



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Musicoterapia una intervención de enfermería en pacientes con demencia

Estudiante: Irene Luna Fernández

Tutora: Lourdes Jiménez Navascués

Soria, 6 de junio del 2016

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. Introducción.....	5
2. Marco conceptual	6
2. 1. Envejecimiento	6
2. 2. Demencias.....	8
2. 3. Terapias complementarias.....	10
2. 4. Musicoterapia	11
2. 5. Papel de enfermería en la Musicoterapia	15
3. Objetivos	17
4. Material y métodos	18
4. 1. Diseño y estrategia de búsqueda	18
4. 2. Experiencia práctica como observadora no participante.....	21
5. Resultados y discusión.....	23
6. Conclusiones.....	32
7. Bibliografía	34
8. Anexos	39
Anexo 1	39
Anexo 2.....	41
Anexo 3.....	43

Índice de tablas y gráficos

Gráfico 1: Evaluación de la edad media en la población española.	6
Gráfico 2: Evolución de la población española mayor de 65 años	7
Tabla 1: Técnicas de musicoterapia y áreas funcionales estimuladas	12
Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión	19
Tabla 3: Resultados de la búsqueda bibliográfica	20
Gráfico 3: Resumen estrategia de búsqueda	20
Tabla 4: Estudios revisados	43
Tabla 5: Artículos de revisión bibliográfica	47

Índice siglas, acrónimos y abreviaturas

INE: Instituto Nacional de Estadística.

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

EA: Enfermedad de Alzheimer.

DV: Demencia vascular.

DLB: Demencia con cuerpos de Lewy.

SCPD: Síntomas conductuales y psicológicos de las demencias.

IACE: Inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa.

FAE: Fármacos antiepilépticos.

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

TNF: Terapia no farmacológica.

OMS: Organización mundial de la salud.

TC: Terapia complementaria.

NCCAM: Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa.

WFMT: Federación Mundial de Musicoterapia.

AEMP: Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales.

EMTC: European Music Therapy Confederation.

EMTR: Sistema de Acreditación Europeo de Musicoterapeutas Profesionales.

AMAS: Aurora Mas.

NIC: Nursing Interventions Classification.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

NCBI: National Center for Biotechnology Information.

AFA: Asociación familiares de Alzheimer.

RCPM: Japanese Raven's Colored Progressive Matrices.

RESUMEN

Introducción: Para brindar cuidados a los usuarios diagnosticados con demencia concurren intervenciones farmacológicas y no farmacológicas o complementarias, entre ellas la musicoterapia. El objetivo principal es establecer los beneficios de la musicoterapia en pacientes diagnosticados de demencia. Se realiza una revisión bibliográfica de 22 publicaciones y se valora la experiencia como observadora no participante en sesiones de musicoterapia de un Centro.

Resultados: Los enfermeros facilitan los programas de intervención, pero no dirigen ensayos basados en la música. La intervención musical mejora el ánimo, incrementa las manifestaciones afectivas y la psicomotricidad e impulsa mejoras cognitivas- conductuales.

Conclusiones: La terapia musical es una técnica útil para las intervenciones de enfermería considerándose esencial la investigación. Registrar las actuaciones y los resultados es indispensable para establecer intervenciones basadas en la evidencia.

Palabras clave: Enfermería, musicoterapia, demencia, personas mayores.

Introduction: To provide care for users diagnosed with dementia meet pharmacological and non-pharmacological or complementary interventions, among them, music therapy. The main objective is to establish the benefits of music therapy in patients diagnosed with dementia. A bibliographic review of 22 publications is performed and the experience as a non-participant observer is valued in sessions of music therapy in a Center in Soria.

Results: Nurses facilitate the intervention programs but do not manage test based in music. Musical intervention improves patients' mood, increases psychomotor and affective manifestations and boosts cognitive-behavioral improvements.

Conclusions: Musical therapy is a useful technique for nursing interventions whose investigation is considered as essential. To record the proceedings and the results is indispensable to establish interventions based on its evidence.

Keywords: Nursing, music therapy, dementia, aged.

1. Introducción

En nuestra sociedad la población de adultos mayores que requieren cuidados de enfermería va en aumento. Esto es un desafío para los profesionales de la salud que deben asegurar cuidados para fomentar la calidad de vida.

La prevalencia de las demencias va creciendo, debido a su larga evolución y a las consecuencias (físicas, psicológicas y sociales) se ha evidenciado la necesidad de buscar diferentes tipos de intervenciones además de la farmacología. En la práctica de Enfermería han comenzado a valorarse la opción de intervenciones alternativas como la musicoterapia, su aplicación en el campo de las demencias ya tiene su trayectoria, siempre con el objetivo de mejorar o mantener habilidades específicas en las diferentes áreas funcionales y en las diversas fases de la demencia.

Se va a profundizar en el tema de la musicoterapia porque es una técnica terapéutica de plena actualidad cuyo interés crece progresivamente. El uso de la música como terapia en las demencias es una intervención que he podido realizar dentro de un equipo multidisciplinar, disfrutando de los pequeños avances en los diversos grupos en los que he podido desarrollarla como terapeuta ocupacional y quería analizar esta intervención desde una perspectiva enfermera. Además, desde hace unos meses reviso el proyecto “Música para despertar” que se lleva a cabo en pacientes que residen en centros de la tercera edad en Granada diagnosticados de demencia con el fin de mejorar su estado y calidad de vida y cuyos vídeos están teniendo gran difusión por la red, haciendo que me decantara por esta temática. Este proyecto se puede consultar a través de su página web: <http://www.musicaparadespertar.com/>

2. Marco conceptual

2. 1. Envejecimiento

En la actualidad, la proporción de personas mayores crece más rápidamente que cualquier otro grupo de edad, cifras que según el Perfil de las personas mayores en España¹ se van a duplicar en años venideros. Por ello, el envejecimiento de la población es una situación social que nos afecta y debemos conocer sus necesidades y desarrollar iniciativas encaminadas a mejorar la vida de las personas mayores². Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), como podemos comprobar en el gráfico 1, la edad media de la población española ha crecido tanto en hombres como en mujeres desde hace 10 años.

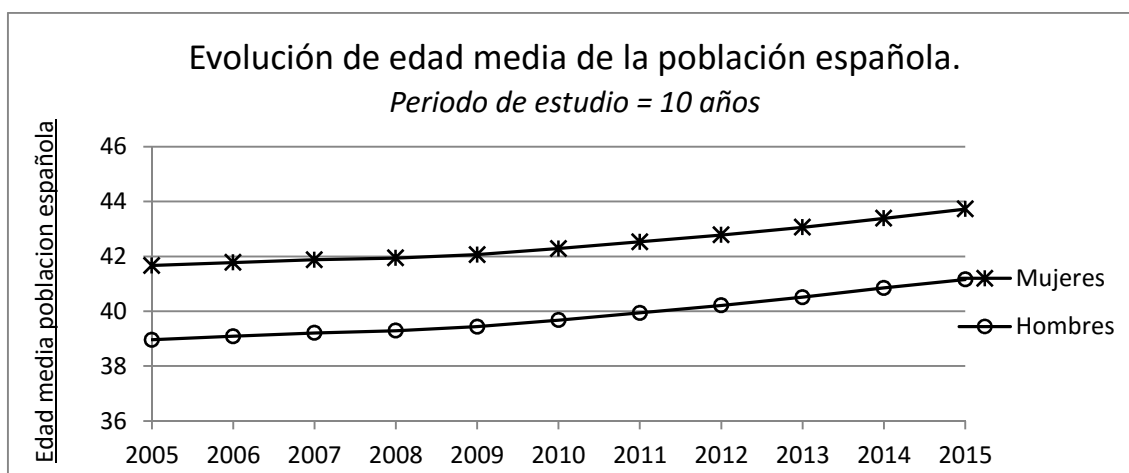


Gráfico 1: Evaluación de la edad media en la población española (INE)

Además, la proporción de mayores de 64 años también ha ido en aumento como se observa en el gráfico 2, pasando de un 16,56% en 2005 a un 18,50% en el año 2015³ tendencia que va a seguir en los años consecutivos.

