



ABORDAJE DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN DE PACIENTES CON ALZHEIMER A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON MUSICOTERAPIA

ADDRESSING ATTENTION AND CONCENTRATION LEVELS OF ALZHEIMER'S PATIENTS THROUGH A MUSIC THERAPY INTERVENTION PROGRAM

Juan Manuel Linde Bustos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0597-7211>

CEIP Posidonia de Roquetas de Mar (Almería)

CORRESPONDENCIA: juanmalinde.musicoterapia@gmail.com

Resumen

El presente trabajo de investigación a través de la Musicoterapia fue diseñado con la intención de evaluar la influencia de la utilización de las preferencias musicales sobre la atención y concentración de pacientes con Alzheimer en fase inicial. Participaron en el estudio 15 personas diagnosticadas de Alzheimer [86,7% mujeres, 13,3% hombres (EM = 13,63; DS = 1,26)]. Para llevar a cabo la investigación se realizó una asignación aleatoria de los sujetos a una de dos condiciones experimentales: escuchar su preferencia musical o música alejada del entorno sonoro-musical de los pacientes. Los resultados muestran la importancia de seleccionar temas musicales previo estudio de sus preferencias, para conectar, alcanzando mayores logros en la predisposición a sesiones de musicoterapia, aunque no en la efectividad para conseguir mejoras en la atención y la concentración debido principalmente al período corto de intervención. También se ha puesto de manifiesto la necesidad de la creación de pruebas para la medida de la atención y concentración específicas para el ámbito musical, al ser poco precisas las existentes para tomar como punto de partida datos fehacientes para comenzar procesos musicoterapéuticos.

Palabras clave

Musicoterapia, Alzheimer, geriatría, preferencias musicales, atención

Abstract

The present research using music therapy was designed with the intention of evaluating the influence of the use of musical preferences on the attention and concentration of patients with early-stage Alzheimer's disease. Fifteen people diagnosed with Alzheimer's disease [86.7% women, 13.3% men (MS = 13.63; SD = 1.26)] participated in the study. To carry out the research, subjects were randomly assigned to one of two experimental conditions: listening to their musical preference or music away from the patients' sound-musical environment. The results show the importance of selecting musical themes prior study of their preferences, in order to connect, reaching greater achievements in the predisposition to music therapy sessions, although not in the effectiveness to achieve improvements in attention and concentration, mainly due to the short period of intervention. The need for the creation of tests for the measurement of attention and concentration specific to the musical field has also been highlighted, as the existing ones are not very accurate to take as a starting point reliable data to begin music therapy processes.

Keywords

Music therapy, Alzheimer, geriatrics, music preferences, care

INTRODUCCIÓN

Si bien el término puede tener diferentes connotaciones, según de Jesús et al. (2011), "tercera edad" hace alusión al sector de población que está llegando al final de su vida, el

cual adquiere un estilo de vida más pasivo, hecho que a su vez conlleva una reducción en los niveles de interacción social y, consecuentemente, una bajada en los niveles de autoestima. Será pues el aumento de ésta uno de los objeti-

vos de nuestra intervención musicoterapéutica, integrando a través de la música a nuestros/as pacientes y persiguiendo un estado de bienestar personal y una vida más plena.

La enfermedad del Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que produce un deterioro lento y progresivo de todas las funciones cognitivas, manifestándose en la pérdida de la habilidad intelectual junto con la pérdida de memoria a corto plazo (Paños, 2005). Es por ello que está considerada como la primera causa de demencia en países desarrollados y uno de los motivos más habituales de discapacidad en personas adultas (Barrio et al., 2020).

Actualmente se considera una enfermedad de larga duración, que produce paulatinamente daños en el cerebro, hasta 15 o 20 años antes de la manifestación de los primeros síntomas. Así pues, este trabajo de investigación tiene como meta desarrollar actividades para el aumento de la capacidad de atención y concentración en la tercera edad con Alzheimer en fase inicial, con síntomas clasificados en las fases 2 y 3 de la escala GSD de Barry Reisberg (Eisdorfer et al., 1982), a partir de sus preferencias musicales.

Se calcula que el número de personas afectadas en España supera las 700.000 entre los mayores de 40 años y que en 2050 el número de enfermos se habrá duplicado y se acercará a los dos millones de personas. Según la OMS aparece un nuevo caso cada 3 segundos en el mundo, que se traduce en 9,9 millones de personas (CEAFA, 2020). Por consiguiente, es de vital importancia la búsqueda de alternativas que fomenten el retardo del período de deterioro cognitivo y mental, en nuestro caso con herramientas, procesos y dinámicas que tengan como base la música, ya que actualmente no hay cura para la enfermedad de Alzheimer o para la mayoría de las demás demencias (Eyre, 2016).

Según un estudio publicado en 2015 por investigadores del Instituto Max Planck, la memoria musical de pacientes con Alzheimer, almacenada en la zona media del cerebro y el lóbulo frontal, suele permanecer intacta y funcional, ya que son áreas poco afectadas con el avance de la enfermedad (Leighton, 2016).

Cada vez es más generalizada la apertura de centros de día y residencias de tercera edad donde las personas ancianas pasan más tiempo al cuidado de profesionales fuera del ámbito familiar. Es por ello que, dentro del conjunto de actividades a desarrollar en estos centros, cada vez se apueste más por la incorporación de la figura del/la musicoterapeuta dentro de las conocidas como terapias no farmacológicas, aunque es cierto que la integración de la musicoterapia en el Sistema Nacional de Salud en España es todavía incipiente (Sequera- Martín et al., 2015).

