencias entre los grupos fueron pequeñas con respecto a la mejoría de síntomas de la depresión, la tendencia fue levemente mejor en el grupo de musicoterapia. Además, en el MA de Van der Steen et al. (12) se encontró que, aunque la calidad de la evidencia de las mediciones realizadas con la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) durante el análisis post-intervención era moderada, las actividades basadas en la música redujeron los síntomas depresivos de los participantes.

4.2.4. El comportamiento disruptivo: la agitación o la agresividad

En relación a la agresividad, Gómez – Romero et al. (10) en sus resultados observaron que los comportamientos físicos agresivos y no agresivos y los verbales no agresivos mejoraron en las evaluaciones posteriores tras la finalización de la intervención. Sin embargo, los comportamientos agresivos verbales disminuyeron solamente a partir de la 6ª sesión y no se mantuvieron al finalizar la intervención. No obstante, analizaron otro estudio en el que se realizó la intervención a personas con Alzheimer y no se encontraron diferencias significantes con respecto al grupo control. Siguiendo en la misma línea, Chang et al. (18) mencionaron que la musicoterapia individual fue útil cuando el paciente se presentó más agitado y con un estado de ánimo más irritable, por lo que esclarecieron que la musicoterapia se ajustó inmediatamente a las necesidades del propio paciente.

Por otro lado, según Zhang et al. (17) el comportamiento disruptivo fue el aspecto que más diferencias y efecto mostró entre el grupo control y el grupo de intervención. En cualquier caso, los resultados de Van der Steen et al. (12) evidenciaron una ligera mejoría en las mediciones que se realizaron al final del tratamiento, pero los resultados no fueron consistentes a la hora de medirlos en un plazo más amplio. En cuanto al comportamiento social y el uso de la música, en el grupo de musicoterapia se encontraron casos de expresiones faciales positivas (sonrisas, por ejemplo) que no se presentaron en el grupo control.

4.2.5. La cognición

Con respecto a la música y a los beneficios que proporciona en la salud cognitiva, por un lado, Zhang et al. (17) encontraron una alta heterogeneidad entre los estudios que trataron la función cognitiva, pero pudieron revelar una leve mejoría del grupo de musicoterapia sobre el grupo control. Por otro lado, Van der Steen et al. (12) refirieron que, con respecto a la cognición, la medición al final del tratamiento mostró imprecisión en los resultados. Sin embargo, sugirieron que las intervenciones basadas en la música tuvieron poco efecto o ninguno sobre la cognición. Según Chang et al. (18) los efectos de la musicoterapia en las funciones cognitivas fueron moderados. Además, los estudios avalaron que el uso de musicoterapia en pacientes con demencia pudo facilitar la memoria a largo plazo, promoviendo así la comunicación no verbal entre los participantes. Asimismo, remarcaron que la musicoterapia individual una vez a la semana fue favorable para los pacientes con problemas cognitivos. Por último, Gómez – Romero et al. (10) detallaron que en un estudio se observó una mejora significativa en el deterioro cognitivo al mes de terminar la intervención, ya que la media de los resultados del MMSE aumentó de 13,88 a 15,50. Sin embargo, el resultado más destacable de Tsoi et al. (19) fue que ni la música receptiva ni la activa mejoraron las funciones cognitivas en PCD.

Tabla 4 - Clasificación por categoría de los artículos seleccionados.

Autor/es	¿Quién realiza la intervención?	Tipo de musicoterapia	Tipo de música que se utiliza	Duración de la intervención	Escalas de medición	¿Cuándo se realiza la medición?
Van der Steen et al.	Musicoterapeutas o personas que utilizan la intervención musical basada en una relación terapéutica	Activa, receptiva, mixta, grupal e individual	Música clásica o folk	Las sesiones varían de 30 a 120 minutos; desde 1 a 7 sesiones por semana y de 6 a 156 sesiones en total	CMAI, MMSE, NPI, RAID, CSDD	Basal Intermedia Al terminar > 4 semanas post intervención
Tsoi et al.	-	Activa y receptiva	Música clásica o la elegida por la PCD	Desde 9 minutos a 6 meses de intervención	MMSE, NPI, RAID, GDS-30, CMAI	Basal y post intervención
Zhang et al.	-	Activa y receptiva	-	< 4, 5-8, 9-12 o > 12 semanas de intervención	CMAI, BEHAVE-AD, NPI, MMSE, GDS, CSDD, RAID, QoLS	Basal y post intervención
Pedersen et al.	Musicoterapeutas y enfermeras que han realizado cursos de musicoterapia	Activa, receptiva, grupal e individual	-	De 10 a 65 minutos (30 minutos de media); de 1 a 7 sesiones por semana y de 4 a 12 semanas de intervención.	CMAI, NPI, BEHAVE-AD	Basal y post intervención
Chang et al.	-	Individual o grupal	-	De 20 a 65 minutos por sesión; de 1 a 7 veces por semana y de 4 a 16 semanas de duración en total.	NPI, CMAI, RAID, GDS, MMSE	Basal y post intervención
Aleixo et al.	-	Activa, receptiva, grupal e individual	Música clásica o folk	De 2 semanas a 24 meses; 1 vez por cada 15 días a 3 veces por semana y de 20 a 45 minutos por cada sesión.	MMSE, GDS, NPI, CMAI	Basal y post intervención

Continuación tabla 4.