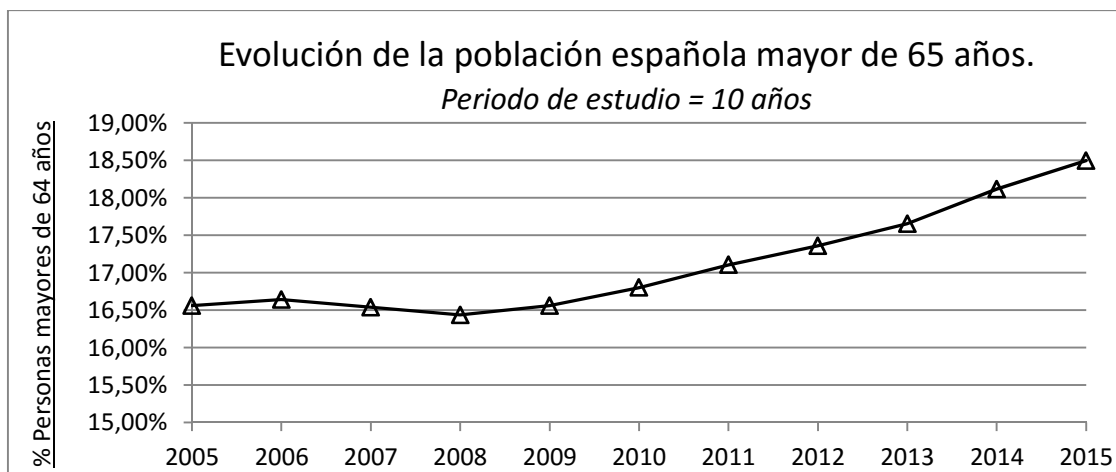


Gráfico 2: Evolución de la población española mayor de 65 años (INE)

Como se puede deducir de los datos anteriores, el análisis de la población y el descenso de la tasa de natalidad, ponen en evidencia que se está produciendo un envejecimiento social progresivo y este fenómeno va acompañado de una mayor esperanza de vida².

Según Muñoz citado por Mateos⁴, “el envejecimiento es un proceso natural que comienza con la concepción del ser humano, prosigue durante toda la vida y termina con la muerte”. Según Argulló⁴, lleva implícita la idea de continuidad siendo un proceso que se materializa a lo largo de la vida. Se asocia a una degeneración molecular aumentando la susceptibilidad a determinadas enfermedades, es decir, es un proceso metabólico que unido a otros factores puede favorecer el desarrollo de patologías concretas (demencias, Enfermedad de Parkinson...) y, como resultado de su evolución, la muerte⁴.

Pero no todos los individuos envejecen igual, según diversos autores⁴ existen tres tipos de envejecimiento. El *envejecimiento normal o primario* se basa en una serie de cambios graduales psicológicos, biológicos y sociales relacionados con la edad, que son inevitables e intrínsecos debido al paso del tiempo como el encanecimiento del pelo. El *envejecimiento óptimo o activo* es el que tendría lugar en las mejores condiciones posibles (psicológicas, físicas y sociales), es el envejecimiento deseable ya que implica pocas pérdidas o ninguna e incluye una baja probabilidad de presencia de enfermedades. Y el *envejecimiento patológico o secundario*, se refiere a los cambios que se

producen como consecuencia de enfermedades o malos hábitos y que, en ocasiones, pueden prevenirse o son reversibles. Nuestro trabajo se centrará en el envejecimiento patológico, sobre el cuidado de las personas con demencia.

2. 2. Demencias

El envejecimiento hace más susceptible al individuo a desarrollar diversas patologías. Las demencias presentan una gran incidencia en la actualidad, se estima que alrededor de 7,5/1.000 personas-año son diagnosticadas en el mundo. En España la incidencia anual de demencia se estimó entre 10-15 casos/1.000 personas-año en la población mayor de 65 años⁵. Según López-Pousa citado por Mateos⁴ la demencia se define como: “un síndrome adquirido producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia”

El DSM-V⁶, dentro de sus criterios para definir la demencia (Anexo 1), tiene en cuenta la aparición de un declive cognitivo moderado comparándolo con el nivel previo en los dominios cognitivos, los cuales no interfieren en la independencia en las actividades de la vida diaria, no aparecen de forma única en un síndrome confusional ni se explican por un trastorno mental asociado.

En la actualidad, las demencias se pueden clasificar basándose en diversos criterios (Anexo 2). Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias⁵, las demencias se pueden dividir en: demencias degenerativas primarias (como enfermedad de Alzheimer (EA), demencia vascular (DV), demencia con cuerpos de Lewy (DLB) y degeneración lobular frontotemporal), demencias secundarias y combinadas o mixtas (de etiología múltiple)

Las manifestaciones clínicas de las demencias afectan de forma progresiva principalmente a dos áreas. La primera son las alteraciones cognitivas, dependiendo del tipo de demencia y de la evolución de la misma, se caracterizan por: trastorno de la memoria, afasia, apraxia, agnosia, amnesia, afectación de funciones ejecutivas, bradipsiquia, reducción gradual de la

atención sostenida y la fluidez verbal y dificultades para la evocación mnésica e hipocinesia⁵. Y la segunda, los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (SCPD), aproximadamente un 80% de los enfermos con demencia los presentan en algún momento de su evolución. Su presencia, en ocasiones puede dificultar el diagnóstico, pero en otras ayuda a la diferenciación del tipo de demencia⁵. Dentro de estos síntomas se identifican: alteración del pensamiento, ilusiones, alucinaciones, agresividad, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad, hiperactividad motora, vocalización repetida, alteración del sueño, aumento o disminución del apetito⁷. Por último, en algunos casos se presentan otros síntomas acompañantes que ayudan al diagnóstico del tipo de demencia, como parkinsonismo, movimientos involuntarios o síndrome cerebeloso⁵.

El tratamiento de las demencias se puede dividir en tratamiento farmacológico y no farmacológico con combinaciones posibles entre ambos. Ante la falta de tratamientos curativos de la enfermedad a fecha actual, se recomienda tratamientos paliativos combinados con distintas terapias no farmacológicas, con el fin de mejorar la calidad de vida de los enfermos. Los grupos de fármacos pautados más habitualmente son los inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa (IACE): donepezilo, rivastigmina y galantamina; fármacos antagonistas no competitivo de los receptores de N-metil D-Aspartato: memantina, anti convulsionantes, benzodiazepinas, fármacos antiepilépticos (FAE); inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)^{7,8}.

Se entiende por terapias no farmacológicas (TNF) “Cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante⁹”. Dentro de las TNF se ubican: terapia de reminiscencia, orientación a la realidad, terapia de validación, entrenamiento cognitivo, estimulación sensorial, masajes terapéuticos, musicoterapia, laborterapia, actividades de la vida diaria, danza creativa, terapia asistida con perros, estimulación multisensorial y modificación de la conducta entre otras^{5,7}. Este grupo de terapias también se conoce como terapias complementarias.

2. 3. Terapias complementarias

Las llamadas Terapias Complementarias (T.C.) han despertado un creciente interés en los profesionales de enfermería, por conocer y recurrir a su uso, a la hora de afrontar problemas relacionados con la salud para conseguir mejores niveles de bienestar.

La OMS define las TC como: “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades¹⁰”. La musicoterapia es una terapia que se puede utilizar de forma complementaria en el tratamiento de las demencias.

Existen varias clasificaciones de las TC, una de las más utilizadas es la publicada por el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) en la que se diferencian cinco categorías o dominios^{10,11}. Incluye los sistemas médicos alternativos (se consideran sistemas completos de teoría y práctica alternativos a la medicina convencional como la medicina tradicional China, la ayurvédica, la naturopatía y la homeopatía.), las intervenciones mente-cuerpo (realzan la capacidad de la mente para afectar las funciones y síntomas corporales como las terapias de apoyo, terapia cognitiva-conductual, la meditación, la relajación y visualización, terapia del arte y la musicoterapia), las terapias con base biológica (se basan en el uso de sustancias naturales, como hierbas dietéticas, alimentos y vitaminas), los métodos de manipulación del cuerpo (ponen énfasis en la manipulación o en el movimiento de una o varias partes del cuerpo como: quiropráctica, osteopatía, masajes y reflexología.) Este último dominio se divide en las terapias de base energética basadas en la manipulación de los campos de energía e incluyen a la vez dos subcategorías, como son las terapias del biocampo (afectan al campo de energía que rodean y penetra al cuerpo humano: el reiki, el tacto terapéutico, etc.) y las terapias bioelectromagnéticas que implican el uso no

convencional de campos electromagnéticos, campos de corriente alterna entre otros.

2. 4. Musicoterapia

Son muchas las definiciones que podemos encontrar sobre la musicoterapia. Una de las más aceptadas es la que ofrece la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT) la relaciona con ^{4,13}: "el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en los contextos médicos, educativos, y entornos cotidianos con personas, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, la salud espiritual y el bienestar."

La Musicoterapia permite cambios terapéuticos relacionados con la fisiología, la psicofisiología, los esquemas sensomotrices, la cognición, la comunicación interpersonal, las emociones, el comportamiento, la percepción y la creatividad. Es una actividad sistemática orientada a la consecución de determinados objetivos; también, es un proceso temporal porque persigue un cambio gradual; y es un proceso orientado a la recuperación de la salud del paciente¹².

Según la Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales (AEMP) se entiende por musicoterapeuta a aquella persona en posesión del Título Universitario de Postgrado en Musicoterapia y/o su equivalente a licenciatura universitaria procedentes de otras universidades extranjeras. Existe en España un sistema de Acreditación Europeo de Musicoterapeutas Profesionales (EMTR), bajo el amparo de la European Music Therapy Confederation (EMTC), que es la única asociación europea de musicoterapia reconocida por la Unión Europea para regular el ejercicio de esta profesión. Ambos requisitos, título universitario y acreditación, forman el marco normativo para la adecuada cualificación de los musicoterapeutas españoles⁴.

