

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, MUSICOTERAPIA Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

Alzheimer's, music therapy & social work intervention

MARÍA ÁNGELES CUADRADO CENZUAL¹, GLORIA PELÁEZ ESCRIVÁ DE BALAGUER², AURORA CASTILLO CHARFOLET²

¹Departamento de Medicina. Facultad Trabajo Social UCM Madrid, España

²Facultad de Trabajo Social. UCM Madrid, España

KEYWORDS

*Music therapy
Medicine
Alzheimer's disease
Social Work
Memory
Language*

ABSTRACT

This work aims to approaching the role of music therapy in relation to Alzheimer's disease (AD) within the field of Social Work. In order to do that, a bibliographical revision is carried out and some key concepts, such as music therapy, Alzheimer Disease, or social work intervention, are selected. The information gathered leads to the conclusion that music therapy works as an adjuvant treatment for Alzheimer patients through areas such as social integration, self-esteem, communication, or stress reduction. Thus, it is concluded that musical stimulation improves AD patients' quality of life.

PALABRAS CLAVE

*Musicoterapia
Medicina
Alzheimer (EA)
Trabajo Social
Memoria
Lenguaje*

RESUMEN

A través del presente trabajo se aborda el papel de la musicoterapia en la enfermedad de alzheimer (EA) desde el ámbito del trabajo social. Para ello, se lleva a cabo una revisión bibliográfica y se identifican conceptos claves como musicoterapia, EA e intervención del trabajo social. La información recogida lleva a considerar la musicoterapia como tratamiento coadyuvante en la enfermedad de Alzheimer a través de áreas como la integración social, la autoestima, la comunicación o la reducción del estrés. Por ello, se concluye que la estimulación musical mejora la calidad de vida en pacientes con EA.

Recibido: 13/ 08 / 2022

Aceptado: 16/ 10 / 2022

1. Introducción

Se entiende por demencia el síndrome adquirido que provoca una alteración difusa progresiva y persistente de las funciones mentales superiores produciendo una incapacidad funcional (Olmo, 2007).

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad crónica neurodegenerativa que progresa lentamente, provocando una alteración que lleva al deterioro global de las funciones intelectuales básicas (lenguaje, memoria, atención, concentración, gnosias, praxias, capacidades visuoespaciales y ejecutivas...), así como alteraciones psicológicas y conductuales, afectando de forma progresiva a las funciones que son necesarias para poder llevar una vida autónoma e independiente.

En relación con la prevalencia de la EA, su dificultad diagnóstica ha hecho que no haya unos criterios definidos, pero los estudios han mostrado tasas de prevalencia cercanas al 1,5% a los 65 años y se observa que estas cifras se duplican cada 4 años, pudiendo alcanzar porcentajes superiores al 30% en mayores de 80 años (González Rodríguez, 2004). La media de años de supervivencia desde que se diagnostica la enfermedad es de 10 años con un rango de entre 3 a 20 años (González Rodríguez, 2004). Es importante destacar que, la Enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia, suponiendo el 80% de los casos en personas mayores de 65 años (Iribarne, 2020). Otro aspecto importante es que si bien la EA presenta una incidencia mayor en edades avanzadas, existen también casos de inicio temprano presenil (<65 años) (Huang, 2018).

En el momento actual se debe tener en cuenta la existencia de factores tales como el incremento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población que hacen que se esté incrementando de manera exponencial la prevalencia de los cuadros de demencia y, por ende, la EA. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de personas mayores de 60 se ha duplicado desde 1980 y se estima que en el año 2050 el número de personas con más de 60 años será de unos 2000 millones. Por lo tanto, se puede considerar la demencia como la gran epidemia silenciosa del siglo XXI (OMS, 2020).

Por todo lo anteriormente expuesto, el abordaje de la EA y las demencias en el momento actual constituye un reto a nivel mundial, tanto en el ámbito sanitario como social y un área prioritaria en salud tal y como refleja la OMS, en su *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública de la demencia*. En dicho Plan se recomienda a los diferentes países el desarrollo de estrategias, planes, políticas o marcos nacionales de abordaje de esta situación.

En el abordaje de esta enfermedad no existe un tratamiento médico curativo, sino que va a estar dirigido a mitigar las alteraciones, retrasar los síntomas y a mejorar las áreas cognitivas afectadas del individuo. Los diferentes agentes que confluyen en esta enfermedad (la severidad y progresión de la lesión neurodegenerativa, el crecimiento de su prevalencia, la dificultad de realizar una prevención y un diagnóstico precoz, la ausencia de un tratamiento curativo...) hacen que jueguen un papel muy relevante las medidas de apoyo no farmacológicas, entre las que destaca la música como medida de intervención (Vink et al., 2004).

Finalmente, la Musicoterapia se ha empleado desde la antigüedad como una herramienta terapéutica, ya que ha acompañado al ser humano desde los orígenes. Sin embargo, no fue hasta el S. XX cuando la música fue reconocida como terapia. La musicoterapia está dirigida especialmente a personas que tienen una enfermedad o discapacidad y que necesitan este tratamiento para aliviar sus dificultades y favorecer su integración e interacción social. La aplicación de la música a la EA, se considera un coadyuvante terapéutico que actúa en el cerebro activándolo globalmente, por lo que puede producir una serie de cambios beneficiosos en distintas áreas: cognitivo emocional, psicofisiológico y también social, si se realizan sesiones de musicoterapia en grupo). Mejora el área de la comunicación (activa el área de Broca); y reduce y mejora la sintomatología que puede provocar el Alzheimer: alivia la depresión, la ansiedad y la agresividad. Por tanto, la musicoterapia, aparte de beneficiar, promueve el bienestar y la calidad de vida del paciente con Enfermedad de Alzheimer.

2. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es visibilizar la relevancia de la musicoterapia como forma de intervención no farmacológica en la EA. Para ello se definen los conceptos clave –la Musicoterapia y el Alzheimer– desde un punto de vista sanitario para finalizar viendo la aplicación de la Musicoterapia al Trabajo Social.

Los objetivos específicos son:

Dar a conocer los conceptos clave de la EA para que el Trabajo Social pueda integrarse en los equipos multidisciplinares.

Conocer los diferentes efectos y beneficios que genera la musicoterapia.

Poner en evidencia el papel del trabajador social en la EA, por ser una de las enfermedades más prevalentes en el área de las demencias.

3. Metodología

Se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica, en relación con la aplicación de la Musicoterapia como medida terapéutica de apoyo en la EA. Estos materiales han sido encontrados en libros, artículos de revista, páginas

web y documentos electrónicos obtenidos de múltiples bases de datos científicas del servidor bibliográfico de la web de la Universidad Complutense de Madrid: Catálogo Cisne de la Biblioteca de la UCM, PsycINFO, Social Service Abstracts, Dialnet, Academic Search Premier, así como artículos obtenidos de referencias de otros artículos de la misma temática.

Se han manejado dichas fuentes para explorar ampliamente sobre el tema seleccionado, esta búsqueda se ha llevado a cabo entre los meses de enero 2021 y mayo de 2022.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido: Musicoterapia, Enfermedad de Alzheimer, Trabajo Social, memoria y lenguaje. Entre los artículos seleccionados se han incluido tanto investigaciones con resultados originales como revisiones bibliográficas desarrolladas en diferentes países y escritas en diferentes idiomas: inglés y español.

En las estrategias de búsqueda se combinan términos traducidos al inglés e identificados en la literatura y el Tesauro, empleando operadores booleanos y truncando palabras para incluir posibles variaciones utilizadas en la literatura. Por lo que las estrategias de búsqueda han sido las siguientes; (1) [Alzheimer's disease] AND [Music Therapy]; (2) [Social Workers] AND [Alzheimer's disease]; (3) [Social Work] AND [Artistic Therapies]; (4) [Alzheimer's disease] OR [Music Therapy] AND [Social Work]. Con dichas búsquedas (2), (4) ha habido dificultades para encontrar artículos que relacionasen el Trabajo Social con la Musicoterapia, ya que es una técnica de intervención innovadora que aún está desarrollándose.

4. Resultados

4.1 La Musicoterapia

4.1.1 Historia de la Musicoterapia

Desde el principio de la humanidad se ha empleado la terapia de los sonidos y de la música (Berrocal, 2008). Las antiguas doctrinas creían que la vida y la salud eran dependientes de las relaciones armónicas, considerando la música como una fuerza especial que ayudaba a la salud física y emocional. La música estaba relacionada con lo sobrenatural y la magia, se consideraba un don de la divinidad, las enfermedades se debían a espíritus malignos y solo podían curarse a través de ritos musicales.

En la Grecia Antigua nacen los fundamentos científicos y racionales de la musicoterapia. La cultura griega dio especial importancia a la música como un medio o ayuda para algunas enfermedades sin atribuir elementos mágicos (Berrocal, 2008). Destaca entre los pensadores de la época Pitágoras, ya que usaba la música para enfermos mentales, a lo cual llamaban "medicina musical" (Huergo, 2009). En la Edad Media sobresale el teórico Boecio al defender en su obra que la música es un instrumento educativo. Durante el Renacimiento y Barroco también destacan teóricos y médicos que defienden el poder de la música como herramienta curativa.

Es a partir del S. XVIII cuando se comienza a hacer estudios científicos sobre los efectos de la música en el organismo (Díaz, 2009). En el S. XIX se obtienen resultados de los efectos: estados de relajación, modificaciones de estados corporales y el alivio de determinados dolores. Destaca Emile Jacques Dalcroze (1865-1951) como uno de los precursores de la musicoterapia, ya que aplicó el uso de los ritmos como una vía de comunicación. En el S. XX, durante la I Guerra Mundial, salen a la luz los resultados positivos de la incorporación de la música en los hospitales de los veteranos de la guerra de EEUU, demostrándose que podía mejorar la socialización y aumentar la autoestima. Posteriormente, en la II Guerra Mundial se reconoce oficialmente la musicoterapia como tratamiento. A su vez, durante este siglo XX nacen numerosas asociaciones que se extienden por el mundo: en 1950 se funda la *National Association for Music Therapy*, que fomenta congresos y el estudio de la musicoterapia como una carrera universitaria. En Reino Unido, en los años 50 y 60 destaca la chelista Juliette Alvin, una pionera en la aplicación de la Musicoterapia. En 1966 en la Facultad de Medicina de Buenos Aires nace la *Asociación Argentina de Musicoterapia (ASAM)* promovida y fundada por el Dr. Ronaldo Benenzón.

En la actualidad numerosos hospitales, universidades y centros siguen investigando y experimentando los efectos beneficiosos de la Musicoterapia, siendo Europa y el Continente Americano los lugares donde está más desarrollada su aplicación (Díaz, 2009).