Autor/es	¿Quién realiza la intervención?	Tipo de musicoterapia	Tipo de música que se utiliza	Duración de la intervención	Escalas de medición	¿Cuándo se realiza la medición?
Gómez-Romero et al.	-	-	-	Hay diferencias: de 9 a 42 sesiones, desde 1 vez a 3 veces por semana y de 30 a 60 minutos de sesión.	MMSE, CMAI, GDS, QoLS, BEHAVE-AD,	Basal, al final y al mes, antes y al finalizar la intervención, a las 3, 6 semanas, 3,6,9,12 meses.
Strom B et al.	-	Musicoterapia, música con movimiento, cantar, escuchar música de fondo y uso de instrumentos musicales	-	<u>Musicoterapia</u> : de 2 – 3 veces por semana en un periodo de 6 – 16 semanas <u>Instrumentos</u> : 2 veces por semana 30 minutos/sesión. <u>Escuchar música</u> : desde 10 minutos a 4 horas; de 3 sesiones a 24 semanas	QoIS	Basal y post intervención
Dimitriou et al.	Los cuidadores	Receptiva	-	5 días de intervención y 2 de descanso. 30-50 minutos/sesión	MMSE, ACE-R, GDS, FRSSD, NPI	Basal y al terminar cada semana de intervención
Särkämö et al.	Musicoterapeuta, Profesor de música, Cuidadores, Enfermeras	Activa y receptiva	Canciones populares de 1920 – 1960 y folk	1 vez por semana, sesiones de 1,5h, 10 semanas	Test neurofisiológicos, QoLS, ZBI	Basal, post intervención y 6 meses después de la intervención.
Raglio et al.	Musicoterapeuta especializado (musicoterapia activa). Autoadministrado, cada uno en su habitación (pasiva)	Activa y receptiva (sesiones individualizadas)	-	<u>Musicoterapia activa</u> : 30 minutos, 2 veces por semana durante 10 semanas; <u>Musicoterapia receptiva</u> : 30 minutos, 2 veces por semana durante 10 semanas	CDR, MMSE, NPI, BARTHEL, CSDD, QoLS	La situación basal, al finalizar el tratamiento y a los 2 meses

Fuente: elaboración propia.

4.3. ¿Quién realiza la musicoterapia?

Solo 5 artículos nombraron al autor de la intervención y el resultado más frecuente fueron los musicoterapeutas. En el metaanálisis de Van der Steen et al. (12) los estudios mostraron que la intervención la realizaban tanto musicoterapeutas expertos como personas que basaban su intervención terapéutica en la música. Por otro lado, en el metaanálisis de Pedersen et al. (20), aunque la mitad de los estudios nombraban a los musicoterapeutas como profesionales que aplicaban la musicoterapia, el 41,6% de los estudios (5/12) mencionaba a las enfermeras como responsables de realizar dicha intervención. Con respecto a los ECA de Särkämö et al. (21) y Raglio et al. (22), la actividad la ejecutaron los musicoterapeutas. Sin embargo, en el segundo estudio, la musicoterapia pasiva era autoadministrada por los propios pacientes que utilizaban auriculares para la reproducción de la música. Por último, los cuidadores eran los responsables de desarrollar la musicoterapia en el ECA de Dimitriou et al. (23).

4.4. La musicoterapia activa o receptiva, grupal o individual

El 91,1% de los estudios nombraron la musicoterapia activa o receptiva como tipo de actividad musical. Las intervenciones variaron entre escuchar música de fondo con respecto a la musicoterapia receptiva y cantar, tocar instrumentos o música con movimiento cuando se trataba de la musicoterapia activa. Por otro lado, en los estudios las sesiones diferían entre individuales o grupales.

Con respecto a los ECA de Raglio et al. (22) y de Särkämö et al. (21), se formaron 3 grupos aleatoriamente para valorar las diferencias. En ambos estudios uno de los grupos recibió cuidados estandarizados consistentes en ejercicio físico o actividades sociales; el segundo grupo realizó musicoterapia activa (cantar o ejercicios vocales); y el tercer grupo, musicoterapia receptiva (escuchar música con un CD).

Por otro lado, en el ECA de Dimitriou et al. (23) se formaron 6 grupos que aleatoriamente realizaron las diferentes intervenciones. Se compararon 3 actividades no farmacológicas: el ejercicio físico, los masajes y la musicoterapia receptiva. Todas las actividades eran individuales y los cuidadores informales se encargaban de realizar las intervenciones. Del mismo modo, la RS de Strom et al. (24) se centró en analizar estudios que comprendían la musicoterapia individualizada y otras actividades no farmacológicas como la aromaterapia o la reflexología. Clasificaron como musicoterapia activa la música con movimiento, cantar y la utilización de instrumentos; y escuchar música como musicoterapia receptiva.

En cuanto al metaanálisis de Pedersen et al. (20) y la revisión sistemática de Aleixo et al. (25), no se especificaron las actividades que se realizaron pero, trataron la

musicoterapia activa y receptiva tanto grupal como individualmente. Siguiendo con esta línea, en el MA de Van der Steen et al. (12) se añadió la musicoterapia mixta que combinaba tanto la musicoterapia receptiva como la activa.