Por lo tanto, las prácticas que utilizan la música, a cargo de profesionales de la salud no musicoterapeutas no deben ser llamadas musicoterapia si no intervenciones con música o terapia musical¹³. Según

Castro citado por De la Rubía¹⁴, hay diferentes formas de aplicar la musicoterapia de forma terapéutica. Puede ser de forma pasiva (la persona escucha y la música persuade sin ninguna utilización de instrumentos ni movimientos), activa (más participativa el usuario canta o emite sonidos, realiza movimientos o compone), mixta (es una mezcla de las dos anteriores), receptiva (resultado de la escucha del participante como la terapia vibroacústica) y creativa (permite la creación de música mediante ritmos que el usuario compone mediante la voz, instrumentos o movimientos corporales).

El profesional utiliza como herramienta principal de intervención la música exhibida a través de diferentes técnicas. Las técnicas de musicoterapia más empleadas con personas diagnosticadas de demencia son: música de fondo, audición o escucha, canto terapéutico, instrumentos musicales, improvisación terapéutica, danza/movimiento, composición de canciones, juegos musicales y terapia vibroacústica. En la tabla 1 se indican las áreas que se pueden estimular a partir de cada una de las técnicas¹⁵.

Técnicas Áreas	Audición	Canto	Instrumentos	Composición/ improvisación	Danza/ movimiento	Juegos
Psicomotriz	Relajación		Estimulación sensorial. Expresión corporal. Motricidad		Estimulación sensorial. Equilibrio. Expresión corporal Motricidad	Motricidad. Expresión corporal.
Perceptivo-cognitivo	Atención Concentración Memoria remota	M. remota M. reciente Atención Orientación realidad	Praxias M. inmediata Atención	Atención Concentración	Atención Orientación realidad	Atención M. Inmediata y reciente
Comunicación-lenguaje	Gnosias auditivas	Lenguaje	Gnosias auditivas	Expresión, c. no verbal y verbal.		Gnosias auditivas y visuales.
Socio-emocional	Participación Socialización	Participación Socialización Autoestima	Participación Socialización Autoestima	Expresión sentimientos. Creatividad. Participación Socialización	Participación Socialización	Participación Socialización Recreación

Tabla 1: Técnicas de musicoterapia y áreas funcionales estimuladas

La Musicoterapia en la demencia se encuadra en los tratamientos no-farmacológicos con asociación mente-cuerpo. Existe un gran número de enfoques y diferentes usos de la música en las demencias¹⁶. La aplicación de la musicoterapia ofrece extensas posibilidades de intervención con el fin de conseguir recuperación, mantenimiento y/o mejora de las funciones².

A través de los programas de terapia musical podemos proporcionar estimulación física y emocional, promover la relajación, fomentar la atención, memorización y asociación mental y emocional, estimular la comunicación, facilitar la expresión de emociones y la recreación, modificar marcadores fisiológicos tales como ritmo cardíaco, presión, respiración, fomentar movilidad articular y aumentar el arco de movimiento¹⁷.

El tratamiento de las personas diagnosticadas de demencia se debe fundamentar en mejorar la calidad de vida y mantener la independencia funcional a través de la estimulación de aquellas capacidades que se mantienen preservadas. En general, los objetivos que más se trabajan dentro del campo de las demencias^{2,18} están relacionados con: aumentar o mantener la fuerza muscular, movilidad articular y resistencia física, promover un estado de relajación disminuyendo la ansiedad y agitación, mejorar la autoestima y estimular la expresión emocional, la memoria a corto y largo plazo y la atención, orientar a la realidad, mantener y /o mejorar la comunicación verbal y no verbal y fomentar la interacción social.

Es necesario que el tratamiento a través de la musicoterapia sea personalizado y tenga significación para la persona, adaptándolo a sus capacidades, valores, creencias y necesidades. Es ineludible promocionar las actividades cognitivas, orientar a la realidad, fomentar un ambiente lúdico y participativo.

A continuación, se indican las cuatro áreas de actuación de la música que agrupan las principales competencias necesarias para la vida cotidiana de estas personas^{4,15}. En primer lugar se encuentra el área psicomotriz, la pérdida de capacidades psicomotoras se ve con frecuencia incrementada por las alteraciones de la propia enfermedad y del envejecimiento patológico. Las alteraciones que más aparecen son: las apraxias ideomotoras e ideatorias, la

pérdida de la capacidad de integración sensorial y de autorregulación sensoriomotriz, desestructuración del esquema corporal y pérdidas de equilibrio. La musicoterapia puede ofrecer una oportunidad de reactivar habilidades psicomotoras mermadas o aparentemente desaparecidas. Tal es así, que bailar, compartir instrumentos o cantar son actividades que activan el cerebro psicomotor de estas personas de una forma motivadora. Dentro del área perceptivo-cognitiva se establecen una serie de técnicas con el fin de mantener y/o mejorar las capacidades cognitivas y perceptivas logrando una mayor autonomía personal. Por ejemplo: se utilizan técnicas de reminiscencia en las que a través del recuerdo de canciones y melodías relacionadas con su identidad musical y biográfica tratan de centrar el recuerdo en los acontecimientos, momentos o vivencias con el objetivo de estimular la propia identidad.

En tercer lugar, se halla el área de comunicación y lenguaje, la musicoterapia presenta múltiples posibilidades de trabajo en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje en cualquier persona que participe en un programa orientado hacia esta área. Entre los beneficios más frecuentes se encuentra una mejora del aprendizaje y de la intencionalidad comunicativa, recuerdo de nuevas palabras, mejora de la fluidez o disminución de las interrupciones verbales. Por último, en la intervención musicoterapéutica con personas con demencia se tienen principalmente en cuenta las necesidades socio-emocionales. A través del establecimiento de un vínculo afectivo con cada uno de los participantes y facilitando que se sientan seguros intentando activar en ellos diferentes capacidades.

2. 5. Papel de enfermería en la Musicoterapia

Las T.C. en la práctica enfermera han interesado desde el inicio de la historia de la Enfermería, tal es así, que las terapias complementarias (bajo una denominación distinta) han sido parte de la profesión de enfermería desde su comienzo. En *Notes on Nursing* Florence Nightingale resaltó la importancia de crear un ambiente en el cual pudiera llevarse a cabo la curación, y la importancia de terapias tales como la música para favorecer el proceso de sanación¹¹.

También despuntó la importancia de la intervención musical años después Isa Maud Ilsen, enfermera que utilizó la musicoterapia con enfermos físicos y mentales, con personas con retraso mental y con pacientes tuberculosos; y Harryet Seymour en el cuidado de los heridos de la 1ª y 2ª Guerra Mundial¹³. En la actualidad, destacan los estudios de Eliseth Ribeiro (licenciada en Enfermería y en humanidades, especialista en salud pública y master en salud del adulto, entre otros) que se han centrado en el dolor, la salud de los adultos y los ancianos, la musicoterapia, las terapias complementarias en la humanización de la salud, los indicadores de calidad de la atención e investigación en enfermería formando parte del equipo de investigación A.MAS (Aurora Mas)¹⁹ de la Universidad de Zaragoza.

La taxonomía de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) incluye desde su primera edición en 1992 la intervención Terapia Musical (4400), en este momento entendida como: “la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico²⁰”.

Desde la perspectiva de la disciplina de enfermería, la intervención con música consiste en el uso de ésta con propósitos terapéuticos para promover la salud y el bienestar del paciente. Son innumerables las situaciones donde las enfermeras pueden implementar una intervención con música en el plan de cuidados de un paciente. Estas intervenciones están relacionadas con diversos diagnósticos de enfermería, a través del NNNConsult se hallan los diagnósticos de enfermería (NANDA) que se relacionan con las intervenciones de

musicoterapia (NIC) como por ejemplo: ansiedad, confusión crónica, déficit de actividades recreativas, privación del sueño, desesperanza, disposición para mejorar el bienestar espiritual, disposición para mejorar el sueño, disposición para mejorar la comunicación, intolerancia a la actividad, riesgo de baja autoestima crónica, riesgo de sufrimiento espiritual y trastorno del patrón del sueño, entre otros.

La intervención de musicoterapia cada vez se objetiva más relevante en diversos campos como la salud mental, geriatría, pediatría, obstetricia o los cuidados paliativos¹³. Para evitar confusión entre la práctica de la musicoterapia y la aplicación de la música desde una perspectiva de enfermería se utilizará el término de intervención con música o terapia musical¹¹.

La enfermería y la musicoterapia se relacionan y vinculan con la visión integral del usuario buscando promover una atención holística (física, emocional y social) con el fin de que el paciente exprese sus deseos y necesidades y ejerza su derecho a elegir fomentando su autonomía personal¹³. Las T.C. en la actualidad aportan a las enfermeras¹¹ recursos para favorecer el bienestar del individuo, uno de los objetivos al valorar la calidad de vida de las personas y la calidad de los cuidados enfermeros.