A partir de las anteriores consideraciones, la música como estímulo terapéutico está orientada a abrir canales comunicativos a través del sonido, el silencio, el ritmo, el gesto y el movimiento (Delgado et al., 2012). Tomar conciencia de la importancia del trabajo en grupo para fomentar la socialización y el descubrir puntos de unión entre los integrantes del colectivo, también propiciará la búsqueda de similitudes musicales, de rimas, poesías, estribillos o canciones completas. La gente procura coordinar sus preferencias culturales con las personas de su ámbito más cercano. Compartiendo contenidos con amigos o familiares, ya sean libros, música, programas de radio o televisión, etc., con sus amistades, pueden construir puntos de interés común con los que interactuar, desarrollando así cohesión de grupo (Heras, 2018). Por esto, un trabajo de investigación previo nos dará pistas significativas para trabajar con las preferencias musicales de los usuarios. La preferencia musical está influenciada por la familiarización a una determinada música, lo cual provoca un nivel de excitación en un momento determinado. Para construir y exteriorizar la identidad sonora, también influyen el estilo y el entorno (López-Herrera y Oropeza-Tena, 2013).

Es a la edad de los 10 u 11 años cuando comenzamos a sentir interés por la música, y alrededor de los 14 años cuando nuestro cerebro alcanza un correcto nivel de madurez para comenzar a desarrollar nuestras preferencias musicales. Ya pasada la adolescencia, entre 18 y 20 años, es cuando se forjan los gustos musicales. Así pues, cabe resaltar un dato importante en nuestro estudio, ya que se ha demostrado que la gente con Alzheimer puede en muchos casos recordar canciones de su adolescencia (Heras, 2018). Por otra parte, conocemos el poder de la música para el desarrollo humano íntegro, ya que estimula funciones cognitivas como la atención y la concentración. Son estos dos últimos términos los que acaparan más interés en este proyecto. Es decir, vamos a centrarnos en comprobar a través de experiencias reales si la atención y la concentración pueden ser desarrolladas de un modo más óptimo partiendo de las preferencias musicales que las personas con Alzheimer traen consigo por sus vivencias y costumbres recogidas a lo largo de sus vidas, o si por el contrario no tiene tanta repercusión ni es necesario, con resultados fehacientes, partir de las músicas que han marcado las diferentes etapas de cada paciente para denotar una mejora de atención y concentración.

A lo largo de este estudio, será importante profundizar en primer lugar en los síntomas de la EA y el deterioro que ésta conlleva a partir de una fundamentación teórica y de investigación, teniendo en cuenta un análisis de datos que recaen en la edad, género, profesión, nivel de estudios (también musicales si los hubiera), estadio de la enfermedad,

número de años diagnosticado, intención comunicativa, etc. Posteriormente quedará explicado el efecto beneficioso de la musicoterapia en este grupo de pacientes, sobre todo para que los usuarios puedan expresar sus gustos, inquietudes y emociones a partir de diferentes músicas y los recuerdos que les evocan.

Este proyecto se implementa en un centro de día situado en Roquetas de Mar (Almería). Aquí se imparten las sesiones de musicoterapia estableciendo dos grupos de usuarios. La dinámica, estructura y organización de sesiones será similar en ambos grupos, pero en uno de ellos se tendrá en cuenta a la hora de elegir el repertorio de canciones, sus preferencias musicales que han marcado las diferentes etapas de sus vidas. En el otro se utilizarán otros tipos de músicas, en su mayoría desconocidas para ellos. Es pues una tarea básica realizar un estudio detallado y exhaustivo de todas aquellas músicas que han cobrado cierta relevancia en la época de juventud, adolescencia, en momentos concretos, y que han generado experiencias inolvidables.

Puesto que este trabajo está basado en la intervención, también surgen lagunas previas pendientes de afrontar y que para mí supondrán retos personales. Tal y como cita Poch (2011) en su Compendio de Musicoterapia, muchos de los pacientes carecen de expresión vocal, con lo cual será de vital importancia estar muy pendientes de su expresión facial y gestual, sobre todo para entender si una música les gusta o no. Por ello, todas las sesiones permanecerán grabadas y analizadas a posteriori para realizar un trabajo de retroalimentación continua de una sesión a la siguiente.

El centro donde se llevará a cabo el proceso no ha constatado haber tenido anteriormente sesiones de musicoterapia, lo cual me plantea el reto personal de crear un vínculo con los/as usuarios para que demanden dentro de su estancia en el centro de día un trabajo continuo, semanal y contextualizado. Tener vivencias musicales, cantar, tocar, bailar, escuchar, debe estar en consonancia con un equilibrio físico y emocional.

El objetivo principal de este trabajo es investigar, a través de un proceso de intervención con musicoterapia, la influencia de ésta sobre la atención y concentración de pacientes diagnosticados de Alzheimer.

Como objetivos específicos, se propondrán dinámicas basadas en técnicas de musicoterapia que permitan mejorar la atención y la concentración, además de investigar la importancia de las preferencias musicales para dichas mejoras. También se planteará el uso de la música como estímulo, favoreciendo así la cohesión grupal.