Con respecto a los MA de Zhang et al. (17) y Tsoi et al. (19), solo nombraron la musicoterapia activa y receptiva y la compararon con el grupo control que no recibía ninguna actividad musical. Por el contrario, en el MA de Chang et al. (18) trataron la musicoterapia individualizada o grupal sin nombrar el tipo de intervención que se realizaba.

4.5. El tipo de música

La elección del tipo de música se ha encontrado en el 36,36% de los estudios, pero los resultados muestran una línea regular. Según la RS de Aleixo et al. (25) o el MA de Van der Steen et al. (12), los tipos de música que más se utilizaron para realizar la musicoterapia fueron la música clásica o el estilo folk. Sin embargo, en el ECA de Särkämö et al. (21), tanto en el grupo de escuchar música como en el de canto, la música procedía de canciones populares de los años 1920 a 1960, aunque también se utilizó el estilo folk. Simultáneamente, en los artículos seleccionados por Tsoi et al. (19) y Särkämö et al. (21), el tipo de música fue seleccionada por las PCD o se escogió teniendo en cuenta su música favorita.

4.6. La duración de la intervención y el seguimiento

La duración de la intervención y el seguimiento realizado mediante escalas de valoración (ver Anexo 1) a los participantes han sido los ítems que mayor diferencia han proporcionado en este estudio.

En primer lugar, los resultados obtenidos por Gómez – Romero et al. (10) con respecto a la duración de la musicoterapia variaron de 9 a 42 semanas, de 1 a 3 veces por semana y de 30 minutos a una hora de duración cada sesión. Se utilizaron escalas como Mini Mental State Examination (MMSE) o Quality of Life Scale (QoLS) para determinar los cambios en la conducta de las PCD y el seguimiento se realizó en la mayoría de los estudios al comienzo, post-intervención, a las 3 o 6 semanas y a los 3, 6, 9 o 12 meses. Sin embargo, en la RS de Strom et al. (24) aunque utilizaron la escala QoLS, no quedó reflejado ningún proceso de seguimiento. Por otro lado, con respecto a la duración de las actividades en esta RS, difieren entre la musicoterapia que se realizaban las sesiones 2 o 3 veces por semana durante 6 a 16 semanas; música con instrumentos que se realizaba 30 minutos cada sesión 2 o 3 veces por semana; y escuchar música que lo realizaban desde 3 sesiones a 24 semanas de intervención, de 10 minutos a 4 horas.

Por otro lado, Chang et al. (18) seleccionaron documentos en los que se presentaban sesiones de 20 a 65 minutos, desde 1 a 7 veces por semana y de 4 a 16 semanas de intervención en total. En este caso, el seguimiento se realizó pre y post intervención y en algún caso, tiempo después (inespecífico) de la finalización de la intervención. Las escalas utilizadas fueron MMSE, Neuropsychiatric Inventory (NPI) y Geriatric Scale of Depression (GDS) entre otros. Se utilizaron las mismas escalas para realizar el seguimiento en el ECA de Särkämö et al. (21). En este caso la duración de las intervenciones fue de 10 semanas en las que cada semana los grupos realizaba la actividad asignada durante una hora y media. Se calculó la situación basal, los resultados inmediatamente al terminar la intervención y a los 6 meses después de la intervención. Además, durante este último periodo se reforzó e insistió a los cuidadores informales y a las enfermeras a que aplicaran las intervenciones musicales.

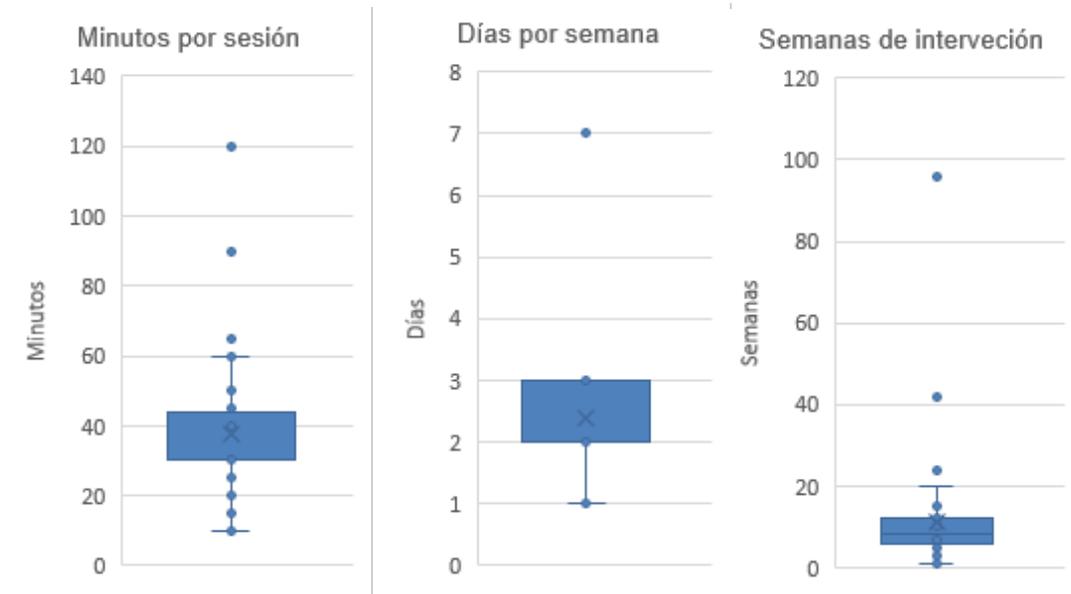
En el ECA de Raglio et al. (22) la duración de las intervenciones tanto en el grupo de musicoterapia como el de escuchar música duraron 10 semanas en las que dos veces a la semana se realizaban sesiones de media hora. El seguimiento de este estudio se realizó mediante 6 escalas para saber cuál era la situación basal, la situación post-intervención y a los 2 meses de terminar la intervención. En este caso, las respuestas de las escalas no las contestaban las PCD por su estado de demencia moderada-severa. Este método se repitió en el ECA de Dimitriou et al. (23) ya que las encuestas se realizaron a los cuidadores por la imposibilidad de respuesta de las PCD.