3. Objetivos

Objetivo general:

Establecer los beneficios de la musicoterapia en pacientes diagnosticados de demencia.

Objetivos específicos:

Determinar el concepto musicoterapia.

Especificar el papel de enfermería en la terapia con música.

Clasificar los efectos de la musicoterapia en los pacientes con deterioro cognitivo.

Análisis de una experiencia práctica de terapia musical en la Asociación de Alzheimer y otras demencias de Soria.

4. Material y métodos

Se realiza una revisión bibliográfica, en bases de datos de ciencias de la salud, buscadores y bibliotecas especializadas, y se analiza la puesta en práctica de un programa de musicoterapia con pacientes diagnosticados de demencia, la intervención es de observadora no participante.

4.1. Diseño y estrategia de búsqueda

El trabajo de revisión se llevó a cabo desde Noviembre de 2015 a Enero de 2016. Se seleccionaron y revisaron las siguientes bases de datos, portales y buscadores:

- PubMed²¹: Es un proyecto desarrollado por la National Center for Biotechnology Information (NCBI). Es un motor de búsqueda de libre acceso a bases de datos bibliográficas: MEDLINE, PreMEDLINE, Genbak y Complete Genoma.
- Dialnet²²: Es un portal de difusión de la producción científica hispana de acceso libre creado por la Universidad de La Rioja, el cual integra diversos recursos como libros, artículos o tesis
- Lilacs²³: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Se trata de una base de datos de información bibliográfica en línea para las ciencias de la salud.
- Google académico²⁴: Es un buscador que permite examinar bibliografía especializada en un gran número de disciplinas y fuentes como estudios revisados por especialistas, tesis, libros, resúmenes...
- CINAHL²⁵: Es una base de datos especialmente diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional. Facilita acceso a prácticamente todas las revistas sobre enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional publicadas en inglés, a las publicaciones de la American Nurses' Association y la National League for Nursing, otras revistas.

Los términos de búsqueda incluyeron la combinación de las palabras clave seleccionadas mediante los Descriptores de Ciencias de la Salud²⁶ haciendo uso de los siguientes descriptores: musicoterapia (music therapy), demencia (dementia), enfermería (nursing) y personas mayores (aged). La unión booleana elegida fue el término AND [y].

La estrategia de búsqueda se llevó a cabo mediante el siguiente proceso: en las bases de datos se introducen los descriptores seleccionados junto con el operador booleano AND (Y). Posteriormente, se introducen los criterios de inclusión (tabla 2), se recuperan los trabajos procediendo a la lectura de su resumen, y por último, se eligen de cada base de datos los documentos revisados que cumplen los criterios de inclusión y están relacionados con los objetivos propuestos.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión.
<ul style="list-style-type: none"> • Publicaciones desde el año 2010-2015. • Idioma: español, inglés o portugués. • Con acceso al texto completo. • Campo búsqueda en título o resumen. • Relacionados con el objetivo del trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Publicaciones anteriores al año 2015. • Publicado en otro idioma diferente al español, inglés o portugués. • Literatura gris. • Sin acceso al texto completo.

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión

Los resultados de la búsqueda en cada una de las bases de datos seleccionadas se pueden observar en la tabla 3.

Palabras clave.	Bases de datos	Documentos encontrados	Criterios de inclusión	Muestra final
Music therapy AND Demencia	Pubmed	357	20	10
Music therapy AND Demencia	Lilacs	11	3	1
Musicoterapia AND Demencia.	Dialnet	10	1	1
Musicoterapia AND Enfermería	Dialnet	13	2	1
Musicoterapia AND personas mayores	Dialnet	8	2	1
Musicoterapia AND Demencia	Google académico	749	404	8
Musicoterapia AND Demencia	Cuiden Plus	5	1	0
Music Therapy AND Demencia	CINAHL	336	34	0
Total		1489	467	<u>22</u>

Tabla 3: Resultados de la búsqueda bibliográfica

Una vez seleccionados los artículos que se adaptaban a los criterios anteriormente mencionados y a los objetivos del trabajo analizamos detalladamente 22 trabajos.

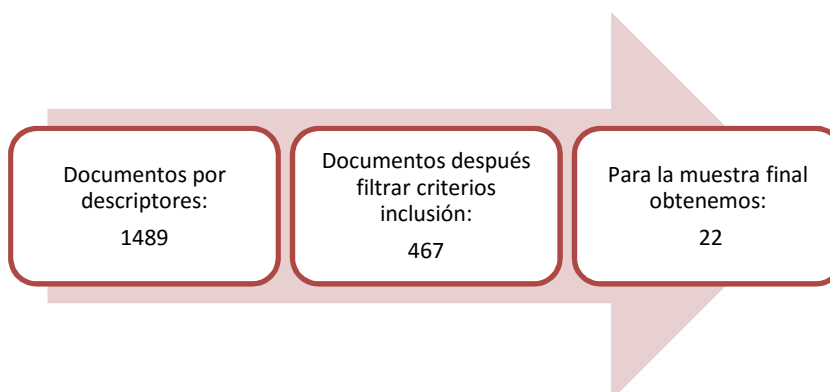


Gráfico 3: Resumen estrategia de búsqueda

4.2 Experiencia práctica como observadora no participante

En la Asociación de Familiares de Alzheimer y otras demencias (AFA) se desarrolla un programa de musicoterapia formado por un grupo de 20 usuarios con demencia en fase leve. Dicha intervención se basa en la creación de una coral intergeneracional contando con el apoyo de 19 alumnos-voluntarios de 4º E.S.O de un Colegio de Soria. Se realizan ensayos semanales y finaliza el programa con una meta, realizar una gala concierto en el mes de junio convirtiéndose en una actividad significativa para ellos y sus familias.

El objetivo general que se proponen desde AFA es mantener o retardar en la medida de lo posible el deterioro cognitivo y facilitar el proceso de socialización de los pacientes. De forma específica en cada sesión se pretende abordar las modificaciones que se producen en el área de la memoria, la pérdida de recuerdos, la reminiscencia, fomentar la atención y el lenguaje, la estimulación sensorial y corporal, motricidad fina y manipulación de objetos, disminuir tensiones y ansiedades, trabajar las necesidades emocionales y mejorar la socialización, autoestima y sentido de identidad.

Las sesiones de musicoterapia se llevan a cabo los viernes lectivos de 16.00-17.00 horas y los martes a las 12.45 los pacientes realizan una sesión de repaso con los profesionales del centro sin acompañamiento de sus tutores asignados (alumnos-voluntarios). Los integrantes de esta actividad son 20 usuarios, 19 alumnos-voluntarios, 1 director coral, 1 educador, 1 trabajador social y auxiliares, es una actividad abierta a otros voluntarios.

Los recursos son un espacio amplio donde poder ensayar, partituras con las letras de las canciones adaptadas, sillas e instrumentos musicales (trompeta, maracas, guitarras...). Los recursos económicos que pudieran derivarse del taller serán cubiertos por la Asociación de Familiares de Alzheimer. El tipo de música se selecciona haciendo referencia a la época de los usuarios, respetando los intereses de los participantes y las capacidades de los usuarios, entre la selección se encuentran: "Chachachá del tren", "No te vayas de Navarra", "Madrid, Madrid, Madrid", etc.

Se realizan dos evaluaciones del programa, la primera a través de reuniones informales con los alumnos-voluntarios, los profesionales del centro y el director de la coral de 10 minutos de duración cada semana y una segunda una vez al mes con el coordinador de los alumnos y el coordinador del proyecto de musicoterapia para evaluar los objetivos del programa musical.

Para presentar los resultados de este estudio, se actúa como observadora no participante, con el compromiso de respetar los principios éticos de las actividades investigadoras, con especial mención de la confidencialidad de los participantes de la intervención musical.

Los datos recogidos permiten conocer la organización y estructura de las sesiones de musicoterapia, la labor de los alumnos-voluntarios, los efectos de la intervención musical en cada una de las áreas de estudio (social-emocional, cognitiva-conductual, psicomotriz y comunicación-lenguaje), además se entrevista a los profesionales y se anotan los comentarios que surgen por parte de los usuarios en relación a la terapia.

5. Resultados y discusión

Se analizan 22 artículos que cumplen los criterios de inclusión, los resultados del análisis descriptivo se presentan en las tablas 4 y 5 (Anexo 3). En la tabla nº4 se resumen los 13 trabajos originales recuperados detallando el autor, la metodología utilizada, las características de las sesiones de musicoterapia y los resultados. En la tabla nº5 se resumen los 9 artículos de revisión bibliográfica indicando los datos de los autores, el número de documentos revisados y las conclusiones de la revisión.

Los artículos de revisión presentan los resultados de búsquedas bibliográficas a través de diversas bases de datos: Cochrane, MedLine, Dialnet o Science Direct. Los autores revisan una media de 10-12 estudios, los criterios de inclusión y las palabras claves son similares a este trabajo, los descriptores más utilizados hacen referencia a: musicoterapia, demencia, alteraciones, rehabilitación, tratamiento...y las conclusiones que aportan los estudios se relacionan con los beneficios de la música como intervención en las personas con demencia.

