



MUSICOTERAPIA PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

MUSIC THERAPY FOR ACTIVE AGING

M^a Auxiliadora Belmonte Jiménez
Centro CuidARTE, Córdoba (España)
Correspondencia: auxibelmonte@hotmail.com

Resumen

La Organización Mundial de la Salud, en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en 2002, acuñó el término envejecimiento activo haciendo referencia al proceso a través del cual se logran optimizar las oportunidades en cuanto a seguridad, participación y salud mejorando la calidad de vida en las personas de edad avanzada. Al hablar de envejecimiento activo en dicha asamblea, se hizo referencia a varios ámbitos de intervención entre los que cabría destacar el ámbito del bienestar físico, del bienestar social y del mental (Limón Mendizabal, 2018). Dado que la Musicoterapia, por definición, es una excelente herramienta de cara a los tres ámbitos mencionados (Pérez Eizaguirre & Fernández Company, 2015), resulta una cuestión muy acertada emplear esta terapia artística como medio para este ámbito preventivo (Mercadal-Brontons & Martí, 2008).

En el presente artículo, se presentan las conclusiones al respecto de una científicamente justificada propuesta de intervención para el envejecimiento activo a través de la musicoterapia que, además, ha sido implementada de manera real. A la luz de dicha intervención, se evidencia, tanto el nivel elevado de satisfacción de los usuarios, como los beneficios de la musicoterapia en este campo.

Palabras clave

Envejecimiento activo, musicoterapia, jubilación, terapia artística.

INTRODUCCIÓN

Una sociedad envejecida, como es cada vez más la nuestra, tiene sus propias características. Del hecho de una esperanza de vida elevada se deduce, entre otras cosas, un mayor gasto económico derivado, sobre todo, de la salud decadente del colectivo de la tercera edad y su falta de actividad ligada a la dependencia. Dicho gasto económico se hace difícil de sostener por las arcas de los diferentes estados (Herce, 2016).

Abstract

The World Health Organization, in the Second World Assembly on Aging held in 2002, coined the term active aging, referring to the process through which opportunities in terms of security, participation and health are optimized by improving the quality of life of the elderly. When speaking of active aging in that assembly, reference was made to several areas of intervention, among which the areas of physical well-being, social well-being and mental well-being should be highlighted (Limón Mendizabal, 2018). Since Music Therapy, by definition, is an excellent tool for the three aforementioned areas (Pérez Eizaguirre & Fernández Company, 2015), it is a very wise matter to use this art therapy as a tool for this preventive area (Mercadal-Brontons & Martí, 2008).

In this article, it presents the conclusions of an intervention proposal, scientifically justified, for active aging through music therapy is presented, which, moreover, has been implemented in a real way. Based on the intervention, both the high level of satisfaction of the users and the benefits of music therapy in this field are evidenced.

Keywords

Active aging, music therapy, retirement, art therapy.

Conviene situarse, por tanto, en el ámbito de la prevención como elemento, en gran parte, subsanador de este handicap. No en vano, se ha comprobado que, por cada euro invertido en prevención (fundamentalmente en el ámbito de la sanidad), se ahorran hasta 129 euros (en el caso más favorable) en el coste dedicado a la atención de las patologías de orden más frecuente en el envejecimiento (Pásaro Méndez, 2013).

Relacionando la prevención con el deterioro propio de la edad, se encuentra el concepto central de este artículo: el envejecimiento activo, acuñado en 2002 por la Organización Mundial de la Salud, en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento (Limón Mendizabal, 2018).

Dado que la Musicoterapia, por definición, es una herramienta excelente de cara a los tres ámbitos de desarrollo enmarcados en el concepto de envejecimiento activo –físico, social y mental-, resulta una cuestión muy acertada emplear esta terapia artística como medio para este ámbito preventivo (Pérez y Fernández, 2015) (Mercadal-Brontons y Martí, 2008). No en vano, se ha comprobado la efectividad de la música en la promoción de la salud y el bienestar afectando esta de manera positiva tanto a variables de carácter psicológico como fisiológico (Hays y R. y Minichello, 2002), así como de la musicoterapia concretamente (Jaramillo, 2019) teniendo, esta última, como objeto atender necesidades tanto de orden emocional, como físico, social, mental y cognitivo, buscando desarrollar potenciales y/o restablecer funciones mermadas del individuo, con el objetivo de que el paciente acceda a una mejor integración tanto de carácter intrapersonal como interpersonal alcanzando, de este modo, un mejor nivel de calidad de vida (Denis y Casari, 2014).

Propuesta de intervención

Persiguiendo un incremento de los años libres de incapacidad y la promoción de la salud de los pacientes, para favorecer sus expectativas de vida activa (Duaso, 2007), se llevó a cabo un programa de intervención musicoterapéutica de ocho sesiones que, en línea con la definición de envejecimiento activo, puso el foco a través de las dinámicas propuestas, en las áreas mental, social y física manteniéndose además, toda la intervención, dentro de los estándares específicos propuestos por la AMTA en el año 2005 para la práctica clínica en el área de la geriatría (Mercadal-Brontons y Martí, 2008).

El objetivo central de dicha intervención fue presentar el tratamiento musicoterapéutico como una herramienta eficaz y sostenible en el logro del envejecimiento activo en personas jubiladas a partir de los 60 años de edad.

Materiales y Método

Participantes

La propuesta se diseñó enfocada a personas jubiladas a partir de 60 años de edad que presentaran capacidades cognitivas no deterioradas, para la captación de las mismas. Para comprobar que se validaba el segundo criterio de inclusión mencionado, como parte de la evaluación inicial, se utilizó el Test Minimental (Gualberto et al., 2020); para la elaboración, implementación y evaluación de la versión utilizada

en este proceso, se tomaron como referencia las indicaciones propuestas por Llamas-Velasco et al. (Llamas-Velasco et al., 2015): analizar los siguientes dominios cognitivos: memoria diferida, atención y cálculo, orientación temporoespacial, capacidad viso constructiva de dibujo y lenguaje, en un test de 30 puntos articulado en dos partes. La implementación se ha llevado a cabo de manera grupal con 9 pacientes de entre 77 y 63 años, 4 hombres y 5 mujeres en Córdoba (Andalucía, España).