Desde otro punto de vista se destaca el MA de Zhang et al. (17) en el que se clasificaron de 4 a 12 semanas de intervención sin especificar la duración de la sesión ni la cantidad de intervenciones. No obstante, el metaanálisis que mayor diferencia obtuvo entre los resultados con respecto a este apartado fue el de Van der Steen et al. (12) en el que el tiempo de intervención varió entre 30 a 120 minutos, de 6 a 156 sesiones y cada semana de 1 a 7 sesiones. Las escalas de medición utilizadas fueron MMSE, Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), RAID, CSDD y NPI y el seguimiento se realizó en la situación basal, durante y al final de la intervención. En algunos estudios, además, también se hizo 4 semanas después de la intervención.

Debido a la gran cantidad de datos, se han realizado 3 gráficos, que se recogen en la tabla 5, para determinar la media de datos de cada apartado. Se han analizado los resultados de cada estudio y en el primer gráfico se observa la media de los minutos por sesión que se han llevado a cabo en cada estudio; el segundo gráfico recoge y calcula la media de los días por semana que en los que se ha ejecutado la intervención; y, en el último, la media de las semanas de intervención totales de cada

estudio.

Tabla 5 - Media de los resultados obtenidos con respecto a la duración de la sesión por minutos, los días de la semana que se realiza la musicoterapia y las semanas de intervención totales.



Fuente: elaboración propia.

5. DISCUSIÓN

Gracias a los 11 artículos utilizados en esta revisión bibliográfica se ha conseguido profundizar más en el tema central del estudio y en los objetivos específicos que se plantearon en un inicio.

Este estudio está marcado por una gran variabilidad en los resultados, ya que tanto la duración, el tipo y el seguimiento de las intervenciones, como los profesionales que las ejecutan han sido diferentes en la mayoría de los documentos seleccionados. Asimismo, la metodología y los objetivos de los estudios no siempre han seguido la misma dirección.

Aunque en la mayoría de los estudios las líneas de investigación se centraban en el síndrome de la demencia, la edad media sobrepasaba los 65 años y casi todos los participantes procedían de centros gerontológicos (en los casos en los que se especificaban estos ítems), el tamaño de la muestra era muy dispar. Además, dos de los documentos no se centraban exclusivamente en la musicoterapia y la comparaban con otras actividades no farmacológicas, en las cuales la musicoterapia obtenía los mejores resultados post-intervención (23, 24).

En cuanto al seguimiento que se ha realizado durante las intervenciones, en todos los artículos que se especificaba, se realizó la medición de la situación basal y de la situación post-intervención inmediata, como mínimo. Sin embargo, en algunos estudios también se realizaron otras mediciones cierto tiempo después de terminar la musicoterapia, con resultados positivos o similares a la situación inicial de las PCD. Es importante resaltar que en uno de los estudios en el que los cuidadores continuaban realizando musicoterapia después de la intervención profesional, lo que ayudó a mantener las mejoras obtenidas gracias a las actividades musicales (21). Esto conduce a la reflexión sobre la importancia de la continuidad de la terapia musical a lo largo del tiempo y no como acción aislada.

Con respecto a la duración óptima de la intervención, solamente un ECA define que el tiempo de sesión más eficaz es el efectuado durante 10 – 30 minutos. Además, remarcan la gran cantidad de respuestas positivas que se observan en pocas sesiones (19). Por otro lado, un metaanálisis incide en los efectos a largo plazo que produce la musicoterapia aplicada varias veces por semana (20). Sin embargo, pocos estudios evalúan los resultados a lo largo del tiempo una vez terminada la intervención (12). Al presentarse una gran variabilidad en los resultados y ninguno concluyente, no es posible afirmar los efectos en cuanto a duración e intervalos de las sesiones.

Con respecto a la música utilizada para la musicoterapia, la música clásica y el folk

son las que más se emplean en las intervenciones de los documentos seleccionados (12, 19, 21, 25). Sin embargo, no se especifica el porqué de dicha selección musical para realizar la actividad. Vale la pena mencionar que, si se considerase la musicoterapia centrada en la persona, el conocimiento de las preferencias musicales de la persona intervenida sería una pieza fundamental de la terapia. Además, como puede apreciarse en un metaanálisis, la música elegida por el mismo paciente puede favorecer los recuerdos y la memoria autobiográfica (18). En cualquier caso, hoy en día la selección musical se encuentra en una constante expansión exponencial hallándose en plataformas como Deezer o YouTube Music alrededor de 50 millones de canciones disponibles en modo online. En este escenario se vuelve dificultosa la elección de las canciones preferidas de las PCD para realizar la musicoterapia centrada en la persona. Sin embargo, el avance de las nuevas tecnologías puede llegar a facilitar en un futuro la aplicación de la musicoterapia en diferentes entornos como el hospital gracias a la disminución del tamaño de los dispositivos (mp3 o móviles). Además, en los centros gerontológicos sería favorable la inclusión de transductores electroacústicos (altavoces) acoplados a los sillones en los que las PCD descansan y así poder realizar musicoterapia receptiva en diferentes momentos del día.