4.1.2 Concepto de la Musicoterapia

La música es el único lenguaje universal, no entiende de fronteras, ni de lenguas verbales, estando presente en la historia de la vida del ser humano, en todas las culturas de la humanidad (Berrocal, 2008). Como señalaba Bruscia (1997), la música, en efecto, es un bien valorado y disfrutado universalmente.

La *Real Academia Española* define la música como "el arte de combinar los sonidos de la voz humana o de los instrumentos, o de unos y otros a la vez, de suerte que produzcan deleite, conmoviendo la sensibilidad, ya sea alegre, ya tristemente" (RAE, s. f., definición 7). Esta definición contiene el hecho de que la música es un arte sonoro capaz de conmover. Ya desde la Antigüedad la música era considerada como un arte y se utilizaba como una herramienta capaz de producir un estado placentero de bienestar y alegría (Berrocal, 2008). Estos datos

son corroborados desde un punto de vista científico, evidenciando que el hecho de escuchar música agradable desencadena la activación de una serie de sustancias químicas del organismo que inciden sobre el sistema nervioso central, produciéndose una estimulación de neurotransmisores (dopamina, oxitocina y endorfina) generando este estado de alegría y optimismo (Berrocal, 2008). El deporte, al igual que la música, produce una liberación de endorfinas y un aumento de la autoestima. De hecho, Platón citaba que la música era para el alma lo que la gimnasia para el cuerpo.

La música, como hemos mencionado antes, es un arte capaz de sensibilizar y conmover, lo cual es reiterado por Oscar Wilde, quien expresa que la música es el arte que está más cerca de las lágrimas y de los recuerdos (2007). Apoyándonos en esta idea de Wilde, al igual que toda persona tiene una historia de vida, también tiene una historia sonora única e irrepetible donde hay una sensibilidad a la música y unos recuerdos musicales. La música, además, es capaz de generar ciertos estados emotivos en las personas: puede desencadenar situaciones de relajación, inspirar alegría, despertar recuerdos e incluso fortalecer la espiritualidad (Berrocal, 2008). Estas huellas tan positivas que es capaz de dejar la música han sido la base para usarla y aplicarla para infinidad de cosas y una de ellas es como tratamiento terapéutico. Así, y dada su relevancia y su presencia en nuestra vida diaria, parece evidente el beneficio de usarla con tales fines (Bruscia, 1997).

En relación con el concepto de Musicoterapia, la American Music Therapy Association (AMTA) define la musicoterapia como “una profesión, en el campo de salud, que utiliza la música y actividades musicales para tratar las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las personas de todas las edades” expresando que “puede mejorar el bienestar, controlar el estrés, disminuir el dolor, expresar sentimientos, potenciar la memoria, mejora la comunicación y facilitar la rehabilitación física” (AMTA 2010, p.16).

Según la *National Association for Music Therapy* (NAMT), la música se aplica para promover la consecución de objetivos terapéuticos relacionados con la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Asimismo, también se utiliza por parte de terapeutas profesionales y de modo científico en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo para poder ajustarse mejor y más adecuadamente en sociedad (Aranguren, 2002).

Los beneficios de la música han sido explicados por profesionales cualificados de la terapia musical, destacando entre ellos el profesor argentino Rolando Benenzón (2011), quien la define como “campo de la medicina que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corpóreo-sonoro-musicales para establecer una relación entre musicoterapeuta y paciente o pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad” (14).

También es interesante exponer la definición de la una de las pioneras en este ámbito, Juliette Alvin (1967), según la cual “la Musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales, emocionales” (36).

Como puede verse, todas las definiciones expuestas abundan de riqueza de contenido, definen la Musicoterapia mencionando el instrumento principal la “música” y sus objetivos (“tratamiento”, “educación”, “restauración”); los campos en los que esta puede aplicarse (“medicina”, “campo de la salud”); la población a la que va dirigida (“paciente”, “adultos y niños”, “personas de todas las edades”) y el rol del musicoterapeuta, nombrándolo como “terapeuta” (Aranguren, 2002). Todas estas variables construyen todas y cada una de las definiciones de la Musicoterapia.

4.1.3 Aplicaciones de la Musicoterapia

El objetivo más importante de la Musicoterapia es ser un canal que comunique, asocie, evoque e integre. La enfermedad, sin embargo, es considerada como un bloqueo, ruptura o incomunicación, frente a los cuales la música tratará de ser un puente que ayude a esa comunicación que ha sido interrumpida a fluir. Además, este tipo de tratamiento no farmacológico tiene el fin de aportar un estado de bienestar que contribuya a una mejora de la salud de la persona. Las emociones trabajan como catalizadoras de las sensaciones que produce la música, y según los expertos este es el fundamento principal de la base terapéutica de la Musicoterapia. También por esto mismo es considerada como herramienta comunicativa, ya que facilita la exteriorización de las emociones, y esto hace que mejoren la socialización y cohesión grupal, en definitiva, la pertenencia a un grupo (Berrocal, 2008).

El campo de la Musicoterapia es muy amplio y complejo, ya que es una disciplina que abarca infinidad de enfoques teóricos y metodológicos, y, por tanto, puede aplicarse a diversas áreas: prevención, educación, rehabilitación, salud mental, educación especial, etc. Según el Centre Clínic de Musicoterapia en la actualidad son muy frecuentes las aplicaciones en los campos de la educación (autismo, hiperactividad, síndrome de Down, parálisis cerebral), salud mental (depresión, estrés, ansiedad), geriatría (demencia senil, Parkinson, Alzheimer) y en el campo de la medicina (oncología, personas en la UCI). También se ha comprobado que es un tratamiento efectivo en colectivos (hombres y mujeres) que han sufrido abusos sexuales, físicos y emocionales. E incluso se ha tratado para los trastornos de alimentación (bulimia, anorexia).