Materiales y Método

Participantes

En este trabajo de intervención han participado de forma voluntaria, previo consentimiento propio y/o de la familia, 15 personas mayores con edades comprendidas entre 60 y 92 años, (EM= 78,47; DS= 9,046), de las cuáles el 86,7% fueron mujeres y el 13,3% hombres. En las tablas figuran los datos estadísticos de las características del grupo:

TABLA 1.

Distribución de la muestra por género y edad

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Mujeres	13	86,7
	Hombres	2	13,3
Edad	60	1	6,7
	64	1	6,7
	65	1	6,7
	74	1	6,7
	78	1	6,7
	79	1	6,7
	80	1	6,7
	81	1	6,7
	82	2	13,3
	84	2	13,3
	85	1	6,7
	87	1	6,7
	92	1	6,7

Nota: La muestra de usuarios/as de género femenino es mayor que la de hombres. También se refleja una frecuencia mayor en pacientes de 82-84 años. Fuente: elaboración propia.

TABLA 2.

Distribución de la muestra según la profesión de los sujetos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ayuda a domicilio	1	6,7	6,7	6,7
Agricultor/a	6	40,0	40,0	46,7
Empresario/a	1	6,7	6,7	53,3
Constructor	1	6,7	6,7	60,0
Cantante	1	6,7	6,7	66,7
Transportista	1	6,7	6,7	73,3
Ama de casa	4	26,7	26,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota: La mayoría de usuarios/as, por la zona geográfica, se dedican al sector agrícola. Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 aparecen las diferentes profesiones constatadas por los/as pacientes del centro, donde la agricultura

cobra un lugar prioritario por la zona geográfica en la que se encuentran.

Los datos expuestos a continuación en la tabla 3 especifican el nivel de estudios que presentan los/as pacientes, destacando un nivel bajo, con predominio de los estudios primarios:

TABLA 3.
Distribución de la muestra según el nivel de estudios de los sujetos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Superiores	1	6,7	6,7	6,7
	Lectura y escritura	5	33,3	33,3	40,0
	Primarios	6	40,0	40,0	80,0
	FP Superior	1	6,7	6,7	86,7
	Bachillerato	1	6,7	6,7	93,3
	Analfabetismo	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Nota: El nivel de estudios más destacado son los primarios y conocimientos únicamente de lectura y escritura. Fuente: elaboración propia.

Se puede observar en la Tabla 4 que casi la totalidad de los/as pacientes carecen de estudios musicales, a excepción de una persona con estudios superiores de canto:

TABLA 4.
Distribución de la muestra según los estudios musicales de los sujetos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	14	93,3	93,3	93,3
	Sí	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Nota: A excepción de una paciente, el resto no tenían estudios musicales previos. Fuente: elaboración propia.

Podemos apreciar en la siguiente tabla los dos estadios de demencia que presentan los pacientes, siendo más numerosos los casos leves:

TABLA 5.
Distribución de la muestra según el estadio de demencia de los sujetos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	9	60,0	60,0	60,0
	Moderado	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Nota: La mayoría de los pacientes presentan un estadio leve de demencia. Fuente: elaboración propia.

La totalidad de los tipos de demencias aparecen clasificados en la Tabla 6, con un predominio de los casos de Alzheimer, y en concreto en un nivel leve:

TABLA 6.
Distribución de la muestra según el tipo de demencia de los sujetos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alzheimer leve	6	40,0	42,9	42,9
	Tumor cerebral	1	6,7	7,1	50,0
	Parkinson	1	6,7	7,1	57,1
	Deterioro cognitivo	1	6,7	7,1	64,3
	Alzheimer moderado	5	33,2	28,6	92,9
	Frontotemporal	1	6,7	7,1	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Total		15	100,0		

Nota: El registro muestra que la mayoría de los pacientes presentan Alzheimer leve o moderado. Fuente: elaboración propia.

Puesto que el motivo de la investigación radica en mostrar la influencia de las preferencias musicales para mejorar la atención y concentración, se han dividido a los/as pacientes en 2 grupos. En ambos casos la preparación de las sesiones y la puesta en marcha de estas ha sido similar en cuanto a estructura, utilización de instrumentos, trabajar recursos expresivos vocales, de movimiento, etc. La diferencia sustancial era que en uno de los grupos (experimental) partimos de la música que ha formado parte de su vida, de la niñez, época adolescente, e incluso momentos significativos en un tiempo pasado donde la influencia de la música ha marcado un determinado instante. En el otro grupo (control) se ha trabajado con otras músicas, de otra década, audiciones actuales e incluso algunas que no conocían por su procedencia o lugar de origen (música étnica, popular latinoamericana, etc.)

Para conocer las preferencias musicales de todos los miembros de ambos grupos se pasó con anterioridad a las familias, y con ayuda del personal del Centro, un cuestionario para que detallasen diferentes ítems acerca de sus gustos e intereses. Con una antelación de una semana del inicio de las sesiones ya se tenían los resultados para poder preparar todo el trabajo de forma precisa y estructurada.