Siguiendo con las nuevas tecnologías, se han desarrollado diferentes líneas de actuación con respecto a la musicoterapia. Por ejemplo, en el mundo de los videojuegos se ha programado una aplicación (App) que, aunque todavía se encuentra en periodo de prueba, podría llegar a ser útil para las PCD y sus cuidadores. Esta App llamada MINWii se basa en la utilización de un teclado y un televisor para improvisar con diferentes instrumentos o reproducir canciones previamente definidas consiguiendo así una estimulación positiva para los jugadores. Además de ser una herramienta que se fundamenta en la musicoterapia, sus objetivos principales son la mejora de la autoestima y los síntomas conductuales de las PCD (26). Por otro lado, en el año 2018, la música en 8 dimensiones adquirió relevancia pública y se comenzó a utilizar más ampliamente como parte del entretenimiento audiovisual en internet. Este novedoso modelo musical consiste en utilizar unos auriculares y reproducir canciones en las que el usuario percibe que la música se mueve en torno a los diferentes planos de la cabeza, generando sensaciones sonoras distintas a las habituales con este tipo de dispositivos. Para conseguir este efecto se calcularon y generaron diferentes algoritmos y funciones matemáticas basadas en cómo detecta nuestro cerebro el sonido que proviene del exterior (27). Para futuras investigaciones sería interesante ahondar en el uso de este tipo de música, ya que la estimulación que

proporciona puede llegar a ser beneficiosa en pacientes con síndromes neurodegenerativos.

El siguiente punto es el tipo de musicoterapia y en este apartado los beneficios se dividen. Gracias al uso de instrumentos musicales o al canto, la musicoterapia activa logra activar o animar a la PCD (24), mientras que la musicoterapia receptiva induce a los pacientes a estados de mayor relajación (25). En el caso de una revisión sistemática, los resultados nos muestran que los integrantes del grupo receptivo se encontraban en un ambiente más cómodo tras la intervención, mientras que en el activo mejoraba el estado emocional (10). Gracias a estos datos se confirma la importancia de fijar los objetivos de cada intervención para conseguir los efectos deseados en un momento determinado. No obstante, en dos ECA en los que se comparaban la musicoterapia activa, la receptiva y el grupo control, no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos (21, 22). Sin embargo, como puede apreciarse en varios metaanálisis, la musicoterapia receptiva es más efectiva en personas con demencia que la activa (18, 25). Además, en los resultados de un ECA este tipo de musicoterapia favoreció una disminución significativa en la agitación, apatía o ansiedad de las PCD, además de una disminución del estrés de los cuidadores (19). La obtención de información y la creación de conclusiones se dificulta al encontrarse en este apartado una gran variabilidad de resultados.

De acuerdo a la musicoterapia individual o grupal, sin embargo, los resultados tienden hacia el mismo sentido en general. La musicoterapia grupal varias veces por semana sirve para reducir la ansiedad y la depresión, además de que las PCD experimentan el apoyo mutuo cuando se encuentran en las actividades grupales (25). No obstante, la actividad musical individual muestra efectos mayores en la disminución de los comportamientos disruptivos. Estos resultados no se pueden considerar concluyentes, ya que pueden deberse a que los estudios se basan en una mayor cantidad de resultados y que los grupos de estudio son más homogéneos con respecto a uno de los ítems.

Con respecto a los beneficios que proporciona la música a las personas con demencia cabe destacar que en todos los estudios que nombran la ansiedad, se observa una mejoría en las escalas de medición al compararla con el grupo control. Sin embargo un metaanálisis concluye que los resultados muestran una gran heterogeneidad (17). Por otro lado, aunque la evidencia con respecto a los beneficios que proporciona la musicoterapia refiriéndose a la depresión era moderada en los datos obtenidos al finalizar la intervención, la reducción de este síntoma era evidente según dos metaanálisis (12, 17).

Por otro lado, con respecto a la agitación o al comportamiento, en un metaanálisis se encontraron datos de mejoría en las evaluaciones finales, pero sin grandes diferencias en comparación al grupo control (10). Además, en otro metaanálisis reflejaron imprecisión de resultados y los efectos se reducían cuando se realizaba la medición a largo plazo y bajo ninguna intervención.

La cognición es el aspecto que menor mejoría ha mostrado en los resultados de los estudios, además los datos no siguen la misma línea comparando unos estudios con otros. Por un lado, dos metaanálisis sugieren que las actividades musicales no tienen efecto sobre la cognición (12, 17). Sin embargo, una revisión sistemática y dos metaanálisis afirman que la musicoterapia individual es favorable sobre la cognición (memoria a largo plazo) o la comunicación (10, 18, 19).

Por último, la calidad de los artículos que nombran las emociones tienen un nivel de evidencia bajo, pero muestran que la musicoterapia activa favorece el bienestar emocional (10).