Procedimiento

El envejecimiento activo se dedica a personas mayores en estado de salud e independientes que asisten a las sesiones de musicoterapia de manera autónoma y por decisión propia, el formato adecuado para este tratamiento, será el formato taller (Mercadal-Brontons y Martí, 2008). Pese a que un proceso continuo sería lo más conveniente en el ámbito preventivo del envejecimiento activo (Pásaro Méndez, 2013), la propuesta que ha sido llevada a cabo, ha constado de 8 sesiones de una hora cada una por cuestiones prácticas de cara al desarrollo del presente trabajo organizadas y desarrolladas por una musicoterapeuta. Las sesiones fueron precedidas de entrevistas individuales, diseñadas específicamente para este proceso de intervención, de cara a la obtención de la historia musical de los pacientes y algunos otros datos de interés al respecto de sus historias de vida.

A lo largo de las 8 sesiones citadas, se han concretado y justificado los ámbitos de intervención en cuestión de la siguiente manera:

Ámbito de bienestar físico:

Motricidad

El estilo de vida sedentario es responsable de más de dos millones de muerte anuales alrededor de todo el planeta (Serrano Guzmán, 2016). La prevalencia de enfermedades como la hipertensión arterial, la obesidad, enfermedades de orden músculo-esquelético o referentes al equilibrio van en aumento con la edad y, en el caso de la mujeres, también con la menopausia (Mpalaris et al., 2015). De hecho, los cambios asociados a la menopausia se asocian con altas tasas de letalidad asociadas a enfermedades de carácter cardiovascular.

Todo esto hace que el envejecimiento y, en concreto, el envejecimiento sedentario, más frecuente tras la jubilación, suponga un problema en el ámbito de la salud pública y un impulsor de la pérdida del bienestar físico de las personas en edad avanzada. (Serrano Guzmán, 2016). Desde esta perspectiva, la práctica regular de actividad física supone la más recomendable de las herramientas terapéuticas (OMS, 2011), deduciéndose de ello, que el movimiento a través de

la música supondrá una mejora en el nivel físico de los pacientes.

Aparato respiratorio

La voz, que es nuestro medio principal de comunicación, se produce a partir de la vibración de las cuerdas vocales en contacto con el aire emitido desde los pulmones a través de, en primer lugar, el trabajo de todo el cuerpo enfocado en el sostenimiento de una postura corporal idónea y, en segundo lugar y en especial, a través de la musculatura más implicada en el proceso respiratorio (Cuart, 2004).

Al respecto del trabajo corporal, conviene citar que, tanto en postura sentada como en bipedestación, resulta requisito fundamental que el cuerpo permanezca erguido pero evitándose tensión alguna y eludiendo las rectificaciones de las curvas tanto cervical como dorsal y lumbar. Otro punto de donde es preciso vigilar la tensión de manera clave, es en la articulación mandibular así como, en bipedestación, en la articulación de las rodillas. Un cuerpo bien colocado, además de potenciar el buen y saludable desarrollo a nivel muscular y la pertinente repercusión positiva en huesos y articulaciones, posibilita una respiración fluida y completa. Una respiración idónea, explota al máximo las posibilidades del aparato respiratorio produciéndose una relación simbiótica, y directamente proporcional, entre la calidad de la voz y el desarrollo y fortalecimiento del mismo a través del trabajo, además de las estructuras de sostén postural, de los músculos fundamentales de la respiración: músculos abdominales (doble función tanto en sostén postural, ayudados en gran medida por la musculatura paravertebral, como en la espiración y producción del sonido), músculos intercostales y, cómo no, el diafragma. Posteriormente, la articulación de las palabras, pondrá en jaque a otros elementos corporales como la lengua o el paladar blando. (Ferrer, 2008).

Con el avance de la edad la voz se va debilitando por el desgaste propio del envejecimiento en lo que hace referencia al propio cuerpo ya que, la debilidad muscular de las estructuras citadas, afectan en la producción de una voz hablada o cantada de calidad.

El canto provocará un desarrollo de todas las estructuras del cuerpo implicadas en la producción del sonido y del cuerpo holístico al ser necesario el trabajo de sostén postural ya mencionado para la idónea producción de la voz. Además, la capacidad respiratoria también irá en aumento (Ferrer, 2008) lo que se verá directamente relacionado con una mejora en la calidad de oxigenación y, por tanto, en un mejor funcionamiento cardíaco.

Ámbito del bienestar social:

En un estudio realizado con personas mayores de 65 años, se pudo llegar a la conclusión de que, tanto las actividades musicales, como, en concreto, la musicoterapia preventiva, ámbito en el que se enmarca el trabajo de envejecimiento activo, potencian las redes sociales de los pacientes implicados en dicha terapia (Solé et al., 2010); no en vano, la idea que, ya en 1985, sostiene McClosky al respecto de la eficacia en el ámbito terapéutico de la música por ser esta, de todas las artes, la de carácter más social; la música, además de suponer un recurso que favorece la modificación de conducta en terapia, ofrece también una sólida base de cara a las relaciones interpersonales (Mercadal-Brontons & Martí, 2008).

Lo anterior, sin duda, colabora en los procesos de corte depresivo y ansioso ligados a la jubilación y generados a raíz, no sólo de la falta y/o cambio de actividad, sino del aislamiento social que supone el hecho de dejar de ir a trabajar y relacionarse en el entorno laboral (Molero et al., 2016). No en vano, en 2018, Rojas Estapé en su libro *Cómo hacer que te pasen cosas buenas*, pone de manifiesto la relación inversamente proporcional entre el cortisol, hormona que relaciona con el estrés y la depresión, con la oxitocina, hormona que relaciona una sensación de bienestar generada a través del amor, la empatía y, por tanto, de las interacciones sociales (Rojas, 2018).