Estímulos y medidas

Para este proceso de intervención se han utilizado como instrumentos de recopilación de información los siguientes:

- Prueba CAMDEX-R (Roth et al., 2015): instrumento estandarizado individual para establecer un diagnóstico clínico preciso de diferentes demencias y tras-

tornos, con el cual se evalúan parámetros físicos y mentales con una batería de ítems a nivel neuropsicológico (CAMCOG), además de antecedentes personales y familiares (a través de una entrevista clínica estructurada). En nuestro caso tomaremos como referencia los ítems 178, 179, 179a, 179b, 194 y 195, que formulan preguntas sobre atención, concentración y cálculo.

- Examen Cognoscitivo Mini-Mental MMSE (Folstein et al., 2002): herramienta de aplicación individual, utilizada para llevar a cabo una evaluación del deterioro cognitivo en aspectos como la orientación espacial y temporal, memoria inmediata y retención, memoria y concentración, lenguaje y praxis constructiva gráfica. Para nuestro estudio hemos tomado como referencia en los ítems sobre concentración y cálculo.

Además, se ha elaborado ad hoc un documento con una escala Likert aplicado a los/as pacientes participantes en el proceso de intervención. En el diseño del cuestionario se han tenido en cuenta aspectos a analizar sobre atención, concentración, participación y disposición antes, durante y después de las sesiones.

La cumplimentación de la escala Likert ha sido personalizada para cada paciente y en cada sesión, siendo el personal encargado del cuidado de los propios pacientes quienes realizan dicha labor previa y posterior. La medición hecha al finalizar cada sesión ha sido realizada por parte del musicoterapeuta, ya que el material estaba grabado, previo consentimiento por escrito por parte de cada paciente y/o sus familias.

Procedimiento

El desarrollo de las sesiones ha estado organizado desde el primer momento partiendo de las preferencias musicales que los/as pacientes tenían, tomando como referencias éstas y organizando el conjunto de actividades alrededor de dichas audiciones o canciones.

Hay un dato que cobra una relevancia en cuanto a estímulos, como problema generalizado y común en personas con Alzheimer, que es la pérdida auditiva. Esto ha centrado mi atención, lo cual ha supuesto un estudio de varias publicaciones que pudieran demostrar si la EA iba asociada a la pérdida de audición, extrayendo como conclusión que la pérdida auditiva es un factor de riesgo, pero más asociado al deterioro cognitivo de los ancianos más que a la propia enfermedad (Gimeno-Vilar y Cervera-Paz, 2010).

Es obvio que la pérdida auditiva es un factor a tener en cuenta en nuestro proceso, ya que se produce una altera-

ción de capacidades cognitivas, lo cual afectará también a la atención, memoria, concentración e incluso a alteraciones propias lingüísticas. Desde una visión anatómica, el área de Wernicke, que se encuentra ubicada en el lóbulo temporal izquierdo, es la encargada de la comprensión auditiva. Esa información auditiva pasa posteriormente al área de Broca, en el lóbulo frontal izquierdo, dando lugar a la expresión o respuesta verbal a partir de la retención o almacenamiento de la información en la memoria (Damasio y Damasio, 1992).

Además de la pérdida auditiva, cabe tener en cuenta los diferentes trastornos del lenguaje asociados al Alzheimer, ya que imposibilita la fluidez comunicativa por parte de los/as pacientes. Éstos presentan una degeneración cerebral provocada por esta demencia. También visto desde la perspectiva anatómica, vemos que el área de Broca es la que se encarga del movimiento de lengua, labios, cuerdas vocales y mandíbula, y por tanto de producir el lenguaje. En una fase inicial del Alzheimer se pueden producir alteraciones en la fluidez semántica o incluso hallar dificultad para nombrar personas o cosas. Es lo que se denomina anomia léxica (Sánchez et al., 2016).

Para conocer las preferencias musicales de los pacientes ha sido fundamental llevar a cabo un proceso de recopilación de información a través de un cuestionario entregado a las familias, además de entrevistas personales. Han servido como referencia para la selección del repertorio para trabajar, el cual se muestra en la tabla 7:

TABLA 7.

Distribución de la muestra según las preferencias musicales de los sujetos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Música clásica	1	6,7	7,1	7,1
	Flamenco	8	53,3	57,7	64,3
	Pasodoble	5	33,3	35,7	100
	Total	14	93,3	100,0	
Pedidos		1	6,7		
Total		15	100,0		

Nota: La preferencia musical de los/as pacientes radica, sobre todo en el flamenco y la copla, seguida del pasodoble. Fuente: elaboración propia.

A la hora de escoger canciones es vital conocer el tipo de música preferente para el colectivo determinado con el que se pretende trabajar. Cuando escuchamos una canción se ponen en funcionamiento varias áreas del cerebro que nos permiten realizar un procesamiento de información en cuanto a su letra y la activación de la memoria en lo relativo a recuerdos temporales.

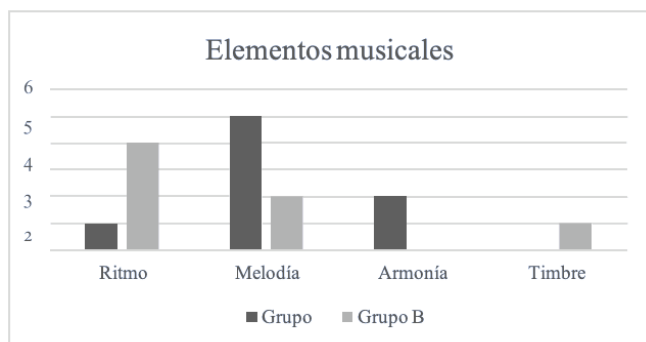
El reconocimiento de una canción forma parte de un proceso en de selección musical en un proceso de recogida de información que se prolonga a lo largo de toda la vida, creando una especie de “sistema léxico musical”. En esta fase interviene la memoria a largo plazo, ya que la música se almacena en áreas cerebrales diferentes a las del resto de recuerdos. Dicho sistema léxico está relacionado con la memoria asociativa, la cual permite relacionar experiencias pasadas vividas con las canciones escuchadas (Custodio y Cano-Campos, 2017).

