

## INTERVENCIONES COGNITIVAS EN DEMENCIAS: LA MUSICOTERAPIA/ COGNITIVE INTERVENTION IN DEMENTIA: MUSIC THERAPY

T. Pastor-Vilar <sup>1</sup>, E. Navarro-Pardo <sup>1</sup>, R. Díaz-Dhó Brodsky <sup>1</sup>, C. Moret-Tatay <sup>1,2</sup> y A. Vázquez-Martínez <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.

<sup>2</sup> Cátedra Energesis de Tecnología Interdisciplinar, Universidad Católica de Valencia.

### RESUMEN

El aumento del envejecimiento de la población tiene múltiples repercusiones, una de ellas es la preocupación por las enfermedades asociadas a las edades avanzadas y los tratamientos a utilizar.

Aunque la demencia no es una consecuencia natural del envejecimiento, constituye el trastorno neurológico más frecuente en edades avanzadas. En la actualidad no existe cura para esta patología, sólo tratamientos que intentan demorarla.

Las intervenciones cognitivas junto con los fármacos son el tratamiento actual más útil para ralentizar el avance de la demencia. El tratamiento de elección no farmacológico en personas con demencia es la estimulación cognitiva, pero no es el único, otros tratamientos como la musicoterapia llevan más de treinta años utilizándose.

Diversos estudios basados en estos tratamientos no farmacológicos muestran resultados favorables, tanto en el mantenimiento del rendimiento cognitivo como en las mejoras en ansiedad y depresión.

**PALABRAS CLAVE:** *Estimulación cognitiva, musicoterapia, demencia, envejecimiento.*

### ABSTRACT

Nowadays, there has been an increase of the number of elderly people in the demographic panorama. This fact brings important consequences. One of them, are the increase of the concern about the diseases associated to the old age, and the derived medical treatments. Although, dementia is not a natural consequence of aging, is considered the most common neurological disorder of advanced old age. The non-pharmacological treatment in dementia disease is usually the cognitive stimulation, but not the only one there are some others, such as music therapy, which have been used for more than thirty years. Cognitive interventions and pharmacological treatment are currently the most useful treatments to slow down the progression of dementia.

**KEYWORDS:** *Cognitive stimulation, music therapy, dementia, aging.*

Debido a los importantes cambios demográficos que se iniciaron durante el siglo XX, hoy presenciamos el envejecimiento de la población como un fenómeno creciente. En 1900 el índice de envejecimiento era de alrededor del 5%, a finales de siglo el porcentaje se situó en torno al 16% (Ballesteros, 2004).

La causa de este aumento de envejecimiento en la población, sobre todo en países desarrollados, se debe a multitud de factores. Algunos de ellos son la mejora de condiciones higiénicas y de calidad de vida, los avances médicos y gerontológicos, los progresos sociales, la disminución de la mortalidad en la segunda etapa de la vida y el aumento de la esperanza de vida (Yuste *et al.*, 2004).

Según Muñoz (2006), el envejecimiento del ser humano es un proceso natural y gradual, con transformaciones en varios niveles, el biológico, el psicológico, el familiar y el social.

En el estudio de Casanova-Sotolongo *et al.* (2004), se señala que el envejecimiento puede considerarse como un éxito de la sociedad, pero también conlleva algunos efectos colaterales ya que, al aumentar la expectativa de vida de la población, también se produce un incremento en la frecuencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas.

La demencia no es una consecuencia natural del envejecimiento es, básicamente, un proceso anómalo en el desarrollo evolutivo habitual de las personas (Ballesteros, 2004), aunque ciertamente, el envejecimiento es el factor de riesgo más importante para desarrollar una demencia tipo Alzheimer y la demencia tiene una alta prevalencia en personas mayores de 65 años, llegando a un 5% (Ramos *et al.*, 2008).

Los datos de la "European Collaboration on Dementia" (EUROCODE, 2006), muestran que el número de personas estimadas con demencia en el año 2006 ascendía a 690.992 individuos, representando un 1,57% de la población española.