Al valorar la autoría de los trabajos se evidencian aportaciones desde distintas disciplinas, los autores se identifican como: musicoterapeutas, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos, neurólogos, médicos especialistas en geriatría, profesores de departamentos universitarios de ciencias de la salud y grupos de investigadores. El ámbito donde se llevan a cabo los estudios es muy variado desde la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valencia, residencias para adultos mayores, unidades de hospitalización de geriatría, domicilios particulares de los usuarios hasta centros clínicos de memoria.

A continuación, se detallan los resultados de la valoración en base a los objetivos planteados para determinar el concepto de musicoterapia, especificar el papel de enfermería en la terapia con música, clasificar los efectos de la musicoterapia en los pacientes diagnosticados de demencia y analizar la experiencia en AFA Soria.

La concepción más utilizada en las publicaciones es la aportada por la Federación Mundial de Musicoterapia^{13,14,27-32} "utilización científica de la música y/o de sus elementos por un musicoterapeuta cualificado, con un paciente o grupo, en un proceso destinado a facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, a fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas y sociales", se considera que es la más completa, transmite de forma clara la misión de la intervención musical y además, engloba todas las demás. No todos los trabajos especifican el concepto del que parten^{8,33-36}. En los artículos de revisión, se aportan diversas concepciones de musicoterapia todas tienen en común que^{12,16-18,37-41} la musicoterapia es el uso terapéutico de la música para dar significado a la experiencia de la vida humana y conseguir cambios en determinadas áreas de actuación (emocional-social, física, cognitiva-conductual) del individuo. Se incide en que la musicoterapia no se basa en curar, sino que es una herramienta dentro de un proceso terapéutico que pretende ofrecer bienestar y estimular a la persona.

Cabe destacar que en el estudio publicado por Raglio et al.³⁹ el término utilizado es musicoterapia neurológica, entendiéndose la misma como el uso de modelos neurocognitivos y de estímulos musicales para activar zonas de percepción en el cerebro humano, proporcionando una serie de mejoras terapéuticas sensoriales, cognitivas y motoras derivadas de desórdenes neurológicos, es un concepto muy similar a las aportaciones anteriores.

Los responsables de los trabajos proceden de diferentes disciplinas, en el artículo publicado por Glauco et al.¹³ la autora es una profesional de enfermería, la publicación propone comprender la música como un recurso de cuidados en diversas situaciones tales como disminuir el dolor, pacientes atendidos en salud mental o fomentar la relación paciente-enfermero. El estudio de Sakamoto et al.³³ lo llevan a cabo facilitadores musicoterapeutas dentro de los cuales se incluyen: dos musicoterapeutas, seis enfermeras y cuatro terapeutas ocupacionales responsables de la intervención musical. Todos los demás programas de intervención publicados son guiados por musicoterapeutas. Como se detalla en el marco conceptual, la musicoterapia

en otros países es una licenciatura universitaria, en España se tiene la oportunidad de estudiarlo a través de un postgrado dirigido a diferentes disciplinas como pueden ser enfermería, terapia ocupacional, entre otros. Por tanto, no se puede identificar de forma clara la disciplina de los musicoterapeutas formados en España.

La musicoterapia es una intervención de enfermería reconocida y válida según la clasificación de intervenciones NIC, para una gran variedad de etiquetas diagnósticas según la taxonomía NANDA. En la práctica asistencial, según las publicaciones analizadas, los profesionales de enfermería no dirigen ensayos en los que la intervención enfermera se base en los principios de la musicoterapia. Sin embargo, se observa que sus aportaciones son en colaboración con otros profesionales, y se responsabilizan en algunos casos de coordinar las sesiones. Se concluye que las enfermeras son facilitadoras de los programas de intervención con música.

La mayoría de las publicaciones son en inglés, únicamente los estudios de Bernabé¹², de la Rubia¹⁴ y Denis⁴⁰ se editan en español y hacen referencia a estudios que realizan sesiones en centros de la península. Aunque la musicoterapia es una intervención reconocida desde hace tiempo, en España es muy reciente su instauración como una terapia complementaria a otros tratamientos en distintas áreas institucionales. Mientras que en otros países la musicoterapia es una profesión con competencias claramente definidas y con investigaciones que destacan los resultados positivos desde su origen en el S.XVIII.

A continuación, una vez identificado el concepto y los profesionales responsables de la intervención musical, resulta de interés analizar los efectos de los programas de musicoterapia en pacientes con demencia, que muestra la literatura científica. Las intervenciones se llevan a cabo con pacientes diagnosticados de Alzheimer y otras demencias, la mayoría en una fase de deterioro leve o moderado, únicamente el estudio de Sakamoto et al.³³ se realizó con usuarios en fase de deterioro grave. Los autores inciden en que tanto las intervenciones de música pasiva como interactiva reducen el estrés, fomentan la relajación en los usuarios con demencia severa, restauran

funciones cognitivas y emocionales y que puede ser útil para ayudar en las relaciones de los usuarios con su entorno. Se considera que son necesarios más estudios que diferencien las diversas fases de la demencia, con el fin de comprender si la musicoterapia reporta efectos positivos como intervención adaptándose a cada fase de la patología.

Según Gómez et al.³² para poder confirmar las aportaciones positivas en la dimensión cognitiva-conductual se precisa de mayor tiempo de intervención que para valorar las modificaciones en otras áreas como la social o psicomotriz. En la mayoría de los estudios analizados el programa tiene un periodo de duración muy corto, el tiempo máximo de seguimiento es de seis meses por lo que si se tiene en cuenta la necesidad de tiempo para establecer los cambios, los efectos o resultados podrían ser poco significativos. No se tienen datos de si se ha dado continuidad a las intervenciones propuestas y si realmente los usuarios se han podido beneficiar de los efectos a largo plazo. Sería conveniente mantener dichos programas de intervención por un período largo de tiempo, y verificar si los efectos son significativos y efectivos a medio y largo plazo. Además no hay consenso sobre la frecuencia más adecuada para la intervención musical, a pesar de que los estudios muestran que la sesión semanal es la más frecuente, se describen desde intervenciones diarias a alguna de forma puntual.

En cuanto a los beneficios de la musicoterapia descritos en el área social y emocional, diversos estudios de Sakamoto et al.³³, Hsu et al.²⁹, Satoh et al.³⁰, entre otros, coinciden en que el uso de la musicoterapia como intervención en las demencias mejora el estado anímico de los usuarios, fomenta la expresión de las emociones y conlleva un incremento de las manifestaciones a nivel afectivo. Sin embargo, el estudio de Denis et al.⁴⁰ indica que durante las sesiones no se observaba un incremento de la intensidad ni de la expresión de emociones, estando estas determinadas por el género musical elegido para la sesión, relacionan la expresión de las emociones con el ritmo y la intensidad musical. Por ejemplo: en las sesiones donde la base musical es la bachata observan alegría y risas, si la música seleccionada es más lenta los movimientos son pasivos y la alegría disminuye.

En la revisión realizada por Jiménez et al.³¹ se concluye que la participación y socialización de los pacientes mejora al incrementar el tiempo de las sesiones de musicoterapia. En relación a este aspecto los estudios especifican que las sesiones deben durar aproximadamente 60 minutos, ya que al principio los usuarios presentan mayor vergüenza e intranquilidad y a medida que la intervención avanza toman la iniciativa y participan de forma más activa.

Sobre las aportaciones al área de comunicación y lenguaje, los ensayos de Bernabé¹², Hsu et al.²⁹ y Jiménez et al.³¹ indican un aumento del comportamiento verbal, una mejora de la expresión y la creación de respuestas más rápidas y con mayor soltura en las mismas. Por el contrario Gómez et al.³² concluyeron que las habilidades comunicativas de los usuarios de las sesiones de musicoterapia no presentaban una mejora significativa.

La metodología descrita en los estudios no es la misma en cuanto al tiempo de las sesiones y la duración del programa, por lo que es complicado comparar los resultados presentados por los diferentes autores. Para interpretar adecuadamente las aportaciones de las sesiones de musicoterapia sería necesario conocer las capacidades lingüísticas, habilidades comunicativas y expresión de emociones previas de cada grupo muestral, no descrito en todos los trabajos.

En referencia al dominio cognitivo-conductual donde se incluyen las funciones cognitivas de memoria, atención, orientación y los síntomas psicológicos-conductuales (SCPD) propios de la demencia como son las alucinaciones, agresividad, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad o la alteración del sueño se encuentran diversos resultados.

Todos los estudios^{28-30,34-36} que analizan la dimensión cognitiva evidencian una mejora significativa en el grupo experimental, detallando como positiva la intervención para trabajar la memoria a corto plazo, la abstracción, el juicio y la toma de decisiones. Sin embargo, el estudio de Li et al.²⁸ comprobó que otros dominios cognitivos no mostraron diferencia con el grupo control. A pesar de estas contradicciones sí que los autores acreditan una estabilización o mejora de esta área.