Ámbito del bienestar mental:

Ámbito emocional

Como se ha mencionado el apartado anterior, las personas de edad avanzada, presentan una mayor propensión a los estados depresivos y/o ansiosos, relacionándose esta cuestión, de manera directa, con la jubilación. Numerosos estudios avalan la efectividad de la musicoterapia en el tratamiento de los síntomas de ambos trastornos e, incluso, de las somatizaciones asociadas (Jiménez, 2017). Además, la amabilidad del tratamiento musicoterapéutico, a la par de su incidencia en los aspectos propuestos como puntos de mejora en los objetivos del tratamiento en cuestión, genera espacios de diversión y disfrute a través del medio terapéutico en sí, la música. Ello evidencia aún más su idoneidad para el trabajo de los ámbitos citados (Denis y Casari, 2014). La música cuenta con un gran poder en el ámbito de la motivación que posibilita la implicación en la terapia de aquellos pacientes que, por uno u otro motivo, se muestran más apáticos y/o reticentes hacia nuevas actividades propuestas, aun sabiendo que estas puedan resultar beneficiosas para su propia salud o estado del bienestar (Mercadal-Brontons y Martí, 2008).

Por otro lado, la autoestima también suele verse afectada en la población de edad avanzada y este hecho se relaciona directamente tanto con el estado depresivo como con el estado ansioso. Como sostiene González, las terapias artísticas y, en concreto, la musicoterapia, son una herramienta sustancialmente idónea para combatir dicha cuestión (González, 2020). Dicha idea también la avala, entre otros, Mercadal-Brotons (2008) haciendo referencia a las virtudes de la música, previamente mencionadas en este marco teórico, como medio terapéutico en adultos de edad avanzada.

Ámbito cognitivo

El envejecimiento repercute directamente en las funciones ejecutivas a nivel cerebral, aunque el nivel de escolarización está relacionado de manera inversamente proporcional con este aspecto, el deterioro, en mayor o menor medida, no deja de aparecer en ninguna persona de edad avanzada. Así, aspectos como la flexibilidad cognitiva, la capacidad de planificación o la fluidez verbal se van a ver afectados y mermados (Leal, 2013).

El paso de los años también repercute, no desligado de lo anterior, en la capacidad memorística y a la capacidad atencional, elementos en los que, al respecto de campo cognitivo, ha dirigido sus esfuerzos la propuesta de intervención que se ha desarrollado para este artículo (Mayas, 2008). Además, el creciente número de enfermedades neurológicas y, concretamente, de la enfermedad de Alzheimer así como de otro tipo de demencias, también suman al hecho de lo apremiante en relación a la prevención en el ámbito cognitivo en la edad avanzada (Ayuso-Peralta et al., 2019). Las sesiones se han enfocado a la memoria tanto a largo como a corto plazo (González Ramírez, 2011a) y, en el terreno de la atención, a la atención sostenida, selectiva y dividida (González Ramírez, 2011b).

En cuanto a los tipos de memoria trabajados, se define la memoria a largo plazo (MLP) como un mecanismo del cerebro que permite codificar y retener información durante un largo período de tiempo, estos recuerdos almacenados pueden tener duración variada (Cognifit, 2022). Por otro lado, la memoria a corto plazo, o memoria activa o primaria, se trata de información que estamos pensando o de la que somos conscientes en el momento actual y proviene de la atención que ponemos a los recuerdos sensoriales (Rolán, 2020).

La atención es la capacidad de seleccionar y dirigir la activación de la cognición hacia aquello que nos resulta relevante en un momento dado. Gracias a ella, podemos extraer la información de los elementos fundamentales y organizar la actividad mental. No es viable hablar de un solo tipo de atención ya que existen diversos subtipos, se especi-

can y detallan a continuación los que han sido objeto de trabajo en las 8 sesiones que se han llevado a cabo de musicoterapia preventiva: atención selectiva (hace referencia a la capacidad del individuo para centrarse en tan sólo una única fuente de información, siendo capaz de ignorar todo lo demás), atención dividida (permite a la persona atender de manera simultánea a varios estímulos al mismo tiempo) y atención sostenida (hace referencia a la capacidad que tiene el sujeto de mantener la atención de forma ininterrumpida a lo largo del tiempo) (Administrador, 2021).

Metodología

En cuanto a los modelos musicoterapéuticos empleados para el desarrollo de las sesiones, a pesar de haber otros modelos pertinentes de cara a este ámbito, como el acercamiento a modelos de carácter más improvisatorio, el modelo central de este programa ha sido el modelo conductista, empleándose la música como estímulo para el comportamiento.

La función de la música variará, por tanto, pasando tanto por su carácter estructural, de refuerzo o estimulador (señal auditiva) (Brotons, 2000).

Por último, se reseñan, a continuación, algunas técnicas musicoterapéuticas interesantes de cara a la promoción del envejecimiento activo que se han implementado en el desarrollo del proyecto:

- Songwriting por la disposición que crea esta herramienta de cara a la expresión emocional (Ziemkiewicz, 2016).
- El canto, por su refuerzo del aparato fonador y respiratorio así como de la musculatura de sostén corporal, su carácter socializador al realizarlo en grupo y su capacidad por despertar emociones positivas como el refuerzo de la autoestima (Ferrer, 2008) (Mercadal-Brontons y Martí, 2008).
- El movimiento a través de la música por su implicación directa con el bienestar físico (Serrano Guzmán, 2016).
- La improvisación, en este caso a través de instrumentos de carácter más bien libre y con pautas muy generales, por su capacidad para establecer un canal comunicativo no verbal y, a la vez, un puente a la comunicación verbal y su potencia de cara al desarrollo de las capacidades perceptuales así como cognitivas (Bruscia, 2007).
- La percusión corporal, por su capacidad ante la generación de estados corporales así como emocionales capaces de provocar cambios de conducta a niveles significativos. La práctica de la percusión corporal comporta mejoras tanto físicas, a través de la esti-

mulación de la toma de conciencia corporal, así como del control de las posibilidades de movimiento y fuerza muscular o el refuerzo del equilibrio y la coordinación. Se favorecen, también, ciertos aspectos psíquicos como la concentración, percepción y memoria. Por último, supone avances, del mismo modo, en el ámbito socio-afectivo, fomentándose las relaciones igualitarias y colaborando a la reducción de la ansiedad en las interacciones sociales. Las tres áreas anteriores, tienen un impacto de carácter positivo en variables psicológicas tales como la autoestima, el aislamiento y la comunicación (Romero y Romero, 2013).