Una de las áreas más elocuentes de la aplicación es en las enfermedades mentales, neurológicas y cerebrovasculares, en las cuales se hace evidente su eficacia (Berrocal, 2008). Como podemos ver, ha demostrado ser una terapia muy utilizada y beneficiosa en los diferentes campos de la salud, ya que se trata de un tratamiento no farmacológico y por tanto no invasivo.

4.2 La enfermedad del Alzheimer

4.2.1 Concepto y etiología

La EA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que provoca un deterioro cognitivo (Huang, 2018). Lo más relevante son las alteraciones estructurales de una serie de grupos neuronales que afectan directamente al sistema neurotransmisor, provocando dificultades significativas y generando una dependencia total de la persona en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (González Rodríguez et al., 2004).

A principios del S. XX, el Dr. Alois Alzheimer le pone nombre a esta enfermedad y en el momento actual se ha evidenciado la existencia de unos depósitos de proteína beta-amiloide, originando placas seniles y un acumulo de proteína Tau en los ovillos neurofibrilares en la corteza cerebral y la sustancia gris subcortical (Huang, 2018) con la consecuente pérdida de neuronas y de sinapsis (González Rodríguez, et al 2004). Si bien no podemos identificar una etiología clara, si podemos afirmar la presencia mutaciones genéticas concretas en los cromosomas 1, 12, 14 y 19, con una relación clara con la forma de inicio y de su evolución (Huang, 2018).

4.2.2 Cuadro clínico: fases y sintomatología

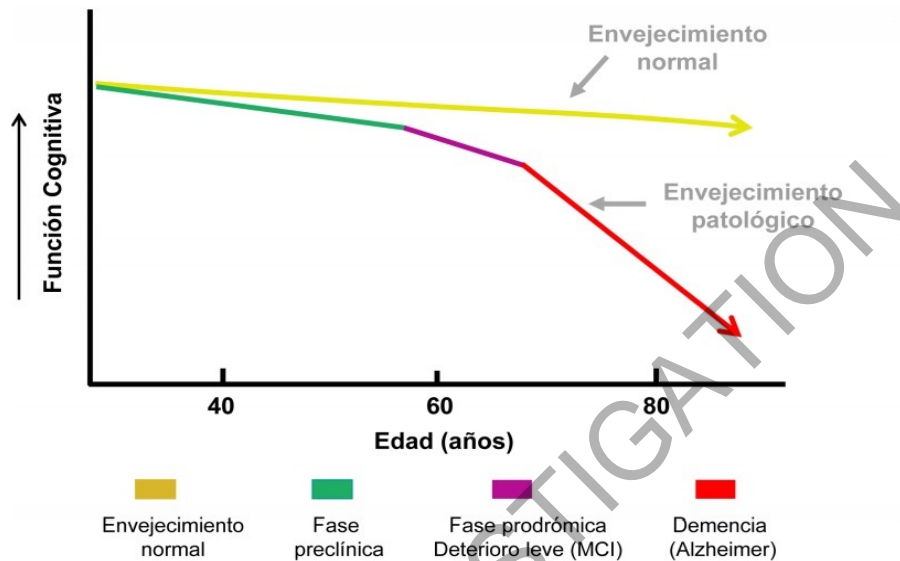
El Alzheimer es una enfermedad que genera un deterioro gradual y progresivo. Aunque la afectación de la demencia puede variar de unos pacientes a otros, dado que influyen factores como la edad de aparición, el estado físico previo, etc., este progreso paulatino se divide en una serie de fases evolutivas o estadios.

Tabla 1. Fases y manifestaciones de la EA

	Manifestaciones
Fase preclínica	La fase preclínica puede presentarse hasta 20 años antes de que se manifiesten los síntomas de enfermedad, se trata de un periodo asintomático que aparente un estado de salud en los individuos (Barrera López, 2018).
Fase prodrómica	Fase que precede a la enfermedad y a la que se denomina de deterioro leve en la que se manifiestan los primeros síntomas, suele identificarse como un riesgo de desarrollo de demencia.
Fase temprana	Se producen problemas de memoria para encontrar las palabras, cambios fuertes de humor, falta de confianza, lo que afecta la vida diaria. Por tener una sintomatología específica se le denomina presentación clínica atípica.
Fase tardía	Esta fase suele iniciarse a los 65 años, siendo la forma más común de la enfermedad. Se denomina presentación clínica típica (Barrera López, 2018).

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Evolución de la función cognitiva durante el envejecimiento adaptación de fuente(Barrera-López., et al 2017)



Fuente: Elaboración propia.

El cuadro clínico que presenta la EA avanza y deteriora poco a poco las neuronas del cerebro. La secuencia patológica comienza por el lóbulo temporal (la memoria) y luego progresa a las áreas frontales, temporal y parietal (regiones motoras, corticales y subcorticales) hasta generar un deterioro total de la corteza cerebral (Molina-Trinidad, 2019). Este deterioro afecta de forma esquemática a las tres áreas básicas del cerebro: intelectual, psicológica-conductual y funcional. Se producen múltiples alteraciones en las áreas cognitivas del cerebro.