Las aportaciones en la dimensión cognitivo-conductual (SCPD) de la musicoterapia en pacientes con demencia, según McDermott et al.³⁴, Simmons et al.³⁸, y otros autores^{14,30,32} muestran un efecto positivo ante problemas como ansiedad, perturbaciones, confusión, irritabilidad y agonía. Sakamoto et al.³³ afirman que aunque en una primera evaluación se establece una mejora de la ideación paranoide y delirante, agresividad o alucinaciones en evaluaciones posteriores, tras 3 semanas de intervención, dichos síntomas volvieron a aumentar.

Se determina como una limitación importante de los estudios la falta de valoración de los efectos positivos una vez terminado el programa de intervención. Los estudios analizados realizan evaluaciones antes e inmediatamente después de la intervención, únicamente Sakamoto et al.³³ consideran una reevaluación después de tres semanas de la actuación experimental. Con los datos que se tienen hasta ahora se considera que las SCPD es una de las áreas con mayor número de efectos positivos relacionados con la intervención musical manteniéndose estos cambios en el tiempo o no.

En el ensayo publicado por Satoh et al.³⁰ se aborda el problema de la alteración del sueño en los usuarios que participan en los talleres de musicoterapia, concluyendo que después de las sesiones se consiguió una prolongación del tiempo y una mejora de la calidad del sueño de los usuarios. No se puede evaluar la efectividad de la musicoterapia dentro de la necesidad de dormir y descansar, ya que las aportaciones de un único estudio no son determinantes para evidenciar científicamente las aportaciones de la música en esta necesidad.

Por último, destacar que tres estudios han evaluado en sus resultados el campo psicomotriz, el realizado por Hsu et al.²⁹ basado en la observación de los cuidadores respecto a la función motora donde los resultados no se valoran a través de ningún dato objetivo, indican las observaciones de los cuidadores sobre la mejora psicomotriz. Los estudios de Berbané¹² y el de Satoh et al.³⁰ sí confirman que la musicoterapia aporta una mejora de la velocidad psicomotora. La velocidad psicomotora se evalúa en el estudio de Satoh³⁰ a través de la realización de la escala de Japanese Raven's Colored Progressive Matrices

(RCPM) evaluando el tiempo de rendimiento. Después del programa de terapia musical, el grupo disminuye significativamente el tiempo de completar el test RCPM, considerando dicha reducción como una mejora en la velocidad psicomotora.

Se constata una limitación de los estudios en cuanto al tamaño de los grupos analizados puesto que presentan muestras reducidas entre 5-42 participantes. Además, el tiempo de intervención es muy variable y tiende a ser corto lo que dificulta la valoración de la efectividad de la intervención con musicoterapia a medio y largo plazo.

Resultados del análisis de una experiencia práctica.

Se incorpora al grupo como observador no participante en cinco sesiones de musicoterapia en AFA y se realizan seis entrevistas informales con los profesionales.

Las sesiones tienen establecida una rutina que facilita a los usuarios su participación, consta de tres fases. Inicialmente se realiza la presentación donde los participantes se saludan, recuerdan momentos previos, se reparten las letras de las canciones y se comienza con el repertorio. Posteriormente se desarrolla la intervención musical en la que el director de la coral introduce las canciones haciendo uso de la trompeta para mejorar el tono y el ritmo facilitando la adquisición de conocimientos y la participación de los miembros de la coral con los instrumentos que cada canción requiere. Para terminar se despiden con la canción “Adiós con el corazón” sin partitura haciendo uso de la memoria e insertando gestos. Consecutivamente se realiza una sesión de evaluación en la que se analiza la pertinencia de las canciones, los efectos sobre los usuarios y se proponen nuevas canciones, modulaciones de ritmo, observaciones....

Durante la intervención, se realizan preguntas que ayuden a fomentar las funciones cognitivas como: memoria, atención y orientación temporo-espacial. Las canciones van aumentando en dificultad de forma progresiva hasta la gala final, ensayándose cinco o seis canciones del repertorio cada semana. Además, se fomentan movimientos articulares y expresión de

emociones tales como alegría o tristeza al recordar algún momento determinado.

Las sesiones de musicoterapia se realizan desde hace varios años, se mantienen por la percepción positiva que tienen los cuidadores principales de los usuarios y los trabajadores del centro. Los beneficios que consideran los profesionales coordinadores de la intervención musical y los cuidadores principales de los usuarios son similares a las aportaciones de los estudios analizados anteriormente, expresan que el programa favorece la autoestima de los usuarios, mejora su comunicación, atención y memoria, fomenta la movilidad articular y disminuye los SCPD.

La intervención musical no se limita exclusivamente a usuarios en fase leve o moderada, como en los estudios analizados, si no que algunos usuarios en fase más avanzada acuden como observadores. Los profesionales del centro indican que la música ayuda a disminuir la ansiedad y agresividad durante y después de las sesiones.

En cuanto al tiempo de duración, se realizan sesiones de 60 minutos como la mayoría de las publicaciones examinadas, ya que una duración mayor provoca cansancio y disminución de la participación, según la observación de los profesionales y de los alumnos-tutores.

Todos los beneficios que se describen están basados en la percepción de profesionales y cuidadores por las conductas que observan en los pacientes, no son resultados avalados a través de datos objetivos. Sin embargo, creemos que es preciso diseñar un estudio que permita una evaluación objetiva a través de escalas validadas para cada área de observación y demuestre la pertinencia de la intervención y los beneficios que puede reportar a largo plazo.

Según los pocos datos de los que disponemos, la mayoría de los participantes se encuentran en fases muy leves o leves de la patología por lo que la participación es elevada y se cumplen adecuadamente los objetivos. Durante la intervención musical, los usuarios se muestran alegres, expresan sentimientos positivos, se emocionan, realizan comentarios espontáneos de

recuerdos vividos, movilizan sus articulaciones, se integran con el entorno, se comunican de forma abierta, contestan a las preguntas propuestas por el director de la coral y en ocasiones, abren debates sobre una determinada letra musical. Además, durante las sesiones no se observa ansiedad ni agresividad estableciéndose un clima tranquilo y relajado.

Los resultados de la observación coinciden con las aportaciones de los profesionales. Se considera que el programa de musicoterapia es una actividad significativa para los usuarios que mejora su calidad de vida atribuyéndole efectos positivos en las áreas (cognitiva-conductual, social-emocional, comunicación-lenguaje y psicomotriz) de actuación.

6. Conclusiones

La concepción más utilizada de la musicoterapia es la establecida por la Federación Mundial de Musicoterapeutas. El uso de la música desde la perspectiva enfermera se denomina con el término intervención o terapia musical, que es diferente de musicoterapia, término reservado para los profesionales con la titulación específica a través del postgrado.

La música es un recurso terapéutico que está adquiriendo gran repercusión y puede ser utilizada desde la perspectiva enfermera. Los profesionales de enfermería pueden incorporar la terapia musical dentro de los planes de cuidados como una intervención complementaria validada por la clasificación NIC para ofrecer una atención integral de los pacientes diagnosticados de demencia.

A través de la revisión se ha evidenciado los efectos beneficiosos de la terapia musical en los usuarios diagnosticados de demencia en diversas áreas como la social y emocional mejorando las relaciones personales y la expresión de emociones. Dentro del área cognitiva-conductual destaca la influencia en la calidad del sueño, así como la disminución de los síntomas cognitivos y conductuales (SCPD) propios de la demencia, favoreciendo la estimulación de la memoria a corto plazo, atención, toma de decisiones y juicio clínico. En el área psicomotriz la intervención mejora la velocidad psicomotora y el funcionamiento psicomotriz. Por último, se manifiesta el incremento del uso del lenguaje y de la comunicación verbal dentro del área de la comunicación y lenguaje.

A pesar de las ventajas tan importantes que se atribuyen a la terapia musical en el ámbito de las demencias es preciso seguir investigando debido a que no se encuentra gran homogeneidad en cuanto a la metodología de los estudios revisados.

El análisis de la experiencia objetivó la necesidad de registrar las actuaciones realizadas con los usuarios con el fin de poder evaluarla posteriormente y establecer resultados basados en la evidencia. Sin embargo,

la percepción de los beneficios que se obtienen con este programa coincide con la literatura científica revisada.