- Tocar instrumentos musicales por su beneficio tanto cognitivo (memoria y atención-concentración, entre otros), como emocional (beneficios a nivel de autoestima y estado de ánimo) y físico-motriz (coordinación, gestión de la fuerza y control del movimiento) (Mercadal-Brontons y Martí, 2008).

Todas las sesiones fueron desarrolladas, al no hallarse referencia alguna al respecto del envejecimiento activo en relación a la estructuración de la sesión de musicoterapia, en base al esquema propuesto por Mateos (Mateos Hernández, 2011) para el trabajo de dicha disciplina con pacientes con Alzheimer por ser la población, aunque no a nivel de deterioro cognitivo, sí a nivel de edad y al respecto de los ámbitos de trabajo propuestos, similar a la idónea para este ámbito de la musicoterapia preventiva.

Dicho esquema ha comportado, de manera estable, una fase de caldeo seguida con una fase motivacional en la que se presentaba, verbalmente, algunos datos acerca de cómo iba a desarrollarse la sesión; después de estas dos fases, se llevaba a cabo la parte central de la sesión en la que se han llevado actividades que han ido encajando con alguna de las cuatro fases intermedias de la propuesta de Mateos (activación corporal consciente, desarrollo perceptivo, relación con el otro y representación y simbolización) y, para finalizar y también en todas las sesiones, se ha llevado a cabo una fase de despedida quedando, por tanto, cada sesión, articulada en cuatro partes.

Es relevante mencionar varias rutinas que han sido constantes en las ocho sesiones, al margen de las dinámicas propiamente dichas y de cara a la evaluación: tanto al inicio como al final de cada sesión, se realizó y registró la medición tanto de la frecuencia cardíaca como de la saturación de oxígeno en sangre; así mismo, tanto al inicio como al final de la sesión, los pacientes completaron una escala Likert respectiva a su sensación de bienestar (todas las mediciones que se llevaron a cabo, fueron tomadas en tiempo extra a los 60 minutos dedicados al trabajo musicoterapéutico).

La sala en la que se realizaron las sesiones contaba con luz natural y ventilación; era de carácter bastante aséptico (suelo de madera, pared blanca y sin adornos en la pared), rectangular y de 30 metros cuadrados y contaba con internet, reproductor musical, ordenador y pantalla con altavoces, sillas, instrumentos tanto armónicos como melódicos y rítmicos en cantidad suficiente, estos últimos, para que todos los pacientes dispusieran de ellos.

En cuanto a la disposición de los pacientes, todas las sesiones han sido desarrolladas en círculo, dado a lo beneficioso del mismo a nivel la generación de vínculos saludables en el grupo y de la predisposición ante las actividades propuestas (Cury, 2007).

Todas las actividades que se han llevado a cabo han sido diseñadas de manera exclusiva al respecto de este proyecto pero, como base para su elaboración, de cara al rigor necesario en un documento académico de estas características, se ha tomado como referencia, fundamentalmente, el texto Manual de Musicoterapia en geriatría y demencias (Mercadal Brontons y Martí, 2008), eludiendo el material dedicada a los casos de deterioro, por ser la información publicada más cercana al tema central al que hacemos referencia en este documento, así como, en menor medida y no de manera exclusiva, Musicoterapia. Métodos y prácticas (Bruscia, 2007), Modelos de improvisación en musicoterapia (Bruscia, 2010) e Improvisación. Métodos y técnicas para clínicos, educadores y estudiantes de musicoterapia (Wigram, 2005).

Aprobación ética

Todos los participantes fueron debidamente informados al respecto de la difusión de los datos obtenidos en el proceso; todos ellos aportaron una autorización escrita al respecto. Así mismo, los pacientes fueron informados al respecto del anonimato en la difusión al emplear nombres de pila diferentes a los reales.

Análisis de datos y resultados

Se presentan, a continuación, los resultados obtenidos a raíz del análisis de las herramientas de evaluación implementadas en el proceso musicoterapéutico:

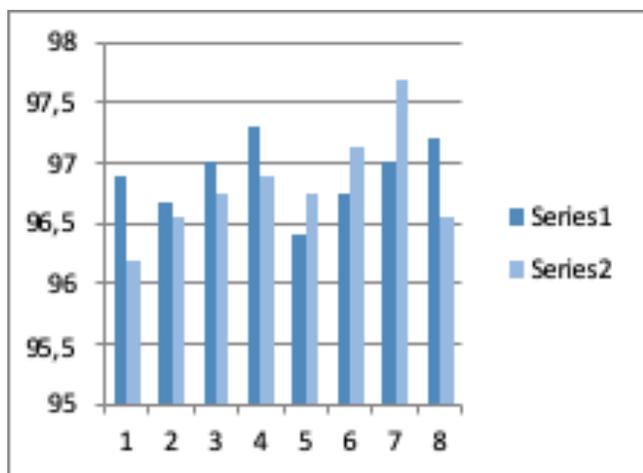
Datos cuantitativos

Saturación de O₂ en sangre y Fr

Se midió la saturación de oxígeno y la frecuencia cardíaca de los pacientes tanto al inicio como al final de las sesiones. Al respecto de los niveles de saturación de oxígeno (ver fig. 1), las variaciones son leves y no se encuentra una pauta constante a lo largo de las medidas pre y post de las sesiones que permitan ningún indicio claro ni consistente.

Figura 1

Gráfica saturación de oxígeno en sangre, medidas pre y post.