Una vez conocidas las preferencias musicales de los pacientes para los cuales desarrollamos y planificamos las sesiones, cabe realizar un análisis de esas canciones que han sido seleccionadas por ellos, desgranando la importancia de los diferentes elementos de la música, y sobre todo cuál es el elemento al que más atención prestan y con el que más interaccionan. Para ello se realiza un estudio de sus reacciones, como pueden ser la imitación de cantar la letra (melodía), la intención de simular tocar un instrumento (timbre), el marcaje del ritmo de forma espontánea, incluso con el movimiento (ritmo) o la asociación de unos determinados acordes a sensaciones que exteriorizan (armonía).

Así pues, en este gráfico se pueden mostrar aquellos elementos que centran la atención de un modo más exhaustivo:

FIGURA 1.

Elementos musicales que centran la atención por grupos



Nota: El gráfico muestra cómo el Grupo B presenta mayor atención al ritmo como elemento musical, derivado posiblemente del desconocimiento de la melodía en el desarrollo de las dinámicas. También podemos observar que el Grupo A centra más su atención en la melodía, dado que conocen la letra de las canciones, procedentes de sus preferencias musicales. El elemento musical que menos atención causa es el timbre. Fuente: elaboración propia.

Podemos apreciar a partir de esta información que el Grupo A, el cual parte de sus preferencias musicales, reconoce y canta la melodía como elemento musical más conocido.

En cambio, en el Grupo B es el ritmo el elemento más destacado, ya que, al no conocer la canción, se basan en los aspectos rítmicos del tema.

En general, haciendo un balance de los 4 elementos musicales analizados, se pueden hacer las siguientes consideraciones:

- **Ritmo:** Todas las canciones poseen un ritmo muy marcado binario o ternario. En el caso del binario, reconocen y reaccionan de forma positiva ante los pasodobles o ante los boleros. Cuando nos referimos a los ternarios, se hace hincapié a las sevillanas y canciones populares. No se hace uso de cambios de ritmo, y el tempo es moderado e incluso lento. Se suele evitar el uso de canciones con un tempo rápido.
- **Melodía:** Suelen ser más populares aquellas melodías que proceden de letras de canciones con grados conjuntos, sin intervalos amplios. Es muy normal el hecho de que no recuerden con exactitud la letra de algunas canciones, pero sí que tararean su melodía, especialmente cuando se trata de los estribillos de éstas
- **Armonía:** Viene sobre todo influenciada por la evocación de sensaciones y emociones. Así pues, relacionan fácilmente tonalidades mayores con canciones alegres, mientras que los acordes menores les traen consigo recuerdos nostálgicos. En el transcurso de las sesiones los/as pacientes han hecho referencia en todo momento a los momentos y experiencias vividos cuando reviven de nuevo estas audiciones. Tampoco hay en las canciones armonías muy elaboradas, haciéndose uso sobre todo de las secuencias de acordes basados en los grados I, II, IV y V, y en algunas ocasiones el VII. Se usan con frecuencia acordes de 7ª menor y acordes, tanto de 4ª aumentada como disminuidos, que quedan resueltos.
- **Timbre:** Destaca sobre todo el uso de la voz en las audiciones y es el primer elemento para imitar, tanto masculina como femenina. Se trabaja además en las sesiones el reconocimiento auditivo de los/as artistas que interpretan dichos temas. No suelen hacerse comentarios acerca de la instrumentación utilizada. Para llevar a cabo actividades de música en vivo se utiliza el piano y la guitarra. Este último es especialmente demandado, y además se suele hacer referencia de la existencia de este instrumento en diferentes hogares de los/as usuarios/as y de momentos de reunión en los que este instrumento ha sido clave y protagonista. Para las sesiones se ha hecho uso de instrumentos de pequeña percusión (triángulos, claves, maracas, panderetas, etc.), percusión corporal

(palmas, pies, etc.) e instrumentos a partir de objetos cotidianos (vasos, pelotas, etc.), además de la voz.

Aprobación ética

La participación en el estudio ha sido voluntaria y aprobada mediante la firma de un consentimiento informado, tanto por el Centro como por las familias o personas responsables de la tutela de los sujetos participantes.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis de correlaciones de Pearson entre las variables establecidas en el cuestionario diseñado ad hoc para este estudio. Seguidamente para analizar los resultados obtenidos con las herramientas CAMDEX-R y MMSE, en primer lugar, se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para muestras de igual o menos de 50 personas, con un nivel de confianza del 95% y de significancia (alfa) del 5%. Una vez conocidas las características de la distribución normal de la muestra, se realizó la Prueba-T de Student para muestra relacionadas con un nivel de Nivel de significancia (alfa 0,05).