El 10% de las personas mayores de 65 años padece demencia y según aumenta la edad el riesgo se incrementa. El 5% de toda la población mayor de 65 años sufre demencia tipo Alzheimer, esta cifra alcanza el 25% en personas mayores de 80 años y el 30% después de los 90 (Ramos *et al.*, 2008). Este tipo de demencia es el trastorno neurológico más frecuente que acompaña al envejecimiento y su prevalencia va aumentando paralelamente al aumento de la esperanza de vida (Yanguas *et al.*, 2008).

Pero no todas las personas mayores padecen enfermedades, en la actualidad se defiende la existencia del proceso de envejecimiento dentro de un continuo. En un polo se sitúa el envejecimiento óptimo y en el otro polo el envejecimiento patológico. En la mitad de este continuo se encontraría el envejecimiento normal (aquél que cursa sin patología biológica o mental).

## **ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

Con unos porcentajes tan altos de demencia en personas con edades avanzadas, surge la necesidad de buscar nuevas formas de tratamiento además del farmacológico.

De acuerdo a Boada y Tárrega (2004), la estimulación cognitiva junto con las técnicas de modificación de conducta y la plasticidad neuronal ejercen de pilares fundamentales en los tratamientos no farmacológicos dirigidos, tanto a los enfermos con demencia en los estadios leve y moderado como a aquellos que se encuentran en un estadio moderadamente grave.

Peña-Casanova (1999) plantea los objetivos de la estimulación cognitiva en enfermos de Alzheimer. El primero de ellos sería estimular y mantener las capacidades mentales. El segundo trataría de evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales. Otros objetivos serían incrementar la seguridad y la autonomía personal del paciente; estimular la identidad y la autoestima; reducir el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas; mejorar el rendimiento cognitivo y funcional; aumentar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria; mejorar el estado y percepción de salud y, finalmente, mejorar tanto la calidad de vida del paciente como la de los familiares y cuidadores.

Como ya se ha dicho, la estimulación cognitiva tiene como uno de sus objetivos la intervención en diferentes áreas cognitivas, no centrándose sólo en aquellas deterioradas, sino trabajando también en las áreas preservadas. Para ello se intervendrá en distintas funciones cognitivas como, las atencionales, mnésicas, el lenguaje, las funciones visuoespaciales,

gnosias visuales, y funciones instrumentales, como, la lectura, la escritura, el cálculo, y el razonamiento abstracto (Ramos *et al.*, 2008).

Ballesteros (2004) refiere en su manual que la orientación a la realidad también sería una parte fundamental en la estimulación cognitiva, de hecho, es una de las intervenciones no farmacológicas más utilizadas y se encuentra en muchos de los programas de estimulación utilizados en centros y residencias para personas mayores.

De acuerdo con Tárraga et al. (1999), las áreas de estimulación cognitiva a trabajar son las siguientes:

- Área de orientación, tiene como objetivo conservar la orientación de la persona. Si se refiere a orientación personal, su objetivo es activar la memoria autobiográfica. Ejercicios con preguntas simples como "¿qué día es hoy?" para la orientación temporal, "¿dónde estamos?" para la orientación espacial, y "¿en qué año nació?" para la orientación personal, son algunos de los ejemplos que se utilizan en esta área.
- Área de lenguaje, tiene objetivos como ejercitar el lenguaje automático, favorecer la fluidez verbal, ejercitar la mecánica de la lectoescritura, fortalecer la capacidad de repetición, optimizar la expresión verbal, maximizar las capacidades lingüísticas preservadas y mantener, además de estimular, la comprensión verbal. Los ejercicios son muchos y varían, desde descripción de imágenes, ejercicios de repetición de frases, palabras o números, ejercicios de lectura y dictados, o completar familias de palabras, hasta averiguar la palabra mediante una definición.
- Área de praxias, tiene como objetivos optimizar la motricidad fina, favorecer tanto la producción de actos motores voluntarios como las habilidades visuconstructivas y conservar la mecánica de la escritura. Algunos ejercicios son más físicos, ya que se tienen que realizar mediante la mímica, pero también hay ejercicios de escritura y dibujo.
- Área de las gnosias, enfocada a mejorar los niveles de atención, tanto en material visual como auditivo y corporal, ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos, y favorecer las capacidades lingüísticas y el acceso al sistema léxico y semántico. Los ejercicios pueden presentar actividades como reconocimiento de imágenes gráficas, localización de figuras en fotografías, reconocimiento de colores, reconocimiento facial, reconocimiento de expresiones faciales, organización espacial y rastreo espacial, entre muchas otras.
- Área de memoria, tiene como objetivos ejercitar la memoria inmediata, mejorar la memoria reciente, potenciar la orientación y ofrecer elementos emotivos que favorezcan la permanencia de recuerdos lejanos. Los ejercicios cuentan con actividades como ejercicios de memoria biográfica, repetición de listas numéricas o de palabras, recordar acontecimientos sucedidos en fechas importantes y recordar textos cortos.
- Área de cálculo, pretende preservar el reconocimiento numérico y las operaciones numéricas, también promover la lectura de cifras y números y favorecer la discriminación de cantidades. Ejercicios como clasificar los números, operar aritméticamente y ordenar los números según las instrucciones son algunas de las actividades que se encuentran comprendidas en esta área.

La literatura propone sesiones de estimulación cognitiva, de noventa minutos y en grupos de no más de ocho o diez personas, para reforzar las relaciones interpersonales. Así mismo,

existen otros estudios, como el de Fernández et al. (2010), que afirma que las intervenciones individuales tienen mayores beneficios que las grupales.

Si realizamos una revisión de la literatura, se puede afirmar que tras un programa de estimulación cognitiva apropiado y constante, en personas ancianas, se pueden originar modificaciones favorables en la estructura y funcionamiento del cerebro (Requena, 2003).

Hay numerosos estudios que afirman que la estimulación cognitiva ralentiza el proceso de deterioro cognitivo (Domenech, 2004; Fernández et al., 2010) y que, así mismo, mejora el estado de ánimo (Requena, 2003).

## **MUSICOTERAPIA**

Según la definición de la American Music Therapy Association (AMTA), que encontramos en Yanguas et al. (2008), la musicoterapia puede definirse como la utilización de la música para conseguir el restablecimiento, mejora o mantenimiento de la salud física o psíquica de los individuos.

El tratamiento con musicoterapia viene usándose con personas que sufren Alzheimer y otros tipos de procesos neurodegenerativos desde hace unos treinta años, ayudando así a mantener las capacidades cognitivas y funcionales e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes (Yanguas et al., 2008).

Son varios los estudios que demuestran la eficacia y los múltiples beneficios derivados de la musicoterapia. Entre ellos se encuentra, la mejora del comportamiento social y de las funciones cognitivas, reducción de comportamientos negativos y de los niveles de ansiedad, mejora en la sintomatología depresiva, disminución de la incapacidad comunicativa típica de las demencias, entre otros.

En la literatura encontramos disparidad de resultados en cuanto a los beneficios posteriores al tratamiento, ya que en algunos estudios las mejoras se detienen al terminar el tratamiento y, tras poco tiempo, estos beneficios tienden a desvanecerse.

Concretamente, las sesiones de musicoterapia pueden ser muy distintas según los objetivos que se pretendan conseguir y la población a la que se desee atender.

En muchos casos, la musicoterapia utiliza música en vivo y reparte instrumentos a los participantes para que interactúen activamente en las sesiones. En otros casos, la música está grabada y no es necesaria la utilización de instrumentos, a excepción de la voz. Otros estudios, como el de Requena (2003), realizan las sesiones utilizando la música como señal contextual; esta música de fondo utilizada como señal, según algunos estudios, mejora la memoria de reconocimiento.

Van de Winckel et al. (2004) también probaron la eficacia de un programa de musicoterapia combinado con ejercicio físico, en una intervención de tres meses de duración con mujeres diagnosticadas de demencia. Tras el tratamiento, las puntuaciones en el cuestionario que medía las funciones cognitivas aumentaron.