7. Bibliografía

- ¹ Abellán García, A; Pujol Rodríguez, R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red; 2014. 14. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- ² Giró Miranda J. Envejecimiento Activo. Envejecimiento en positivo. Logroño: UR; 2006. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=343628>
- ³ Instituto nacional de estadística-INE. [sitio web]. 2016. Madrid: INE. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- ⁴ Mateos Hernández LA, Del Moral Marcos MT, San Romualdo Corral B. Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para Personas con Alzheimer y otras Demencias. 1ª ed. Madrid: IMSERSO; 2012. Disponible en: http://crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/21021_sempa.pdf
- ⁵ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Cataluña: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
- ⁶ American Psychiatric Association. DSM-V: Criterios diagnósticos y estadísticos de los Trastornos mentales. 5th ed. Barcelona: Panamericana; 2014.
- ⁷ Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol. 2012; 55(10):598-608. Disponible en: http://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf.
- ⁸ Carvalho do Vale FA, Corrêa Neto Y, Ferreira Bertolucci PH, Barbosa Machado JC, José da Silva D, et al. Treatment of Alzheimer's disease in Brazil. Dement Neuropsychol. 2011; 5(3):189-197. Disponible en: <http://www.demneuropsychol.com.br/imageBank/PDF/v5n3a05.pdf>
- ⁹ Imsero. CRE Alzheimer. 2015. Disponible en: http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/index.htm.

- ¹⁰ Fernández-Cervilla AB, Piris-Dorado AI, Cabrer-Vives ME, Barquero-González A. Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el Grado de Enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(3):1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0679.pdf
- ¹¹ Snyder M, Niska K, Lindquist R. Terapias complementarias y alternativas en Enfermería. 6ª ed. México: Manual Moderno; 2011.
- ¹² Bernabé Villodré M. Prácticas musicales para personas mayores: aprendizaje y terapia. *Ensayos*. 2013; 28:133-153. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4911399.pdf>
- ¹³ Glauco De Cunto Taets G, Mendes Barcellos LR. Música no cotidiano de cuidar: um recurso terapêutico para enfermagem. *R pesq: cuid fundam online*. 2010; 2(3):1009-1016. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3651916>
- ¹⁴ De la Rubia Ortí JE, Sancho Espinós P, Cabañés Iranzo C. Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. *Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. Eur J investig health psycho educa*. 2014; 4(2):131-140. Disponible en: <http://formacionesunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/69>
- ¹⁵ Mercadal Brotons M, Martí Auge P. Manual de musicoterapia en geriatría y demencias. 1º ed. España: Monsa-prayma ediciones; 2008.
- ¹⁶ Alba Vidal V, Ruiz Terradas M, Serra Vila SM. ¿Qué aporta la musicoterapia al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer? Barcelona: Colegio La Vall, Bellaterra; 2014-2015. Disponible en: http://www.unav.edu/documents/29062/6900948/47_+La+Vall_Musicoterapia+y+Alzheimer.pdf
- ¹⁷ Soria Urios G, Duque San Juan P, García Moreno JM. Terapias musicales en la rehabilitación del lenguaje y musicoterapia en personas con demencia. *Alzheimer Real Invest Demenc*. 2013; 54:35-41. Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0271.pdf>

- ¹⁸ Del campo San Vicente P. La música en musicoterapia. BROCAR. 2013; 37:145-154.
- ¹⁹ Grupo AMAS. <http://www.unizar.es/auroramas/eribeiro.html>
- ²⁰ Bulechek G.M, Butcher H.K., Dochterman J.Mc. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- ²¹ PubMed [base de datos en Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 1966. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- ²² Fundación Dialnet. Dialnet [Internet]. La Rioja: Universidad de la Rioja; 2001. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/>
- ²³ Lilacs [Sede Web]. Brasil: Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud; 1985. Disponible en: <http://lilacs.bvsalud.org/es/>
- ²⁴ Google académico [Sede web] Disponible en: <http://scholar.google.es/>
- ²⁵ CINAHL [base de datos en Internet].1981. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=ip,uid&profile=ehost&defaultdb=ccm>
- ²⁶ Descriptores en ciencias de la salud (edición digital).2014. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- ²⁷ Soria Urios G, Duque P, García-Moreno JM. Música y cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento musical. Rev Neurol. 2011; 53 (12): 739-746. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5312/bg120739.pdf>
- ²⁸ Li CH, Liu CK, Yang YH, Chou MC, Chen CH, Lai CL. Adjunct effect of music therapy on cognition in Alzheimer's disease in Taiwan: a pilot study. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015; 11: 291-296. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25678794>
- ²⁹ Hsu MH, Flowerdew R, Parker M, Fachner J Odell-Miller H. Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study. BMC Geriatrics. 2015; 15 (84); 1-19. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26183582>

- ³⁰ Satoh M, Yuba T, Tabei K, Okubo Y, Kida H, Sakuma H et al. Music Therapy Using Singing Training Improves Psychomotor Speed in Patients with Alzheimer's Disease: A Neuropsychological and fMRI Study. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra.* 2015; 5: 296–308. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26483829>
- ³¹ Jiménez Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, González López MV, Rodríguez Domínguez MT, Prieto Tato M. Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013; 48(5):238–242. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-resumen-beneficios-musicoterapia-como-tratamiento-no-90244520>
- ³² Gómez Romero M, Jiménez Palomares M, Rodríguez Mansilla J, Flores Nieto A, Garrido Ardila E.M., González López Arza M.V. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología.* 2014, 1-11. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485314002485>
- ³³ Sakamoto M, Ando H, Tsutou A. Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics.* 2013; 25(5): 775-784. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23298693>
- ³⁴ McDermott O, Orrell M, Ridder HM. The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health.* 2014; 18 (6): 706-716. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24410398>
- ³⁵ Arroyo Anlló EM, Poveda Díaz J, Gil R. Familiar Music as an Enhancer of Self-Consciousness in Patients with Alzheimer's Disease. *BioMed Research International.* 2013: 1-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24106716>
- ³⁶ Simmons Stern NR, Deason RG, Brandler BJ, Frustace BS, O'Connor MK et al. Music-Based Memory Enhancement in Alzheimer's disease: Promise and Limitations. *Neuropsychologia.* 2012; 50(14): 3295-3303. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23000133>
- ³⁷ Ridder HM, Stige B, Gunnhild Qvale L, Gold C. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging &*

Mental Health. 2013; 17 (6): 667-678. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23621805>

³⁸ Simmons Stern NR, Budson AE, Ally BA. Music as a Memory Enhancer in Patients with Alzheimer's. Disease. Neuropsychologia. 2010; 48(10): 3164-3167. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20452365>

³⁹ Raglio A, Attardo L, Gontero G, Rollino S, Groppo E, Granieri E. Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. World J Psychiatr. 2015; 5(1): 68-78. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369551/>

⁴⁰ Denis EJ; Casari L. La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor. Revista dialogo. 2014; 4 (2): 75-82. Disponible en: <http://www.dialogos.unsl.edu.ar/articulos/pdfs/8/Dialogos%20V4%20N2.pdf#page=76>

⁴¹ Díaz Barrientos E, Sosa Coronado AM. Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. MEDISAN 2010; 14(6):838-849. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_6_10/san15610.htm

8. Anexos.

Anexo 1. Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Clasificación de las demencias.

1. Demencias degenerativas

1. a. Enfermedades degenerativas en las que la demencia es una de las manifestaciones principales

- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia con cuerpos de Lewy
- Degeneración lobular frontotemporal
- Demencia por priones
- Otras demencias infrecuentes

1. b. Enfermedades degenerativas en las que la demencia puede formar parte del cuadro clínico

- Corea de Huntington
- Degeneración corticobasal
- Parálisis supranuclear progresiva
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de la motoneurona

2. Clasificación de las demencias vasculares

2. a. Isquémicas

- Demencia multiinfarto
- Demencia por infarto estratégico
- Estado lagunar
- Leucoencefalopatía subcortical arteriosclerótica (enfermedad de Binswanger)
- Angiopatías hereditarias
- Angiopatía hipertensiva y arteriosclerótica

Vasculitis

2. b. Isquémicas hipóxicas

Encefalopatía difusa anóxico-isquémica o restringida debido a vulnerabilidad selectiva

Infartos incompletos de la sustancia blanca

Infartos de zonas fronterizas

2. c. Hemorrágicas

Hematoma subdural crónico

Hemorragia subaracnoidea

Hematoma cerebral

Angiopatía amiloidea

2. d. Combinadas

3. Demencias secundarias

Por alteración de la dinámica del LCR

Asociada a neoplasia

De origen infeccioso

De origen endocrino-metabólico, carencial o tóxica

Por enfermedad desmielinizante

Por vasculitis y colagenosis

Por traumatismos

Por enfermedades psiquiátricas

Otras

Anexo 2. Criterios diagnósticos de trastorno neurocognitivo mayor en DSM-V

La demencia se incluye bajo la entidad recientemente nombrada como trastorno neurocognitivo mayor, aunque el uso del término demencia no se excluye en los subtipos etiológicos en los que el uso de ese término es habitual.

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR.

- A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:
- a. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva.
 - b. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencias con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir tratamientos.)
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo: trastorno depresivo mayor o esquizofrenia).

Especificar si es debido a:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Degeneración del lóbulo frontotemporal.
- Enfermedad por cuerpos de Lewy.
- Enfermedad vascular.
- Traumatismo cerebral.

- Consumo de sustancia o medicamentos.
- Infección por VIH.
- Enfermedad por priones.
- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedad de Huntington.
- Otra afección médica.
- Etiologías múltiples.
- No especificado.