Tabla 2. Alteraciones cognitivas de la EA

Alteraciones	Síntomas
Memoria	Repetición de las mismas preguntas, olvidar conversaciones recientes, con repercusión en las actividades de la vida diaria. A medida que avanza la enfermedad se van perdiendo las actividades instrumentales (comprar, manejar dinero, realizar las tareas de la casa..) por lo que la persona se va haciendo cada vez más dependiente, hasta llegar a una dependencia total del cuidador (V.W González Rodríguez, 2004).
Lenguaje	No recordar nombres de objetos, familiares o situaciones. A medida que se desarrolla la enfermedad el lenguaje empobrece, disminuye la fluidez y finalmente se produce una incapacidad total para expresarse tanto de manera oral como escrita y de comprender. Muy frecuente en las primeras fases de la enfermedad.
Orientación	Desorientación espacio temporal. Se manifiesta en los primeros estadios de la enfermedad. Las capacidades visoespaciales y ejecutivas se suelen perder en los estadios intermedios y empeoran cuando progresen también las alteraciones en las praxias y en las gnosias (González Rodríguez, 2004).

Fuente: Elaboración propia.

Los síntomas y signos propios de la demencia de Alzheimer se pueden dividir en tres grupos: alteraciones en el *estado de ánimo*, problemas afectivos que se presentan como disforia, depresión o ansiedad; alteraciones en la *personalidad*, que se manifiestan en forma de apatía, irritabilidad, agresividad, vagabundeo, cambios en el horario del sueño-vigilia y reacciones catastróficas; y trastornos de *percepción o pensamiento* en los que aparecen delirios y alucinaciones visuales (González Rodríguez., et al 2004).

4.2.3 Diagnóstico y pronóstico

Para establecer un diagnóstico de sospecha se debe realizar una valoración de la alteración de dos o más funciones cerebrales en una persona que no tenga afectación de la consciencia. En cuanto a funciones cerebrales nos referimos a percepción, razonamiento, lenguaje o memoria.

La confirmación diagnóstica se realiza siguiendo los criterios clínicos establecidos en el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders):

- A. Deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
- 1) Afasia
 - 2) Apraxia
 - 3) Agnosia
 - 4) Trastornos en la función ejecutiva (capacidad de organización, planificación, ejecución de planes, etc.) .
- B. Los déficits cognitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social.
- C. Inicio gradual y deterioro continuo.
- D. Los déficits cognitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a otros factores.

El diagnóstico clínico se basa en la aplicación de una serie de herramientas: una prueba del estado mental, exploración física y neurológica (González Rodríguez., et al 2004). El diagnóstico es similar al de otras demencias y los criterios clínicos cuentan con un 85% de precisión para establecer el diagnóstico. Los criterios diagnósticos tradicionales de la EA son: demencia clínicamente establecida y documentada a través de un examen mental, déficits en dos áreas de la cognición, inicio gradual y empeoramiento progresivo de la memoria y funciones cognitivas, sin trastornos de conciencia, inicio a los 40 años o normalmente tras los 65, no se producen trastornos sistémicos y encefálicos (Garre, 2007). Las guías de diagnóstico de la *National Institute on Aging-Alzheimer Association* (2011) también incluyen criterios de la EA: bajo nivel de beta-amiloide en líquido cefalorraquídeo y en el cerebro, concentraciones elevadas de proteína tau, disminución del metabolismo cerebral y atrofia local en los lóbulos temporales, laterales y corteza parietal (Huang, 2018). Todos estos resultados incrementan la probabilidad de que la demencia se deba a la EA. Actualmente no existe una evidencia científica para afirmar la eficacia del diagnóstico, aunque conocer la naturaleza y evolución de la EA facilitaría un mejor tratamiento (González Rodríguez., et al 2004).

En relación con el pronóstico, el ritmo del desarrollo de la enfermedad varía y este deterioro cognitivo es inevitable. La supervivencia media es de 10 años desde que se manifiestan los primeros síntomas con un rango entre los 3 y 20 años. Cuanto más severa sea, más rápida será la evolución y menor la supervivencia (González Rodríguez., et al 2004). De hecho, la supervivencia promedia en pacientes que sufren EA severa y que ya no pueden caminar es de 6 meses (Huang, 2018).

4.2.4 Tratamiento

Hasta el momento actual no existe ningún tratamiento curativo para la EA. A partir del diagnóstico y pronóstico se lleva a cabo un tratamiento que se centra en corregir las alteraciones, no desde un punto de vista curativo, sino paliativo y estabilizador. Esto se suele hacer a través de un tratamiento no farmacológico dirigido a mitigar las alteraciones. Su objetivo, por tanto, será paliar los síntomas y mejorar todas las áreas del individuo (intelectual, conductual y funcional) (Gómez Gallego & Gómez García 2015). Los fármacos que se utilizan actualmente para tratar la EA (inhibidores de colinesterasa, donepilo y memantina..) van dirigidos a mejorar la función cognitiva y la memoria de los pacientes (Huang, 2018).