Según indica la literatura, un mayor tiempo de aplicación de los talleres implica resultados más favorables. Bruer et al. (2007), en un estudio de ocho semanas consiguieron que, el grupo al que se le aplicaba musicoterapia obtuviera una mejora en el funcionamiento cognitivo. Guetin (2009) por su parte, consiguió mejoras en ansiedad y depresión con un tratamiento de veinticuatro semanas. Este mismo autor, en otro trabajo del mismo año, revalidó sus

resultados. Lo hizo con un tratamiento de cuarenta y cuatro sesiones, en pacientes con demencia tipo Alzheimer, mostrando un descenso significativo de los niveles de depresión.

### CONCLUSIONES

Hasta ahora, las demencias no tienen cura ni planes estrictamente efectivos para su prevención. Esto supone uno de los mayores retos para los profesionales de la salud en la actualidad. A pesar de ello, las investigaciones han demostrado que las intervenciones cognitivas son básicas en la ralentización de la demencia. Aunque no paliar las consecuencias de la enfermedad, producen una mejora en el mantenimiento de las capacidades cognitivas de los individuos, lo que supone una optimización en su calidad de vida.

Los tratamientos no farmacológicos como la estimulación cognitiva o la musicoterapia no deben ser sustitutivos de los fármacos, sino complementarios.

### BIBLIOGRAFÍA

- Ballesteros, S. 2004. Gerontología: un saber multidisciplinar. Universitas. Madrid.
- Boada, M., y Tárraga, M. 2004. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias y su tratamiento integral. En Rocío Fernández- Ballesteros (Directora), Gerontología social (547-576). Pirámide. Madrid.
- Bruer R.A., Spitznagel E., y Cloninger, C.R. 2007. The temporal limits of cognitive change from music therapy in elderly persons with dementia or dementia-like cognitive impairment: a randomized controlled trial. *Journal of Music Therapy*. 44 (4), 308-328.
- Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P. y Casanova-Carrillo, C. 2004. La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*. 38, 469-472.
- European Collaboration on Dementia (EUROCODE). (2006). Estimated number of people with dementia. En [http://ec.europa.eu/Elath/ph\\_information/dissemination/.../dementia2\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/Elath/ph_information/dissemination/.../dementia2_en.pdf) (Consulta: abril de 2011).
- Fernández, B., Contador, I., Serna, A., Lucena, V., y Campos, F. 2010. Efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*. 15 (2), 115-123.
- Guetin, S., Portet, F., Picot, M.C., Defez, C., Pose, C., Blayac, J.P., y Touchon, J. 2009. Impact of music therapy on anxiety and depression for patients with Alzheimer's disease and on the burden felt by the main caregiver (feasibility study). *Encephale*, 35 (1), 57-65.
- Muñoz, J. 2006. Psicología del envejecimiento. Pirámide. Madrid.
- Peña-Casanova J. 1999. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Fundación La Caixa. Barcelona.
- Ramos, F., Fernández, B., y Pérez, M. 2008. Las demencias. En Amparo Belloch, Bonifacio Sandín y Francisco Ramos. (Directores), *Manual de psicopatología*. (pp. 619-643). McGraw Hill. Madrid.

Requena, C. 2003. Tratamiento combinado (fármaco y estimulación cognitiva) en la recuperación de funciones cognitivas en la enfermedad de Alzheimer. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Doménech, S., y Llorente, A. 1999. Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Glosa Ediciones. Barcelona.

Van de Winckel, A., Feys, H., De Weerd, W., y Dom, R. 2004. Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*.18, 253-260.

Yanguas, J., Buiza, C., y González, M.F. 2008. Programas de psicoestimulación en demencias. En Rocío Fernández-Ballesteros (Directora), *Psicología de la vejez. Una Psicogerontología aplicada*. (187-212). Pirámide. Madrid.

Yuste, N., Rubio, R., y Aleixandre, M. 2004. *Introducción a la Psicogerontología*. Pirámide. Madrid.