Seguidamente, para analizar los resultados evaluados mediante la prueba de Exploración Cambridge Revisada (CAMDEX-R) se procedió a realizar la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para muestras de 50 personas o menos. Para lo cual, se plantearon las siguientes hipótesis con un nivel de confianza del 95% y de significancia (alfa) del 5%:

- Ho: Los datos tienen una distribución normal.
- Ha: Los datos no tienen una distribución normal.

Para ello, como criterio de decisión se consideró que si $p < 0,05$ rechazaríamos la Ho y se aceptaría la Ha, mientras que si $p \geq 0,05$ aceptaríamos la Ho y rechazaríamos la Ha. Definitivamente, según los resultados que se indican en la Tabla 8 la decisión y conclusión es que como $p \geq 0,05$ aceptaríamos la Ho y rechazaríamos la Ha, es decir, los datos tienen una distribución normal.

TABLA 8.

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk

	Estadístico	Frecuencia	Porcentaje
Pre	0,942	12	0,529
Post	0,906	12	0,192

Nota: Puesto que $p \geq 0,05$ se considera que los datos tienen una distribución normal. Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta la anterior consideración se aplicó estadística paramétrica. Seguidamente, se realizó la Prueba-T para muestra relacionadas. Para ello, planteamos las hipótesis con un nivel de Nivel de significancia (alfa 0,05):

- Ho: $\mu_1 = \mu_2$, es decir, las medidas son iguales y por tanto no hay diferencias significativas entre el pre y post.
- Ha: $\mu_1 \neq \mu_2$, si las medidas son diferentes y por tanto sí que habría diferencias significativas entre el pre y post.

Asimismo, como criterio de decisión, consideramos que si $p \geq 0,05$, aceptaríamos la Ho y rechazamos la Ha y que si $p < 0,05$, rechazaríamos la Ho y aceptamos la Ha. Conforme se aprecia en la Tabla 9, como resultados y conclusión, $p = 0,416 > 0,05$, por lo tanto, aceptamos la Ho y rechazamos la Ha, es decir las medias entre el pre y post test son iguales. Así concluimos que los resultados evaluados con la herramienta CAMDEX-R no muestran que el programa de musicoterapia mejore significativamente los niveles de atención y concentración en la muestra sujeta a estudio.

TABLA 9.

Prueba t para muestras relacionadas del Pre y post test del programa de Musicoterapia

	IC 95%		t	gl	p
	Inferior	Superior			
PRE TEST	-0,936	2,103	0,845	11	0,416
POST TEST					

Nota: Puesto que $p = 0,416 (> 0,05)$ se considera que no hay diferencias significativas entre el test previo y posterior. Fuente: elaboración propia.

Del mismo modo, para analizar los resultados evaluados mediante la escala MEC se procedió a realizar la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para muestras de 50 personas o inferiores. Para ello se plantearon las siguientes hipótesis con un nivel de confianza del 95% y de significancia (alfa) del 5%:

- Ho: Los datos tienen una distribución normal.
- Ha: Los datos no tienen una distribución normal.

Para ello, como criterio de decisión se consideró que si $p < 0,05$ rechazaríamos la Ho y se aceptaría la Ha, mientras que si $p \geq 0,05$ aceptaríamos la Ho y rechazaríamos la Ha. Definitivamente, según los resultados que se indican en la Tabla 10 la decisión y conclusión es que, como $p \geq 0,05$ aceptaríamos la Ho y rechazaríamos la Ha, es decir, los datos tienen una distribución normal.

Entonces como $p = 0,228 (> 0,05)$, rechazamos la Ho y acepto la Ha. Es decir, los datos tienen una distribución normal, por lo tanto, aplicaremos estadística paramétrica. Seguidamente se realizó la Prueba-T para muestra relacionadas.

TABLA 10.

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk

	Estadístico	gl	p
Pre	0,885	12	0,102
Post	0,912	12	0,228

Nota: Puesto que $p \geq 0,05$ se considera que los datos tienen una distribución normal. Fuente: elaboración propia.

Para ello, planteamos las hipótesis con un nivel de significancia (alfa 0,05):

- Ho: $\mu_1 = \mu_2$, es decir, las medidas son iguales y por tanto no hay diferencias significativas entre el pre y post.
- Ha: $\mu_1 \neq \mu_2$, si las medidas son diferentes y por tanto si que habría diferencias significativas entre el pre y post.

Asimismo, como criterio de decisión, consideramos que si $p \geq 0,05$, aceptaríamos la Ho y rechazamos la Ha y que si $p < 0,05$, rechazaríamos la Ho y aceptamos la Ha. Conforme se aprecia en la Tabla 11, como resultados y conclusión decidimos que como $p = 0,21$ ($> 0,05$), aceptamos la Ho y rechazamos la Ha. Es decir, las medias entre el pre y post test son iguales. Así concluimos que los resultados evaluados con la herramienta MEC no muestran que el programa de musicoterapia mejore significativamente los niveles de atención y concentración de los sujetos participantes en nuestra muestra.

TABLA 11.