Aparte de estos tratamientos farmacológicos también existen terapias no farmacológicas que tienen la misma finalidad terapéutica: la risoterapia, danzaterapia, arteterapia, musicoterapia... (CREA, 2020). Estas técnicas de rehabilitación neuropsicológica han pasado de ser actividades de ocio a usarse como actividades de terapia, son muy útiles para disminuir la intensidad de los síntomas no cognitivos y para un mejor mantenimiento de la funcionalidad. A la hora de comentar el tratamiento, se recomienda comenzar con medidas no farmacológicas e iniciar un tratamiento farmacológico cuando sea imprescindible. De esta forma, utilizar de manera simultánea los fármacos con una terapia no farmacológica (Soto., et al 2019). Mientras, sigue sin existir un tratamiento definitivo contra la EA, por lo que, el principal objetivo será paralizar el progreso de la enfermedad a través de la combinación de los dos tipos de terapias farmacológica y no farmacológica y dentro de esta última se destaca la relevancia de la aplicación de la a musicoterapia.

5. Discusión

5.1 La Musicoterapia aplicada al Alzheimer

Según la musicoterapeuta Melissa Mercadal, el tratamiento de enfermos de Alzheimer y demencias a través de la musicoterapia produce una respuesta positiva en los pacientes cuando se interviene a través de estímulos musicales, demostrándose que tienden a mejorar funciones cognitivas como la memoria, la orientación o el lenguaje, y a disminuir el sentimiento de negatividad y enfado, generando sentimientos positivos que mejoran la calidad de vida de la persona enferma (Berrocal, 2008).

A continuación, se van a desarrollar las diferentes áreas afectadas por la EA y como incide la música en estas.

5.1.1 Áreas cognitivas

La pérdida de audición es un síntoma de las demencias que afecta a la comunicación del paciente, dando lugar a no poder desenvolverse en la vía diaria (Hubbard, 2018). Aunque faltan evidencias que comprueben que la terapia musical es efectiva, hay estudios que han demostrado que es eficaz utilizar instrumentos de percusión porque producen una vibración en los pacientes (Darrow, 2006). El lenguaje también se ve afectado, lo cual, se suma a la dificultad para comunicarse. La música es capaz de estimular las áreas del lenguaje activando el área de Broca, con lo que se ha observado que mejora la fluidez, el contenido, la capacidad de dar nombre a las cosas y la comunicación con las personas (Gómez Gallego & Gómez García, 2015). Al escuchar música, las áreas cerebrales se activan, el área del lenguaje analiza la letra de la canción y se conecta y activa con el plano fonológico que está preservado.

El sistema léxico musical se almacena a lo largo de toda la vida, lo cual facilita que se reconozca una canción y se sea capaz de reproducir la letra y ritmo. Por esto las canciones actúan como ayuda mnemotécnica (Custodio & Cano-Campos, 2017). Aquí interviene la memoria, que es otra área afectada. La Memoria a Largo Plazo es la que permanece en funcionamiento más tiempo durante el transcurso de la enfermedad, soliendo estar más afectada en etapas finales. Las investigaciones han demostrado que las emociones y recuerdos musicales se pueden llegar a preservar más tiempo que los recuerdos no musicales en etapas avanzadas de la enfermedad (Meyer, 2011) estando funcionalmente accesibles y disponibles para personas con trastornos neurológicos de memoria. La Memoria a Corto Plazo se ve especialmente afectada en todo el transcurso de la EA, pero se ha conseguido activar obteniendo beneficios a través de recursos musicales, proporcionando herramientas de entrenamiento de la memoria musical que activan mecanismos de recompensa, lo que favorece la obtención de nuevos aprendizajes (Thaut, 2010).

La orientación espaciotemporal, como hemos visto anteriormente, es otra pérdida progresiva cognitiva que hace que las personas con EA pierden el sentido del aquí y del ahora, aunque en ocasiones sean conscientes de ello, lo que provoca sentimientos de frustración y negatividad. La música consigue evocar recuerdos, liberando de tensiones y mejorando su estado anímico (Guétin, 2009).

5.1.2 Áreas conductuales

Los trastornos en la conducta son manifestaciones frecuentes en la EA. Se suelen producir trastornos de ansiedad y depresión. La agitación típica producida por estos trastornos conductuales suele ser debida a la incapacidad para comunicarse y expresar emociones.

El tratamiento más utilizado para reducir los trastornos de conducta son los fármacos, pero se ha comprobado que tienen efectos secundarios severos que pueden dañar al enfermo, aplicándose la musicoterapia como tratamiento coadyuvante. Varios estudios han demostrado que la música es eficaz para el cambio de las emociones e incluso para la realización de actividades: bailar (danzaterapia), tocar un instrumento, aplaudir, actividades de movilidad (área psicomotriz) (Custodio & Cano-Campos, 2017). Esta terapia es capaz de disminuir la frecuencia cardiaca, respiratoria y presión arterial: la música relajante puede ayudar al paciente a llegar a un estado de paz aliviando todo comportamiento agitado. Además, también se usa como medio de comunicación, por lo que se promueve la socialización e interacción aumentando la autoestima de los pacientes al realizar las sesiones de musicoterapia en grupo (área social) (Soto Melguizo & Jiménez Araque, 2019).

5.2 El papel del Trabajador Social en la Enfermedad de Alzheimer

La EA va a tener una repercusión no solamente en el paciente que la padece, sino en sus familiares y/o cuidadores y en su entorno social. El tipo de cuidados que requiere este tipo de pacientes afecta tremendamente a los cuidadores principales no solamente en su plano, sino en el social y laboral, ya que se ven abocados a modificar sus pautas de vida personales y profesionales. La vulnerabilidad a la que se enfrentan estas personas precisas de una gran implicación de los ámbitos social y sanitario.