Por lo que se refiere al autor de la realización de la terapia, se han recogido diferentes datos que comprenden desde los propios pacientes (22), pasando por las enfermeras (20, 21) o los cuidadores (21, 23), hasta los musicoterapeutas (12, 20-22). En este apartado, se destaca un metaanálisis en el que la utilización de la música por parte de los profesionales de la salud a la hora de la comida ayuda a relajar y a disminuir el nivel de agresividad, tanto verbal como física, de las PCD (18). Asimismo, uno de los estudios muestra que los cuidadores que no utilizaban la música presenciaban más episodios de agresión y resistencia (21). No obstante, hay que tener en cuenta que ninguno de los estudios detalló quién produce un mayor beneficio a la hora de realizar las intervenciones musicales.

Con respecto a la enfermería, podemos encontrar pacientes con demencia en diferentes ámbitos de actuación tales como el hospital, los domicilios o las consultas de atención primaria, pero el 60% de los pacientes permanecen en centros gerontológicos. Es por ello que nombrando una revisión bibliográfica es interesante la implementación del canto o la música de fondo en los cuidados de enfermería tales como el aseo con la ayuda de las auxiliares de enfermería (24). Además, sería interesante valorar en cada situación quién podría llevar a cabo la actividad musical. Por ejemplo, las enfermeras durante la realización de las curas o los cuidadores para acompañar la visita. Simultáneamente, la enfermería comunitaria también puede aplicar actividades musicales con las PCD o sus cuidadores más cercanos, preguntando en las consultas sucesivas si están utilizando la música en el día a día y animándolos si la respuesta es negativa. Posteriormente, se sugiere la valoración

de los cambios obtenidos para reforzar el uso de dicha actividad.

No obstante, considerando que la musicoterapia en España está en proceso de regulación, el futuro sobre esta actividad es incierto para los profesionales de enfermería. Durante el Grado Universitario de Enfermería, aunque se trata de inculcar el proporcionar bienestar a los pacientes, no se forma a los estudiantes en el uso de terapias complementarias no farmacológicas como la musicoterapia. Por el contrario, en algunas provincias donde se plantea el EIR (Enfermero Interno Residente) de Salud Mental, en varios programas aparece la adquisición de competencias relacionadas con la musicoterapia (28). En este ámbito no es posible afirmar que los futuros enfermeros sean capaces de realizar musicoterapia como la define la Federación Mundial de la Musicoterapia, por lo que es más posible que tanto los enfermeros y los cuidadores informales realicen actividades basadas en la música sin una finalidad terapéutica definida, pero con el objetivo claro de proporcionar bienestar. Aunque, en el caso de querer realizar musicoterapia, se sugieren diferentes estudios superiores basados en la musicoterapia y así poder conseguir los objetivos marcados en cada intervención.

Para finalizar, nombrar que hoy en día, a través de los medios de comunicación se está visibilizando el uso de musicoterapia para ayudar a las PCD. En el mes de enero del 2019, el programa televisivo Got Talent mostró cómo un grupo de personas con enfermedad de Alzheimer cantaba en el escenario acompañado de los aplausos de los oyentes. Lejos del objetivo de ganar un premio, lo que buscaban estos participantes fue demostrar al mundo el poder que tiene la música en personas que padecen este síndrome. Además, cabe destacar que uno de ellos comentó en la entrevista que se le realizó que “somos personas que no tenemos nada que ver con la música pero, nos llena mucho, nos hace mucho bien” (29).

6. CONCLUSIONES

La eficacia de la musicoterapia ha sido estudiada durante los últimos años por ser una terapia complementaria que, lejos de ser contraproducente, favorece por un lado la disminución de la ansiedad, la depresión y la agitación y, por otro lado, la mejora del estado emocional. No obstante, no se ha demostrado el progreso en los síntomas cognitivos o en los relacionados con el comportamiento.

Se ha comparado con otras actividades no farmacológicas y según los resultados, la musicoterapia es la que mayor efecto produce. Asimismo, los beneficios se pueden observar a corto plazo y se mantienen estables al continuar con la intervención. Sin embargo, al dejar de realizar la terapia, la mejoría observada en los pacientes comienza a desaparecer. Con respecto a la duración de la intervención y a la duración de las sesiones, se precisan nuevos ECA que midan exactamente estos parámetros para confirmar datos concluyentes.

Hay que destacar que la música elegida por la persona con demencia es la más adecuada para realizar la musicoterapia, pero la música clásica y el folk son buenas alternativas para emplear en las intervenciones. Sin embargo, los resultados no consensuan quién es la persona más adecuada para realizar la musicoterapia, queda además pendiente la nueva regularización de musicoterapia en España, que afecta en la actuación de cuidadores informales y profesionales de la salud, como las enfermeras.

Como se ha detallado en los apartados anteriores, la musicoterapia receptiva e individual sería la más adecuada para favorecer la relajación de los pacientes, mientras que la musicoterapia activa y grupal mejoraría la sociabilidad y el grado de actividad de las PCD.