Prueba t para muestras relacionadas del Pre y post test del programa de Musicoterapia

		IC 95%		t	gl	p
		Inferior	Superior			
PRE TEST	POST	-2,21	0,544	-1,332	11	0,21

Nota: Puesto que $p = 0,21$ ($> 0,05$) se considera que no hay diferencias significativas entre el test previo y posterior. Fuente: elaboración propia

RESULTADOS

Al realizar la prueba de correlaciones entre variables expresadas en la Tabla 12 se aprecian correlaciones significativas entre los ítems del cuestionario de preferencias musicales

- 1 x 8 ($r = ,819$; $p = .000$)
- 2 x 9 ($r = ,545$; $p = .044$)
- 5 x 15 ($r = ,700$; $p = .004$)
- 1 x 8 ($r = ,108$; $p = .003$)
- 6 x 14 ($r = 1,0$; $p = .000$)
- 7 x 10 ($r = -540$; $p = .046$)
- 7 x 18 ($r = ,591$; $p = .020$)
- 10 x 18 ($r = -,816$; $p = .000$)

12 x 13 ($r = ,873$; $p = .000$)

13 x 16 ($r = ,723$; $p = .008$)

14 x 15 ($r = ,708$; $p = .003$)

Nota: Datos de las correlaciones significativas partiendo del cuestionario de preferencias musicales. Fuente: elaboración propia

TABLA 12.

Correlación entre variables

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. C. de Pearson	1																			
2. Sig. (bilateral)		1																		
3. N.		15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
4. C. de Pearson			1																	
5. Sig. (bilateral)				1																
6. N.				15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
7. C. de Pearson					1															
8. Sig. (bilateral)						1														
9. N.						15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
10. C. de Pearson							1													
11. Sig. (bilateral)								1												
12. N.									15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
13. C. de Pearson										1										
14. Sig. (bilateral)											1									
15. N.												15	15	15	15	15	15	15	15	15
16. C. de Pearson													1							
17. Sig. (bilateral)														1						
18. N.															15	15	15	15	15	15
19. C. de Pearson																1				
20. Sig. (bilateral)																	1			
21. N.																		15	15	15

Nota: Tabla de correlaciones entre variables extraídas del cuestionario de preferencias musicales. Fuente: elaboración propia.

Discusión

El punto de partida de este proyecto era comprobar la influencia del uso de un repertorio partiendo de las preferencias musicales de los/as pacientes, y su repercusión en los niveles de atención y concentración. Así pues, partiendo de las ideas expuestas por Vernia y Martí (2017) se ha realizado una apuesta de trabajo fundada en el hecho de utilizar canciones que evoquen esas sensaciones y emociones vividas durante otra época de su vida, con las cuales se pueda producir interacción, socialización, diálogo e incluso conexión de momentos entre todos los participantes. Se ha podido constatar que las experiencias personales de los/as usuarios quedan reflejadas y conservadas en la memoria, y exteriorizadas a través de la música.

Según los datos obtenidos, también se ha observado un beneficio en las relaciones y cohesión grupales a partir de las técnicas de acompañamiento instrumental y canto en grupo al que Pérez et al., (2021) hacía referencia, ya que este tipo de tareas han tenido como soporte en el grupo experimental las canciones que partían de sus preferencias musicales.

Tomando como referencia el análisis estadístico de Hong y Choi (2011) acerca del uso de la técnica del songwriting, se ha llevado a cabo una dinámica para la composición por parte de ambos grupos de una canción personalizada en la que se incluían a los miembros del centro de día. Se puede

confirmar, basándonos en el estudio y realizando una observación de datos, que el nivel de atención y estado de ánimo son superiores en la sesión 7 (en la cual se llevó a cabo el proceso de composición) al del resto de sesiones.

Para finalizar, se considera que los resultados obtenidos en este proceso de intervención corroboran la relación directa que existe entre el uso de una recopilación de canción que parta de sus preferencias musicales y el interés generado durante su utilización en las sesiones de trabajo, lo cual se ve reflejado en el aumento de la atención y la concentración desde un punto de vista cualitativo, pero no se evidencia así a nivel estadístico y cuantitativo.

CONCLUSIONES

Tras el análisis realizado con posterioridad a la finalización del proceso de intervención, se determina que se han logrado plantear dinámicas para la mejora de atención y concentración, que no siempre se correspondían con la realidad. De aquí de la importancia del conocimiento de la población en su contexto concreto para plasmar cada sesión. Es por ello relevante buscar en todo momento la conexión entre lo que se planifica y lo que después se pone en práctica. El trabajo en pacientes con Alzheimer, o en el ámbito social en general, pone de manifiesto la capacidad desarrollada de improvisación que el/la musicoterapeuta necesita tener para adaptar en cualquier momento las tareas o actividades con una soltura que le lleven al éxito de realización y de cumplimiento de los objetivos preestablecidos.

Sobre el hecho de investigar acerca de la importancia de las preferencias musicales, cabe resaltar el valor pleno y absoluta de trabajar partiendo de éstas por diferentes motivos: en primer lugar, porque nos permite realizar un análisis de los elementos musicales que las propias canciones tienen. Es decir, conocer cuáles los elementos comunes a los temas musicales que hacen que la elección de esas canciones para ser escuchadas, sean tan importantes. Por otro lado, por la relevancia emocional que se revive. Hay una parte importante de las sesiones que es necesario contemplar, que es la necesidad que los/as pacientes tienen de expresar qué están sintiendo en esos momentos, trabajando con esas músicas que ellos/as han elegido, y la evocación de recuerdos pasados que vuelven al presente. Se establece un diálogo, una cercanía, un punto de reencuentro entre los valores, normas o costumbres que un individuo tiene, que puede coincidir de forma total o parcial con las de otra persona que también se encuentra presente en la sala. Reír, llorar, sentir pérdida, responsabilidad, soledad o espontaneidad, son algunas de las emociones que afloran y que forman parte, no sólo de las sesiones, sino también del proceso terapéutico individual que el propio musicoterapeuta debe auto trabajarse, para lo cual debe estar preparado/a

y saber solventar con soltura para que el progreso esté latente en todo momento.