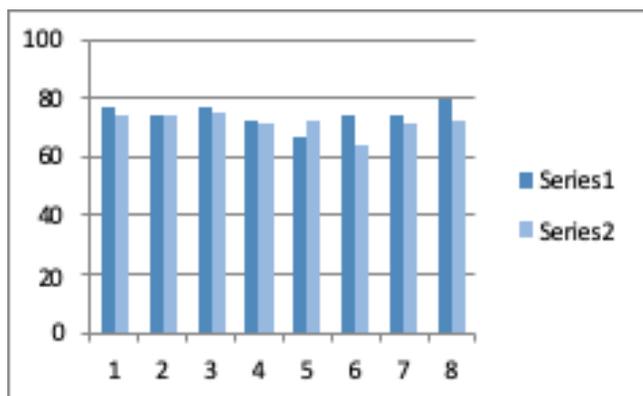


Nota: media de las medidas pre y post de la saturación de oxígeno en sangre de los pacientes. Fuente: elaboración propia.

La frecuencia cardíaca (ver fig. 2) siempre ha bajado varios puntos tras haber vivido la sesión, en las comparativas pre y post, salvo en la sesión n° 5 (esto puede deberse a que, como última actividad de la sección central en esa sesión, el grupo estuvo bailando y, este hecho, fácilmente podría haber elevado el ritmo cardíaco); se puede deducir, por tanto, que la musicoterapia colabora al descenso de la frecuencia cardíaca en este caso.

Figura 2

Gráfica de frecuencia cardíaca, medidas pre y post.



Nota: media de las medidas pre y post de la frecuencia cardíaca de los pacientes. Fuente: elaboración propia.

También se midieron los decibelios vocales tanto antes como después de la práctica del canto técnicamente orienta-

do y se calculó la media de las puntuaciones de todos los pacientes.

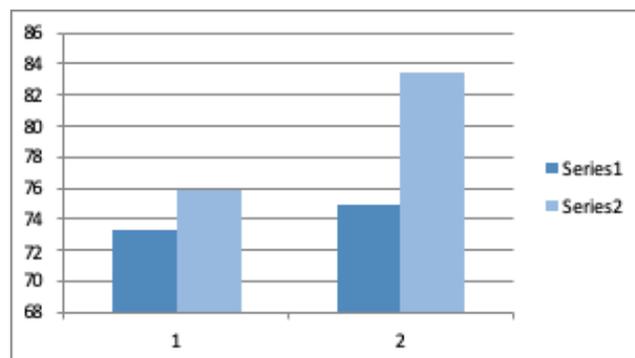
Voz

Al respecto de los decibelios vocales (fig. n° 3), tras la interpretación de la gráfica, se obtiene la conclusión de que el canto, implementado siguiendo ciertas medidas técnico-vocales propuestas, potencia el volumen de la voz que es directamente proporcional al refuerzo de la musculatura respiratoria.

La emisión vocal parte del aire vibrado a la altura de la laringe en las cuerdas vocales, la musculatura inspiratoria y espiratoria trabaja con mayor ímpetu para elaborar la voz que durante la simple respiración, por tanto, el implemento del aparato respiratorio es viable a través de la práctica del canto.

Figura 3

Gráfica decibelios de la voz antes y después de la práctica del canto.



Nota: media de las medidas pre y post (al respecto del canto en sesión) de los decibelios de la voz de los pacientes de los pacientes. Fuente: elaboración propia.

Datos cualitativos

Se midieron también cuantitativamente algunas variables de carácter cualitativo. Se valoró de este modo, la actitud a lo largo del período de intervención a través de las hojas de observación y el diario de la terapeuta, así como los datos relativos al estado del bienestar de los pacientes a través de una escala Likert en mediciones antes y después de cada sesión. Se proporcionan aquí los resultados generales obtenidos por el grupo.

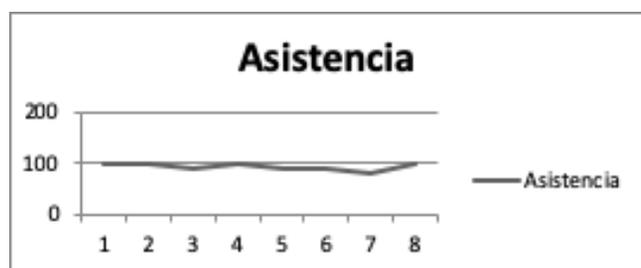
Asistencia a las sesiones

Al respecto de esta variable cualitativa dicotómica en la que se consideraba sin más el hecho de asistir o no a las sesiones, se presenta a continuación el porcentaje de asistencia a cada una de las ocho sesiones.

La asistencia a las sesiones (fig. n°4) ha sido muy regular, rozando el 100% en todas las sesiones y con faltas justificadas por razones de peso (cuidado de familiar o cuestiones médicas) en todos los casos.

Figura 4

Gráfico asistencia de los pacientes a las sesiones.



Nota: media de la asistencia de los pacientes a cada una de las 8 sesiones del programa. Fuente: elaboración propia.

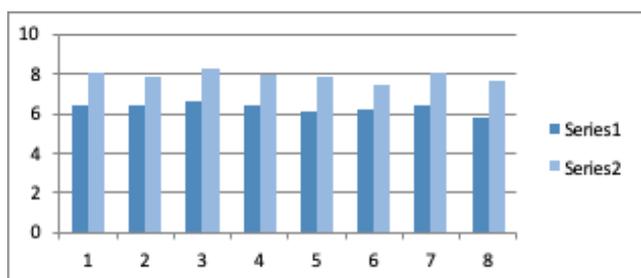
Estado del bienestar

Los pacientes puntuaron del 0 al 10 su estado general de bienestar al llegar y al salir de la sesión, se recogen en la gráfica las medias de las puntuaciones, tanto iniciales como finales, de las ocho sesiones.

En el caso de la Escala Likert al respecto del estado de bienestar (fig. n°5) antes y después de las sesiones resulta evidente la mejora del estado de bienestar al finalizar las sesiones en todas ellas y, además, en todos los pacientes: se infiere que la musicoterapia implementa el estado de bienestar de los pacientes.

Figura 5

Gráfica de estado del bienestar, medidas pre y post.