Para finalizar, según los resultados obtenidos, se recomienda el uso de las actividades musicales por considerarse beneficiosas y de bajo riesgo para las PCD.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. AFAGI [sede Web]. Donostia – San Sebastian: Asociación de Familiares, amigos y Personas con Alzheimer u otras Demencias de Gipuzkoa [acceso el 12 de diciembre de 2018]. Demencia. Disponible en: <http://afagi.eus/es/demencias/>
2. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Organización Mundial de la Salud; 8 de noviembre de 2017 [acceso el 12 de diciembre de 2018]. Demencia y plan de acción mundial de salud pública – infografías. Disponible en: goo.gl/CBKqex.
3. García P, Margariños M. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Medica Panamericana; 2000.
4. Alzheimer's disease international [monografía en internet]. Informe mundial sobre el Alzheimer 2018. La investigación de vanguardia sobre la demencia: Nuevas fronteras. Londres: Alzheimer's disease international; 2018 [acceso el 12 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerrreport2018-spanish.pdf>
5. Wheeler B. Music therapy handbook. Nueva York: The Guildford Press; 2015.
6. Cabanyes J, Monge MA. La salud mental y sus cuidados. 4ª ed. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 2017
7. Hsu TJ, Tsai HT, Hwang AC, Chen LY, Chen LK. Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. Geriatr Gerontol Int [revista en internet]. 2017 [acceso el 10 de octubre de 2018]; 17(1): 28-35. DOI: 10.1111/ggi.13037
8. Instituto Vasco de Estadística. Panorama demográfico 2018 [Monografía en internet]. Vitoria – Gasteiz: Eustat; 2018 [acceso el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-HWe2>
9. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Lineas estratégicas 2017-2020 [monografía en internet]. Vitoria – Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2017 [acceso el 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-HWeE>
10. Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila EM, González López-Arza MV. Beneficios de la musicoterapia en las

alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. Neurología [revista en internet]. 2017 [acceso el 10 de octubre de 2018]; 32: 253-63. DOI: 10.1016/j.nrl.2014.11.001

11. Särkämö T. Music for the ageing brain: cognitive, emotional, social and neural benefits of musical leisure activities in stroke and dementia. Dementia [revista en internet]. 2018 [acceso el 10 de octubre de 2018]; 17(6): 670-85. DOI: 10.1177/1471301217729237

12. Van der Steen JT, Smaling HJA, Van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJPM, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub4.

13. Agencia EFE [sede Web]. Valencia: Agencia EFE; 2018 [acceso el 27 de marzo de 2019]. Los musicoterapeutas dan los primeros pasos hacia su regulación en España. Disponible en: <http://cort.as/-HX35>

14. Rohr RV, Alvim NAT. Nursing interventions with music: an integrative literature review. Fundam Care [revista en internet]. 2016 Jan [acceso el 25 de enero de 2019]; 8(1): 3832-44. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3832-3844

15. Herdman TH, Kamitsuru S, editoras. Nanda International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2015

16. Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. Evid Based Med [revista en internet]. 2016 Aug [acceso el 25 de enero de 2019]; 21(4): 125-7. DOI: 10.1136/ebmed-2016-110401

17. Zhang Y, Jiayi C, Li A, Fuhai H, Tianshu R, Hongda M, et al. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev [revista en internet]. 2017 [acceso el 28 de octubre de 2018]; 35: 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2016.12.003>.

18. Chang Y, Chu H, Yang C, Tsai J, Chung M, Liao Y, et al. The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials. J Clin Nurs [revista en Internet]. 2015 Dec [acceso el 30 de octubre de 2018]; 24(23-24): 3425-40. DOI: 10.1111/jocn.12976

19. Tsoi KKF, Chan JYC, Ng Y, Lee MMY, Kwok TCY, Wong SYS. Receptive music therapy is more effective than interactive music therapy to relieve behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* [revista en internet]. 2018 jul [acceso el 30 de octubre de 2018]; 19(7): 568-76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.009>
20. Pedersen SKA, Andersen PN, Lugo RG, Andreassen M, Sütterlin S. Effects of music on agitation in dementia: a meta-analysis. *Front Psychol* [revista en internet]. 2017 [acceso el 30 de octubre de 2018]; 8: 1-10. DOI: [10.3389/fpsyg.2017.00742](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00742)
21. Särkämö T, Tervaniemi M, Laitinen S, Numminen A, Kurki K, Johnson JK, et al. Cognitive, emotional and social benefits of regular musical activities in early dementia: randomized controlled study. *Gerontologist* [revista en internet]. 2014 Aug [acceso el 30 de octubre de 2018]; 54(4): 634-50. DOI: [10.1093/geront/gnt100](https://doi.org/10.1093/geront/gnt100)
22. Raglio A, Bellandi D, Baiardi P, Gianotti M, Ubezio MC, Zancchi E, et al. Effect of active music therapy and individualized listening to music on dementia: a multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* [revista en internet]. 2015 Aug [acceso el 30 de octubre de 2018]; 63(8): 1534-9. DOI: [10.1111/jgs.13558](https://doi.org/10.1111/jgs.13558)
23. Dimitriou TD, Verykouki E, Papatriantafyllou J, Konsta A, Kazis D, Tsolaki M. Non-pharmacological interventions for agitation/aggressive behaviour in patients with dementia: a randomized controlled crossover trial. *Funct Neurol* [revista en internet]. 2018 jul [acceso el 30 de octubre de 2018]; 33(3): 143. Disponible en: <http://cort.as/-HWYc>
24. Strøm BS, Ytrehus S, Grov E. Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *J Clin Nurs* [revista en internet]. 2016 jul [acceso el 30 de octubre de 2018]; 25(13-14): 1805-34. DOI: [10.1111/jocn.13169](https://doi.org/10.1111/jocn.13169)
25. Aleixo MAR, Santos RL, Dourado, Nascimento MC. Efficacy of music therapy in the neuropsychiatric symptoms of dementia: systematic review. *J Bras Psiquiatr* [revista en internet]. 2017 Mar [acceso el 30 de octubre del 2018]; 66(1): 52-61. DOI: [10.1590/0047-2085000000150](https://doi.org/10.1590/0047-2085000000150)
26. Mitchell HR. Dementia, music and biometric gaming: rising to the dementia challenge. *LMJ* [revista en internet]. 2015 dec [acceso el 15 de noviembre de 2018]; 25: 21-4. Disponible en: <http://cort.as/-HWZc>