El trabajo social tiene una función clave dentro de equipos multidisciplinares de unidad de Alzheimer dentro de la rama sociosanitaria. Este profesional debe formar parte de esta unidad de EA y trabajar en red de manera que se enriquezca y adopte una labor fundamental de liderazgo profesional derivando a servicios sanitarios o asistenciales. Según la *Ley de Cuidados* del Gobierno de Reino Unido (2014) esta tarea del trabajo social debe ser preventiva y debe anticiparse al deterioro de la salud física, psicológica y social mediante el asesoramiento, la orientación y el apoyo a la persona cuidadora, facilitándole los recursos pertinentes, empoderándola en el proceso de aceptación de la enfermedad y promoviendo su independencia futura (Molina, 2019).

El trabajo social debe utilizar y desarrollar técnicas/herramientas innovadoras de intervención social: en este caso las terapias artísticas. La musicoterapia es una psicoterapia que va a usar la música para mejorar la salud mental, el bienestar social y emocional, facilitando la expresión de emociones y sentimientos, promoviendo la integración social y desarrollando habilidades sociales a través de sesiones en grupo con el apoyo y acompañamiento del profesional como recurso de intervención (Alemany, 2019). El objetivo será que las personas enfermas de EA salgan beneficiadas en lo cognitivo, físico y conductual, manteniendo un espíritu positivo que se base en fortalezas

para tener el mejor envejecimiento posible, aunque se tenga demencia, de manera que prosperen y tengan una mayor calidad de vida a largo plazo (Villarejo Galende. et al. 2017). Durante todo el trascurso de la enfermedad la labor del trabajador social se convierte en imprescindible para el acompañamiento del usuario, siendo este el protagonista del proceso y el profesional, el facilitador (Alemany, 2019) que fomenta el envejecimiento activo de la persona enferma a través de la música.

Cada vez más se utiliza la música para el tratamiento de enfermedades, generando un vínculo entre lo social y lo geriátrico gracias a la musicoterapia. Por esto mismo el trabajo social tiene una gran labor en la intervención con el usuario en el canal de comunicación creado por la música (Mercadal, 2008).

La asociación *Música para Despertar*¹ es un ejemplo de extensión del poder de la música en el Alzheimer. Sus miembros utilizan la música autobiográfica como herramienta para manejar los trastornos graves de comportamiento asociados a las demencias, en concreto, la EA. Su fundador, Pepe Olmedo, considera que “la memoria musical y la capacidad de emocionarse es lo último que se pierde bajo el Alzheimer” (2021).

En las diversas asociaciones de enfermos de Alzheimer, el trabajo social participa de manera activa en el papel de mejorar las condiciones de la familia y su labor es la intervención social a través de este sistema terapéutico para que cambie y mejore la calidad de vida de los afectados. El trabajador social utiliza la entrevista como herramienta para realizar un estudio de la problemática familiar. Entre algunas de sus funciones destacan la de coordinar la labor de la asociación con entidades sociales; hacer un seguimiento y valoración sociofamiliar; tramitar y gestionar ayudas y recursos sociales a las familias usuarias; proporcionar apoyo emocional en coordinación con el psicólogo; participar en reuniones de grupo de apoyo y ofrecer cursos formativos, los cuales, se enmarcarán en la elaboración de proyectos sociales; o, finalmente y en coordinación con el servicio de cuidadores y voluntarios, coordinar junto al psicólogo los Programas de Atención Domiciliaria (AFA San Paulino, 2021).

6. Conclusiones

Podemos considerar la musicoterapia como un tratamiento terapéutico no farmacológico y coadyuvante dirigido a la persona, en este caso a nuestros mayores con Alzheimer, con el fin de paliar su enfermedad y su sufrimiento. Se reconoce cada vez más que los beneficios que las personas podemos llegar a desarrollar a través de la música son evidentes. La musicoterapia tiene un objetivo terapéutico con repercusiones de tipo emocional porque favorece la expresión, así como la estimulación de emociones. Pero no solo se producen beneficios a nivel emocional, sino que también actúa en aspectos cognitivos, sociales, conductuales, físicos y motrices, por lo cual puede decirse que produce un alto repertorio de beneficios, lo que hace que sea una terapia a considerar.

Por otra parte, el uso de la musicoterapia es un tratamiento no invasivo, que no tiene efectos secundarios y que, en comparación con otros tratamientos, es mucho más rentable, motivo por el cual es muy recomendable utilizarla como tratamiento para las demencias. Sin embargo, el tratamiento farmacológico también juega un papel muy importante y es necesario. Por tanto, lo ideal sería combinar lo farmacológico y lo no farmacológico como forma de tratamiento.

El papel del trabajo social en relación con el tratamiento de las personas con EA se lleva a cabo tanto en el ámbito sanitario, de la mano de equipos multidisciplinares, como en asociaciones, mediante la intervención sociofamiliar y el empleo de otros recursos. Entre estos últimos debe estar la musicoterapia, resultando muy importante y necesario visibilizar las terapias artísticas que el trabajo social puede utilizar a modo de intervención. Este es, sin duda, un campo maravilloso que está en plena expansión.

Por todo ello, en este trabajo quiere subrayarse la relevancia y la evidencia del poder y el impacto que tiene sobre las personas con EA y, además, se plantea la necesidad de seguir profundizando en el estudio de los efectos que la historia sonoro-musical de cada paciente puede tener sobre la evolución de su enfermedad y la preservación de su bienestar emocional, físico, cognitivo y social.