El uso de la música como estímulo favorecedor de la cohesión grupal ha sido un objetivo cumplido desde el punto de vista de buscar conexiones entre momentos de la vida de los pacientes en las que ha habido coincidencias. Hablamos de momentos de niñez, de adolescencia, de fiestas y eventos, en los que la trascendencia e importancia de la música ha sido vital y común entre el grupo.

Financiación

Esta propuesta no cuenta con ningún tipo de financiación institucional.

Conflictos de intereses

El autor de esta propuesta declara no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de autor

El autor declara haber desarrollado la presente propuesta y elaborar el artículo académico.

Citación

Linde, J. M. (2022). Abordaje de los niveles de atención y concentración de pacientes con Alzheimer a través de un programa de intervención con musicoterapia. *Revista Misostenido*, 4 (1), 8-17.

Recibido: 5 de septiembre de 2022

Aceptado: 30 de noviembre de 2022

Publicado: 10 enero de 2023

REFERENCIAS

- Barrio, E., González, S., Pérez, M. y Pérez, L. (2020). Programa de estimulación para personas con Alzheimer. 28.
- CEAFA. (2020). Censo de personas con Alzheimer y otras demencias en España. Fundamentación, metodología, datos disponibles, herramientas, aprendizajes y propuestas. 79-100.
<https://www.ccafa.es/files/2020/12/censo-alz.pdf>
- Custodio, N. y Cano-Campos, M. (2017). Efectos de la música sobre las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 80(1), 60.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3060>
- Damasio, A. y Damasio, H. (1992). Cerebro y lenguaje. *Investigación y Ciencia*, 194, 58-66.

- De Jesús, T., Infante, M., Reyes, J. C., Mejía, C. S., Moreno, M. Z., Vargas, L. T., De Jesús, Á., Sampayo, C. y Veracruzana, U. (2011). Increasing of self-esteem of elderly in a home for retired people. *Enseñanza E Investigación En Psicología*, 16 (1), 175-182.
- Eyre, L. (2016). Guía para la práctica de la musicoterapia en la salud mental: selecciones. Varios.
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. y Fnjjiang, G., (2002). Examen Cognoscitivo Mini-Mental. TEA Ediciones.
- Gimeno-Vilar, C. y Cervera-Paz, F.J. (2010). Alzheimer's disease and hearing loss. *Revista de Neurologia*, 50(2), 65-71. <https://doi.org/10.33588/rn.5002.2009189>
- Heras, V.D. (2018). La música y los medios de comunicación. Dykinson.
- Hong, I.S., y Choi, M.J. (2011). Songwriting oriented activities improve the cognitive functions of the aged with dementia. *Arts in Psychotherapy* this link is disabled, 38 (4), p p. 221-228. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.07.002>
- Leighton, P. (2016). La música se convierte en terapia para las personas con demencia. *El Mercurio*, 1-3.
- López-Herrera, A y Oropeza-Tena, R. (2013). Influencia del conocimiento musical sobre el gusto musical. *Acta de investigación psicológica*, 47(2), 330-373.
- Paños-Babin, M., Valero-Bris, N., Caballero-Grolimund, E., Muñoz-Cortés, M.J., Martín-Muñoz, E., Rodríguez-Paradinas, M.T., Ponce-Salas, B., Fernández-Castellano, M., Madroñal- Lozano, A. y Sanz-Prades, G. (2005). Intervención educativa con una paciente con enfermedad de Alzheimer en fase inicial, *Nure Investigación*, 16.
- Pérez, M., Olmo, M.J., Fattorini, A., Fernández, J.F., Gammella, D. y Lorenzo, A. (2021). Musicoterapia. *Paraninfo*.
- Poch, S. (2011). *Compendio de musicoterapia*. Herder Editorial.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>
- Roth, M., Huppert, F. A., Mountjoy, C. Q y Tym, E. (2015). CAMDEX-R. Prueba de Exploración Cambridge Revisada para la Valoración de los Trastornos Mentales en la Vejez (S. López-Pousa, adaptador). TEA Ediciones.
- Sánchez, A.B., Dumitrache, C.G., Calet, N. y De los Santos, M. (2016). Intervención en un paciente con Enfermedad de Alzheimer: anomia léxica. *Revista de Investigación En Logopedia*, 6(1), 70-87. <https://doi.org/10.5209/rlog.58555>
- Sequera-Martín, M., Miranda-Pereda, C., Masegú-Serra, C., Pablos-Hernández, C. y González- Ramírez, A. (2015). Musicoterapia en la demencia del paciente anciano. *Psicogeriatría*, 5(3), 93-100.
- Vernia, A.M. y Martí, M. (2017). Música y palabra contra el Alzheimer. *Arte, Individuo y sociedad*, 29, 159-173. <https://doi.org/10.5209/ARIS.53451>

MISOSTENIDO #4

**LA MÚSICA PASÓ
POR AQUÍ**

Fotografía de SKYLER EWYN en Pexel. Creative Commons