27. Jaime Altozano. Qué es la música 8D y por qué se ha hecho viral [archivo de vídeo]. 10 de octubre de 2018 [acceso el 20 de marzo de 2019] [12:17 min]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=e6Ekz7ZDV-w&t=361s>
28. Ferré J, Pérez V, Rodríguez L, Naya A, Rico AM, González C, et al. Guía docente o itinerario formativo tipo de la especialidad de enfermería salud mental [monografía en internet]. Madrid. Fundación Jiménez Díaz; 2018 [acceso el 25 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-HWd->
29. Mediaset España. Imposible contener la emoción con 'El coro de les veus de la memoria' [archivo de vídeo]. 30 enero de 2019 [acceso el 20 de marzo de 2019] [11:20 min]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=0LYNYPH019E>
30. Sheehan B. Assessment scales in dementia. Ther Adv in Neurol Disord [revista en internet]. 2012 nov [acceso el 25 de marzo del 2019]; 5(6): 349-58. DOI: 10.1177/1756285612455733

8. ANEXOS

ANEXO I: Escalas de medición

Las escalas son dispositivos de medición cuyo diseño se estructura mediante números y valores. Para realizar una valoración integral se utilizan varias escalas entre las que se encuentran las siguientes (23, 30):

<i>Descripción de las diferentes escalas de medición en la valoración integral de las PCD.</i>	
Escala	Descripción
MMSE	Mini Mental State Examination Se trata de un cuestionario basado en 30 preguntas de las cuales se consigue la valoración del estado cognitivo. Resultados cercanos al 30 indican una mejor respuesta cognitiva
NPI	Neuropsychiatric Inventory Se basa en las respuestas del cuidador e incluye 12 preguntas relacionadas con el comportamiento y los síntomas neuropsiquiátricos.
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory Se evalúan los 30 comportamientos más comunes que se observan en la demencia.
FRSSD	Functional Rating Scale for Symptoms in Dementia Se emplea para determinar la habilidad para realizar las ABVD. Se incluyen 14 actividades y se evalúa cada una de 0 (totalmente independiente) a 3 (totalmente dependiente).
GDS (GDS-30)	Geriatric Scale of Depression Se utiliza para determinar si el paciente sufre depresión o no. Está compuesta por diferentes preguntas que varían según la escala GDS-15, GDS-30., etc. Las respuestas son binomiales, SI (1) o NO (0) y las puntuaciones más altas se relacionan con la depresión.
ACE-R	Addenbrooke's Cognitive Examination Revised Es un cuestionario con 100 preguntas en las que se incluye el MMSE y se valora la capacidad cognitiva de las PCD. Tiene una gran sensibilidad y es muy útil a la hora de diagnosticar la demencia. Las puntuaciones altas se relacionan con una buena respuesta cognitiva.
BEHAVE-AD	Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale Se trata de un instrumento para la detección de sintomatología conductual en pacientes con demencia de tipo Alzheimer. Se aplica a los cuidadores y se puntúa cada apartado de 0 (no se presenta) a 3 (presente con algún signo que lo corrobora)
RAID	Rating Anxiety in Dementia Se incluyen 20 ítems para determinar el estado de ansiedad de las PCD. Cada ítem se clasifica con una puntuación de 1 a 4 puntos. Cuanto menor sea la puntuación menor será el grado de ansiedad.
CSDD	Cornell Scale for Depression in Dementia Es una escala de 19 ítems que se preguntan a la PCD y a su cuidador. El resultado máximo es 38 y se emplea para determinar síntomas relacionados con la depresión.
BARTHEL	Barthel Index Mediante esta escala, se interroga al paciente para realizar la valoración de su capacidad funcional. Cada apartado se puntúa de 0 a 15 y se evalúan actividades como comer, el aseo personal, desplazarse, vestirse, etc. La puntuación total es 100 que significa independencia total.

QoLS	<p>Quality of Life Scale</p> <p>Se emplea para la medición de la calidad de vida de los pacientes. Tiene 15 ítems que se valoran del 1 (terrible) a 7 (encantado). Cuanta mayor sea la suma total de todos los apartados, mayor será la calidad de vida percibida.</p>
ZBI	<p>Zarit Burden Interview</p> <p>Es un cuestionario en el que se evalúa la carga del cuidador del paciente con demencia. Son 22 preguntas y la puntuación de cada ítem es de 0 (nunca) a 4 (casi siempre). La puntuación máxima es 88 y suele considerarse indicativa de «no sobrecarga» una puntuación inferior a 46, y de «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56.</p>

Fuente: elaboración propia.