Nota: media de las puntuaciones pre y post de la puntuación de los pacientes en la escala Likert al respecto de su estado de bienestar. Fuente: elaboración propia.

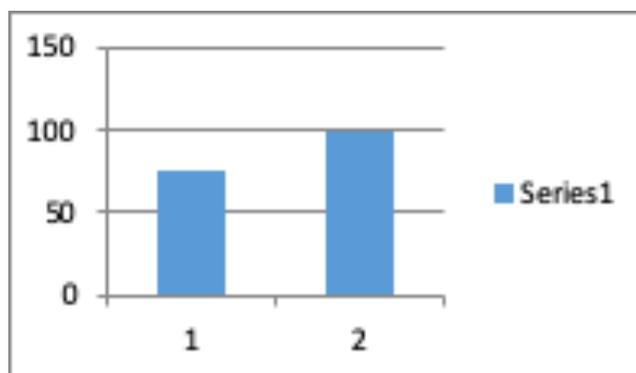
Atención

Se calculó la media del porcentaje total de aciertos en las dos actividades realizadas a este respecto a lo largo de las 8 sesiones.

A nivel de atención (fig. n°6), la interpretación de la gráfica al respecto de la valoración realizada a través de la cuantificación del porcentaje de aciertos en el trabajo con las piezas Vuela y Cielito lindo, predispone a inferir que la musicoterapia colabora en la mejora de los niveles atencionales.

Figura 6

Gráfica de porcentaje de aciertos en el trabajo textual, a partir de la audición, de las piezas Vuela y Cielito lindo.



Nota: media de las puntuaciones al respecto de los ejercicios de atención de principio y fin de proyecto. Fuente: elaboración propia.

Análisis narrativo del diario de reflexión

Se presenta, a continuación, los resultados obtenidos al respecto de los fragmentos del texto más relevantes extraídos del análisis narrativo de las notas tomadas por la terapeuta en las diversas sesiones.

- Los frecuentes comentarios de los pacientes al respecto de sentimientos positivos durante y en relación con las sesiones.
- Los frecuentes comentarios de los pacientes al respecto de la evolución y el entrenamiento positivo.
- La mención de actos que reflejan el estado de bienestar: risas, nivel de participación, etc.
- Comentarios acerca del descubrimiento del propio valor como persona.
- Los comentarios que muestran avance en el campo cognitivo (como al respecto de la mejora observada en la dinámica del dado a lo largo de las sesiones).
- En lo referente a la entrevista final.
- El desconocimiento existente acerca del campo musicoterapéutico.
- Los comentarios y percepción de carácter óptimo de los usuarios cuando se entra en contacto con la disciplina.
- La relevancia de la preparación de las sesiones, los recursos empleados y la profesionalidad y actuación del terapeuta.

- La valoración del trabajo grupal y del bienestar, tanto personal como social, que supone.
- La mejora emocional experimentada por los pacientes.
- La mejora a nivel de autoconcepto, gracias al proceso, reflejada por los pacientes.
- El entrenamiento cognitivo experimentado por los pacientes (memoria, atención...).
- La capacidad de las sesiones de centrar la mente en el aquí y ahora y dejar a un lado las preocupaciones y/u ocupaciones diarias.

Análisis narrativo de la entrevista final

Se obtienen las siguientes inferencias al respecto de dicho instrumento de evaluación:

- El desconocimiento existente acerca del campo musicoterapéutico.
- Los comentarios y percepción de carácter óptimo de los usuarios cuando se entra en contacto con la disciplina.
- La relevancia de la preparación de las sesiones, los recursos empleados y la profesionalidad y actuación del terapeuta.
- La valoración del trabajo grupal y del bienestar, tanto personal como social, que supone.
- La mejora emocional experimentada por los pacientes.
- La mejora a nivel de autoconcepto, gracias al proceso, reflejada por los pacientes.
- El entrenamiento cognitivo experimentado por los pacientes (memoria, atención...).
- La capacidad de las sesiones de centrar la mente en el aquí y ahora y dejar a una lado las preocupaciones y/u ocupaciones diarias.

DISCUSIÓN

A través de las sesiones diseñadas, se pretendían cubrir tres objetivos específicos enfocados a la mejora del bienestar en los ámbitos físico, mental y social.

En lo que atañe al bienestar físico, tanto el descenso de la frecuencia cardíaca reseñado al final de las sesiones con respecto al inicio de las mismas, como el aumento de los decibelios de la voz tras el canto y su directa repercusión en la musculatura respiratoria suponen la consecución del objetivo orientado a este respecto. Por otro lado, a nivel mental, en lo referente al ámbito cognitivo, también queda resuelta la expectativa al comprobar los datos al respecto del aumento del porcentaje de aciertos en las actividades realizadas a través del texto de las dos piezas musicales trabajadas (Vuela y Cielito lindo). Así mismo, las referencias a la mejora del grupo en el ámbito memorístico y, en general, a

la mejor adecuación a las actividades al avanzar en el proceso en el diario de reflexión de la terapeuta, sumado lo anterior a los comentarios de los pacientes, también apoyan dicha mejora. En el ámbito emocional, los resultados que manifiestan la mejora en este ámbito gracias a la musicoterapia son muy evidentes y se reflejan claramente, tanto en los análisis narrativos del diario de reflexión de la entrevista final realizada a los pacientes, como en la gráfica referente a la escala de Likert respectiva a este asunto y en los niveles de asistencia a las sesiones. Finalmente, a nivel social, debemos acudir tanto a los comentarios del diario de reflexión como a los hallados en las entrevistas finales que, pese a ser de carácter cualitativo, son tan redundantes y potentes, que poseen un peso suficiente como para poderse afirmar el beneficio en dicho ámbito.

Puede concluirse, por tanto, que, la musicoterapia es una terapia idónea de cara al envejecimiento activo aportando resultados positivos en los tres ámbitos de intervención propuestos, a este fin, por la Organización Mundial de la Salud.

CONCLUSIONES

Limitaciones

Pese a haberse desarrollado con bastante fluidez, sí han existido determinados hándicaps que se comentan a continuación.