1 Asociación Música para Despertar (2021). <https://www.musicaparadespertar.com/>

Referencias

- AFA San Paulino (2021). <http://www.afasanpaulino.org/actividades/trabajadores-sociales/>
- AKADIA, L. (s.f.). <https://www.editorialakadia.com>
- Alvin, J. (1967). *Musicoterapia*. Paidós.
- Alemaný Panadero, C. (10 de enero de 2019). Trabajo Social y Terapias Artísticas. Asociación Madrileña de Salud Mental. Madrid. <https://amsm.es/2019/01/10/trabajo-social-y-terapias-artisticas-1-boletin-n44-otono-2018-amsm/>
- American Music Therapy Association (2010). <https://www.musictherapy.org/about/quotes/>
- Aranguren, V. S. (2002). La Musicoterapia: análisis de las definiciones caracterización de su campo de especificidad. *Cuadernos Interamericanos de investigación en Educación Musical*, 2(3), 1-18. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/cem/article/view/7316>
- Barrera-López, F.J., López-Beltrán, E.A., Baldivieso-Hurtado, N., Maple-Álvarez, I.V., López-Moraila, M. A., & Murillo Bonilla, L.M. (2018). Diagnóstico Actual de la Enfermedad de Alzheimer. *Instituto Panvascular de Occidente*, 2(2), 58-74.
- Benenson, R. (2011). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica*. Paidós.
- Berrocal, J. A. (2008). *Música y neurociencia: la musicoterapia. Sus fundamentos y aplicaciones terapéuticas*. UOC.
- Bruscia, K. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Amarú.
- College of Social Work (2015). *A manual for good social work practice. Supporting adults who have dementia*. Department of Health/Govern of United Kingdom.
- Custodio, N., & Cano-Campos, M. (2017). Efectos de la Música. *Revista Neuropsiquiatría*, 80(1), 60-69. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n1/a08v80n1>
- Darrow, A. (2006). The role of music in deaf culture: Deaf students' perception of emotion in music. *Journal of Music Therapy*, 43(1), 2-15. <https://doi.org/10.1093/jmt/43.1.2>
- Díaz Huergo, M. E. (2009). La Musicoterapia. Su aplicación y aplicaciones terapéuticas. *CICEES*, 2(59), 111-120. <https://www.jstor.org/stable/20797382>
- Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia (2021). Qué es la Musicoterapia. <http://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>
- Fondan, L. (2012) La Enfermedad del Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. *Biomedicina*, 7(1), 31-43. <http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf>
- García Valverde, E. (2014). *Guía de Orientación. Intervenciones no Farmacológicas. Musicoterapia en personas con demencia*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Imserso.. https://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/600092_musicoterapia_demencia.pdf
- Garre Olmo, J. (2007). Criterios diagnósticos de demencia: a las puertas del cambio de paradigma. *Real Invest Demenc*, 35, 4-11.
- Gómez Gallego M., & Gómez García, J. (2015). Musicoterapia en la Enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*, 32(5), 300-308. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.003>
- González Rodríguez, V. M., Martín Martín, C., Martín Prieto, M., González Moneo M.J., García de Blas González, F., & Riu Subirana, S. (2004). La enfermedad de Alzheimer. *Medicina de Familia. Semergen*, 30(1), 18-33.
- Gobierno de Reino Unido (21 de Marzo de 2014). *Care and support statutory guidance*. <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>
- Guétin, S. P. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 28(1), 36-46.
- Huang, J. (2018). *Manual MSD. Versión para profesionales. Enfermedad de Alzheimer*. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/enfermedad-de-alzheimer>
- Hubbard, H. I. (2018). Dementia and Hearing Loss: Interrelationships and Treatment Considerations. *Seminars in Speech and Language*, 39(3), 197-210. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1660779>
- Iribarne, C., Renner, V., Pérez, C., & Ladrón de Guevara, D. (2020). Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. *Revista Clínica Las Condes*, 31(2), 150-162.
- Lago, P. (2002). *De los pies a la cabeza pasando por el corazón*. Música y Alzheimer. UNED
- Mercadal, M. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Mansa-Prayma.
- Meyer, M. E. (2011). Long-term exposure to music enhances the sensitivity of the auditory system in children. *European Journal of Neuroscience*, 34(5), 755-765. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2011.07795.x>
- Molina-Trinidad, G. M. (2019). La enfermedad de Alzheimer. Educación y Salud. *Boletín Científico Instituto Ciencias de la Salud*, 8(15), 54-63.

- OMS (2020, 9 de diciembre). *La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
- Soto Melguizo, F. L., & Jiménez Araque, D. (2019). *Musicoterapia como Tratamiento no Farmacológico en Pacientes diagnosticados con Alzheimer*. Corporación Universitaria Minuto de Dios. https://www.repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/10811/1/TP_SotoMelguizoFrancyLorena_2019.pdf
- Thaut, M. H. (2010). Neurologic Music Therapy in Cognitive Rehabilitation. *Music Perception*, 27(4), 281-285. <https://doi.org/10.1525/mp.2010.27.4.281>
- Villarejo Galende, A., Eimil Ortiz, M., Velasco Llamas, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C. & Prieto Jurczynska, C. (2017). Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y demencias. *Fundación del Cerebro*, 36(1) 1-42.
- Vink, A. C., Birks, J. S., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. S. (2004). Music Therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3):CD003477. doi: 10.1002/14651858.CD003477.pub2.
- World Health Organisation. (2021, 4 de octubre). *Envejecimiento y ciclo de vida*. <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- World Health Organization (2020, 21 de septiembre). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

UNDER INVESTIGATION