Anexo 3. Publicaciones revisadas

Autor/año	Tipo de intervención	Áreas evaluadas	Medidas	Resultados
Sakamoto et al. (2013)	Grupo control (sin intervención musical), pasivo (escucha pasiva de música) e intervención (escucha de música y participar en actividades interactivas.) -N = 39. Alzheimer severo. Sesiones: 10 una a la semana.	Cambios a corto y largo plazo en alteraciones conductuales con la escalas Face Scale y BEHAV-AD.	Corto plazo: 5 min antes y después de la intervención Largo plazo: 2 semanas antes de estudio, después y 3 semanas tras intervención.	Corto plazo: GP mejoran su estado de ánimo. GI mostró una mayor mejoría en el estado emocional. Largo plazo: Alteraciones afectivas, ansiedad y fobias se redujeron en GP y GI. GI mejora ideación paranoide y delirante, agresividad. 3 semanas tras intervención aumentaron los síntomas psicológicos y conductuales (SCPD) de la demencia en GP y GI.
Li et al. (2015)	20 (GMT) y 21(GC). Sesión receptiva con extractos de la Sonata de Mozart para dos pianos en re mayor y Canon de Pachelbel en Re mayor para violines. Sesiones: cada día media hora por la mañana y antes de dormir durante 6 meses.	Escala CASI (funciones cognitivas), CDR-SB (memoria, orientación, juicio, resolución de problemas, asuntos de la comunidad, hogar y aficione y cuidado personal) y NPI (SCPD)	Los cuidadores del grupo MT instruidos para registrar el tiempo de escucha y la respuesta en un registro diario. El asistente para supervisar.	Mejora significativa en abstracción y juicio grupo de MT. Otros dominios cognitivos no mostraron diferencia entre los dos grupos. Menos exacerbación de SCPD que el grupo control.
Hsu (2015)	17 residentes y 10 cuidadores fueron asignados	NPI-NH. Evalúa 12 áreas: ideas	Al comenzar, a los 3 meses, 5 meses	Los cuidadores informaron los efectos beneficiosos:

	al azar al grupo de musicoterapia o al grupo de control de atención estándar. Uso de música en vivo, improvisación, expresión corporal y facial. Sesiones: 1 sesión de 30 minutos a la semana durante 5 meses.	delirantes, alucinaciones, agitación, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad, conducta motora aberrante... DCM: bienestar, comportamientos, estado de ánimo, el compromiso y las interacciones.	y al 7º mes	estado de ánimo, emoción, funcionamiento sensoriomotor, expresión, comunicación, memoria, agitación, apatía, ansiedad y conducta motora aberrante.
Satoh et al. (2015)	-10 GMT: terapia de música mediante el canto de entrenamiento con método de entrenamiento YUBA. - 10 GC. Sesiones: 1 vez por semana durante 6 meses	Para medir la función intelectual: MMSE y RCPM. Memoria: RBMT. Capacidad de construcción: Strub y Negro. Otros: Barthel, calidad del sueño...	GMT: Antes y después del período de intervención. GC: dos veces con un intervalo de 6 meses.	Disminución significativa en la puntuación inventario neuropsiquiátrico y prolongación del tiempo de sueño de los pacientes. Mejora velocidad psicomotora y SCPD.
McDermott et al. (2014)	Se establecieron cuatro grupos focales con entrevistas, residentes con demencia y sus familias, usuarios del hospital de día con demencia, personal de residencias y musicoterapeutas. Entrevistas guiadas.	Evalúa la accesibilidad de la música para las personas en todas las etapas de demencia, vínculos con la música, identidad personal...	Después de las entrevistas.	Reducción de SCPD y da valor de quién es la persona (identidad) y mantener la calidad de vida.
Arroyo-Anlló et	40 participantes en dos	Evaluación cognitiva	Evaluación previa	Estabilización o mejora de la

al.(2013)	grupos (grupo experimental con lista de 11 canciones conocidas según sus intereses y grupo control con 5 canciones no conocidas.) Sesiones: 3 por semana durante 3 meses.	mediante: mini mental y el FAS.	a la intervención y posterior (después de 1-2 semanas).	identidad personal, alteraciones cognitivas, estado afectivo, representación del cuerpo, memoria...
Nicholas R. et al. (2012)	12 pacientes con demencia y 17 adultos mayores sanos. Letras relacionadas con las actividades instrumentales comunes de la vida diaria (AIVD). Sesiones: Individualmente en una sola sesión de hora y media.	Prueba básica de reconocimiento memoria.		En las pruebas de memoria no hubo diferencias significativas.
Bernabé Villodré (2013)	5 personas mayores. Sesiones: 4 semanas dos por semana de 30 minutos (aumento progresivo).	Cuestionarios de evaluación básicos escala del 1 al 5: atención actividades, colaboración con compañeros, interés en las propuestas, la coordinación viso manual y coordinación respiración diafragmática.	Cuestionario al terminar cada sesión.	La utilización de la música promovía mejoras terapéuticas y cognitivas/educativas. Respuestas más rápidas y mayor soltura en las mismas. Cambios significativos en la plasticidad corporal y mejora del estado anímico.
de la Rubia et al. (2014)	25 adultos mayores de 65 años, Asociación Alzheimer	Entrevistas diseñadas y estandarizadas	Previo a la intervención y post	Los beneficios son satisfactorios.

	Valencia fase leve.	como HADS y MOOD para valorar el bienestar.	intervención.	Disminuir depresión y ansiedad aumentando su nivel de felicidad
Denis et al. (2014).	15 personas entre 65 y 90 años. Sesiones: 1 vez a la semana (hora y media), durante dos meses y medio. 11 sesiones.	Observación y entrevista a informantes claves indagando en los cambios percibidos.	Durante el proceso y al finalizar el mismo.	La música ayuda a recordar letra de canciones y melodías que parecían olvidadas. Mejora de las relaciones. Las expresiones de las emociones no eran muy intensas y variadas
Ridder et al. (2013)	42 participantes con demencia grupos de tratamiento estándar o musicoterapia. Sesiones: Individual seis semanas. 12 sesiones.	Escalas sobre ansiedad y calidad de vida	Al comienzo, en la semana 7 y en la 14. Se registra medicación en la semana 0 y 14.	Agitación incrementó en el tratamiento estándar y disminuyó con la terapia musical. Aumento de prescripción medicamentos durante tratamiento estándar.
Simmons et al. (2010)	13 pacientes con un diagnóstico clínico de probable EA y 14 adultos mayores sanos.	Diferencia en la memoria entre las condiciones cantadas y habladas.	Batería neuropsicológica breve de 45 minutos.	La música mejora la memoria para la información verbal asociada sin cambios en adultos sanos.
Simmons et al. (2012)	Doce pacientes con un diagnóstico clínico de probable EA y 17 adultos mayores sanos.		Batería de pruebas neuropsicológicas en 55 minutos	Mejor recuerdo del contenido estudiado en letras cantadas que en letras habladas sobre contenido general.

Tabla 4: Estudios revisados

Autor/Año.	Título	Conclusiones
Raglio et al. (2015)	Effects of music and music therapy on mood in neurological patients.	Los resultados más significativos se relacionan con mejora del estado de ánimo, la comunicación, habilidades interpersonales, autoestima y calidad de vida.
Jímenez et al. (2013)	Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada.	La musicoterapia parece ser beneficiosa en la mejora conductual y del comportamiento en los ancianos con demencia, aunque es necesario seguir investigando.
Gómez et al. (2014)	Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática.	El tratamiento con musicoterapia es beneficioso para mejorar las alteraciones conductuales, la ansiedad y la agitación en pacientes con demencia.
Soria et al. (2011)	Música y cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento musical.	La percepción de la música involucra a diversas funciones cognitivas suponiendo un medio más para la rehabilitación mejorando diversos factores: atención, emoción, cognición, conducta, comunicación y percepción.
Soria et al (2013)	Terapias musicales en la rehabilitación del lenguaje y musicoterapia en personas con demencia.	La música es capaz de provocar emociones y promocionar comunicación e interacción interpersonal, aumentar movimiento y modificar marcadores biológicos. Con la musicoterapia es posible satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.
Díaz et al (2010)	Intervención cognitiva en pacientes con	Favorece la mejora comunicativa y de las

	deterioro cognitivo ligero y demencia leve.	relaciones interpersonales, el mantenimiento de la atención-concentración y el estímulo de la memoria a corto y largo plazo
Glauco et al (2010)	Música no cotidiano de cuidar: um recurso terapêutico para enfermagem.	Los profesionales que ofrecen terapia musical deben especializarse.
Del Campo (2013)	La música en musicoterapia	Fomenta la relación y socialización, equilibrio psicofísico y emocional, mejora ritmo cardiaco y la amplitud respiratoria e incrementa la expresión emocional.
Carvalho	Treatmet of Alzheimer´s disease in Brazil.	Eficacia en la gestión de SCPD como depresión y apatía.

Tabla 5: Artículos de revisión bibliográfica