- Se trata de un número muy reducido de sesiones si se tiene en cuenta que la intervención es de corte preventivo para una causa progresiva que no se detiene, sino que avanza, con el paso del tiempo como es el envejecimiento.
- El número de sesiones también resulta muy limitado de cara a la solidez de los resultados obtenidos.
- Limitaciones técnicas de cara a la realización de las mediciones cuantitativas.
- Falta de personal médico para la medida de determinados datos que podrían haber colaborado aportando solidez a los indicios observados a modo de conclusiones, como la medida del cortisol y/o oxitocina en saliva o sangre (Rojas, 2018).
- Falta de un coterapeuta de cara, sobre todo, al registro y toma de datos por la pérdida de capacidad de observación, así como de tiempo, durante las sesiones.
- Las medidas COVID en algunos casos ralentizan (como la higiene de manos) y, en otros, incomodan (como a través de la molestia generada por las mascarillas al cantar o la limitación que suponen a nivel de la comunicación emocional).
- La heterogeneidad del grupo supuso un reto a la hora de la planificación y desarrollo de ciertas actividades así como para la elección del repertorio.

Prospectiva

Se sugiere, dados los indicios positivos desprendidos de la puesta en práctica de la intervención desarrollada en este trabajo, las siguientes líneas de investigación de cara al aumento del corpus científico al respecto de la musicoterapia para el envejecimiento activo:

- La potencialidad y el papel de la musicoterapia ante los procesos de envejecimiento activo ya que la referencias al respecto son muy escasas y, como se puede observar en esta propuesta, este tipo de terapia enraíza fuertemente con los objetivos a trabajar en este tratamiento de una manera muy eficaz.
- La relación entre el canto técnicamente orientado y el implemento de la calidad tanto de la voz hablada en los adultos de edad avanzada como de su sostén postural y su capacidad respiratoria.
- La mejora del estado de ánimo de las personas jubiladas en relación con los grupos de envejecimiento activo a través de la musicoterapia.
- El enlentecimiento del deterioro de las funciones ejecutivas del cerebro en relación también con el área de la musicoterapia preventiva en procesos de envejecimiento activo.
- La relación entre el envejecimiento activo a través de la musicoterapia y la prevención ante el desarrollo de enfermedades neurológicas, especialmente, las demencias.
- La comparación evolutiva, a nivel de memoria y atención, entre grupos homogéneos de adultos de edad avanzada que no realicen tratamiento de envejecimiento activo, versus otro grupo que sí lo lleve a cabo, versus un tercer grupo que lleve a cabo el tratamiento a través de la musicoterapia; con el fin de mostrar la eficacia de la misma, tanto en el campo, como la preferencia en dicho campo ante otro tipo de tratamientos.

De cara a la investigación en los temas propuestos, sería necesario tomar una muestra más amplia y controlar las variables extrañas. Además, habría de tenerse en cuenta que, debido al tipo de población, resultaría complejo cubrir el principio de aleatoriedad necesario en el ámbito científico, por lo que habría que desarrollar trabajos de corte cuasi-experimental.

Merece la pena seguir contribuyendo en la implementación, investigación y difusión de una buena práctica de la musicoterapia en el campo del envejecimiento activo ya que, pese a ser tan sólo indicios, debido a la brevedad de la experiencia y, en algunos casos, a la falta de medios, todo apunta al valor, por poner de manifiesto, de esta terapia

artística en sí misma de cara a esta población que, además, los usuarios rápidamente detectan y ponen de manifiesto.

Financiación

Esta propuesta no cuenta con ningún tipo de financiación institucional.

Conflictos de intereses

La autora de esta propuesta declara no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de autor

La autora declara haber desarrollado la presente propuesta y elaborar el artículo académico.

Citación

Belmonte, M.A. (2022). Musicoterapia para el envejecimiento activo. *Revista Misostenido*, 4 (4), 38-49.

Recibido: 10 de octubre de 2022

Aceptado: 30 de noviembre de 2022

Publicado: 10 enero de 2023

REFERENCIAS

- Administrador. (2021). Stimulus. Tipos de Atención. <https://stimuluspro.com/blog/tipos-de-atencion/>
- Andruet, A., & Hiruela, M. P. (2001). El código de Nuremberg y su vinculación con el consentimiento informado. *Anuario de Derecho Civil*, 179–196.
- Ayuso-Peralta, L., Ballesteros, A., y Rojo, S. (2019). Demencias. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 74, 4329–4337.
- Benenson, R., Hemsy de Gainza, V., y Wagner, G. (2008). *La nueva musicoterapia*. Lumen.
- Brotóns, M. M. (2000). Modelo Conductista. In *Fundamentos de la musicoterapia* (pp. 309–317). Morata.
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia. Métodos y prácticas* (2a). Pax México.
- Bruscia, K. (2010). *Modelos de improvisación en musicoterapia* (2a). AgrupArte.
- Canella, L. (n.d.). *Partituras adaptadas*. Impulso musicoterapia.

- Cognifit. (2022). Memoria a largo plazo. Habilidad Cognitiva. Neuropsicología. <https://www.cognifit.com/es/habilidad-cognitiva/memoria-a-largo-plazo#:~:text=La memoria a largo plazo %28MLP%29 se puede,pueden durar desde unos segundos hasta varios años.>
- Cuart, F. (2004). La voz como instrumento (3a). Real Musical.
- Cury, A. (2007). Padres brillantes, maestros fascinantes. Zenith.
- Denis, E., y Casari, L. (2014). La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor. Revista Diálogos, 4, 75–82.
- Duaso, E. (2007). En los tiempos actuales, plena efervescencia con el tema de la dependencia. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 17, 125–126.
- Ferrer, J. S. (2008). Teoría, anatomía y práctica del canto. Herder Editoria.
- González, M. J. (2020). Diseño y evaluación de un programa de musicoterapia con personas mayores. Universidad de Vigo.
- González Ramírez, J. F. (2011a). Vivir con calidad: programa de estimulación de las capacidades cognitivas. Ejercicios de memoria: cuaderno para personas mayores. EOS.
- González Ramírez, J. F. (2011b). Vivir con calidad: programa de estimulación de las capacidades cognitivas. Ejercicios de memoria: ejercicios de atención-concentración: cuaderno para personas mayores. EOS.
- Gualberto, J., Quinaloa, L., Leonardo, J., y Caisaluisa, M. (2020). Test Minimental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo Minimental test for early diagnosis of cognitive impairme. INNOVA Research Journal, 5(3), 315–328.
- Hays, T., & R. y Minichiello, V. (2002). The Contribution of Music to Positive Aging: A Review. Journal Of Aging and Identity, 7, 165–175. DOI:10.1023/A:1019712522302
- Herce, J. A. (2016). El impacto del envejecimiento de la población en España. Cuadernos de Infomación Económica, 251, 39–48.
- Jaramillo, A. L. (2019). Benefits of Music Therapy in the Quality of Life of Older Adults. 17(3), 9–19. DOI:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8349
- Jiménez, C. (2017). Musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatizaciones. Revista de Investigación En Musicoterapia, 1(85–105). DOI: 10.15366/rim
- Jurado, E., Cubillo, A., Cobos, A., Jiménez, L., Millán, M., y Martínez, P. (2014). El gran libro del coaching. Inteligencia emocional y PNL. Dinámicas y herramientas. UNO Editorial.
- Leal, R. B. (2013). Estudio de la funciones ejecutivas en el envejecimineto. Universidad de Salamanca.
- Limón Mendizabal, M. . R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez / Active Aging: a change of paradigm on aging and old age. Aula Abierta, 47(1), 45. <https://doi.org/10.17811/rific.47.1.2018.45-54>
- Llamas-velasco, S., Llorente-ayuso, L., Contador, I., y Bermejo-pareja, F. (2015). their use in clinical practice Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. Revista de Neurología, October. DOI:10.33588/RN.6108.2015107
- Martínez Pérez, J. E., Sanchez Martinez, F. I., y Abellán Perpiñán, J. M. (2016). Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad en España: una aproximación. Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas, 1(6), 28. <https://doi.org/10.5944/reppp.6.2016.15348>
- Mateos Hernández, L. A. (2011). Musicoterapia y Alzheimer. Guías de Implantación Intervenciones No Farmacológicas: Musicoterapia, 18–19.
- Mayas, J. (2008). Procesos atencionales y sistemas de memoria en el envejecimiento. UNED.
- Mercadal-Brontons, M., y Martí, P. (2008). Manual de musicoterapia en geriatría y demencias. Instituto Monsa de Ediciones, S.A.
- Molero, M., Pérez-fuentes, M. C., Simón, M., Zúñiga, L., Díaz, M. del M., y Liñán, L. (2016). Perspectivas y Análisis de la Salud.

- Mparalis, V., Anagnostis, P., Goulis, D. G., y &Iakovou, I. (2015). Complex association between body weight and fracture risk in post-menopausal women. *Obesity Reviews*, 16. DOI:10.1111/obr.12244
- OMS. (2011). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. *International Journal of Epidemiology*, 223, 1–68.
- OMS, y CEI. (n.d.). Formulario de consentimiento informado.
- Pásaro Méndez, E. (2013). El plan de prevención y detección precoz de la dependencia en Galicia. *Congreso Envejecimiento Activo*, 148, 148–162.
- Pérez Eizaguirre, M., y Fernández Company, J. F. (2015). Musicoterapia y Arteterapia. Puntos de encuentro en el camino terapéutico Music therapy and Art therapy. Meeting points in the therapeutical path. *Arteterapia*, 10, 165–174.
<http://search.proquest.com/openview/0083d664e56e4c4972299800b6365529/1?pq-origsite=gscholar&bl=237373>
 DOI: https://doi.org/10.5209/rev_ARTE.2015.v10.51690
- Poch, S. (1999). *Compendio de musicoterapia I*. Herder.
- Roca, F. (2016). *Percusión corporal*. Edimúsica Ediciones Musicales.
- Rojas, M. (2018). *Cómo hacer que te pasen cosas buenas*. Espasa.
- Roldán, M. J. (2020). *Formación y Estudios. Qué Es La Memoria a Corto Plazo*.
<https://www.formacionyestudios.com/que-es-la-memoria-a-corto-plazo.html#:~:text=La memoria a corto plazo%2C también conocida como,proviene de prestar atención a los recuerdos sensoriales>.
- Romero, A., y Romero, F. (2013). La percusión corporal como recurso terapéutico. *XI Jornadas de Redes de Investigación En Docencia Universitaria: Retos de Futuro En La Enseñanza Superior. Docencia e Investigación Para Alcanzar La Excelencia Académica*.
- Sampayo, A. (2021). *MundoPsicólogos. Hemisferios Cerebrales y Sus Funciones: ¿usamos Más Una de Estas Partes Del Cerebro?*
<https://www.mundopsicologos.com/articulos/hemisferios-cerebrales-y-sus-funciones-usamos-mas-una-de-estas-partes-del-cerebro>
- Serrano Guzmán, M. (2016). Efectos de un programa de danzaterapia en la capacidad funcional y calidad de vida de personas mayores residentes en la comunidad. *Universidad de Granada*.
- Solé, C., Mercadal-Brontons, M., Gallego, S., y Riera, M. (2010). Contributions of Music to Aging Adults ' Quality of Life. 3, 264–281. DOI: 10.1093/jmt/thu003
- Tsiris, G., Pavlicevic, M., y Farrant, C. (2014). Introduction. En *A guide to evaluation for arts therapists and arts and health practitioners*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. (2005). *Improvisación. Métodos y técnicas para clínicos, educadores y estudiantes de musicoterapia*. (2a). AgrupArte.
- Ziemkiewicz, M. (2016). Therapeutic songwriting. *Música, Terapia y Comunicación: Revista de Musicoterapia*, 36, 71–82.

MISOSTENIDO #4

**LA
MÚSICA
PASÓ POR
AQUÍ**